



Número: **0809511-94.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **09/06/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
PAULO ROBERTO CAETANO DOS SANTOS (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
42317 883	27/04/2021 10:51	<u>Petição</u>
42317 884	27/04/2021 10:51	<u>2760314_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>
42317 885	27/04/2021 10:51	<u>2760314_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:51:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710515054500000040268195>
Número do documento: 21042710515054500000040268195

Num. 42317883 - Pág. 1



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, 08 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190624458

Vítima: PAULO ROBERTO CAETANO DOS SANTOS

Data do Acidente: 05/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO ROBERTO CAETANO DOS SANTOS

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, contados 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. 01853/01854 - carta_01 - INVALIDEZ



00020927

Carta nº 15081952



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:51:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710515084200000040268196>
Número do documento: 21042710515084200000040268196

Num. 42317884 - Pág. 1

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, 21 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190624458**

Vítima: PAULO ROBERTO CAETANO DOS SANTOS

Data do Acidente: 05/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO ROBERTO CAETANO DOS SANTOS

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: PAULO ROBERTO CAETANO DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001100

Conta: 0000036621-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

00030055






PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
0388965159	072.002.154-57	Paulo Roberto Castano dos Santos		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:	Paulo Roberto Castano dos Santos	CPF:	072.002.154-57	
Profissão:	Riacho	Endereço:	Rua Hélio Dourado da Fonseca	Número: 166 Complemento:
Bairro:	Pentro	Cidade:	Araxá	Estado: PB CEP: 58399-000
E-mail:	Tel.(DDD): (35) 98708-5728			

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

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1100

CONTA: 36621

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/vôs vivos? Sim Não Vítima deixou pais/vôs vivos? Sim Não
 Vivos: Falecidos: _____

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 obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, <i>Jauei Pessoa 06-11-2020</i> 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.

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 11756.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 11756.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 09:47 horas do dia 09 de outubro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Paulo Roberto Caetano dos Santos**, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Agricultor, filho(a) de Rosilda Caetano da Fonseca e Pai Não Declarado, natural de Areia/PB, nascido(a) em 26/12/1987 (31 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Mal. Deodoro da Fonseca, Nº S/N, bairro Centro, tendo como ponto de referência Praça do Trabalho., na cidade de Areia/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Saída da Cidade de Areia, Areia/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 05/08/19 00:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 05/08/2019 por volta das 00:20 horas quando transitava, na saída da cidade de Areia-PB; com o veículo tipo HONDA/CG 150 TITAN KS ano e modelo: 2008/2008, de cor vermelha de placa: MNZ2885/PB CHASSI: 9C2KC08108R183108 pertencente ao Sra. Mercia de Lima Souza; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto na saída de Areia sentido Pilões quando surgiu um veículo não identificado/que avidiu-se do local no sentido contrário, em alta velocidade, invadindo a faixa do declarante; vindo a colidir de frente com o moto conduzida pelo declarante, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE (DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES) onde passou por procedimentos cirúrgicos conforme LAUDO MÉDICO EM ANEXO.

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

João Pessoa/PB, 09 de outubro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

PAULO ROBERTO CAETANO DOS SANTOS
Noticiante

Procedimento Policial: 11756.01.2019.1.00.401

1/1





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
0388965159	072.002.154-57	Paulo Roberto Castano dos Santos		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:	Paulo Roberto Castano dos Santos	CPF:	072.002.154-57	
Profissão:	Riacho	Endereço:	Rua Hélio Dourado da Fonseca	Número: 166 Complemento:
Bairro:	Pentro	Cidade:	Araxá	Estado: PB CEP: 58399-000
E-mail:	Tel.(DDD): (35) 98708-5728			

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

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1100

CONTA: 36621

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente
CPF:	<input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima: _____		
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.				

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, _____	Assinatura de quem assina A RODO, _____	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1º Nome: _____	
	CPF: _____	CPF: _____	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		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.



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: 14/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO ROBERTO CAETANO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01100

CONTA: 000000036621-6

Nr. da Autenticação FED657839EC67F01



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:51:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710515084200000040268196>
Número do documento: 21042710515084200000040268196

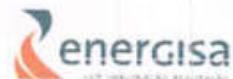
Num. 42317884 - Pág. 6

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via da conta.

Recuse para simples pagamento da nota fiscal (conta da energia elétrica) N° 029.481.350



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.818.823-8

DADOS DO CLIENTE

GERACINA NUNES CAVALCANTE
RUA MAL DEODORO DA FONSECA 166
AREIA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/238295-0

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2019	14/08/2019	35	21/08/2019	R\$ 30,84

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 05046.078175 5 7988000003084

Pagador: GERACINA NUNES CAVALCANTE CNPJ/CPF: 018.755.574-58

RUA MAL DEODORO DA FONSECA 166 - CENTRO - AREIA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120005046078	000238295201908	21/08/2019	R\$ 30,84	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAÍBA 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 - 27/04/2021 10:51:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710515084200000040268196>

