
Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190607258

Vítima: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

Data do Acidente: 18/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190607258

Vítima: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

Data do Acidente: 18/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 00000475516-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 037 56 49/19 3 - CPF da vítima: 121568484-32 4 - Nome completo da vítima: Caio Jobio Nobrega Medeiros

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

5 - Nome completo: Caio Jobio Nobrega Medeiros 6 - CPF: 121568484-32
7 - Profissão: Médico 8 - Endereço: Rua José Príncipe 9 - Número: 061 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58430-490
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 98708-8728

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0041 CONTA: 475516 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - 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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

POUPANÇA

CAIXA



6277 8012 4185 0316

CAIO FABIO N MEDEIROS

0041 013 00475516-8 07/21



MeSant



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 10610.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 10610.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:43 horas do dia 13 de setembro 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 José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Caio Fabio Nobrega Medeiros**, CPF nº 121.568.484-32, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar Administrativo, filho(a) de Marizete Nobrega Silva e Francisco de Assis Silva Medeiros, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 15/08/1999 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jose Precipício, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Escola Presidente Kennedy, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98888-0129.

Dados do(s) Fatos:

Local: Liberdade, Praça da Liberdade, Campina Grande/PB, bairro Liberdade; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/07/19 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 18/07/2019, POR VOLTA DAS 17:30, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA TITAN ANO 2016, PLACA QFO-7867/PB, CHASSI 9C2KC2210GR511955, REGISTRADA EM NOME DE PEDRO SILVA MEDEIROS, NO BAIRRO DA LIBERDADE, CAMPINA GRANDE/PB, QUANDO UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO QUE VINHA NA MESMA RUA DESTES NOTIFICANTE, TROCOU DE FIXA DE ROLAMENTO SEM SINALIZAR E QUANDO ESTE NOTIFICANTE TENTOU DESVIAR PARA NÃO COLIDIR, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VEIO A VIR NO CHÃO; QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE PATELA DIREITA, CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. YWRY DE PAIVA CAMARA.

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, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 13 de setembro de 2019.


JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS
Noticiante

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190607258 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS **Data do acidente:** 18/07/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (BANDA DE TENSÃO) E ALTA MÉDICA. (P34 P55 P72 P81)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

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 MODERADO DO JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0375649/19 3 - CPF da vítima: 121568484-32 4 - Nome completo da vítima: Caio Jobio Nobrega Medeiros

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

5 - Nome completo: Caio Jobio Nobrega Medeiros 6 - CPF: 121568484-32
7 - Profissão: Revisor 8 - Endereço: Rua José Pucipacio 9 - Número: 261 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: centro 12 - Cidade: Campos Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58430-490
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 98708.8728

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 475516 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Campos Grande, 28/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Caio Jobio Nobrega Medeiros

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 04/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000475516-8

Nr. da Autenticação DCE062E344C8DEBC

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



ENERGISA BAHIA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 Rua: Raimundo Azeite, 4799 - 8º andar - 40110-000 - Salvador - BA
 CNPJ 06.875.595/0001-05 - Insc. Est. 15.053.730-1

Documento sem valor fiscal
 Documento não é segunda via de conta
 Rótulo para sempre: pagamento de fatura de energia elétrica - Nº 004.230.136

DADOS DO CLIENTE

FELICIANO NUNES DA SILVA
 RUA JOSE PRECÍPIO 261
 CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/265836-7

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUL/2019	19/07/2019	138	26/07/2019	R\$ 121,75

Acesse: www.energisa.com.br



ENERGISA S/A

FELICIANO NUNES DA SILVA

Roteiro: 12-401-654-4445

83670000001-8-21750147000-8-02658362019-5-07000401019-8



VENCIMENTO 26/07/2019
 TOTAL A PAGAR R\$ 121,75
 MATRÍCULA 26636-2019-07-0

GOVERNO
DA PARAÍBA

8

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clínica: AMARELA Enfermaria: 11 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 19/07/2019

MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	12 2 ^o 3 ^o 18 24 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP, 12h/12h	12 24
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	24
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP, FAZER SE NECESSARIO	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	AT

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

GOVERNO
DA PARAÍBA

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clínica: AMARELA Enfermaria: 11 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 19/07/2019 HORA: 09:13:38

PACIENTE EVOLUINDO BEM SEM QUEIXAS
CD AGUARDA TRANSFERENCIAASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CLÍNICA DA COLUMNA
CRM/PB 5523

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 18/07/2019

Horas: 20:09:46

Médico (a) Diarista : Otavio Ferreira Junior

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clínica: AMARELA Enfermaria: 11 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 18/07/2019 HORA: 20:08:20

PACIENTE LOTE E BEG, COM QUEIXA ALGICA EM JOELHO D
CONDUTA: INTERNAÇÃO HOSPITALAR. 2. SOLICITO PRE-OPEASSINATURA + CARIMBO
Otavio Ferreira JuniorDr. Otavio Ferreira Jr.
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PB 7103

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 47233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clinica: AMARELA Enfermaria: 11 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 18/07/2019

MÉDICO(A): Otavio Ferreira Junior /

Prescrição	Apazamento
DIETA LIVRE	
SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. IFRASCO, 8h/8h	2x
DIPIRONA SODICA 500 MG/MIL 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	2x
TENOXCAM 20 MG SEMI DILUENTE E.V. IFRASCO, 12h/12h	2x
Reconstituir 2ML ABD,	
ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/MIL 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE	06
NECESSARIO	
RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. ICOMP, 12h/12h	06
ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISEKINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	2x
TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE	
NECESSARIO	
CAPTOPRIL 25 MG V.O. ICOMP, FAZER SE NECESSARIO	
CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

Dr. Otavio Ferreira Jr.
CRM: 1103

GOVERNO DA PARAIBA



ANDES

10.7.1

HTCG-Painel Administrativo

Data: 18/07/2019
Horas: 20:10:19

Médico (a) : Otavio Ferreira Junior

8





GOVERNO
DA PARAÍBA

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 19/07/2019

Horas: 09:13:52

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233

Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

Idade: 019

8

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA

Data de Nascimento: 15/08/1999

Sexo: M

Clínica: AMARELA

Enfermaria: 11

Leito: 3

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 19/07/2019

HORA: 09:13:38

PACIENTE EVOLUINDO BEM SEM QUEIXAS
CD AGUARDA TRANSFERENCIA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 5523



GOVERNO
DA PARAÍBA

Data: 19/07/2019

Horas: 09:13:17

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigu

8

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clinica: AMARELA Enfermaria: 11 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 19/07/2019

MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	12 24 36 48 06
	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 30 36
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24 36 48
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP, 12h/12h	12 24 36 48
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	24
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP, FAZER SE NECESSARIO	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	AT

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGIA
Cirurgia da Coluna
CRM/PB 5523

$\frac{20}{0.7} \cdot \frac{120}{70} \cdot \frac{P. 77}{T. 36.6}$
Yefraues

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clínica: AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 20/07/2019

MÉDICO(A): Ywry De Paiva Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	CT
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	14, 16, 18
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12, 18, 00, 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12, 00
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP, 12h/12h	12, 00
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	CT
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 20h)	12
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	CT
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP, FAZER SE NECESSARIO	CT
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT

Ywry de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907

BGG. ext. 201. si que xrs.

cd. 47-1

Ywry de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

8

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clínica: AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 21/07/2019

MÉDICO(A): Ywry De Paiva Camara /

③④

em	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	ct
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1ERASCO, 8h/8h	ct
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 06
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP, 12h/12h	18 06 F.F
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	5h
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	2h
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	5h
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP, FAZER SE NECESSARIO	5h
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ct

32054

326, extel. si quipm.

Divers (+) 326 (+)

cd: upm

Aquele ungião.

Ywry de Paiva Camara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907

22/07/19 Consciente, orientado, afebril,
aceto dieta Admitido nesta unidade
proveniente da Ola Amarela. Seguem
as cuidados. Ana Nery

Ana Nery de Lourdes Silva
COREN-PB 250705-TE

22/07 20:00H. P.A: 130x80.

Paciente evolui com a 3ª orientação, o mesmo
na refeição seguinte. Lucas.

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 22/07/2019

Horas: 10:04:39

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clínica: AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 22/07/2019 HORA: 10:04:18

PACIENTE EVOLUINDO BEM SEM QUEIXAS
CD AGUARDA TRANSFERENCIAASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Cirurgião da Coluna
CRM/PB 5523

Data: 22/07/2019

Horas: 10:03:47

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

GOVERNO
DA PARAÍBA

os

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clínica: AMARELA Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

or

DIA 22/07/2019

MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	5ND 12 2. 8.
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 12 00 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 00
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP. 12h/12h	12 00 F
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	5N
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	14
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	5N
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP. FAZER SE NECESSARIO	5N
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	5N

Dr. Schubert Costa
Cirurgião de Traumatologia
CRM/PB 5523

GOVERNO
DA PARAÍBA

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18100

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 23/07/2019 HORA: 09:14:21

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR EM JOELHO. SONO PRESERVADO, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES. NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

CONDUCTA:

- VPM.