Número do documento: 21042710515084200000040268196

Num. 42317884 - Pág. 7

PRONT (B) - N°195976 CLASS. DE RISCOS/EMERGENCIA		CENTRO DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
ATENDIMENTO URGENCIA		SACARIA DE SAÚDE	
GOUVERNO DA PARANÁ		HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
EXAME PRIMÁRIO - DAADS CLÍN		Av. Presidente Getúlio Vargas, 1700 - Maringá - PR - CEP: 84.778-268/0038-52	
ALERGIA: <i>None</i>		Atendente: : ação imediata	
MEDICAMENTOS: <i>None</i>		Data: 05/08/2019	
PATOLOGIAS: <i>None</i>		Setor: CEP:	
EXAME FÍSICO		Endereço: Nascenteiro, 31/12/1996	
PUPILAS () Fotopreagentes () Isocônicas () Anisocônicas ()		Número: 02/02019	
Name da Mãe: <i>None</i>		Barroto:	
Cidade: <i>None</i>		RG: N-0	
Responsável:		Nome da Profissão:	
Estatuto Civil:		Atend. 05/08/2019	
MOTOR: ACCIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO		CONVENIÓIOS/US	
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)		MOTOCICLISTA: <i>None</i>	
MEDICO SOLICITANTE		1. DIREITO	
ESPECIALISTAS: <i>None</i>		2. DIREITO	
3. DIREITO		4. DIREITO	
5. DIREITO		6. DIREITO	
7. DIREITO		8. DIREITO	
9. DIREITO		10. DIREITO	
11. DIREITO		12. DIREITO	
13. DIREITO		14. DIREITO	
15. DIREITO		16. DIREITO	
17. DIREITO		18. DIREITO	
19. DIREITO		20. DIREITO	
21. DIREITO		22. DIREITO	
23. DIREITO		24. DIREITO	
25. DIREITO		26. DIREITO	
27. DIREITO		28. DIREITO	
29. DIREITO		30. DIREITO	
31. DIREITO		32. DIREITO	
33. DIREITO		34. DIREITO	
35. DIREITO		36. DIREITO	
37. DIREITO		38. DIREITO	
39. DIREITO		40. DIREITO	
41. DIREITO		42. DIREITO	
43. DIREITO		44. DIREITO	
45. DIREITO		46. DIREITO	
47. DIREITO		48. DIREITO	
49. DIREITO		50. DIREITO	
51. DIREITO		52. DIREITO	
53. DIREITO		54. DIREITO	
55. DIREITO		56. DIREITO	
57. DIREITO		58. DIREITO	
59. DIREITO		60. DIREITO	
61. DIREITO		62. DIREITO	
63. DIREITO		64. DIREITO	
65. DIREITO		66. DIREITO	
67. DIREITO		68. DIREITO	
69. DIREITO		70. DIREITO	
71. DIREITO		72. DIREITO	
73. DIREITO		74. DIREITO	
75. DIREITO		76. DIREITO	
77. DIREITO		78. DIREITO	
79. DIREITO		80. DIREITO	
81. DIREITO		82. DIREITO	
83. DIREITO		84. DIREITO	
85. DIREITO		86. DIREITO	
87. DIREITO		88. DIREITO	
89. DIREITO		90. DIREITO	
91. DIREITO		92. DIREITO	
93. DIREITO		94. DIREITO	
95. DIREITO		96. DIREITO	
97. DIREITO		98. DIREITO	
99. DIREITO		100. DIREITO	
101. DIREITO		102. DIREITO	
103. DIREITO		104. DIREITO	
105. DIREITO		106. DIREITO	
107. DIREITO		108. DIREITO	
109. DIREITO		110. DIREITO	
111. DIREITO		112. DIREITO	
113. DIREITO		114. DIREITO	
115. DIREITO		116. DIREITO	
117. DIREITO		118. DIREITO	
119. DIREITO		120. DIREITO	
121. DIREITO		122. DIREITO	
123. DIREITO		124. DIREITO	
125. DIREITO		126. DIREITO	
127. DIREITO		128. DIREITO	
129. DIREITO		130. DIREITO	
131. DIREITO		132. DIREITO	
133. DIREITO		134. DIREITO	
135. DIREITO		136. DIREITO	
137. DIREITO		138. DIREITO	
139. DIREITO		140. DIREITO	
141. DIREITO		142. DIREITO	
143. DIREITO		144. DIREITO	
145. DIREITO		146. DIREITO	
147. DIREITO		148. DIREITO	
149. DIREITO		150. DIREITO	
151. DIREITO		152. DIREITO	
153. DIREITO		154. DIREITO	
155. DIREITO		156. DIREITO	
157. DIREITO		158. DIREITO	
159. DIREITO		160. DIREITO	
161. DIREITO		162. DIREITO	
163. DIREITO		164. DIREITO	
165. DIREITO		166. DIREITO	
167. DIREITO		168. DIREITO	
169. DIREITO		170. DIREITO	
171. DIREITO		172. DIREITO	
173. DIREITO		174. DIREITO	
175. DIREITO		176. DIREITO	
177. DIREITO		178. DIREITO	
179. DIREITO		180. DIREITO	
181. DIREITO		182. DIREITO	
183. DIREITO		184. DIREITO	
185. DIREITO		186. DIREITO	
187. DIREITO		188. DIREITO	
189. DIREITO		190. DIREITO	
191. DIREITO		192. DIREITO	
193. DIREITO		194. DIREITO	
195. DIREITO		196. DIREITO	
197. DIREITO		198. DIREITO	
199. DIREITO		200. DIREITO	
201. DIREITO		202. DIREITO	
203. DIREITO		204. DIREITO	
205. DIREITO		206. DIREITO	
207. DIREITO		208. DIREITO	
209. DIREITO		210. DIREITO	
211. DIREITO		212. DIREITO	
213. DIREITO		214. DIREITO	
215. DIREITO		216. DIREITO	
217. DIREITO		218. DIREITO	
219. DIREITO		220. DIREITO	
221. DIREITO		222. DIREITO	
223. DIREITO		224. DIREITO	
225. DIREITO		226. DIREITO	
227. DIREITO		228. DIREITO	
229. DIREITO		230. DIREITO	
231. DIREITO		232. DIREITO	
233. DIREITO		234. DIREITO	
235. DIREITO		236. DIREITO	
237. DIREITO		238. DIREITO	
239. DIREITO		240. DIREITO	
241. DIREITO		242. DIREITO	
243. DIREITO		244. DIREITO	
245. DIREITO		246. DIREITO	
247. DIREITO		248. DIREITO	
249. DIREITO		250. DIREITO	
251. DIREITO		252. DIREITO	
253. DIREITO		254. DIREITO	
255. DIREITO		256. DIREITO	
257. DIREITO		258. DIREITO	
259. DIREITO		260. DIREITO	
261. DIREITO		262. DIREITO	
263. DIREITO		264. DIREITO	
265. DIREITO		266. DIREITO	
267. DIREITO		268. DIREITO	
269. DIREITO		270. DIREITO	
271. DIREITO		272. DIREITO	
273. DIREITO		274. DIREITO	
275. DIREITO		276. DIREITO	
277. DIREITO		278. DIREITO	
279. DIREITO		280. DIREITO	
281. DIREITO		282. DIREITO	
283. DIREITO		284. DIREITO	
285. DIREITO		286. DIREITO	
287. DIREITO		288. DIREITO	
289. DIREITO		290. DIREITO	
291. DIREITO		292. DIREITO	
293. DIREITO		294. DIREITO	
295. DIREITO		296. DIREITO	
297. DIREITO		298. DIREITO	
299. DIREITO		300. DIREITO	
301. DIREITO		302. DIREITO	
303. DIREITO		304. DIREITO	
305. DIREITO		306. DIREITO	
307. DIREITO		308. DIREITO	
309. DIREITO		310. DIREITO	
311. DIREITO		312. DIREITO	
313. DIREITO		314. DIREITO	
315. DIREITO		316. DIREITO	
317. DIREITO		318. DIREITO	
319. DIREITO		320. DIREITO	
321. DIREITO		322. DIREITO	
323. DIREITO		324. DIREITO	
325. DIREITO		326. DIREITO	
327. DIREITO		328. DIREITO	
329. DIREITO		330. DIREITO	
331. DIREITO		332. DIREITO	
333. DIREITO		334. DIREITO	
335. DIREITO		336. DIREITO	
337. DIREITO		338. DIREITO	
339. DIREITO		340. DIREITO	
341. DIREITO		342. DIREITO	
343. DIREITO		344. DIREITO	
345. DIREITO		346. DIREITO	
347. DIREITO		348. DIREITO	
349. DIREITO		350. DIREITO	
351. DIREITO		352. DIREITO	
353. DIREITO		354. DIREITO	
355. DIREITO		356. DIREITO	
357. DIREITO		358. DIREITO	
359. DIREITO		360. DIREITO	
361. DIREITO		362. DIREITO	
363. DIREITO		364. DIREITO	
365. DIREITO		366. DIREITO	
367. DIREITO		368. DIREITO	
369. DIREITO		370. DIREITO	
371. DIREITO		372. DIREITO	
373. DIREITO		374. DIREITO	
375. DIREITO		376. DIREITO	
377. DIREITO		378. DIREITO	
379. DIREITO		380. DIREITO	
381. DIREITO		382. DIREITO	
383. DIREITO		384. DIREITO	
385. DIREITO		386. DIREITO	
387. DIREITO		388. DIREITO	
389. DIREITO		390. DIREITO	
391. DIREITO		392. DIREITO	
393. DIREITO		394. DIREITO	
395. DIREITO		396. DIREITO	
397. DIREITO		398. DIREITO	
399. DIREITO		400. DIREITO	
401. DIREITO		402. DIREITO	
403. DIREITO		404. DIREITO	
405. DIREITO		406. DIREITO	
407. DIREITO		408. DIREITO	
409. DIREITO		410. DIREITO	
411. DIREITO		412. DIREITO	
413. DIREITO		414. DIREITO	
415. DIREITO		416. DIREITO	
417. DIREITO		418. DIREITO	
419. DIREITO		420. DIREITO	
421. DIREITO		422. DIREITO	
423. DIREITO		424. DIREITO	
425. DIREITO		426. DIREITO	
427. DIREITO		428. DIREITO	
429. DIREITO		430. DIREITO	
431. DIREITO		432. DIREITO	
433. DIREITO		434. DIREITO	
435. DIREITO		436. DIREITO	
437. DIREITO		438. DIREITO	
439. DIREITO		440. DIREITO	
441. DIREITO		442. DIREITO	
443. DIREITO		444. DIREITO	
445. DIREITO		446. DIREITO	
447. DIREITO		448. DIREITO	
449. DIREITO		450. DIREITO	
451. DIREITO		452. DIREITO	
453. DIREITO		454. DIREITO	
455. DIREITO		456. DIREITO	
457. DIREITO		458. DIREITO	
459. DIREITO		460. DIREITO	
461. DIREITO		462. DIREITO	
463. DIREITO		464. DIREITO	
465. DIREITO		466. DIREITO	
467. DIREITO		468. DIREITO	
469. DIREITO		470. DIREITO	
471. DIREITO		472. DIREITO	
473. DIREITO		474. DIREITO	
475. DIREITO		476. DIREITO	
477. DIREITO		478. DIREITO	
479. DIREITO		480. DIREITO	
481. DIREITO		482. DIREITO	
483. DIREITO		484. DIREITO	
485. DIREITO		486. DIREITO	
487. DIREITO		488. DIREITO	
489. DIREITO		490. DIREITO	
491. DIREITO		492. DIREITO	
493. DIREITO		494. DIREITO	
495. DIREITO		496. DIREITO	
497. DIREITO		498. DIREITO	
499. DIREITO		500. DIREITO	
501. DIREITO		502. DIREITO	
503. DIREITO		504. DIREITO	
505. DIREITO		506. DIREITO	
507. DIREITO		508. DIREITO	
509. DIREITO		510. DIREITO	
511. DIREITO		512. DIREITO	
513. DIREITO		514. DIREITO	
515. DIREITO		516. DIREITO	
517. DIREITO		518. DIREITO	
519. DIREITO		520. DIREITO	
521. DIREITO		522. DIREITO	
523. DIREITO		524. DIREITO	
525. DIREITO		526. DIREITO	
527. DIREITO		528. DIREITO	
529. DIREITO		530. DIREITO	
531. DIREITO		532. DIREITO	
533. DIREITO		534. DIREITO	
535. DIREITO		536. DIREITO	
537. DIREITO		538. DIREITO	
539. DIREITO		540. DIREITO	
541. DIREITO		542. DIREITO	
543. DIREITO		544. DIREITO	
545. DIREITO		546. DIREITO	
547. DIREITO		548. DIREITO	
549. DIREITO		550. DIREITO	
551. DIREITO		552. DIREITO	
553. DIREITO		554. DIREITO	
555. DIREITO		556. DIREITO	
557. DIREITO		558. DIREITO	
559. DIREITO		560. DIREITO	
561. DIREITO		562. DIREITO	
563. DIREITO		564. DIREITO	
565. DIREITO		566. DIREITO	
567. DIREITO		568. DIREITO	
569. DIREITO		570. DIREITO	
571. DIREITO		572. DIREITO	
573. DIREITO		574. DIREITO	
575. DIREITO		576. DIREITO	
577. DIREITO		578. DIREITO	
579. DIREITO		580. DIREITO	
581. DIREITO		582. DIREITO	
583. DIREITO		584. DIREITO	
585. DIREITO		586. DIREITO	
587. DIREITO		588. DIREITO	
589. DIREITO		590. DIREITO	
591. DIREITO		592. DIREITO	
593. DIREITO		594. DIREITO	
595. DIREITO		596. DIREITO	
597. DIREITO		598. DIREITO	
599. DIREITO		600. DIREITO	
601. DIREITO		602. DIREITO	
603. DIREITO		604. DIREITO	
605. DIREITO		606. DIREITO	
607. DIREITO		608. DIREITO	
609. DIREITO		610. DIREITO	
611. DIREITO		612. DIREITO	
613. DIREITO		614. DIREITO	
615. DIREITO		616. DIREITO	
617. DIREITO		618. DIREITO	
619. DIREITO		620. DIREITO	
621. DIREITO		622. DIREITO	
623. DIREITO		624. DIREITO	
625. DIREITO		626. DIREITO	
627. DIREITO		628. DIREITO	
629. DIREITO		630. DIREITO	
631. DIREITO		632. DIREITO	
633. DIREITO		634. DIREITO	
635. DIREITO		636. DIREITO	
637. DIREITO		638. DIREITO	
639. DIREITO		640. DIREITO	
641. DIREITO		642. DIREITO	
643. DIREITO		644. DIREITO	
645. DIREITO		646. DIREITO	
647. DIREITO		648. DIREITO	
649. DIREITO		650. DIREITO	
651. DIREITO		652. DIREITO	
653. DIREITO		654. DIREITO	
655. DIREITO		656. DIREITO	
657. DIREITO		658. DIREITO	
659. DIREITO		660. DIREITO	
661. DIREITO		662. DIREITO	
663. DIREITO		664. DIREITO	
665. DIREITO		666. DIREITO	
667. DIREITO		668. DIREITO	
669. DIREITO		670. DIREITO	

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:51:51

<http://pje.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710515084200000040268196>

Número do documento: 2104271051508420000040268196

Num. 42317884 - Pág. 8



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:51:51

<http://pje.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710515084200000040268196>

Número do documento: 2104271051508420000040268196

Num. 42317884 - Pág. 9



05/08/2019



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

ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) N°:1959716 CLASS. DE RISCO VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 05/08/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: PAULO ROBERTO CEP: Nascimento:31/12/1969

CAETANO DOS SANTOS 31 ANOS

Endereço:

Cidade:

Nome da Mãe:

Responsável:

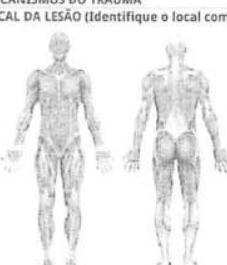
Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO

OBS FICHA: SEM DOCUMENTOS

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura ossos fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura ossos aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Engorgamento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Lacerção |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinária |
| 7. Edema | 25. Lúvula |
| 8. Empalhamento | 26. Mordeduras |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encravado |
| 11. Equimose | 29. Oferragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paroxismo |
| 14. F. Córion | 32. Paroxesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corte-cortante | 34. Fimbraria |
| 17. F. Perfur-cortante | 35. Síndrome de Ixiquémia |
| 18. F. Perfur-cortante | 36. |

OBS:

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

Peltava

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

paciente vítima de queda de moto há 13 horas.
localizado em m 10. Fx esporta
ASA: placa plástica no colo, seu marido
ALERGIA: neutro

MEDICAMENTOS:

Nega

PATOLOGIAS:

Nega

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocônicas () Anisocônicas () B 12

Glasgow 15 PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

Ultrassonografia: F+
Laboratoriais: Tudo AP, fígado, tibi, E
Gasometria arterial
Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: 02:30 às 02:30 Dia 01/08/19

Especialista: / / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Dinossa 02 am 3 U	
2	Uratil 40 mg 2 U.	
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Júlio Carvalho
Cirurgião Geral
Endoscopia
CRM-PB 9969



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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente	Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
Data	Hora	Data	Hora	
Paulo Rebeco Reitano dos Santos	1959724	Ortopedia 5	2	3
19/10/88	15:32	19/10/88	19:00	
Praticante em ECR, esfaqueado no mercado, apelido no Tague, enen- tado, apresentando fx exp abdo do perna E, com níveis elevados PAI 140x80 mmHg, PAF 110x80 mmHg FC 63 bpm, FR 20 bpm. avaliação funcional: ANI de quadril e fêmur preservado e limitado em arti- culação de transverso, flexão e flexão abdução, bem pre- sente de dor, intensidade 1 com geridas expostas. Conduto: mobil- idade possível em derredor das per- nas, a flex/ext de fêmur e quadril em modo alterado, evi- cindo isometria de flexão, em membrana central/interior exercícios de flex/ext de quadril e fêmur com resistência de elástica, isometria de quadriceps, exercícios mielom- iográficos. Adl univocam: bairros da Aldeia monte Montaneira				
1990 Adm de Fisioterapeuta PROFESSOR FÁBIO ALVES CRF-170-201488				Maria da Glória Medeiros PROFESSOR FÁBIO ALVES CRF-170-201488





SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente		Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
Data	Hora		Data	Hora	
21/08/19	15:00	Paulo Roberto Portinho dos Santos 19591-24	Intoperdido	5	2
					3

21/08/19 15:00 Paciente em escalação 1/4, anamnese de apneia Fx exp crônica de forma com PAI 100/70mmHg, PAF 300/80mmHg, FC 63, Bpm Sitz 92%. ADH: presença de quadril e fêmur, membra, escala mitigação de movimento na articulação do tornozelo, coxista, anel ligações passivas em todos os planos de mac, flex/ ext de fêmur e quadril com aux de cilure, exercício isométrica de dor e flexão com mo. I. E. contralateral, exercícios de flex/ ext de quadril e fêmur com resistência de cintilica, isometria de quadriceps, exercícios miolinfométrico Abd imparior: hemicílio Nascimento ventreiro.)

21/08/19

Yago Reinos de Ferreira Alves
FISIOTERAPEUTA
CREFITO-207488-F

ASSINATURA E CARINHO DO RESPONSÁVEL

11/10/2021

OBSERVAÇÕES

DATA DA COMUNICAÇÃO

MEDICO RESPONSÁVEL - CRM

05/18/19

IMPOL INSTRUMENTAL E IMPLANTES LTDA
Av. Dr. Ulysses Guimarães, 3533 - 09990-080 - Diadema - SP - Brasil
PINO E FIO RÍGIDOS NÃO ABSORVÍVEIS

PINO DE SCHANZ
PINO DE SCHANZ Ø 5,0 X 180 MM - ROSCA 50 MM

TAM Ø 5,0 X 180MM
MATERIAL ASTM F136

REGISTRO ANVISA 10108770114
REF: TEC Douglas C. Nunes - CREA-SP 063628611
CLASSE: III QTD: 8
REF.: 0920-005-180 LOTE: 0028/1017



12/2017

VAL: 12/2022

STERILE R

STERILE R

STERILE R

12/20

12/20

12/20

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

R

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Paulo Polente Castanho dos Santos</i> - 27.12.87 QI <i>Salvo 03</i> CONVÉNIO <i>SUS</i> IDADE <i>31</i> REGISTRO <i>1950716</i>					GOVERNO DA PARAÍBA <small>SECRETARIA DE SAÚDE</small> <small>Hospital do</small> <small>Emergência e Trauma Com</small> <small>Luis Gonzaga Fernandes</small>	
CIRURGIA <i>Tto. Dr. José França Cl. fixa Pct. Cefalotx</i>		CIRURGÃO <i>Dr. Júlio</i>				
ANESTESIA <i>Raque</i>		ANESTESIA <i>Dr. Júlio</i>				
INSTRUMENTADORA <i>05.08.19</i>		INÍCIO <i>04:30h</i>		FIM <i>06:00h</i>		
Qty.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qty.	FIOS	CÓDIGO	
	Adrenalina amp.	1/1000 Calef. p/ Oxi.		Calgut cromado Sertix		
	Airofina amp.	Calef. Do Urinar Sist. Fech.		Calgut cromado Sertix		
	Diazepam amp.	1/10 Compressa Grande		Calgut cromado Sertix		
	CL Dimidr. amp. 0,2 ml	Compressa Pequena		Calgut Simples		
	Dolantina amp.	Colonoide		Calgut Simples Sertix		
	Efréne ml	Dreno		Calgut Simples Sertix		
	Fenegam amp.	Dreno Kerr nº		Calgut Simples Sertix		
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso		
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond		
	Ketalar ml	Equipo de Macrogolas		Ethibond		
	CL Mercalina 0,5 % ml	Equipo de Macrogolas		Ethibond		
	Nubatin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix		
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix		
	Protigmine amp.	Espasadeiro Larco cin		Fio de Algodão Sutupak		
	Protóxido lirn	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak		
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca		
	Rapifen amp.	H ₂ O ml		Mononylon		
	Thiobambutol ml	Intracath Adulto		Mononylon		
	Tracium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix		
Qty.	MEDICAÇÕES	CL Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix		
	Agua Desidratada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix		
	Decadron amp	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix		
	Dipirona amp.	CL Luvas 7,0		Vicryl Sertix		
	Flaxidol amp.	CL Luvas 7,5		Vicryl Sertix		
	Flbocorid amp.	CL Luvas 8,0		Vicryl Sertix		
	Geramicina amp.	CL Luvas 8,5				
	Glicose amp.	7IC Oxiênio l/m				
	Glúcon de Cálcio amp.	Polfix				
	Haemaco ml.	PVPI Degomarite ml				
	Heparina ml.	PVPI Tópico ml.	Qty.	SOROS		
	Kanaklon amp.	SG Antisséptico 100 ml		SG Normotérmico fr 500 ml		
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml		
	Medrotinazol.	SG Seringa desc. 10 ml		SG Hipotérmico fr 500 ml		
	Plasil amp.	SG Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml		
	CL Prolamina 0,5 ml	SG Seringa desc. 05 ml	7IC	SG fr 500 ml 0,9%		
	Revivan amp.	Sonda				
	Siuplanon amp.	Sonda Foley	Qty.	ORTESE E PRÓTESE		
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogástrica				
	CL Tenofoveca 1ml	Sonda Uretral nº				
	CL Tenofoveca 1g	Steridrieni ml				
Qty.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaseline ml				
	Aguilha desc. 25 x 7	Gelcon 18				
	CL Agulha desc. 28 x 28 4/4 x 12	Latese		EQUIPAMENTOS		
	Aguilha desc. 3 x 4,5	ESCOVAS ANTISÉPTICAS		(<input checked="" type="checkbox"/>) Oxímetro de Pulso	(<input type="checkbox"/>) Foco Auxiliar	
	Aguilha p/ raque nº	Clorônios		(<input type="checkbox"/>) Serra	(<input type="checkbox"/>) Eletrocautério	
	CL Alcool de Enfermagem 7/7			(<input type="checkbox"/>) Desfibrilador	(<input type="checkbox"/>) Oxicardiôgrafo	
	Alcool Iodado ml			(<input checked="" type="checkbox"/>) Ecco Frontal	(<input type="checkbox"/>) Cardiotônito	
	Algoduras de Crepon			(<input type="checkbox"/>) Fonte de Luz	(<input checked="" type="checkbox"/>) Perfurador Elétrico	
	Algodão de Gesso					



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mál, Floriano Peixoto, 4700 - Mâltinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 05/08/2019

Paciente: PAULO ROBERTO CAETANO DOS SANTOS 31 ANOS

Idade: 02/019

Nº ATEND: 1959716

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO

DATA: 05/08/2019 HORA : 02:16:22

ESPECIALIDADE : ENERGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO : MOTO X CARRO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

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

ALERGIAS : NEGA

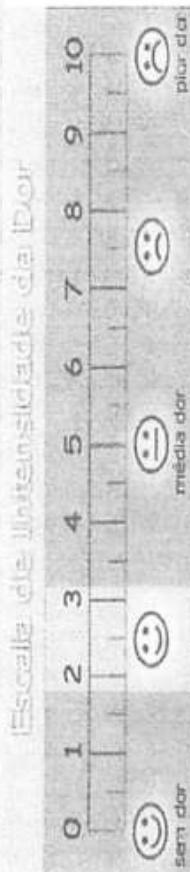
MEDICAÇÃO EM USO : Não
ESTADO GERAL : BOM
AVALIAÇÃO NEUROLOGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

- () FEBRE () VÓMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE

Dor



ESCALA DE DOR: DOR MODERADA
VERMELHO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :

05/08/2019



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

ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) N°:1959716 CLASS. DE RISCO VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNP: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 05/08/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento.

PACIENTE: PAULO ROBERTO CEP: Nascimento:31/12/1969

CAETANO DOS SANTOS 31 ANOS

Endereço:

Cidade:

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO

Obs FICHA: SEM DOCUMENTOS

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-----------------------|----------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura óssea fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura óssea aberta |
| 3 Axilação | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingratamente Venoso |
| 5 Cretação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão tendinária |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalhamento | 26 Mordedura |
| 9 Enfisâms subcutânea | 27 Moviimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Enravade |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de fogo | 31 Parapisia |
| 14 F. Cártilo | 32 Parapisia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corte-cortante | 34 Rinorrágia |
| 17 F. Perfurante | 35 Síndrome de Isquemia |
| 18 F. Perfurante | 36 |

OBS:

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

Peltava

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

*Clínica: Perigoso.
Paciente vítima de queda de moto há 13 horas.
Lesão localizada em M 10. Fx esporta
ASD: não apresenta nenhuma lesão em suas idas.*

ALERGIA: *Nenhum*

MEDICAMENTOS: *Negar*

PATOLOGIAS: *Negar*

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocônicas () Anisocônicas

Glasgow 15 PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada

Ultrassonografia: F+
Radiografias: Local AP, fêmur AP, tibia E

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *Belzebul* às 02:30 dia 01/08/19

Especialista: às dia

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>Dynos 025mg 3U</i>	
2	<i>Citalatil 40mg 2U</i>	
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

W. Belzebul Carvalho
Caráter Geral
Endoscopia
CID-9959
CIA-PB



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

Evolução Fisioterapêutica

Paciente	Prontuário	Ara	Leito	Enfermaria
Data	Hora	Data	Hora	
Paulo Rebecito Fontane dos Santos	1959704	Ortopedia I	2	3
19/08 15:32	Paciente em COR estabilizado, no- mecando, apelar na tosse, en- tordo, apesar de Fx exp obso da perna e, com níveis baixos PAI 110x30 mmhg, PAF 110x80 mmhg FC 63 bpm FR 20 ipm. avaliação funcional: APH de quadril e joelho preservada e limitada em arti- culações de tornozelos. Tonus e trepismo fisiológico, bem pre- sente de dor, edema moderado com geridas expostas. Conduta: mobiliza- ção passiva em todos os pés de 0 a 90°, flex/ext de joelho e quadril em modo ativo, exer- cício isométrico de dor flexão, sem membrana contrátil, exercício de flex/ext de quadril e joelho com resistência de elástico, isometria de quadriceps, exercícios mielin- gicadores, AED unijacional: hincel- la e varimento muscular	19/08/14 mar/14	Paciente em COR, orientado, normo- vado, apesar de tosse. Conduta: estabilizações de membro. Tonus curvo e isquimétrico direito; Exercício de flexo- extensão de MJO (3x 10 repetições), exer- cício de círculo churrasco unijacional com resistência de MJO (3x 10 repetições); exercícios de flexo-extensão de embre (3x 10 repa- tições); Exercício isométrico de abdução de membro com resistência moderada (3x 8 segundos); orientar quanto à movi- mentação rotatória de membro - círculo estabil- izante de 0 a 90° de pés segundos. Revisão com o condutor e guiar tamo- corre em intercorrências. AED UEPF. Vânia Emilia de Araujo.	Marina S. Medeiros FISIOTERAPEUTA CREFITO 2035012-F



SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

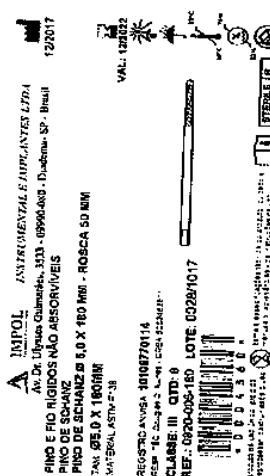
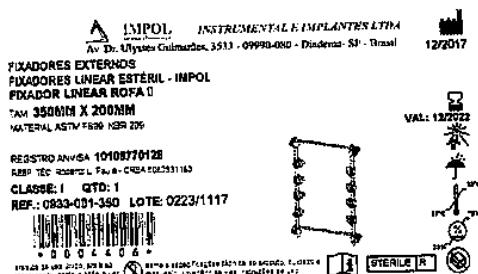
Paciente		Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
Data	Hora				
21/08/19	15:00	Paciente em ESR, referindo dor, náuseas, de apresenta Fx exp visto na perna com PAI 100/70mmHg, PAF 70/50mmHg, FC 63, Bpm Sitz 98%. ADH: pressorismo de quadril e fêmur, com dor, com limitação de movimento na articulação do tornozelo, coxa, tronco, mobilização permitiu com dor, depois de 10c flex/ext de fêmur e quadril com dor de alívio, exercício isométrico de flexão/ extensão em m. I. E. Anterolateral, exercício de flex/ext de quadril e fêmur com resistência de elastico, limitar de quadriceps e exercícios mioelásticos e adianteira: flexão/ extensão ventral.	5	2	3
		<p><i>2 Vago</i></p> <p>Yago Reinaldo Ferreira Alves FISIOTERAPEUTA CREFITO - 207468 - F</p>			

1002-913



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:51:51
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2104271051508420000040268196>
Número do documento: 2104271051508420000040268196

Núm. 42317884 - Pág. 19





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Leandro Pacheco Ferreira dos Santos	Idade:	3 (três)
Convênio:			
Procedimento:	T2. Biópsia de Faringe e Laringe e Biópsia de Adeno.		
Clírgião:	Dr. Gilson	Auxiliar:	
Início:		Término:	
Anestesista:	Dr. Jorginho		
Anestesia:	Ropivacaína		

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MAP 101





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAJANO DE CAMPINA GRANDE
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente	Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria			
Paulo Roberto Falcão dos Santos	1959724						
Data	Hora						
22/08/19	14:00	Paciente em EGR, nitemo erodido, pubo-femoral, orientado e estabilizativo. Faz uso de prados externos nos ossos da perna e, porém não relata dor. Conduta: Técnica de energia muscular para os movimentos de dorsiflexão e flexão plantar do Tornozelo D (Sendo 3 séries de 3 repetições com 6s de contrações e 6s de relaxamento intercalados), Mobilização Tornozelo D no sentido látero-lateral - anterior-caudal, tônus ativo de contração isométrica da Quadril D (3x10s). Acompanhamento de inquiustibiais do MED (2x10s) Mobilizações de Tornozelo anterior-posterior no pé E, Mobilizações tânia-caudal da metatarsal, Mobilização ântero-posterior e látero-lateral de palanques do pé E. ACD UEPB. Fisioterapeuta: Senza da Motta	27/08/19	Martã	Paciente em EGR, nitemo erodido, apertado ao toque. Conduta: Alongamento de MID, mobilização de tibíspica flexão/med (3x5) repetições, exercício ativo de flexão anterior com resistência de MED (3x5) repetições, manutenção sobre a mobilização dos membros adjacentes. Paciente volta com a fixação externa e relata dor MÉD. Sendo possível o término da conduta. ACD: Tomada dos exames Oligo (UEPB).	2	3





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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÉUTICA

Yggo Ramos de Faria Aires
FISIOTERAPEUTA
CREFI 202468 E



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:51:51
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2104271051508420000040268196>
Número do documento: 2104271051508420000040268196

Núm. 42317884 - Pág. 24

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA COM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMAGEM	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		Paulo R. C. Santos			RAZÃO	SEXO	COR
22-08-19		PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
TIPO SANGUÍNEO		HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLUCEMA	URÉIA	DUTROS
		URINA					
AP. RESPIRATÓRIO					ABMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			VENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HYPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFETO	
AGENTES ANESTÉSICOS	LÍQUIDOS	INDUÇÃO					
		Setef.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____					
CÓDIGOS WP-ARTERIAL O- RESPIRAÇÃO AX-ANESTESIA O- OPERAÇÃO	250 240 230 220 210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20	MANUTENÇÃO					
		ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____					
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	DESPERTAR						
	Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____						
POSIÇÃO	Com clínica:						
	Para o Leito Sim _____ Não _____						
AGENTES	CONDIÇÕES:						
TÉCNICA	Neon - 1 day, + D (mox) - 1 day + cefazol - 2ccz						
	CANULAS						
OPERAÇÃO	BD 20g x 1						
	Tanto Cava Froux + Táibia						
CIRURGIOS	Eduardo						
ANESTESISTAS	Wanderley, G						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGUÍNEA		
MOD. 003		FOLHA DE ANESTESIA - SRP8					

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE SENHORAS

CIDADE

CAMPINA GRANDE

TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE

Paulo Roberto Coutinho dos Santos

Nº DO PRONTUÁRIO

195 9756

Nº AI. H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÉNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

TRAT. CIRUR. DE FRACT. DE TIBIA DISTAL ESQUERDA

PRODUTO	REF.	QUANT.	CÓD. ROMP.
PLACA DE TIBIA DISTAL EM AÇO		1	
LADO ESQUERDO DE 10 Furos	01		
PARAF. DE BLOCAR 3.5 x 26	01		
1 " " 3.5 x 30	02		
1 " " 3.5 x 36	02		
1 " " 3.5 x 36	02		
1 " " 3.5 x 40	02		
1 " " 3.5 x 45	02		
PARAF. CORTICAL 3.5 x 26	02		
" " 3.5 x 28	02		
PARAF. ESTAB. 50 4.0 x 45 R-36	02		
	1	1	

DATA DA UTILIZAÇÃO

19/08/19

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

Dr. Eduardo Braga Moraes

OBSERVAÇÕES

Cx 35 BLOQUEADA N° 85

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Ramón / AMDEC

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

Endereço: Rua 100 - Fone: (81) 3431.4960





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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
<i>Nenhum Movimento = 0</i> <i>Movimenta 2 membros = 1</i> <i>Movimenta 4 membros = 2</i>		
<i>Apnéia = 0</i> <i>Respiração Limitada, Dispnéia = 1</i> <i>Respiração profunda e tosse = 2</i>		
<i>PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0</i> <i>PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1</i> <i>PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2</i>		
<i>Sat 02 < 90 com oxigênio = 0</i> <i>Sat 02 > 90 com oxigênio = 1</i> <i>Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2</i>		
<i>Não responde ao chamado = 0</i> <i>Despertado ao chamado = 1</i> <i>Completamente acordado = 2</i>		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesiista





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Paulo Roberto Coletano dos Santos	Idade:	33
Convênio:	215	Data:	29/08/2019
Procedimento:	fio contínuo c/ fixação de frt. da tibia esq.		
Cirurgião:	Dr. Edilson Moraes	Auxiliar:	
Inflo:	08-50	Término:	08:45
		Anestesia:	Hojano

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

349-350





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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10

 CRM 4302

Assinatura do anestesista



05/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.368/0018-53
Av. Mst. Floriano Peixoto, 4700 - Matozinhos, Carapibus/Cinza - PB.
Data: 05/08/2019

NOME : Julio Cesar Ribeiro De Castro



Número do Prontuário: 1 DATA DA CIRURGIA: 05/08/2019

Número do Atendimento: 1959724 Clin: AMARELA / Enf: 5 / Lei: 3

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: SEM DOCUMENTOS

Data da Internação: 05/08/2019

Atendimento: 1959724

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA EXPOSTA TIBIA E

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgia: LMC + FIXACAO EXTERNA

Data da Cirurgia: 05/08/2019

Equipe:

Cirurgião: JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES

Aux 1: JULIO CESAR RIBEIRO DE CA

Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 3:

Instrumentador: CARLOS ANDRE

Anestesista:

Tipo de anestesia: RAQUE

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NAO

Descrição da Operação: 01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA

02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE

03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS.

04- AMPLIO FERIMENTO DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA PARA LAVAGEM EXAUSTIVA SF0.9%

+

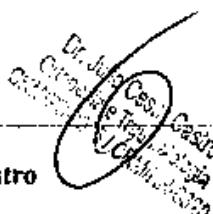
05- REDUÇÃO + FIXAÇÃO EXTERNA COM FIXADOR EXTERNO LINEAR EM TIBIA E
SOB ESCOPIA

06- LIMPEZA + SUTURA

07- CURATIVOS

Data 05/08/2019

Assinatura/Carimbo
Julio Cesar Ribeiro De Castro



PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE REAVMA

CIDADE

CAMPINA GRANDE

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

Paulo Roberto Cestana dos Santos

Nº DO PRONTUÁRIO

1957756

Nº ALH

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÉNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

TRAT. CIRURG. DE FRACT. DE TIBIA DISTAL ESQUERDA

PRODUTO	REF.	QUANT.	CÓD. ROMP.
---------	------	--------	------------

PLACA DE TIBIA DISTAL EM AÇO

-

LADO ESQUERDO DE 10 Furos

01

PROSF. DE BLOQUEIO 3.5 X 26

01

" " 3.5 X 30

02

" " 3.5 X 36

01

" " 3.5 X 38

01

" " 3.5 X 40

01

" " 3.5 X 45

01

PROSF. CORNICAL 3.5 X 26

01

" " 3.5 X 28

01

PROSF. ESTAB-J50 4.0 X 45 R-56

01

1 1 1

1

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL CRM

OBSERVAÇÕES

Dr. EDUARDO BRAGA MORAIS
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PB 6326

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Ramón / ANDEC

Dr. Eduardo Braga Moraes
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PB 6326

Embalagem Reciclável - Fone: (81) 3431.09



05/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mat. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
CNPJ: 08.778.266/0038-52
Data: 05/08/2019
NOME: Julio Cesar Ribeiro De Castro



GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: I DATA DA CIRURGIA: 05/08/2019

Número do Atendimento: 1959724 Clin: AMARELA / Enf: 5 / Lei: 3

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: SEM DOCUMENTOS

Data da Internação: 05/08/2019

Atendimento: 1959724

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA EXPOSTA TIBIA E

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgia: LMC + FIXAÇÃO EXTERNA

Data da Cirurgia: 05/08/2019

Equipe:

Cirurgião: JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES

Aux 1: JULIO CESAR RIBEIRO DE CA

Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 3:

Instrumentador: CARLOS ANDRE

Anestesista:

Tipo de anestesia: RAQUE

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NAO

Descrição da Operação: 01- PACIENTE EM DÉCUBITO DORSAL SOB ANESTESIA

02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE

03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS.