- AGUARDA CIRURGIA.

- Abriu tala para avaliar condições de pele

ASSINATURA + CARIMBO

Ana Maria Da Silva

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

23-07-19

Paciente estável, consciente e
sem queixas, foi aberta a
tela, fixado o acesso venoso,
medicado e segue aos cuidados
da Enfermagem.

PA - 120 x 70

DS

FC - 74

23-07-19

Paciente estável, sem queixas,
medicado, segue aos cuidados
da Enfermagem.

PA - 110 x 70

DS

FC - 77

GOVERNO
DA PARAIBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 23/07/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	3 2 18 24 36
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
4	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1 AMPOLA, 8h/8h S/N	
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	(12) (06) F
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1 SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	20
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
9	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	cuente cuente

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

24/07/19 Paciente consciente, orientado, acuta de-
ta. Uterio P.A = 120x90; P = 68. Seguem os cui-
dado. Mary.

Ana Nery de Lourdes Silva
COREN-PB 250705-TE

24/07/2019

21:00

PA = 120/80 20

Data: 24/07/2019

Horas: 07:45:28

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NORRFGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 24/07/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12/18 24 06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24 14.22 06
4	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	SN
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SN
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 06
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	20
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	cient.
9	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	cient.

Evolução

Paciente segue em leito de enfermaria, em BEG, consciente e orientado, com queixa de dor em joelho @ (-/+), principalmente à noite.

Sono preservado, diurese (+), evacuações (+).

Cd: - VPM.

- Aguarda cirurgia.

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

25-07-19

10h45 - 36,52 100x60

Paciente mantendo Jéco
normalizado evolui sem queixas
no momento, medicado conforme
prescrição médica o mesmo aguarda
procedimento cirúrgico

Katia Silvana Nogueira de Figueiredo
COREN/PB 486.017-TE

25-07-19 20h PA: 120x70 mmHg

Paciente em BEG, segue sem queixas
até o momento. M.C.P. 11

Freado A.V.P.

} Salvo

GOVERNO
DA PARAÍBA

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18102

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 25/07/2019 HORA: 08:02:53

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR EM JOELHO (+/4+).

SONO PRESERVADO, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES.

NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

CONDUÇÃO:

- VPM.

- AGUARDA CIRURGIA.

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo
Dra. Ana Maria Da Silva Anselmo
MR. Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7825

Data: 25/07/2019

Horas: 01:31:19

Médico (a): Dra. Ana Maria Da Silva Anselmo

GOVERNO
DA PARAIBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

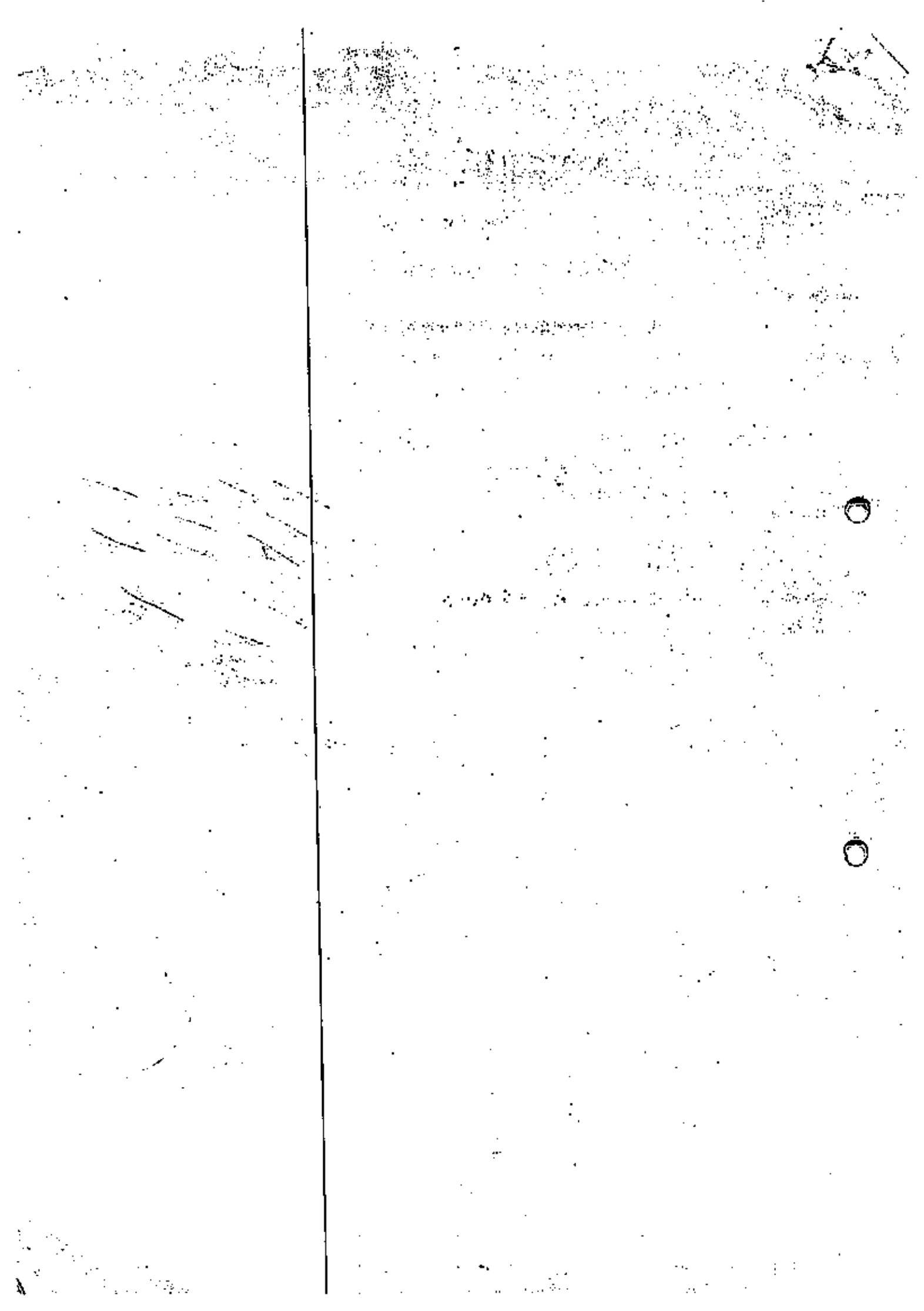
Clínica: ORTOPEDIA I Enfermeira: I Letor: I Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 25/07/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 30 36 42 48 54 06 12
3	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h	12 18 24 30 36 42 48 54 06 12
4	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	12 18 24 30 36 42 48 54 06 12
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	12 18 24 30 36 42 48 54 06 12
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h	12 18 24 30 36 42 48 54 06 12
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	12 18 24 30 36 42 48 54 06 12
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	12 18 24 30 36 42 48 54 06 12
9	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	12 18 24 30 36 42 48 54 06 12

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



25-07-19

10hs → 36,58 100x60

Paciente mantendo jejum
releuzado w/hei reze Queixas
no momento, medicado conforme
presença médica o mesmo aguarda
procedimento cirúrgico

Kátia Silvana Moraes de Figueiredo
COREN/PB 86.017-TE

25-07-19 20h PA: 120x70 mmHg

Paciente em BEG, segue sem queixas
até o momento. M.C.P. 11

Freado A.V.P.

} Salina

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 25/07/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24
4	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	14 22 06
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 06
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ciente
9	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	ciente

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



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 26/07/2019

Horas: 09:37:12

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18103

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 26/07/2019 HORA: 08:42:40

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR EM JOELHO (+/4+).

SONO PRESERVADO, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES.

NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

CONDUTA:

- VPM.

- AGUARDA CIRURGIA.

ASSINATURA  CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo

DR. Ana Maria da S. Anselmo
CRM-PR 7825
MR. Ortopedia - Traumatologia

26-07-19

10h → 36,5° 120x80

Paciente mantendo Jato salivizado
w/hi sem Guixas no momento
medicado conforme prescrição
médica, e sem aguarde procedimento
cirúrgico

Kátia Silvana Mota de Figueiredo
COREN-RS 486.017-TE

26/07 20:00h

P.A 180x80

Debora

Data: 26/07/2019

Horas: 08:14:35

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

**GOVERNO
DA PARAÍBA**

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 26/07/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	12/18/24/06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12/24/06
4	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1 AMPOLA, 8h/8h	14/22/06
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	5N
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18/20/06
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1 SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
9	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

27/07
08:00h

P.A. 120x80

SAT. 98

R. 77

Paciente aguarda procedimento cirúrgico, segue sob
cuidados da enfermagem.

Débora

27/07

21:00

PA 160/80 De,

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 27/07/2019

Horas: 09:41:15

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18104

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 27/07/2019 HORA: 09:41:01

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR EM JOELHO (+/4+).

SONO PRESERVADO, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES, NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

≠ CONDUTA:

- VPM.

- AGUARDA CIRURGIA.

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo

Data: 27/07/2019

Horas: 09:40:35

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 27/07/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE (Dieta zero a partir de 00:00 h)	
2	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24
4	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1 AMPOLA, 8h/8h	14 22 06
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SV
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	16 06
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1 SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	Suspensa 20 06
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
9	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
MR. ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8928

28/07 - Paciente em pós operatório imediato.

PA: 100 x 70

Valéria nº

22 horas - PA: 110 x 70 Valéria nº

GOVERNO
DA PARAÍBA**PRESCRIÇÃO MÉDICA****DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Admissão: 18/07/2019 DI - 10

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 28/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Otavio Ferreira Junior /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 0D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 26
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18 26
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18 26
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
7	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA: 28/07/2019 HORA: 11:19:27

PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSINTESE DE FRATURA DE PATELA D SEM INTERCORRÊNCIAS.
CONDUTA: 1. VPM. 2. VBO. SOLICITO RX POS-OPEASSINATURA + CARIMBO
Otavio Ferreira Junior

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 29/07/2019

Horas: 09:08:19

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18106

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: I Leito: I Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 29/07/2019 HORA: 09:06:29

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, EM 1º DPO, COM QUEIXA DE DOR DISCRETA (+/-4+). FO COM BOM ASPECTO.

CONDUTA:

- PRESCREVO CIPROFLOXACINO + ARFLEX RETARD + DEOCIL SL.
- ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO.
- ENCAMINHO À FISIOTERAPIA.
- FORNEÇO ATESTADO MÉDICO.
- ORIENTAÇÕES GERAIS + RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRÊNCIAS.
- ALTA HOSPITALAR.

ASSINATURA + CARIMBO

Ana Maria Da Silva Anselmo

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

**GOVERNO
DA PARAÍBA**GOVERNO
DA PARAÍBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

Data da Internação: 18/07/2019

Data da Alta: 29/07/2019

Registro: 1947233

Tempo de Permanência: -18096

Diagnóstico Inicial: 0408050527

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAME CLINICO + RADIOLOGICO

Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA PATELA

Data: 29/07/2019

Cirurgião:

Cirurgião: OTAVIO FERREIRA JUNIOR

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: SIDDHARTA GUATANHA LACERDA

Medicamentos:

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NAO

Orientações: - PRESCREVO CIPROFLOXACINO + ARFLEX RETARD + DEOCIL SL. - CAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO. - ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES GERAIS + RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRÊNCIAS. - ALTA HOSPITALAR.

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

Condições de Alta: Melhorado

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia

Data: 29/07/2019

Assinatura/Carimbo

Ana Maria Da Silva Anselmo

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL: Ana Maria Da Silva Anselmo



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

PACIENTE:	CAIO FABIO NÓBREGA MEDEIROS
DATA DO EXAME:	18/07/2019

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.

Ausência de lesões ecográficas relacionados ao trauma no fígado, baço, rins e bexiga identificáveis ao método.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

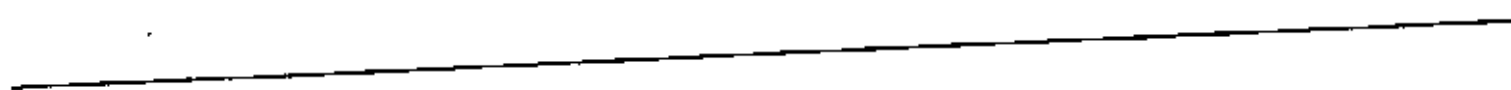
Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com USG FAST negativo devem permanecer em observação intrahospitalar.

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.

Dra Ina Rossana L. Amorim
CRM 4386



100





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:

PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO:

Cezio Fabio Nobrega Medeiros

IDADE:

SEXO:

COR:

PESO:

ALTURA:

CLINICA:

ENF:

LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

Politrauma

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

USG FAST

URGÊNCIA:



ROTINA:



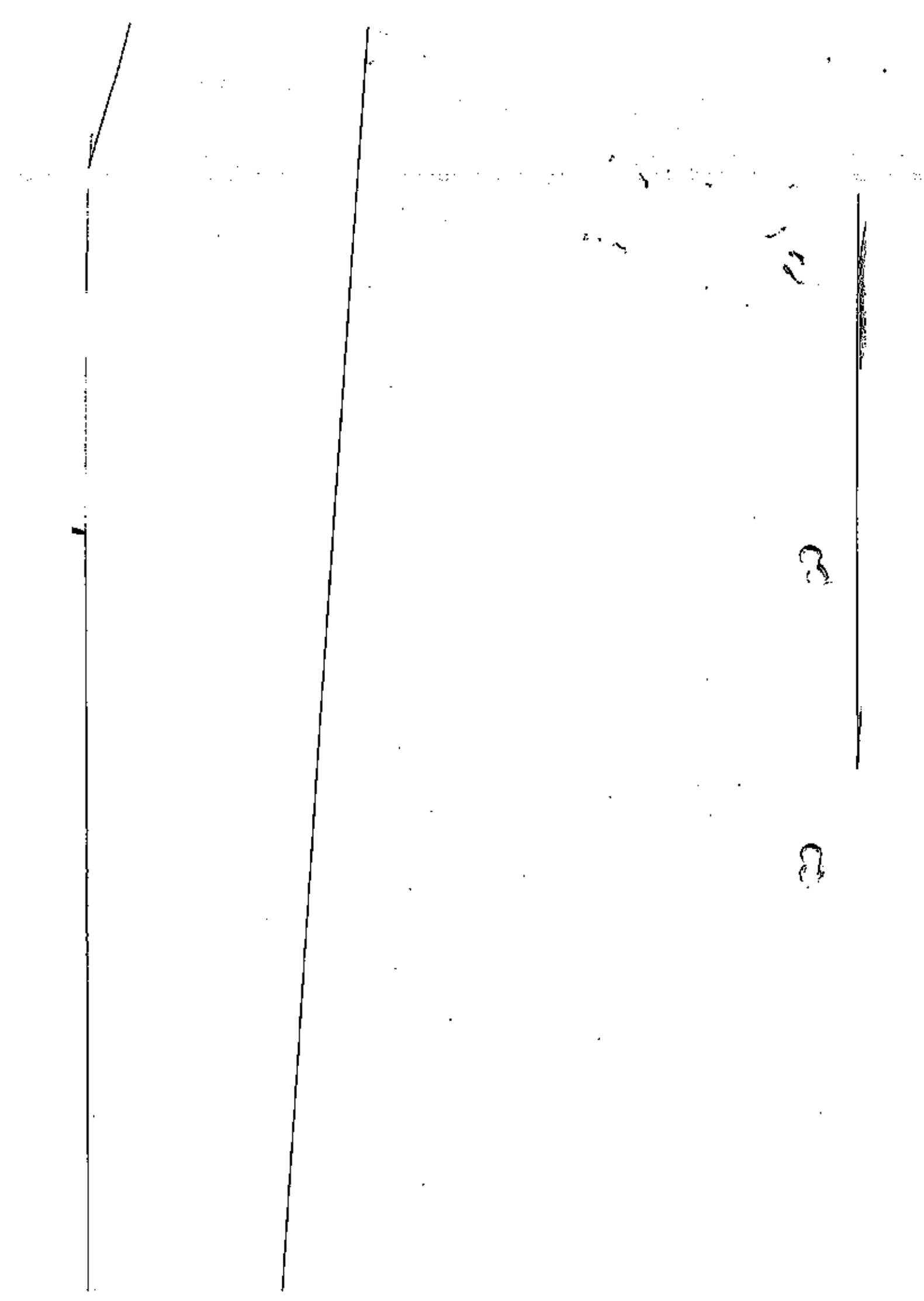
DATA:

18.07.19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Gabriel Ribeiro
Cirurgião do Trauma
CRM-PB: 7.993

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO





GOVERNO
DO ESTADO
DE PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

LEITO:

ENF:

CLÍNICA:

ALTURA:

PESO:

COR:

SEXO:

NOME:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS:

Politrauma

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

USG FAST

Am
mét

URGÊNCIA: ☒

ROTINA: ☐

HORA DA SOLICITAÇÃO:

DATA:

18.07.19

Observa-
ções, ass,
baseando-

ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras
não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar
negativo da ultrassonografia.

Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com USG FAST negativo devem permanecer em
observação intrahospitalar.

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma
abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando
a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.