04- AMPLIO FERIMENTO DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA PARA LAVAGEM EXAUSTIVA SF0.9%

+

05- REDUÇÃO + FIXAÇÃO EXTERNA COM FIXADOR EXTERNO LINEAR EM TIBIA E
SOB ESCOPIA

06- LIMPEZA + SUTURA

07- CURATIVOS

Data 05/08/2019

Assinatura/Carimbo
Julio Cesar Ribeiro De Castro



HOSPITAL EMERGÊNCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE			
Nome do Paciente: PAULO ROBERTO		Data da Cirurgia 29/08/2019	
CNS	Enfermaria 1	Lelto 4	Prontuário
Cirurgião: Dr. ELDIMAN		1º Auxiliar: DR EULER	
2º Auxiliar		Instrumentador: THIAGO	
Anestesista: DRA ANA DULCE		Anestesia:	
Diagnóstico Pré-operatório: FX TIBIA E			
Tipo de Cirurgia: OSTEOSINTÉSE			
Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO			
Relatório imediato do Patologista NÃO HOUVE			
Exame Radiológico no Ato: NAO			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE			
DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA			
01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA 02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS 04- INCISÕES FACE ANTEROLATERAL Perna E + DIVULSAO POR PLANOS 05- REDUÇÃO INCRUENTA + FIXACAO PLACA BLOQUEIO TIBIA DISTAL 06- 7 PARAFUSOS DE BLOQUIO E 2 CORTICAIS 07- SFO.9% + DESBRIDAMENTO 08- FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURAS 09- CURATIVOS			
			



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL 27/12/87.

PACIENTE: <i>Paulo Roberto Bastião dos Sínus</i> SN: <i>2712107</i>					GOVERNO DA PARAÍBA	
QD	LEITE	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	
CIRURGIA: <i>Coronarioplastia e tromboaspiração</i> CIRURGÃO: <i>Dr. Eldiman</i>					Hospital do Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fornazés	
ANESTESIA: <i>Koqui</i> ANESTESIA: <i>Wanderley</i>						
INSTRUMENTADORA	DATA	NÍCIO	FIM			
<i>Amidol</i>	<i>29/08/19</i>	<i>08:50</i>	<i>09:45</i>			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO	
	Adrenalina amp.	Calef. p/ O2g.		Calgut cromado Sertix		
	Atropina amp.	Calef. Da Urinar Sist. Fech.		Calgut cromado Sertix		
	Diazepam amp.	Compreesa Grande		Calgut cromado Sertix		
01	Dimorf. amp.	Compreesa Pequena		Calgut Simples		
	Dolantina amp.	Cotonolde		Calgut Simples Sertix		
	Efrane ml	Dreno		Calgut Simples Sertix		
	Fenegam amp.	Dreno Kerr nº		Calgut Simples Sertix		
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso		
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond		
	Ketalar ml	01		Ethibond		
01	Mercaina % ml	Equipo de Macropolas		Ethibond		
	Nubatin amp.	Equipo de Macrogolas		Fio de Algodão Sertix		
	Pavulon amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix		
	Proligmine amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sutupak		
	Protóxido de carbono	Esparadrajo Lureo cm		Fio de Algodão Sutupak		
	Quelicin ml	01		Fita cardíaca		
	Rapifén amp.	Furacim ml		Mononylon		
	Thionembutal ml	Gasa Pacote c/ 10 unidades	02	Mononylon	(2.01)	
	Tracrium amp.	H2O ml		Prolene Sertix		
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 23	Prolene Sertix		
	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix		
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix		
	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix		
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix		
	Fliebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix		
	Geramicina amp.	Luvas 8.5		Vicryl Sertix		
	Glicose amp.	Oxigênio Un				
	Glúcon de Cálcio amp.	Poliix				
	Hacmaçol ml	PVPi Degermante ml				
	Heparina ml	PVPi Tópico ml	Qtd.	SOROS		
	Kanakion amp.	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml		
	Lasix amp.	04	Saco coletor	SG Gelado fr 500 ml		
	Medrotinazol	01	Seringa desc. 10 ml	SG Hipotérmico fr 500 ml		
	Ptasil amp.	02	Seringa desc. 20 ml	SG Ringr fr 500 ml		
	Prolamina	01	Seringa desc. 05 ml	SG fr 500 ml		
	Revivan amp.	Sonda				
	Stupuran amp.	Sonda foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE		
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogástrica		01	<i>Placa de juba deitado</i>	
		Sonda Uretral nº			<i>2 juros</i>	
		Steridrem ml			<i>infusões</i>	
		Tomeirinho				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaseline ml				
	Aguilha desc. 25 x 7	Gelcon 18				
	Aguilha desc. 28 x 28	Latex				
	Aguilha desc. 3 x 4,5	01				
02	Aguilha p/ raque nº 35	01				
	Álcool de Enfermagem	01				
	Álcool Iodado ml	01				
03	Ataduras de Crepon 15 cm					
	Ataduras de Gessada					
	Azul malheno amp.					
	Benzina ml					
					EQUIPAMENTOS	
					<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso	<input type="checkbox"/> Foco Auxiliar
					<input type="checkbox"/> Serra	<input type="checkbox"/> Eletrocautério
					<input type="checkbox"/> Desfibrilador	<input type="checkbox"/> Oxicardiôgrafo
					<input checked="" type="checkbox"/> Foco Principal	<input type="checkbox"/> Cardiomonitor
					<input type="checkbox"/> Fonte de Luz	<input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico
					CIRCULANTE RESPONSÁVEL	

Ponte 09:00 rebraga: 01. Cem 2.507.30

mod 688



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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
<i>Nenhum Movimento = 0</i> <i>Movimenta 2 membros = 1</i> <i>Movimenta 4 membros = 2</i>		
<i>Apnéia = 0</i> <i>Respiração Limitada, Dispnéia = 1</i> <i>Respiração profunda e tosse = 2</i>		
<i>PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0</i> <i>PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1</i> <i>PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2</i>		
<i>Sat 02 < 90 com oxigênio = 0</i> <i>Sat 02 > 90 com oxigênio = 1</i> <i>Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2</i>		
<i>Não responde ao chamado = 0</i> <i>Despertado ao chamado = 1</i> <i>Completamente acordado = 2</i>		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Paulo Roberto Bactom IDADE: 31 SEXO: M

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 10/02/19

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

Assintomática Sintomática Oligossintomática

SINTOMAS:

{ <input type="checkbox"/> Cefaléia	{ <input type="checkbox"/> Tontura	{ <input type="checkbox"/> Sincopse
{ <input type="checkbox"/> Dispnéia de esforço	{ <input type="checkbox"/> Grande	{ <input type="checkbox"/> Pequena
{ <input type="checkbox"/> Palpitações	{ <input type="checkbox"/> Média	{ <input type="checkbox"/> Orthopneia
{ <input type="checkbox"/> Dor Precordial	{ <input type="checkbox"/> Tosse Seca	{ <input type="checkbox"/> Expectorção
Relacionada (<input type="checkbox"/>) Esforço	{ <input type="checkbox"/> Típica	{ <input type="checkbox"/> Atípica
	{ <input type="checkbox"/> Emoções (<input type="checkbox"/>) Frio	{ <input type="checkbox"/> Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

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

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

{ <input type="checkbox"/> Alergia a Medicamentos: <u>mege</u>	{ <input type="checkbox"/> Tabagismo <input checked="" type="checkbox"/>
{ <input type="checkbox"/> Etilismo	{ <input type="checkbox"/> Sedentarismo
{ <input type="checkbox"/> Dislipidemia	{ <input type="checkbox"/> Outros

Medicamentos em uso Não Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

Estado Geral Bom Regular Comprometido Precário Altura Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: PCR, RT, D

FC: 60 b.p.m P.A.: 120 x 90 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: Normal

Ex. Laboratoriais: Hb: 11,5 Glic. 70

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: paciente mege hipertensos, mas teve PA elevada
no inicio do internamento
- ↓ HR, diete hiposódica e monitor cardíaco

Ass. do Médico Delegada Delegada
CRM-28-565 - 002-2024





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Paulo Roberto Coutinho dos Santos	Idade:	31
Convênio:	S.S	Data:	29/08/09
Procedimento:	tto corrigendo e/ fixando de frat. de tibia seg.		
Cirurgião:	Dr Flávio Moraes	Auxiliar:	
Anestesista:	Dr Vanderley		
Início:	08:50	Término:	09:45
Anestesia:	Nefop		

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MAP 183





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

Evolução Fisioterapêutica

Paciente	Pronthário		Ala	Leito	Enfermaria
Data	Hora		Ortopedia I	2	3
19/08	15:32	Paciente em COR, estabilizado, respi- rando regular, no Tague, enven- tado, apresentando Excesso de perna E com níveis baixos PAI 110x80mmHg, PAF 110x80mmHg Fc 63 bpm FR 20 bpm. pulmões juncionais. apn de quadril e joelho preservado e limitado em arti- culações de tornozelos, tibias e trepique, giseleiros, bem pre- servados de dor, edema moderado com periódicos espasmos. Conduta: mobiliza- ção em posição com flexo dos pés de 90°, flex/ext de joelho e quadril em modo lento, exer- cício isométrico de dor flexo em membrana articular, exercício de flex/ext de quadril e joelho com reabilitação de elétrica, hidroter- apia de baixo nível, exercícios midim- plicados, Abd Uniplano: higiene e planejamento Menteiro	20/08/13 morte	Paciente em COR, orientado, normo- solo, apneia em baixo. Conduta: desenvolvimento de níveis baixos e iniciativa direta, Exercícios de peso externo de MDP (3x 10 repetições), exer- cício de alongamento uniplano com aniso de MDP (3x 10 repetições); exercícios de peso externo de membros (3x 10 rep- etições); Exercícios isométricos e alonga- mento uniplano com resistência manual (3x 3 segundos), orientar quanto ao movi- mento e ativação de membros. conduta: movimentação dos dedos de pés e unguetes. Revisão em 24 horas e guiar tra- casse em intercorrências. Abd UEPB: Vaso- constritor de Anais.	3
					<p>Assinatura: <i>Marina S. Moreira</i> FISIOTERAPISTA CRÉDITO 203503-7</p>



SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA



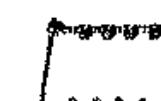
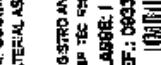


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:51:51

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:51:51
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?y=21042710515084200000040268196>

Número do documento: 21042710515084200000040268196

Num. 42317884 - Pág. 42

IMPOL - INSTRUMENTAL E APLICAÇÕES LTDA		12/2017
Av. Dr. Ubiracy Guimarães, 3313 - 06990-000 - Delfinópolis - SP - Brasil		VAL: 1300,00
PINADORES EXTERNOS		
PINADORES LINEAR EPIFAJ - IMPOL		
PA. 350MM X 200MM		
MATERIAL ASTY-FUSION NBR 209		
REGISTRO ANVISA: 10106770128		
CLASSE: I DTO: 1		
REF: 0033-001-350 LOTE: 0223/117		
		
		
		
		

CRM PB 8649
Medico Radiologista
Dr. Felipe Andrade
Sousa

Não foram evidenciadas lesões viscerais relacionadas ao trauma ao método.

• Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.

ANALISE:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento digital na frequência de 4,0 MHz.