Dr. Carlos Roberto
Cirurgião do Trauma
Rég. Prof. 7.983

RESPONSÁVEL PELA S

carvells do

Dra Ina Rossana L. Amorim
CRM 4386

Sr(a):	CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS	Protocolo:	0000477397	RG:	NAO INFORMADO
Dr(a):	OTAVIO FERREIRA JR	Data:	19-07-2019 11:19	Origem:	AREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	19 anos	Destino:	Leito - 08

GRUPO SANGUINEO E Rh

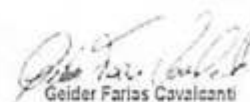
OPÇÃO DE TESTE: LABORATORIO 11131

GRUPO SANGUINEO: A

RH: POSITIVO

TESTE DE COAGULACAO

RESULTADO: INDETERMINADO EM TESTE


Geider Farias Cavalcanti
Biomédico
CREM - 7494

Este laudo foi assinado digitalmente com o número: 99C0-48B4-3491-32F1-DE05-3A94-54E5-19E1

[illegible]

[illegible]

NOME:

Caio Tiro

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:
---------------	--------------	-------------	--------------	----------------	-----------------	-------------	---------------

DADOS CLÍNICOS:

Cor: 00

REGISTRO
REG 1021

MATERIAL A EXAMINAR:

Do Dente

EXAME SOLICITADO:

URGÊNCIA:

☐

ROTINA:

☐

DATA:

28/07/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

Dr. Danilo Ferreira Jr.
CRM-PB 7103

GOVERNO
DA PARAÍBA

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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Protocolo: 0000477397 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): OTAVIO FERREIRA JR Data: 19-07-2019 11:19 Origem: AREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 19 anos Destino: Leito 08

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 19/07/2019 11:18]

Resultados

Valores de Referência

SERIE VERMELHA

Eritrócitos.....	5.0 milhões/mm ³	4.2 a 6.0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13.7 g/dL	13.5 a 14.5 g/dL
Hematócrito.....	41.5 %	40.0 a 51.5 %
V.C.M.....	83 fL	80.0 a 100.0 fL
H.C.M.....	27 pg	27.0 a 31.0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32.0 a 36.0 g/dL

SERIE BRANCA

Leucócitos.....	8.900 /mm ³	(%)	(/mm ³)	4.500 a 10.000 /mm ³
Neutrófilos.....	0	0		
Promielócitos.....	0	0		
Mielócitos.....	0	0		
Metamielócitos.....	0	0		
Bastonetes.....	2,0	178		45 a 75 % - 1.800 a 5.500 /mm ³
Segmentados.....	69,0	6.141		1 a 4,5 % - até 500 /mm ³
Eosinófilos.....	2,0	178		1 a 2,5 % - até 100 /mm ³
Basófilos.....	0	0		
Linfócitos.....	23,0	2.047		20 a 45 % - 1.000 a 4.500 /mm ³
Tipicos.....	0	0		
Atípicos ou Reativos.....	4,0	356		2,0 a 10,1 % - até 1.000 /mm ³
Monócitos.....				140.000 a 400.000 /mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	198.000 mm ³			

OBSERVAÇÃO..... Contagens revisadas e confirmadas.

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Gelder Farias Cavalcanti
Gelder Farias Cavalcanti
Biomédico
CRBM - 7494

Este laudo foi assinado digitalmente com o número: F1A5-714F-71P3-H4D9-FDB1-EAB9-C064-60E9



19/07/2019 11:18 - Página 1 de 3



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS	Protocolo:	0000477397	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	OTAVIO FERREIRA JR	Data:	19-07-2019 11:19	Origem:	AREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	19 anos	Destino:	Exa - 08

TEMPO DE SANGRAMENTO 2'05"

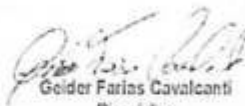
(DATA DE COLETA: 19/07/2019 11:19)
Técnico(a):
Método: TUBO

Valor de Referência:
DE 1 A 3 MINUTOS

TEMPO DE COAGULACAO 8'30"

(DATA DE COLETA: 19/07/2019 11:19)
Técnico(a):
Método: Pot-Clot

Valor de Referência:
DE 5 A 10 MINUTOS


Golder Farias Cavalcanti
Biomédico
CRM - 7404

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: CAP2-3A62-CIIC-PA13-1267-70AB-7A93-7A9A



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maio Fabio Registrô: _____ Leito: 0105 Setor Atual: ortop

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: (X) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríáticas

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

Ausulta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: (X) Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLEIM DE ENFERMAGEM					
NOME:					
IDADE:	SEXO:	M ☐	F ☐	DATA DE NASCIMENTO:	/ / às h
SETOR:			LEITO:		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					
ALERGIAS:	SIM ☐	NÃO ☐	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ☐	NÃO ☐	QUAIS:		
DOENÇA CRÔNICA:	SIM ☐	NÃO ☐	QUAIS:		
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐	NÃO ☐	LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐		NORMOPOTENSO ☐		HIPERTENSO ☐
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☐		INCONSCIENTE ☐		ORIENTADO ☐
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO ☐		TAQUIPÊNICO ☐		EUPNÉICO ☐
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL ☐		POLÚRIA ☐		OLIGÚRIA ☐
	DUSÚRIA ☐		CISTOSTOMIA ☐		ANÚRIA ☐
MOBILIDADE:	DEÂMBULA ☐		DEÂMBULA C/ APOIO ☐		ACAMADO ☐
	TETRAPLEGIA ☐		HEMIAPLEGIA ☐		PARESIA ☐
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO ☐		SNG ☐		SNE ☐
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☐		DESNUTRIDO ☐		OBESO ☐
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
☐ RISCO DE QUEDA			CD/FR:		
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO			CD/FR:		
☐ RISCO DE INFECÇÃO			CD/FR:		
☐ RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal			CD/FR:		
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL			CD/FR:		
☐ RISCO DE retenção urinária			☐ retenção urinária		
☐ RISCO DE SANGRAMENTO			CD/FR:		
☐ NÁUSEA			CD/FR:		
☐ DOR AGUDA			☐ DOR CRÔNICA		
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ			CD/FR:		
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA			CD/FR:		
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO			☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO		
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA			CD/FR:		
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA			CD/FR:		
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO			CD/FR:		
☐			CD/FR:		
☐			CD/FR:		
☐			CD/FR:		
			CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA		
			FR: FATOR RELACIONADO		
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM					
MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.			AFRAZAMENTO	ASSINATURA	
REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.					
ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
INSTALAR CATETER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.					
AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).					
ASPIRAÇÃO DE VIAS AERIAS.					
POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.					
MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.					
MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).					
ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.					
REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE					
RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS REPOSTAS DO PACIENTE.					

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Carlo Fabiano Medeiros D. N. 15/08/1991</i>					 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
		<i>Sua</i>	<i>19 anos</i>	<i>4942153</i>	
CIRURGIA <i>T.O. Cirurgico, de fixação</i>		CIRURGIÃO <i>Dr. O. Marinho</i>			
ANESTESIA <i>Raque</i>		ANESTESIA <i>Dr. Sinddabito</i>			
INSTRUMENTADORA		DATA <i>28.07.19</i>	INÍCIO <i>09h.30'</i>	FIM <i>11:20</i>	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.		Calef. p/ Oxi.		Calgut cromado Serlix
	Atropina amp.		Calef. De Urinar Sist. Fech.		Calgut cromado Serlix
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Calgut cromado Serlix
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Calgut Simples
	Dolantina amp.		Colonoide		Calgut Simples Serlix
	Efrane ml		Dreno		Calgut Simples Serlix
	Fenegan amp.		Dreno Kerr n°		Calgut Simples Serlix
	Fentanil ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso
	Inera ml <i>lidocaina</i>		Dreno Pezzer n°		Ethibond
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serlix
	Pavuton amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix
	Proligmine amp.		Esparrapado Larco cm		Fio de Algodão Sutupak
	Protoido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak
	Queiclin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca
	Rapifen amp.		H ₂ O ml		Mononylon 3-0"
	Thionembul ml		Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serlix
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Serlix
<i>04</i>	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Serlix
<i>03</i>	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Serlix
<i>02</i>	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Serlix
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Serlix
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0 <i>Proc.</i>		Vicryl Serlix
	Geramicina amp.		Luvas 8.5		
<i>01</i>	Glicose amp. <i>Glucose 2.0</i>		Oxigênio l/m <i>Plasma</i>		
<i>04</i>	Glucon de Cálcio amp. <i>Glucose 2.0</i>		Poliflix		
	Haemacel ml.		PVP Dagemante ml <i>PVP</i>		
	Heparema ml.		PVP Tópico ml.		
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico		SOROS
	Lasix amp.		Saco coletor <i>Lixol</i>		SG Normotérmico fr 500 ml
	Medrotilazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Gelado fr 500 ml
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml		SG Ring fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda		SG fr 500 ml <i>P/Limpo</i>
	Stuptanon amp.		Sonda Foley		
<i>02</i>	Cefalotina 1g		Sonda Nasogálica		ORTESE E PRÓTESE
			Sonda Uretral n°		<i>Fio de Kirschman 3.0</i>
			Steridrem ml		<i>Cuiflex n° 1</i>
			Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
	Agulha desc. 25 x 7		Galcon 18		
<i>09</i>	Agulha desc. 28 x 28 <i>40x12</i>		Latese		EQUIPAMENTOS
	Agulha desc. 3 x 4,5		<i>6.0 de Latese</i>		(X) Oxímetro de Pulso
<i>01</i>	Agulha p/ raque n° <i>26</i>		<i>6.0 de Latese</i>		() Foco Auxiliar
<i>03</i>	Alcool de Enfermagem		<i>6.0 de Latese</i>		() Serra
	Alcool Iodado ml		<i>6.0 de Latese</i>		() Desfibrilador
<i>02</i>	Ataduras de Crepon <i>20cm</i>				() Foco Frontal
	Ataduras de Gessada				(X) Cardiomonitor
	Azul metileno amp.				(X) Perfurador Elétrico
	Benzina ml				