METODOLOGIA:

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

PACIENTE:	PAULO ROBERTO CAETANO	DATA DO EXAME:	05/08/2019
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE CAMPINA GRANDE - PARÁ/BA GOVERNO DO P AR Á BA			

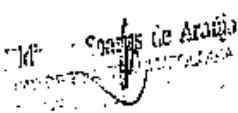


HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

Nome do Paciente: PAULO ROBERTO		Data da Cirurgia 29/08/2019	
CNS	Enfermaria 1	Leito 4	Prontuário
Cirurgião: Dr. ELDIMAN		1º Auxiliar : DR EULER	
2º Auxiliar		Instrumentador THIAGO	
Anestesista: DRA ANA DULCE		Anestesia :	
Diagnóstico Pré-operatório : FX TIBIA E			
Tipo de Cirurgia : OSTEOSINTSE			
Diagnóstico Pós-operatório : O MESMO			
Relatório imediato do Patologista NÃO HOUVE			
Exame Radiológico no Ata: NAO			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE			

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

- 01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
- 02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE
- 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
- 04- INCISOES FACE ANTEROLATERAL PERNAS E + DIVULSAO POR PLANOS
- 05- REDUÇÃO INCRUENTA + FIXACAO PLACA BLOQUEIO TIBIA DISTAL
- 06- 7 PARAFUSOS DE BLOQUIO E 2 CORTICais
- 07- SF0.9% + DESBRIDAMENTO
- 08- FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURAS
- 09- CURATIVOS



Dr. Suelio Moreira Torres



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Paulo Roberto Soárez IDADE: 31 SEXO: M

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 10/08/19

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

Assintomática Sintomática Oligossintomática

SINTOMAS:

<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Tontura	<input type="checkbox"/> Sincopse
<input type="checkbox"/> Dispnéia de esforço	<input type="checkbox"/> Grande	<input type="checkbox"/> Pequena
<input type="checkbox"/> Palpitações	<input type="checkbox"/> Média	<input type="checkbox"/> Oropnéia
<input type="checkbox"/> Dor Precordial	<input type="checkbox"/> Tosse Seca	<input type="checkbox"/> Expectorção
Relacionada <input type="checkbox"/> Esforço	<input type="checkbox"/> Típica	<input type="checkbox"/> Atípica
	<input type="checkbox"/> Emoções <input type="checkbox"/> Frio	<input type="checkbox"/> Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

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

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

<input type="checkbox"/> Alergia a Medicamentos: <u>mege</u>	<input type="checkbox"/> Tabagismo <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Etilismo	<input type="checkbox"/> Sedentarismo
<input type="checkbox"/> Dislipidemia	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Cirúrgico <u>hernia</u>	
	<u>inspirada</u>

Medicamentos em uso Não Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

Estado Geral Bom Regular Comprometido Precário Altura Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: PCR, 2T, 2V

FC: 60 b.p.m P.A.: 120 x 90 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: normal

Ex. Laboratoriais: hbg. 11.5 Genc. 70

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.: pac mege hipertensão, mas teve PA elevada
no inicio do intromerso
- VHR, dieta hiposódica
fluoride e colageno

Ass. do Médico Dr. José Cláudio Barreto
Cadastralizado na CRM-PB
CRM-PB 10515084200000040268196





MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE AREIA
HOSPITAL MUNICIPAL DR. HERCILIO RODRIGUES
RUA: MONS. WALFREDO LEAL - BAIRRO: JUSSARA
CNPJ: 11.268.285/0001-62 - CNES: 6499198
CEP: 58.367-000 - FONE: 3362-2297

00:40 Horas

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

NOME: Paulo Roberto Góes Sato

DOCUMENTO Nº: _____ IDADE: 31 Anos

DATA DE NASCIMENTO: 27/12/1987 SEXO: M

ENDERECO: Gozito P. Moreira

CIDADE: Areia - PB CEP: _____

PROFISSÃO: _____ ESTADO CIVIL: _____

H.D.A. Receita co - Fazendo exato, no Peso e quando, Escreveu
que o exato, no exato e realizou
que o exato exato. Pergunta se
o exato.

90/160/100 - 66

EXAMES REALIZADOS: Hct = 126 g/dl

SP02 = 97%

F. C = 9.0

CONDUTA: Curiosos + Tensão alta
Projetos de exato 500.014
Tensão alta 600.01 + 100.57 11

DATA: 05/08/2019

Dr. Luis Gomes de Oliveira
Médico - CRM 2559
CIC 139.209.104-78

MÉDICO-ASSISTENTE/CRM





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Paulo Belchior Ferreira da Cunha	Idade:	7 (ano)
Convênio:		Data:	
Procedimento:	T2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 299, 300, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 399, 400, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 499, 500, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 598, 599, 599, 600, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 698, 699, 699, 700, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 798, 799, 799, 800, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 898, 899, 899, 900, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 988, 989, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 998, 999, 999, 1000, 1000, 1001, 1002, 1003, 1004, 1005, 1006, 1007, 1008, 1009, 1009, 1010, 1011, 1012, 1013, 1014, 1015, 1016, 1017, 1018, 1019, 1019, 1020, 1021, 1022, 1023, 1024, 1025, 1026, 1027, 1028, 1029, 1029, 1030, 1031, 1032, 1033, 1034, 1035, 1036, 1037, 1038, 1039, 1039, 1040, 1041, 1042, 1043, 1044, 1045, 1046, 1047, 1048, 1049, 1049, 1050, 1051, 1052, 1053, 1054, 1055, 1056, 1057, 1058, 1059, 1059, 1060, 1061, 1062, 1063, 1064, 1065, 1066, 1067, 1068, 1069, 1069, 1070, 1071, 1072, 1073, 1074, 1075, 1076, 1077, 1078, 1079, 1079, 1080, 1081, 1082, 1083, 1084, 1085, 1086, 1087, 1088, 1088, 1089, 1089, 1090, 1091, 1092, 1093, 1094, 1095, 1096, 1097, 1098, 1098, 1099, 1099, 1100, 1100, 1101, 1102, 1103, 1104, 1105, 1106, 1107, 1108, 1109, 1109, 1110, 1111, 1112, 1113, 1114, 1115, 1116, 1117, 1118, 1119, 1119, 1120, 1121, 1122, 1123, 1124, 1125, 1126, 1127, 1128, 1129, 1129, 1130, 1131, 1132, 1133, 1134, 1135, 1136, 1137, 1138, 1139, 1139, 1140, 1141, 1142, 1143, 1144, 1145, 1146, 1147, 1148, 1149, 1149, 1150, 1151, 1152, 1153, 1154, 1155, 1156, 1157, 1158, 1159, 1159, 1160, 1161, 1162, 1163, 1164, 1165, 1166, 1167, 1168, 1169, 1169, 1170, 1171, 1172, 1173, 1174, 1175, 1176, 1177, 1178, 1179, 1179, 1180, 1181, 1182, 1183, 1184, 1185, 1186, 1187, 1188, 1188, 1189, 1189, 1190, 1191, 1192, 1193, 1194, 1195, 1196, 1197, 1198, 1198, 1199, 1199, 1200, 1200, 1201, 1202, 1203, 1204, 1205, 1206, 1207, 1208, 1209, 1209, 1210, 1211, 1212, 1213, 1214, 1215, 1216, 1217, 1218, 1219, 1219, 1220, 1221, 1222, 1223, 1224, 1225, 1226, 1227, 1228, 1229, 1229, 1230, 1231, 1232, 1233, 1234, 1235, 1236, 1237, 1238, 1239, 1239, 1240, 1241, 1242, 1243, 1244, 1245, 1246, 1247, 1248, 1249, 1249, 1250, 1251, 1252, 1253, 1254, 1255, 1256, 1257, 1258, 1259, 1259, 1260, 1261, 1262, 1263, 1264, 1265, 1266, 1267, 1268, 1269, 1269, 1270, 1271, 1272, 1273, 1274, 1275, 1276, 1277, 1278, 1279, 1279, 1280, 1281, 1282, 1283, 1284, 1285, 1286, 1287, 1288, 1288, 1289, 1289, 1290, 1291, 1292, 1293, 1294, 1295, 1296, 1297, 1298, 1298, 1299, 1299, 1300, 1300, 1301, 1302, 1303, 1304, 1305, 1306, 1307, 1308, 1309, 1309, 1310, 1311, 1312, 1313, 1314, 1315, 1316, 1317, 1318, 1319, 1319, 1320, 1321, 1322, 1323, 1324, 1325, 1326, 1327, 1328, 1329, 1329, 1330, 1331, 1332, 1333, 1334, 1335, 1336, 1337, 1338, 1339, 1339, 1340, 1341, 1342, 1343, 1344, 1345, 1346, 1347, 1348, 1349, 1349, 1350, 1351, 1352, 1353, 1354, 1355, 1356, 1357, 1358, 1359, 1359, 1360, 1361, 1362, 1363, 1364, 1365, 1366, 1367, 1368, 1369, 1369, 1370, 1371, 1372, 1373, 1374, 1375, 1376, 1377, 1378, 1379, 1379, 1380, 1381, 1382, 1383, 1384, 1385, 1386, 1387, 1388, 1388, 1389, 1389, 1390, 1391, 1392, 1393, 1394, 1395, 1396, 1397, 1398, 1398, 1399, 1399, 1400, 1400, 1401, 1402, 1403, 1404, 1405, 1406, 1407, 1408, 1409, 1409, 1410, 1411, 1412, 1413, 1414, 1415, 1416, 1417, 1418, 1419, 1419, 1420, 1421, 1422, 1423, 1424, 1425, 1426, 1427, 1428, 1429, 1429, 1430, 1431, 1432, 1433, 1434, 1435, 1436, 1437, 1438, 1439, 1439, 1440, 1441, 1442, 1443, 1444, 1445, 1446, 1447, 1448, 1449, 1449, 1450, 1451, 1452, 1453, 1454, 1455, 1456, 1457, 1458, 1459, 1459, 1460, 1461, 1462, 1463, 1464, 1465, 1466, 1467, 1468, 1469, 1469, 1470, 1471, 1472, 1473, 1474, 1475, 1476, 1477, 1478, 1479, 1479, 1480, 1481, 1482, 1483, 1484, 1485, 1486, 1487, 1488, 1488, 1489, 1489, 1490, 1491, 1492, 1493, 1494, 1495, 1496, 1497, 1498, 1498, 1499, 1499, 1500, 1500, 1501, 1502, 1503, 1504, 1505, 1506, 1507, 1508, 1509, 1509, 1510, 1511, 1512, 1513, 1514, 1515, 1516, 1517, 1518, 1519, 1519, 1520, 1521, 1522, 1523, 1524, 1525, 1526, 1527, 1528, 1529, 1529, 1530, 1531, 1532, 1533, 1534, 1535, 1536, 1537, 1538, 1539, 1539, 1540, 1541, 1542, 1543, 1544, 1545, 1546, 1547, 1548, 1549, 1549, 1550, 1551, 1552, 1553, 1554, 1555, 1556, 1557, 1558, 1559, 1559, 1560, 1561, 1562, 1563, 1564, 1565, 1566, 1567, 1568, 1569, 1569, 1570, 1571, 1572, 1573, 1574, 1575, 1576, 1577, 1578, 1579, 1579, 1580, 1581, 1582, 1583, 1584, 1585, 1586, 1587, 1588, 1588, 1589, 1589, 1590, 1591, 1592, 1593, 1594, 1595, 1596, 1597, 1598, 1598, 1599, 1599, 1600, 1600, 1601, 1602, 1603, 1604, 1605, 1606, 1607, 1608, 1609, 1609, 1610, 1611, 1612, 1613, 1614, 1615, 1616, 1617, 1618, 1619, 1619, 1620, 1621, 1622, 1623, 1624, 1625, 1626, 1627, 1628, 1629, 1629, 1630, 1631, 1632, 1633, 1634, 1635, 1636, 1637, 1638, 1639, 1639, 1640, 1641, 1642, 1643, 1644, 1645, 1646, 1647, 1648, 1649, 1649, 1650, 1651, 1652, 1653, 1654, 1655, 1656, 1657, 1658, 1659, 1659, 1660, 1661, 1662, 1663, 1664, 1665, 1666, 1667, 1668, 1669, 1669, 1670, 1671, 1672, 1673, 1674, 1675, 1676, 1677, 1678, 1679, 1679, 1680, 1681, 1682, 1683, 1684, 1685, 1686, 1687, 1688, 1688, 1689, 1689, 1690, 1691, 1692, 1693, 1694, 1695, 1696, 1697, 1698, 1698, 1699, 1699, 1700, 1700, 1701, 1702, 1703, 1704, 1705, 1706, 1707, 1708, 1709, 1709, 1710, 1711, 1712, 1713, 1714, 1715, 1716, 1717, 1718, 1719, 1719, 1720, 1721, 1722, 1723, 1724, 1725, 1726, 1727, 1728, 1729, 1729, 1730, 1731, 1732, 1733, 1734, 1735, 1736, 1737, 1738, 1739, 1739, 1740, 1741, 1742, 1743, 1744, 1745, 1746, 1747, 1748, 1749, 1749, 1750, 1751, 1752, 1753, 1754, 1755, 1756, 1757, 1758, 1759, 1759, 1760, 1761, 1762, 1763, 1764, 1765, 1766, 1767, 1768, 1769, 1769, 1770, 1771, 1772, 1773, 1774, 1775, 1776, 1777, 1778, 1779, 1779, 1780, 1781, 1782, 1783, 1784, 1785, 1786, 1787, 1788, 1788, 1789, 1789, 1790, 1791, 1792, 1793, 1794, 1795, 1796, 1797, 1798, 1798, 1799, 1799, 1800, 1800, 1801, 1802, 1803, 1804, 1805, 1806, 1807, 1808, 1809, 1809, 1810, 1811, 1812, 1813, 1814, 1815, 1816, 1817, 1818, 1819,		



SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
HOSITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÉUTICA

Paciente	Prontuário	Aila	Leito	Enfermaria
Paulo Roberto Furtado dos Santos	1959724		2	3
Data	Hora		Data	Hora
22/08/19	Turno	Paciente em CER, Normoclorídico, Aribuloso, 27/08/19	Manhã	Paciente em CER, normoclorídico, aribuloso, 27/08/19
		teique, orientando e elaborativo. Faz uso de práticas extensas nas áreas da forma e painel não relatado. Conduta		teique conduta: alongamento de MID, inicio de hipélio flexão em MID (3x5) repetições, exercício ativo de flexoextensão com resistência de MID (3x5) repetições, cinturão sobre a mobilização das membranas adjacentes. Paciente volta com a flexão extensão e relata dor na zona do perineal e término da conduta.
		Técnicas de energia muscular para os movimentos de dorsiflexão e flexão plantar de Tornozelo D (Sendo 3 séries de 3 repetições com 60 de contrações e 60 de relaxamento entre cada rodada), Mobilização Pálito D no sentido lateral-lateral e retrocaudal, exercícios ativos de contração isométrica de Quadril D (3x10s). Acompanhamento de isquiotibiais do MID (2x10s)		ACD: Jamile dos Santos Oliveira (UEPB).
		Mobilização de Tornozelo anterior-posterior no pé E, Mobilização tânia-caudal de metatarsos, Mobilização anterior-posterior e lateral-lateral de palmar do pé E.		<i>Dr. Suelio Moreira Torres</i> FISIOTERAPEUTA CREFITE 203555-F
		ACD UEPB: Letra Fátila Souza da Motta		
		<i>Dr. Suelio Moreira Torres</i> FISIOTERAPEUTA CREFITE 203555-F		



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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÉUTICA

MOD. 012

Yggo Ramo de Fárias Alves
FISIOTERAPEUTA
CREFITO - 207488 - F



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:51:51
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2104271051508420000040268196>
Número do documento: 2104271051508420000040268196

Num. 42317884 - Pág. 50

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:51:51

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES 27/04/2021 10:51:51

Número do documento: 21042710515084200000040268196

Núm. 42317884 - Pág. 51



**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 Movimento 2 membros = 1 Movimento 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10

 CRM-302

Assinatura do anestesista





MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE AREIA
HOSPITAL MUNICIPAL DR. HERCILIO RODRIGUES
RUA: MONS. WALFREDO LEAL - BAIRRO: JUSSARA
CNPJ: 11.268.285/0001-52 - CNES: 8499198
CEP: 58.397-000 - FONE: 3362-2297

00:40 Holes

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

NOME: Paulo Roberto Soetens de Souza

DOCUMENTO N°: _____ IDADE: 31 Anos

DATA DE NASCIMENTO: 27/12/181 SEXO: M

ENDEREÇO: Av. Júlio de Mesquita, 1000 - Centro

CIDADE: ~~Aracaju - PI~~ CEP: ~~49000-000~~

PROFISSÃO: _____ **ESTADO CIVIL:** _____

H.D.A. Pocilta go - El motivo es que
no Puedo seguirlo; Es porque
yo lo hice, no es que lo realice
yo o sea que no lo hice.
Ah no no

901160100-B

EXAMES REALIZADOS: ~~HCT = 126 e/01~~

$$SP_{02} = 97\%$$

Fe-90

CONDUTA: *Guaratinguetá + Tucuruí*

T. H. Knobell, Jr. 1902 + 1903 59° 11'

DATA: 05,08,2019



MÉDICO ASSISTENTE/CRM





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

PACIENTE:	PAULO ROBERTO CAETANO
DATA DO EXAME:	05/08/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4.0 MHz.

ANÁLISE:

→ Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.

→ Não foram evidenciadas lesões viscerais relacionadas ao trauma ao método.

Dr. Filipe Anderson
Médico Radiologista
CRM PB 8649





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:51:51

<http://pje.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710515084200000040268196>

Número do documento: 2104271051508420000040268196

um. 42317884 - Pág. 55

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Gianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais?	
Ausculta cardíaca: <input 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 type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <i>MSL</i> Data da punção: <i>16/08/19</i>	
Edema: <input type="checkbox"/> MMS <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"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____	Data: <i>/ /</i>
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distorcido <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 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 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: <i>/ /</i>
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto:	Débito: _____ Retirado em: <i>/ /</i>
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio:	Local: _____ Descrição: _____ Curativo: <i>/ /</i>
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória	Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUSO <i>cl tracão</i>	
Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
COMUNICAÇÃO, GRÉGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: <input 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:	
<i>Jamela S. Gondim</i> <i>ENFERMEIRA</i> <i>COPA</i>	DATA: <i>16/08/19</i> HORA: <i>F.O</i>

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



Evolução de Enfermagem

Nome: *Paulo Roberto*

Registrô:

Leito:

3-2

Setor Atual:

Ortop

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: Isocôricas Anisocôricas D>E E>D Fotoreagentes 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
 Eupnéia; Taquipnéia Bradipnéia Dispnéia Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: Diminuídos D E

P nego Ruidos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros:

Tosse: Improdutiva Produtiva | Expectoração: Quantidade e aspecto:

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: Regular Irregular Impalpável Fíliforme Cheio.



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudoresa <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> > 3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	Precordialgia <input type="checkbox"/>		
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais?			
Ausculta cardíaca: <input 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"/> Dissacção. Localização: Nã Data da punção 01/08/19			
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 type="checkbox"/> Nórmotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tensão <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:			
RHA: <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 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"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado			
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>			
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: / /			
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /			
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /			
CUIDADO CORPORAL			
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.			
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input checked="" 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:			
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			
<p>01/08/19 às 16:30hs pote com urinador externo M&G, recup. medicado e seca. urinador da equipe. Karola R. L. Porto Queiroz COREN-PB 166371-ENF</p>			
Carimbo & Assinatura do Enfermeiro:			
 Karola R. L. Porto Queiroz COREN-PB 166371-ENF			
DATA: 01/08/19 . HORA: 16:30hs			

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



EVOLUGAO DE ENFERMAGEM

Name: **Paulo Henrique Goulart dos Santos** | Registration: **327** |

Stomach Volume: **74cc** **ECG: P:** **bpm: FR:** **ipm: PA:** **mmHg: FC:** **bpm: SPO2:** **%**
HGT: **mg/dl: Peso:** **kg: Altura:** **cm: Dor: (X) Local:** **Obs:**

EXAMENES LABORATORIALES ALTERNADORES.
medicina preventiva

REGULACIÓN NEUROLOGICA

Answers to questions in this section: (A) Gastroenteritis (B) Urinary tract infection (C) Malaria (D) Typhoid fever (E) Diarrhoea

languages: () Dual () Diminutive () Afrikaans () English () Portuguese () Spanish
moldmade plastic: () Preserved () Prerolled () Plagia () Parafestesia Local: () *postmodern*

Respiratory: (X) Spontaneous () Criceter-Nesel () Venturi % () VMI TOT n° () Comissura labial n° () Tracheostomia () Arytenoido T % PEEP () CMH2O

(X) Eupneia: () Tadipneia () Bradipneia () Dispnéia () Outros: Ausculta pulmонаr: Murmuru de vesicular presente: () Diminuidos () D () E

Dados da literatura da drame / Aspectos da dramegem tradiçõe: / Aspectos da dramegem e aspectos: / Curiosidades e aspectos: / Dados da literatura da drame / Aspectos da dramegem tradiçõe: /

PERCEPCAO DOS DORGADOS DOS SENTIDOS

SEGURANÇA FÍSICA () Segurança () Segurança da saúde () Observação:

Journal of the American Statistical Association, 1980, Vol. 75, No. 369, pp. 33-43

Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.		
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()		
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo		
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dessecção. Localização: (NSF)	Data da punção 22/08/15	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:		
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)		
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.		
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.		
Alimentação: () IVO () 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: 22/08/15	
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 Interrrompido. Observações:		
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL		
Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:		
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:		
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE		
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:		
INTERCORRÊNCIAS		
Carimbo-Assinatura do Enfermeiro:	DATA: 23/08/15	HORA:

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
Nome: Paulo BORGES GONZAGA Registro: 3-22 Setor Atual: Unidade de Enfermagem			
Altura: 170 cm	Peso: 70 kg		
Sexo: M	Idade: 32		
Obs:	Obs:		
EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:			
HGT: 170 cm	mg/dl: Peso: 70 kg	Altura: 70 cm	Obs: Local:
Sinais vitais: Taxa OC: P: 80 bpm; FR: 18 bpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 75 bpm; SPO2: 98%		Obs:	
REGULACAO NEUROLOGICA			
<p>() VNI () VMI TOT n° <input checked="" type="checkbox"/> Comissura labial n° <input checked="" type="checkbox"/> F02 % PEEP cmH2O</p> <p>Respiração: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Cetoter Nasal <input type="checkbox"/> Vento <input type="checkbox"/> % Lumin <input type="checkbox"/> Tracheostomia <input type="checkbox"/> Ayre/Tubo T</p> <p>() Ausculta pulmonar: Múltiplos vesiculare presentes: <input type="checkbox"/> Diminuidos <input type="checkbox"/> D () Outros:</p> <p>() Eupneia: <input checked="" type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Outros:</p> <p>() Ausculta abdomen: <input checked="" type="checkbox"/> Ruidos adventiciais <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Estridor <input type="checkbox"/> Outros:</p> <p>() Tosses: <input checked="" type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Expectorativa <input type="checkbox"/> Quantidade e especifica:</p> <p>() Alteração: <input checked="" type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Agressivo <input type="checkbox"/> Risco de queda. Observação:</p> <p>() Segurança física: <input checked="" type="checkbox"/> Viseado <input type="checkbox"/> Audigado <input type="checkbox"/> Tato <input type="checkbox"/> Olfato <input type="checkbox"/> Paladar Observação:</p> <p>() Regulação cardiovacular: <input checked="" type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Impulsivo <input type="checkbox"/> Fibriforme <input type="checkbox"/> Cheio.</p>			

OXIGENAGAO	
<p>() VNI () VMI TOT n° <input checked="" type="checkbox"/> Comissura labial n° <input checked="" type="checkbox"/> F02 % PEEP cmH2O</p> <p>Respiração: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Cetoter Nasal <input type="checkbox"/> Vento <input type="checkbox"/> % Lumin <input type="checkbox"/> Tracheostomia <input type="checkbox"/> Ayre/Tubo T</p> <p>() Ausculta pulmonar: Múltiplos vesiculare presentes: <input type="checkbox"/> Diminuidos <input type="checkbox"/> D () Outros:</p> <p>() Eupneia: <input checked="" type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Outros:</p> <p>() Ausculta abdomen: <input checked="" type="checkbox"/> Ruidos adventiciais <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Estridor <input type="checkbox"/> Outros:</p> <p>() Tosses: <input checked="" type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Expectorativa <input type="checkbox"/> Quantidade e especifica:</p> <p>() Alteração: <input checked="" type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Agressivo <input type="checkbox"/> Risco de queda. Observação:</p> <p>() Segurança física: <input checked="" type="checkbox"/> Viseado <input type="checkbox"/> Audigado <input type="checkbox"/> Tato <input type="checkbox"/> Olfato <input type="checkbox"/> Paladar Observação:</p> <p>() Regulação cardiovacular: <input checked="" type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Impulsivo <input type="checkbox"/> Fibriforme <input type="checkbox"/> Cheio.</p>	



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM									
<p>Nome: <u>Fábio Vilela</u> Unidade: <u>CAT</u> Registro: <u>3</u> Letra: <u>C</u> Setor Atual: <u>CTICP 3</u></p> <p>Exames Laboratoriais Alterados:</p> <p>Hgt: <u>170</u> m/ld: <u>Peso:</u> Kg: <u>Altura:</u> cm Dpr: <u>() Local:</u> Obs: <u></u></p> <p>Unidades Fisiológicas:</p> <p>GLASGOW(3-15): <u>Drogas (Sedativo/Analgésica):</u></p> <p>Pupílias: <u>() Isocônicas () Anisocônicas () DSE () EDE () Fotomagnetos () Mitóticas () Midriáticas</u></p> <p>Mobilidade Fisiológica: <u>() Preservada () Paralisia () Plegia () Paraplesia Local:</u></p> <p>Lingüagem: <u>() Clara () Difícil () Afasia () Disfasia () Disertativa:</u></p> <p>Obs:</p>									
<p>Nível de consciência: <u>() Consciente () Orientado () Confuso () Letargico () Tópico () Comatoso () Outro</u></p> <p>REGULAGÃO NEUROLÓGICA</p> <p>Respiração: <u>() Espontânea () Cefaléia Negal () Venturi: % lmin () Traiduostomia () AyreTubo T</u></p> <p>() VMI TOT n° Comissura labial n° FIO2 % PEEP cmH2O</p> <p>() Eupneia: <u>() Taquipneia () Bradipneia () Disnéia () Outros:</u></p> <p>Ausculta pulmonar: <u>Murmuro vesicular presente: () Dismunidos () D () E</u></p> <p>Ruidos adventiciais: <u>() Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:</u></p> <p>Tosse: <u>() Improdutiva () Produtiva Expectorragia: () Quantidade e especie: () Outros:</u></p> <p>Aspiração: <u>Quantidade de expectora: () D () E () Selo dágua:</u></p> <p>Defeita inserção do dreno / Aspecto da drenagem toracica:</p> <p>Excretas arteriais: <u>PH PCO2 PO2 HCO3 EB SPO2 Data: / / / Horas:</u></p> <p>PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS</p> <p>Aleragia: <u>() Viseo () Auditivo () Tato () Olfato () Paladar Observação:</u></p> <p>SEGUINCA FÍSICA</p> <p>() Tremor: <u>() Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação:</u></p> <p>REGULAGÃO CARDIOVASCULAR</p> <p>Pulse: <u>() Regular () Irregular () Impulsivo () Fibriforme () Cheio.</u></p>									

Palpação: () Geralizada () Hipocorada () Clavosse () Sudorese () 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 () Dissacção. Localização: 1310810 Data da punção 13/08/10

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: 1/1

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

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

RHA: () Normoátivos () 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 () Gianótica | Turgor da pele: () Preservado

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

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: 1/1

Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: 1/1

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: 1/1

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 Interrrompido. Observações:

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

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

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

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

Paciente com fratura MTC - friso de fixo
em + anatômico.

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

DATA: 20/08/19

HORA:

10:00

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: <i>Paulo Roberto Paletano</i>	Registrô: <i>3</i>	Leito: <i>2</i>	Setor Atual: <i>9576P3</i>
Sinais vitais: Tex: <i>°C</i> P: <i>bpm</i> FR: <i>irpm</i> PA: <i>mmHg</i> FC: <i>bpm</i>	SPO2: <i>%</i>		
HGT: <i>mg/dl</i> Peso: <i>Kg</i> Altura: <i>cm</i>	Dor: <i>()</i> Local: <i></i>	Obs.: <i></i>	

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 Fotomagentes Mióticas Midriáticas

Mobilidade Física: Preservada Parésia Plegia Paresthesia Local:

Linguagem: Qual? Disfonia Afasia Disfásia Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: Espontânea Cateter Nasal Venturi *%* *l/min* Traqueostomia Ayre/Tubo T
 VMI *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

Allerção: Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo Agitado Agressivo. Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: Regular Irregular Impalpável Filiforme Chelo.



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Gianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> > 3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>			
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quals?	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"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo			
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <i>MSK</i>	Data da punção <i>10/08/19</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"/> Enmagrecido <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: <i>/ /</i>		
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:			
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tensão <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 type="checkbox"/> Outros: _____ Observações:			
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Inteira <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"/> Gianótica	Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado		
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Umidas <input type="checkbox"/> Secas	Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>		
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: _____	Curativo em: <i>/ /</i>		
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: _____	Débito: _____	Retirado em: <i>/ /</i>	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: _____	Local: _____	Descrição: _____	Curativo: <i>/ /</i>
CUIDADO CORPORAL			
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória	Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.		
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input checked="" type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input 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 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			
<i>Aguarda procedimento cirúrgico definitivo.</i>			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:		DATA: <i>21/08/19</i> HORA: <i>11:00</i>	
			

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

Name: *Paulo Roberto* | Registro: | Leito: *3-2* | Setor Atual: *0101*

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: lpm; 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: Isocônicas Anisocônicas D>E E>D Fotoreagentes Mióticas Midriáticas

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local:

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: Espontânea Cateter Nasal Venturi % l/min Traqueostomia Ayre/Tubo T
 VMI VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

Eupnéia; Taquipnéia Bradipnéia Dispnéia Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: Diminuídos D E

~~► Negativo~~ Ruidos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros:

Tosse: Improdutiva Produtiva | Expectorado: Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: D E Seio 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

Alteração: Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo Agitado Agressivo. Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: Regular Irregular Impalpável Fisiiforme Cídio.



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	
<p>Nome: Isauro Henrique Lourenço Registro: LEITO: 3-2 Setor Atual: ORH</p> <p>Exames Laboratoriais Alترados:</p> <p>HGT: mg/dl Peso: kg Altura: cm Dor: () Local: Obs:</p> <p>Sinergias vitais: Tax C: P: bpms: FR: ipms: PA: mmhg: FC: bpms: SP02: %</p> <p>REGULAGAO NEUROLÓGICA</p> <p>Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente Orientado Confuso Letargico Tópico Comatoso OI</p> <p>GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgésica):</p> <p>Pupilas: <input checked="" type="checkbox"/> Isocircosas Anisocircosas D-E E-D Fotorréagentes Mitóticas Midriticas Mobilitade Física: Preservada Paresia Paraparesia Local: Linguagem: Qual? Distorsão Afasia Disfasia Disartria Obs:</p> <p>Oxigenação: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea Cateceral Nasal Venitum % min Traqueostomia Ayre/Tubo T</p> <p>() VMI () VMI TOT n° Comissura labial n° FIO2 % PEEP CMH20</p> <p>() Eupneia: <input checked="" type="checkbox"/> Taquipneia Bradipneia Dispnéia Outros:</p> <p>Auscultas pulmonar: Murmúrito vesicular presente: Difuminados D () E</p> <p>Ruidos adventiciais: Roncos Sibilos Estridor Outros:</p> <p>Tosse: Improdutiva Produtiva Expectorada Especie:</p> <p>Aspergesse: Quantidade e especie: Dreno de trax: D () E () Selo d'água:</p> <p>Diafragma: Aparecida de dreno / Aspecto da drenagem toracica:</p> <p>Gesométrica arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB BP02 Data: / Hora:</p> <p>PERCPEÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS</p> <p>Alíeragia: Visão Auditivo Tato Olfato Paladar Observação:</p> <p>SEGURANÇA FÍSICA</p> <p>Agarrado: Agitado Agressivo Risco de queda. Observação:</p> <p>REGULAGAO CARDIOVASCULAR</p> <p>Pulso: Regular Irregular Impulsivo Fibriforme Cheio.</p>	

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:51:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710515084200000040268196>

Número do documento: 21042710515084200000040268196

Num. 42317884 - Pág. 70





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:51:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710515084200000040268196>
Número do documento: 21042710515084200000040268196

Num. 42317884 - Pág. 72

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB

N.º 010730048206

49236508139

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRF 20140500005205

VIA
1

CARRO/NAVI

0036744855-7

00/00000000

NOME/ENDEREÇO

MERCIA DE LIMA SOUZA
RUA MAL DEODORO SN
JUSSARA
58397000 AREIA-PB

OP/ICM/PJ

06288438448

PLACA

MNZ2885 / PB

NOME ANTERIOR

ITAMAR PEREIRA GONCALVES

PLACA ANT/UF

NOVO

PB

CHASSI

9C2KC08108R183108

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

ANO FAB - ANO MOD

2008 2008

MARCA/MODELO

HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB - ANO MOD

CAP/POT/CIL

2 P/149 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO

N.Motor : KC08E18183108

0

AREIA-PB

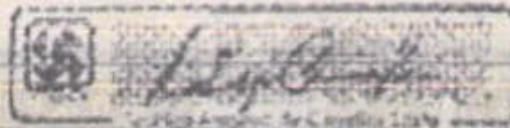
LOCAL

14311

DATA

09/06/2014

31054



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190624458 **Cidade:** Areia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO ROBERTO CAETANO DOS SANTOS **Data do acidente:** 05/08/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 24, 26 E 27.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0388961/19

Vítima: PAULO ROBERTO CAETANO DOS SANTOS

CPF: 072.002.154-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/08/2019

Titular do CPF: PAULO ROBERTO CAETANO DOS SANTOS

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

PAULO ROBERTO CAETANO DOS SANTOS : 072.002.154-57

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/11/2019
Nome: PAULO ROBERTO CAETANO DOS SANTOS
CPF: 072.002.154-57

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

PAULO ROBERTO CAETANO DOS SANTOS

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:51:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710515084200000040268196>
Número do documento: 21042710515084200000040268196

Num. 42317884 - Pág. 75



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo n.º 08095119420208150001

BRADESCO SEGUROS S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **PAULO ROBERTO CAETANO DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaoarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:51:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2104271051516800000040268197>
Número do documento: 2104271051516800000040268197

Num. 42317885 - Pág. 1

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 22 de abril de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:51:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710515168000000040268197>
Número do documento: 21042710515168000000040268197

Num. 42317885 - Pág. 2