P. Ortopedia I
E. URPA.

E. Simpo

Manoel

Maria José C. Claudino
Téc. Enfermagem
COREN-PB 250741

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

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

Assinatura do anestesista

HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE			
Nome do Paciente: CAJO FABIO NOBREGA MEDEIROS			Data da Cirurgia 28/07/2019
CNS	Enfermaria 1	Leito 4	Prontuário
Cirurgião: Dr. OTAVIO FERREIRA JUNIOR		1º Auxiliar:	
2º Auxiliar		Instrumentador JOSÉ	
Anestesiista: DR. SINDHARTA		Anestesia: <i>NA GUARANTIA</i>	
Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DE PATELA D			
Tipo de Cirurgia: OSTEÓSSINTESE DE FRATURA DE PATELA D. BANDA DE TENSÃO			
Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO			
Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE			
Exame Radiológico no Ato:			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE			
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA			
01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA 02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MID + Pelve 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS 04- INCISAO ANTERIOR A PATELA D + DIVULSAO POR PLANOS 05- IDENTIFICAÇÃO DO FOCO DE FRATURA + REDUÇÃO CRUENTA + LMC 06- OSTEÓSSINTESE EM BANDA DE TENSÃO. USO 2 FIOS DE K 2.0 + FIO DE CERCLAGEM 07- FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURAS 08- CURATIVOS			

[Assinatura]
 COLÉGIO SÉRIE 1
 1º BIMESTRE 2019

Good morning everyone

8:11 PM

PL

The following is a list of the items that were received from the...

Dr. J. J. J.

Dr. J. J. J.

Dr. J. J. J.

88-67-79

Dr. J. J. J.

Dr. J. J. J.

Dr. J. J. J.

Dr. J. J. J.

Dr. J. J. J.

Dr. J. J. J.

Dr. J. J. J.

Dr. J. J. J.

Dr. J. J. J.

Dr. J. J. J.

Dr. J. J. J.

Dr. J. J. J.

Dr. J. J. J.

Dr. J. J. J.

Dr. J. J. J.

Dr. J. J. J.

Dr. J. J. J.

Dr. J. J. J.

Dr. J. J. J.

Dr. J. J. J.

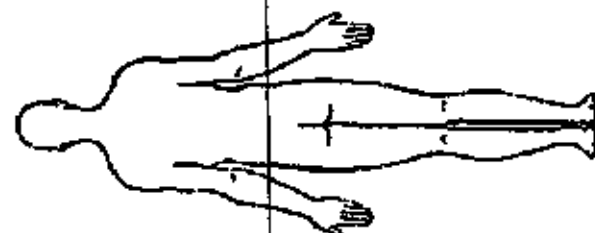
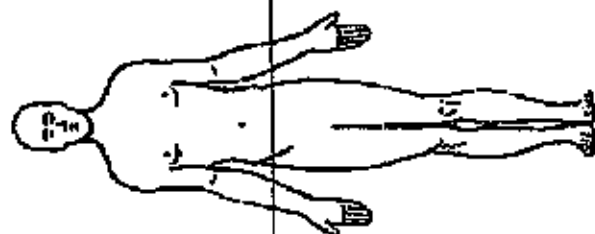
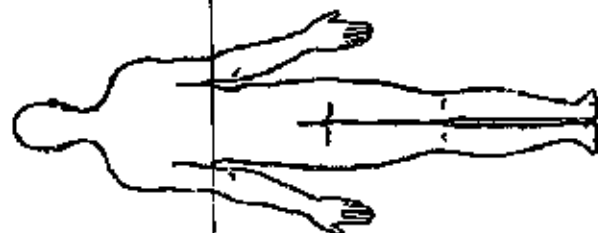
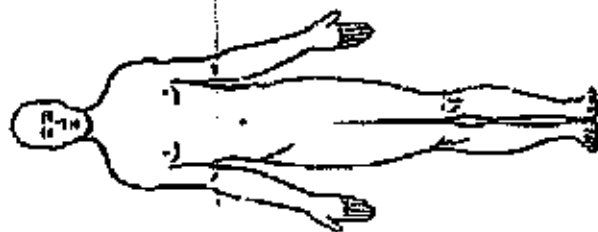
Dr. J. J. J.

Dr. J. J. J.

Dr. J. J. J.

Dr. J. J. J.

Demarcação cirúrgica:



Local da Cirurgia:

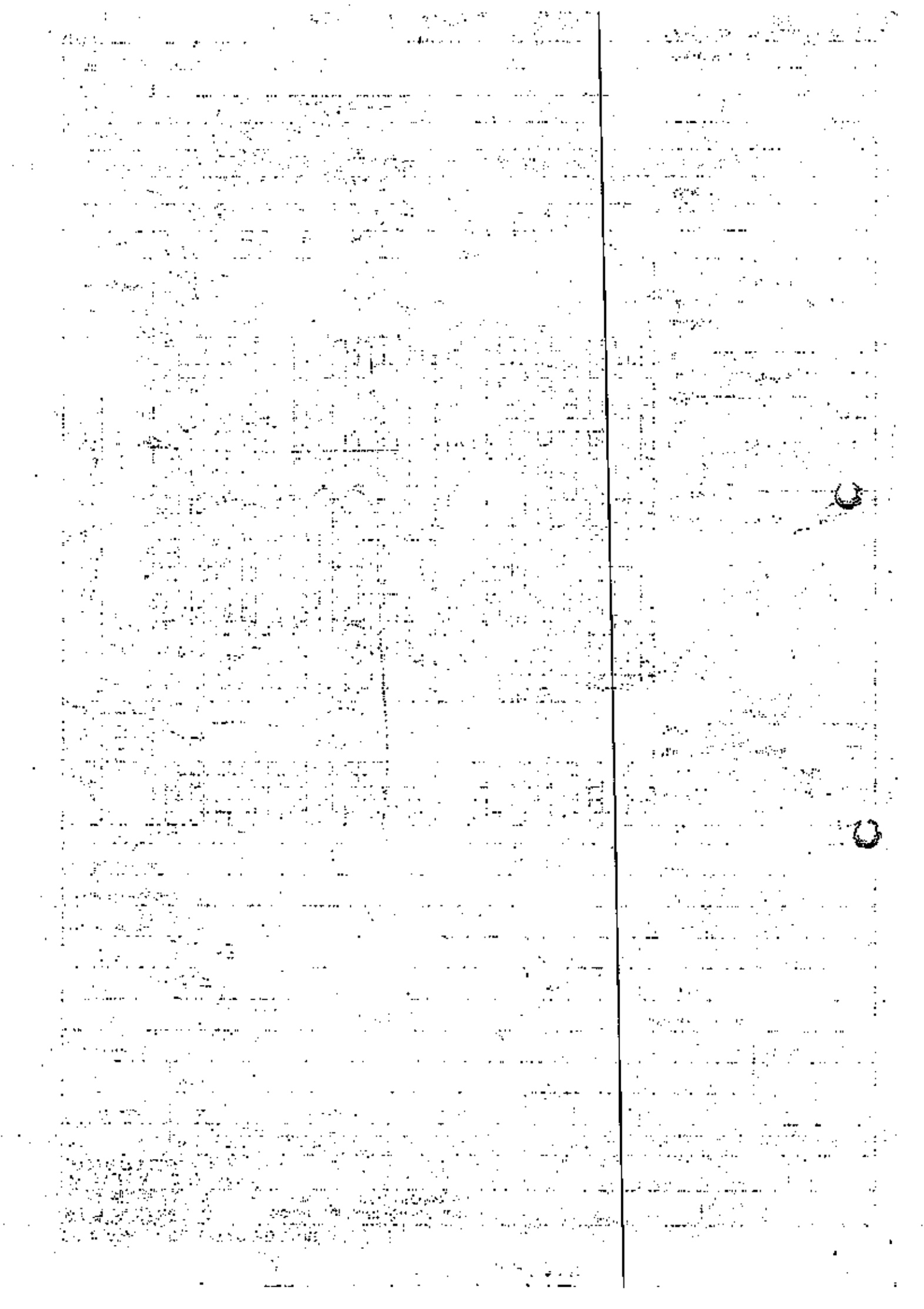
Módulo Responsável:

Data:

Assinatura:

**POSICIONAMENTO DA
PLACA DISPERSIVA**

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	2º PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>LOWE ROBERTO MEDeiros</u>			IDADE:	SEXO:	COR:
DATA:	PRESSÃO ARTERIAL: <u>120 x 80</u>	PULSO: <u>70</u>	RESPIRAÇÃO:	TEMPERATURA:	PESO:	ALTURA:	
TIPO SANGÜÍNEO:	HEMÁCIAS:	HEMOGLOBINA:	HEMATÓCRITO:	GLICEMIA:	UREIA:	OUTROS:	
	URINA:						
AP. RESPIRATÓRIO: <u>MDSA</u>					ASMA:	BRONQUITE:	
AP. CIRCULATORIO: <u>BENEFICAR 27/5</u>					ELETROCARDIOGRAMA:		
AP. DIGESTIVO: <u>Ligam</u>			DENTES:	PESCOÇO:	AP. URMÁRIO:		
ESTADO MENTAL: <u>LOTE</u>			ATARAXICOS:	CORTICOIDES:	ALERGIA:	HIPOTENSORES:	
DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO: <u>(9:30 -> 11h)</u>					ESTADO FISICO:	RISCO:	
ANESTESIAS ANTERIORES:							
MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA: <u>9:30 (16) 15 (11)</u>				APLICADA ÀS:	EFEITO:		
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO		
LÍQUIDOS					Satisf.: _____ Excl.: _____ Tosses: _____ Laringo espasmo: _____ Lentos: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
CÓDIGOS					MANUTENÇÃO		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____		
<u>Sentado. Com 12g de fentanila para indução e 12g de fentanila + 250 mg de cloro. Cy (P) + (C)</u>				DESPERTAR			
				Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co.: _____ Excl.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____			
POSICÃO: <u>BDH - sentado - 034</u>				Com cânula: _____ Para o Leito Sim _____ Não _____			
AGENTES: <u>1 Novo. ur 12 y (2) Morfia 10mg</u>				CONDIÇÕES:			
TÉCNICA: <u>Raquiocatese</u>				CÂNULAS:			
OPERAÇÃO: <u>Osteotomia de P.O.P.R. @</u>							
QUIRURGÕES: <u>Dr. Assis</u>							
ANESTESISTAS: <u>Dr. Fritsch</u>							
OBSERVAÇÕES:							
ANDARILHO NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

25/07

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Caio Fabio Nogueira Medeiros Registró: _____ Leito: 1-1 Setor Atual: 041

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 21 % PEEP _____ cmH2O

☒ Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Dono Fabia

Registro: 2.1

Leito: 2.1

Sector Atual: Ortop

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
 Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Paresia () Plegia () Parestesia Local:
 Linguagem: () Qual? () Distonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi () l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº PIO2 % 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:
 Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:
 Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SPO2 Data: / / Hora:

PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

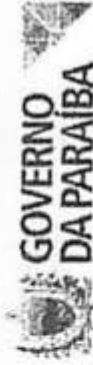
Paciente: <u>João Fábio Nóbrega Medeiros</u>	Idade: <u>19 anos</u>
Convênio: <u>SUS</u>	Data: <u>28/07/19</u>
Procedimento: <u>Tort cirurgia e/ processo de portuno de fátelo M30</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Otávio</u>	Auxiliar: _____ Anestesista: <u>Dr. Siddhant</u>
Início: <u>09:30</u>	Término: <u>11:20</u> Anestesia <u>Raqui.</u>

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
11:30	130x80	56	100	Adson	-	consciente
12:00	119/72	64 bpm	97%	Alex	+	consciente

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:	
Assinatura Anestesista	Circulante

9



GOVERNO
DA PARAÍBA



SEGUE

o trabalho LIST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS



SETOR DE ORIGEM:	Ortopedia I		
NOME:	Cris Fabio Sobrinho Medeiros		
PROCEDIMENTO:	Fx de Patela D		
☒ AVP:LOCAL:	Ortopedia	GELCO Nº: 22	AVC ☐ JEJU ☒
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:	☐ COM CLOREXIDINA	☐ NÃO SE APLICA	
RETIRADO:	☐ PRÓTESE DENTÁRIA	☐ ADORNOS	☐ PERTENCES
ENCAMINHADO:	☒ HEMOG	☐ USG	☐ TOMOGRAFIA ☐ RESSONÂNCIA
☐ TERMO DE CONSENTIMENTO	☐ NÃO SE APLICA		
☐ RESERVA DE HEMODERIVADO	☐ NÃO SE APLICA		
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	Liliane Maria da Silva		
COREN	PR 528.551-ENF	COREN	



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO LUIZ G. ZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: Caio Fabio Romega

PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:
--------	-------	------	-------	---------	----------	------	--------

DADOS CLÍNICOS:

Politrauma = pós-queda moto.

RAIO X
REALIZADO EM:
18/04/19

MATERIAL A EXAMINAR:

osso

EXAME SOLICITADO:

Rx de tórax AP

Rx de penna D AP e perfil

Rx de joelho D AP e perfil

Rx de bacia AP

Rx de ombro AP e

perfil de escápula.

URGÊNCIA:



ROTINA:



DATA:

18/04/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Gabriel Ribeiro
Cirurgião do Trauma
CRM-PB: 7.983

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO



GOVERNO
DA PARAÍBA

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



CSIO

PACIENTE:

IDADE:

DATA:

AMBULATÓRIO () EMERGÊNCIA () ALA ()

IMOBILIZAÇÃO GESSADA			TALAS TIPO			IMOBILIZAÇÃO NÃO GESSADA		
	D	E		D	E		D	E
Áxilo Palmar			Pinça de Confeiteiro			Colar Cervical		
Velpeau			Áxilo Palmar			Velpeau		
Luva			Luva			MJ		
Pélvico Podálico			Spica			Tipolia		
Coxo Podálico			Coxo Podálico			Jones		
Tubo			Tubo		✓	Enfaixamento		
P.T.B			Joelhadeira			Esparadrapagem		
Bota			Bota			Splint		
Ante Pé			Ante Pé			Oito		
Observações:			Observações:			Observações:		

18 10/19

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Dr. Carlos Roberto
CRM-PB 7103



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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista



SETOR DE ORIGEM: Ontoperdia I
 NOME: Caio Fabio Wagner Medeiros
 PROCEDIMENTO: Ex de Patologia D
☒ AVP: LOCAL: antebraço E GELCO Nº: 22 AVC ☐ JEJU ☒
 BANHO PRÉ-OPERATÓRIO: ☐ COM CLOREXIDINA ☐ NÃO SE APLICA
 RETIRADO: ☐ PRÓTESE DENTÁRIA ☐ ADORNOS ☐ PERTENCES
 ENCAMINHADO: ☒ HEMOG ☐ USG ☐ TOMOGRAFIA ☐ RESSONÂNCIA
☐ TERMO DE CONSENTIMENTO ☐ NÃO SE APLICA
☐ RESERVA DE HEMODERIVADO ☐ NÃO SE APLICA
 ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: Carla Maria da Silva COREN: 551-ENF

GOVERNO
DA PARAÍBA

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



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	João Fátima Nogueira Medeiros	Idade:	19 anos
Convênio:	SUS	Data:	28/07/19
Procedimento:	Trat cirúrgico c/ fixação de patela MPO		
Cirurgião:	Dr. Otávio	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Siddhanta
Início:	09:30	Término:	11:20
		Anestesia:	Reque

[illegible][illegible]

Observações:



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO JIZ G ZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO E EXAME

NOME: *Caio Fabio Romega*

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLINICA:	ENF:	LEITO:
--------	-------	------	-------	---------	----------	------	--------

DADOS CLÍNICOS:

Politrauma = pós queda moto.

MATERIAL A EXAMINAR:

osso

EXAME SOLICITADO:

Rx de Tórax AP

Rx de punho D AP e perfil

Rx de joelho @ AP e perfil

Rx de bacia AP

Rx de ombro AP e

perfil de escápula.

URGÊNCIA:



ROTINA:



DATA:

18/04/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Gabriel Ribeiro
Cirurgião do Trauma
CRM-PB: 7.983

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

RAIO X
RECEBIDO EM:
18/04/19



174
175
176
177
178



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Matinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 18/07/2019

Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS Idade: 019 Nº ATEND: 1947158

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO

DATA: 18/07/2019 HORA : 18:15:04

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO

ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X POSTE

SINAIS VITAIS

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

DIABETES () SIM (X) NÃO HAS () SIM (X) NÃO

DEF. MOTORA () SIM (X) NÃO

ALERGIAS : NÃO

MEDICAÇÃO EM USO :

ESTADO GERAL : BOM

AValiação Neurológica

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO

() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO

() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARREIA () EXANTEMA

() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL

() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL

() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBLOS () TOSSE



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

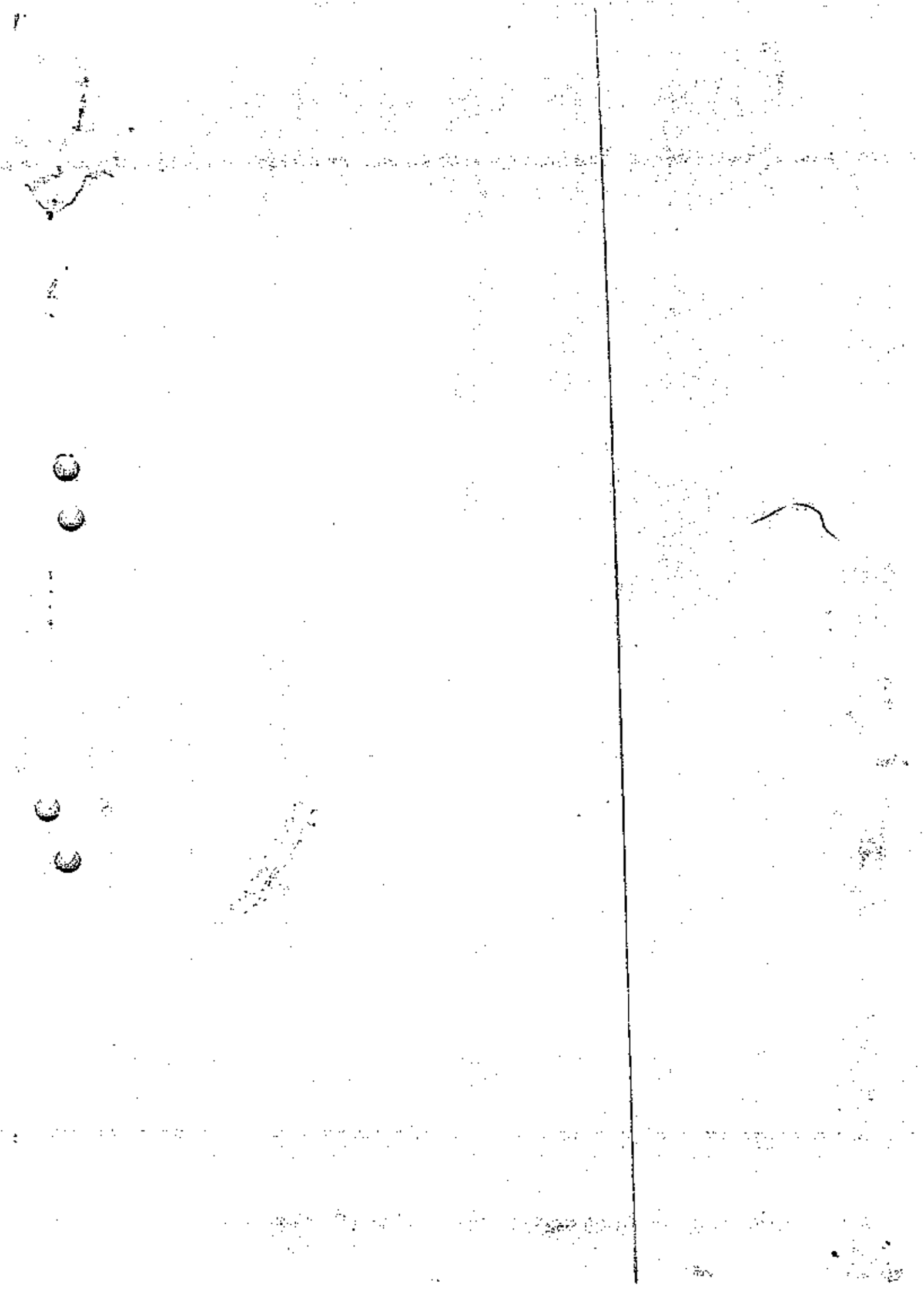
CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

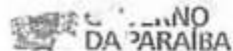
HORA PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA	DO

OBS: SAMU - CG

ENFERMEIRO/COREN
Allana Gusmao Uchoa

Allana Gusmao Uchoa
COREN-PB 57133-ENF





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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1947158 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: 18/07/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Allana Gusmao Uchoa

PACIENTE: CAIO FABIO NOBREGA CEP: 58400002 Nascimento: 15/08/1999

MEDEIROS

Endereço: JOSE DO PRECIPICIO Sexo: M Telefone: 988741920

Cidade: Campina Grande Idade: 019 Bairro: BODOCONGO

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA RG: 3551857 N°: 261

Responsável: CPF: 12156848432 Profissão:

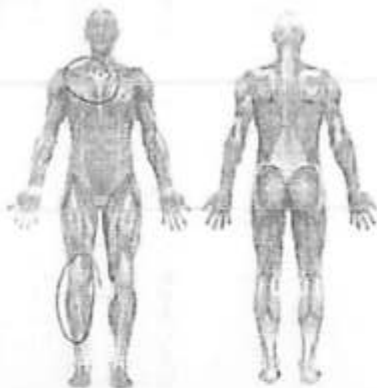
Estado Civil: Data de CN: 203241750990003
Atend: 18/07/2019

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X POSTE Hora: 18:13:40 CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA:

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. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injurgimento Venoso |
| 5. Creptação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encastrado |
| 11. Equimose | 29. Otorrágia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paresia |
| 14. F. Cortado | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Certo-contuso | 34. Rinorrágia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

Politrauma

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de colisão moto-poste, não perde de consciência ou vômitos, queixa-se de dor no tornozelo e membro inferior direito.

ALERGIA:

Neg2

MEDICAMENTOS: Neg2

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow 15 PA HGT: Sat02 99

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Tiltil 40mg, EV, 2g0r2	18:34
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Gabriel Ribeiro
Clínica do Trauma
CRM-PB: 7.993

RAIO X
REALIZADO EM:
18/07/19

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Marziti N. Silva
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

CBD

GRADE

1-1-1-1-1-1-1

1111

1-800-678-1111

[illegible]

1 1 1 1 1

[illegible]

11111

Handwritten notes on the left side of the page, including the words "Korea" and "Japan".

Handwritten notes on the left side of the page, including the words "Korea" and "Japan".

 Sistema Municipal de Saúde Unidade de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES 2 - CNES: 2362856 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EQUIVANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES 4 - CNES: 2362856			
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS 6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1947233 7 - CARTÃO DO SUS: 203241750990003 8 - DATA DE NASCIMENTO: 15/08/1999 9 - SEXO: ☒ M ☐ F ☐ OUTRO			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: MARIZETE NOBREGA SILVA 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): JOSE DO PRECÍPIO, 261, BODOCONGO 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Campina Grande 14 - Cidades Atendidas: 15 - UF: PB 16 - CEP: 58400002			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 17 - MEDICINAIS, SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Dor no abdômen + febre 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Dor no abdômen + febre 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DE DIAGNÓSTICO/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS: Dor no abdômen + febre 20 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Dor no abdômen + febre 21 - CID 10 PRINCIPAL: K65.1 22 - CID 10 SECUNDÁRIO: K65.1 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:			
PROCEDIMENTO SOLICITADO 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Laparoscopia 25 - CIDICM DO PROCEDIMENTO:			
26 - DOCUMENTO (X) CNES () CPF: 203834480710000 27 - CARTEIRA DA INTERNAÇÃO: 02 28 - CLÍNICA:			
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: RALTON MARINHO DA COSTA 30 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 18/07/2019 31 - ASSINATURA E CARIMBO (R) DO PROFISSIONAL DO CONSULTÓRIO:			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) 32 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 33 - Nº DO BILHETE: 30 - SÉRIE: 34 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 35 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 36 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 37 - Nº DO BILHETE: 30 - SÉRIE: 38 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 39 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 40 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 41 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 42 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 43 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 44 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 45 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 46 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 47 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 48 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 49 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 50 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 51 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 52 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 53 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 54 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 55 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 56 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 57 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 58 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 59 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 60 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 61 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 62 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 63 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 64 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 65 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 66 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 67 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 68 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 69 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 70 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 71 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 72 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 73 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 74 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 75 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 76 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 77 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 78 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 79 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 80 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 81 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 82 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 83 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 84 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 85 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 86 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 87 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 88 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 89 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 90 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 91 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 92 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 93 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 94 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 95 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 96 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 97 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 98 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 99 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0 100 - CID 10 DA SEGURANÇA: Y00.0			
AUTORIZAÇÃO 42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 44 - COO, ORGA EMISSOR: 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 45 - COO, ORGA EMISSOR: 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 47 - COO, ORGA EMISSOR: 48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 49 - COO, ORGA EMISSOR: 49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 50 - COO, ORGA EMISSOR: 50 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 51 - COO, ORGA EMISSOR: 51 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 52 - COO, ORGA EMISSOR: 52 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 53 - COO, ORGA EMISSOR: 53 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 54 - COO, ORGA EMISSOR: 54 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 55 - COO, ORGA EMISSOR: 55 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 56 - COO, ORGA EMISSOR: 56 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 57 - COO, ORGA EMISSOR: 57 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 58 - COO, ORGA EMISSOR: 58 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 59 - COO, ORGA EMISSOR: 59 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 60 - COO, ORGA EMISSOR: 60 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 61 - COO, ORGA EMISSOR: 61 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 62 - COO, ORGA EMISSOR: 62 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 63 - COO, ORGA EMISSOR: 63 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 64 - COO, ORGA EMISSOR: 64 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 65 - COO, ORGA EMISSOR: 65 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 66 - COO, ORGA EMISSOR: 66 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 67 - COO, ORGA EMISSOR: 67 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 68 - COO, ORGA EMISSOR: 68 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 69 - COO, ORGA EMISSOR: 69 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 70 - COO, ORGA EMISSOR: 70 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 71 - COO, ORGA EMISSOR: 71 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 72 - COO, ORGA EMISSOR: 72 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 73 - COO, ORGA EMISSOR: 73 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 74 - COO, ORGA EMISSOR: 74 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 75 - COO, ORGA EMISSOR: 75 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 76 - COO, ORGA EMISSOR: 76 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 77 - COO, ORGA EMISSOR: 77 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 78 - COO, ORGA EMISSOR: 78 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 79 - COO, ORGA EMISSOR: 79 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 80 - COO, ORGA EMISSOR: 80 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 81 - COO, ORGA EMISSOR: 81 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 82 - COO, ORGA EMISSOR: 82 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 83 - COO, ORGA EMISSOR: 83 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 84 - COO, ORGA EMISSOR: 84 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 85 - COO, ORGA EMISSOR: 85 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 86 - COO, ORGA EMISSOR: 86 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 87 - COO, ORGA EMISSOR: 87 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 88 - COO, ORGA EMISSOR: 88 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 89 - COO, ORGA EMISSOR: 89 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 90 - COO, ORGA EMISSOR: 90 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 91 - COO, ORGA EMISSOR: 91 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 92 - COO, ORGA EMISSOR: 92 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 93 - COO, ORGA EMISSOR: 93 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 94 - COO, ORGA EMISSOR: 94 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 95 - COO, ORGA EMISSOR: 95 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 96 - COO, ORGA EMISSOR: 96 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 97 - COO, ORGA EMISSOR: 97 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 98 - COO, ORGA EMISSOR: 98 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 99 - COO, ORGA EMISSOR: 99 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 100 - COO, ORGA EMISSOR:			

Data de Internação: 18/07/2019 Hora: 20:04:26

Sistema Mensário
 Único de
 Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
 DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
 2 - CNES: 2362856
 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
 4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente
 5 - NOME DO PACIENTE: CATO FABIO NOBREGA MEDEIROS
 6 - N.º DO PROTOCOLO: 1947233
 7 - CARTÃO DO SUS: 203241750990003
 8 - DATA DE NASCIMENTO: 15/08/1999
 9 - SEXO: M
 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: MARIZETE NOBREGA SILVA
 11 - TELEFONE DE CONTATO: 988741920
 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): JOSE DO PRECÍPIO, 261, BODOCONGO
 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Campina Grande

14 - CID-10 PRINCIPAL: 250400
 15 - UF: PB
 16 - CID-10 SECUNDÁRIO: 5840002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: *paciente com febre*
 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: *paciente com febre*
 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS: *paciente com febre*
 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: *paciente com febre*

PROCEDIMENTO SOLICITADO
 21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: *paciente com febre*
 22 - CLÍNICA: *paciente com febre*
 23 - CARACTER DA INTERNAÇÃO: *paciente com febre*
 24 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CMS/CPM) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 203834410210000
 25 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 18/07/2019
 26 - ASSINATURA E CARIMBO EM REGISTRO DO CONSELHO: *paciente com febre*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)
 27 - N.º DO BILHETE: *paciente com febre*
 28 - CNPJ DA SEGURADORA: *paciente com febre*
 29 - CNPJ DA EMPRESA: *paciente com febre*
 30 - CATEGORIA DO ACIDENTE: *paciente com febre*
 31 - N.º DO BILHETE: *paciente com febre*
 32 - CNPJ DA SEGURADORA: *paciente com febre*
 33 - N.º DO BILHETE: *paciente com febre*
 34 - CNPJ DA EMPRESA: *paciente com febre*
 35 - CATEGORIA DO ACIDENTE: *paciente com febre*
 36 - N.º DO BILHETE: *paciente com febre*
 37 - CNPJ DA SEGURADORA: *paciente com febre*
 38 - N.º DO BILHETE: *paciente com febre*
 39 - CNPJ DA EMPRESA: *paciente com febre*
 40 - CATEGORIA DO ACIDENTE: *paciente com febre*
 41 - N.º DO BILHETE: *paciente com febre*
 42 - CNPJ DA SEGURADORA: *paciente com febre*
 43 - N.º DO BILHETE: *paciente com febre*
 44 - CNPJ DA EMPRESA: *paciente com febre*
 45 - CATEGORIA DO ACIDENTE: *paciente com febre*
 46 - N.º DO BILHETE: *paciente com febre*
 47 - CNPJ DA SEGURADORA: *paciente com febre*
 48 - N.º DO BILHETE: *paciente com febre*
 49 - CNPJ DA EMPRESA: *paciente com febre*
 50 - CATEGORIA DO ACIDENTE: *paciente com febre*
 51 - N.º DO BILHETE: *paciente com febre*
 52 - CNPJ DA SEGURADORA: *paciente com febre*
 53 - N.º DO BILHETE: *paciente com febre*
 54 - CNPJ DA EMPRESA: *paciente com febre*
 55 - CATEGORIA DO ACIDENTE: *paciente com febre*
 56 - N.º DO BILHETE: *paciente com febre*
 57 - CNPJ DA SEGURADORA: *paciente com febre*
 58 - N.º DO BILHETE: *paciente com febre*
 59 - CNPJ DA EMPRESA: *paciente com febre*
 60 - CATEGORIA DO ACIDENTE: *paciente com febre*
 61 - N.º DO BILHETE: *paciente com febre*
 62 - CNPJ DA SEGURADORA: *paciente com febre*
 63 - N.º DO BILHETE: *paciente com febre*
 64 - CNPJ DA EMPRESA: *paciente com febre*
 65 - CATEGORIA DO ACIDENTE: *paciente com febre*
 66 - N.º DO BILHETE: *paciente com febre*
 67 - CNPJ DA SEGURADORA: *paciente com febre*
 68 - N.º DO BILHETE: *paciente com febre*
 69 - CNPJ DA EMPRESA: *paciente com febre*
 70 - CATEGORIA DO ACIDENTE: *paciente com febre*
 71 - N.º DO BILHETE: *paciente com febre*
 72 - CNPJ DA SEGURADORA: *paciente com febre*
 73 - N.º DO BILHETE: *paciente com febre*
 74 - CNPJ DA EMPRESA: *paciente com febre*
 75 - CATEGORIA DO ACIDENTE: *paciente com febre*
 76 - N.º DO BILHETE: *paciente com febre*
 77 - CNPJ DA SEGURADORA: *paciente com febre*
 78 - N.º DO BILHETE: *paciente com febre*
 79 - CNPJ DA EMPRESA: *paciente com febre*
 80 - CATEGORIA DO ACIDENTE: *paciente com febre*
 81 - N.º DO BILHETE: *paciente com febre*
 82 - CNPJ DA SEGURADORA: *paciente com febre*
 83 - N.º DO BILHETE: *paciente com febre*
 84 - CNPJ DA EMPRESA: *paciente com febre*
 85 - CATEGORIA DO ACIDENTE: *paciente com febre*
 86 - N.º DO BILHETE: *paciente com febre*
 87 - CNPJ DA SEGURADORA: *paciente com febre*
 88 - N.º DO BILHETE: *paciente com febre*
 89 - CNPJ DA EMPRESA: *paciente com febre*
 90 - CATEGORIA DO ACIDENTE: *paciente com febre*
 91 - N.º DO BILHETE: *paciente com febre*
 92 - CNPJ DA SEGURADORA: *paciente com febre*
 93 - N.º DO BILHETE: *paciente com febre*
 94 - CNPJ DA EMPRESA: *paciente com febre*
 95 - CATEGORIA DO ACIDENTE: *paciente com febre*
 96 - N.º DO BILHETE: *paciente com febre*
 97 - CNPJ DA SEGURADORA: *paciente com febre*
 98 - N.º DO BILHETE: *paciente com febre*
 99 - CNPJ DA EMPRESA: *paciente com febre*
 100 - CATEGORIA DO ACIDENTE: *paciente com febre*

AUTORIZAÇÃO
 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: *paciente com febre*
 44 - COD. ORGÃO EMISSOR: *paciente com febre*
 45 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CMS/CPM) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: *paciente com febre*
 46 - ASSINATURA E CARIMBO EM REGISTRO DO CONSELHO: *paciente com febre*
 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: *paciente com febre*

PROIBIDO PLASTIFICAR

1660896849

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1660896849

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO



NOME CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 3551857 SSPPB PB

CPF 121.568.484-32 DATA NASCIMENTO 15/08/1999

FILIAÇÃO FRANCISCO DE ASSIS SILVA MEDEIROS MARIZETE NOBREGA SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB. AB

Nº REGISTRO 07169878370

VALIDADE 27/11/2019

1ª HABILITAÇÃO 27/11/2018

OBSERVAÇÕES



CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO 27/11/2018

51129402678 PB037402021

ASSINATURA DO EMISSOR

PARAIBA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0375649/19

Vítima: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

CPF: 121.568.484-32

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/07/2019

Titular do CPF: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS : 121.568.484-32

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: 28/10/2019
Nome: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS
CPF: 121.568.484-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/10/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA