



Número: **0826089-35.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **03/11/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS (AUTOR)	FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
SANDRO MANGUEIRA BEZERRA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47083 810	13/08/2021 14:44	<u>Petição</u>	Petição
47083 812	13/08/2021 14:44	<u>2778236_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
47083 813	13/08/2021 14:44	<u>2778236_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:44:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108131444046200000044717506>
Número do documento: 2108131444046200000044717506

Num. 47083810 - 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, 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, 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

Carta n° 15029152



Pág. 00367/00368 - carta 01 - INVAHIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:44:06
<http://pj.e-justice.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108131444058120000044717508>
Número do documento: 2108131444058120000044717508

Núm. 47083812 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.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: 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, 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-DRVAT

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 Jônio Nobrega Muduicos**

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 Jônio Nobrega Muduicos** 6 - CPF: **121568484-32**
7 - Profissão: **Recreio** 8 - Endereço: **Rua José Princípio** 9 - Número: **001** 10 - Complemento: **casa**

11 - Bairro: **centro** 12 - Cidade: **Quipino Grande** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58430-490**
15 - E-mail: **(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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos): _____

AGÊNCIA: **0041** CONTA: **475516** Dígito: **8** Nome do BANCO: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, 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) Divorciado 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (viver): 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 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.

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

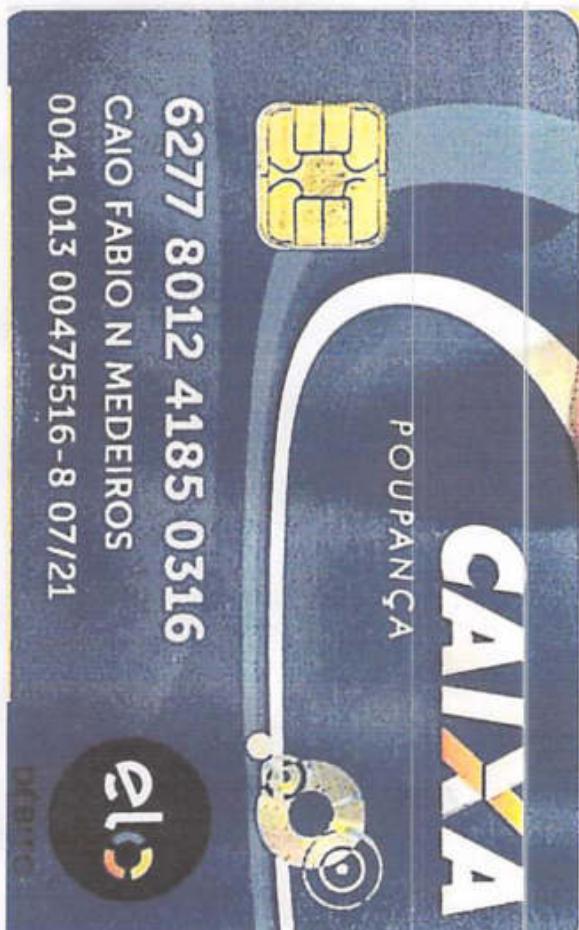
40 - Local e Data,

*Caipira Grande 28/10/19
x David Falco L. Medeiros*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:44:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314440581200000044717508>
Número do documento: 21081314440581200000044717508

Num. 47083812 - Pág. 4

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 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 Precipicio, 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 DESTE 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 EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE PATELA DIREITA, CONFORME LAUDO MÉDICO 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, expeço 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

Procedimento Policial: 10610.01.2019.1.00.401

1/1

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 - OSTEOSSÍNTESE (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:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE									
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:										
03756491/19		121568484-32	Caio Jobio Nobrega Medeiros										
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012													
5 - Nome completo:		6 - CPF:											
Caio Jobio Nobrega Medeiros		121568484-32											
7 - Profissão:		8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:									
Ricardo		Rua José Princípio	001	casa									
11 - Bairro:		12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:									
centro		Quipino Grande	PB	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:													
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00													
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)													
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)										
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			Nome do BANCO: _____										
AGÊNCIA: 0041		CONTA: 475516	8	(Informar o dígito se existir)									
				(Informar o dígito se existir)									
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.													
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):													
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input checked="" type="checkbox"/> 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 disconferir do seu conteúdo.													
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE													
23 - Estado civil da vítima:		<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:						
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a):		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:							
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro (valerá como?) <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:		33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" 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.													
34 Imprimir digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado		35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido			38 - 1º Nome: _____ CPF: _____								
					Assinatura da testemunha								
					39 - 2º Nome: _____ CPF: _____								
					Assinatura da testemunha								
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido													
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido													
40 - Local e Data,					Cajazeiras PB 28/10/19								
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)													
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)					43 - Assinatura do Procurador (se houver)								
V002/2019													



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:44:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314440581200000044717508>
Número do documento: 21081314440581200000044717508

Num. 47083812 - Pág. 8



0-51619-0010 0-51619-0027 0-51619-0035 0-51619-0043

STAR SIGHTING: 54° N, 130° E (SOUTH CHINA SEA) BY GREGORY L. BROWN

energisia the smart energy alliance

Access: www.electrigas.com.au

R\$ 121,75

26/07/2019

138

19/07/2019

JUL/2019

4/265836-7

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:44:06
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314440581200000044717508>
Número do documento: 21081314440581200000044717508

Num. 47083812 - Pág. 9

19/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 19/07/2019

Horas: 09:13:17

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues



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. IFRASCO , 8h/8h DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	12 2º 35 18 24, 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24 12 24
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O, 1COMP, 12h/12h	12 24
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	26
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	AT


 Dr. Schubert Costa
 ORTOPEDISTA / TRAUMATOLOGA
 CIRURGIA DA COLUNA
 CRM/PB 5523





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:44:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314440581200000044717508>
Número do documento: 21081314440581200000044717508

Num. 47083812 - Pág. 11

19/07/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 19/07/2019

Horas: 09:13:52

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues



GOVERNO
DA PARÁIBA

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

Clinica: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
GITEREPTERAPISTICO
CIRURGIA DA COLUNA
CRM/PB 5523



18/07/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 18/07/2019
Horas: 20:09:46
Médico (a) Diarista : Otávio 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

Clinica: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-OPE

ASSINATURA + CARIMBO
Otávio Ferreira Junior

Dr. Otávio Ferreira Jr.
Ortopedista/Traumatologista
CRM-PB 7103

1.148/projetohtcg/verrevo.php?datasai=2019-07-18&contar=1947233&IDC=29710

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:44:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314440581200000044717508>
Número do documento: 21081314440581200000044717508

Num. 47083812 - Pág. 13

Item	Prescrição	Apresentamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. IFRASCO, 8x80ml	E.V. IAMPOLA, 6h/6h
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/50ML E.V. IAMPOLA, 12h/12h	E.V. IAMPOLA, 12h/12h
4	TENOXICAM 20 MG SEM DIULENTE E.V. IFRAMA, 12h/12h	E.V. IAMPOLA, 12h/12h
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2ML NECESARIO	E.V. IAMPOLA, FAZER SE
6	RANTIDINA CLORIDRATO 150 MG VO, ICONF, 12h/12h	NECESSARIO
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/40ML S.C. ISERNGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	TRAMADOL, CLORIDRATO 100 MG/2ML 2ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE
8	NECESSARIO	
9	CAPTOPRIL 25 MG VO, ICONF, FAZER SE NECESSARIO	CUDADDOS GERAIS + SINAS VITIAIS
10		

DATA: 18/07/2019
MEDICO(A): Odávio Ferreira Júnior /

Nome da mãe: MARZETE NORBEGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M
Nº do protocolo: 47233 Paciente: CAIO FABIO NORBEGA MEDEIROS Idade: 019
Chicote: AMARELA Enfermaria: 11 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

PRESCRITO MEDICA



Médico (a) Diátesa : Odávio Ferreira Júnior
Horas: 20:10:19
Data: 18/07/2019

HCG-Painel Administrativo





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:44:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314440581200000044717508>
Número do documento: 21081314440581200000044717508

Num. 47083812 - Pág. 15



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

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

Clinica:AMARELA Enfermaria: II 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
DIRETOR DE ENFERMAGEM
CIRURGIA DA COLUNA
CRAS/PB 5523

19/07/2019 09:47:24 IDC=29834



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:44:06

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314440581200000044717508>

Número do documento: 21081314440581200000044717508

Num. 47083812 - Pág. 16

A square QR code located in the bottom left corner of the page.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:44:06

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314440581200000044717508>

Número do documento: 21081314440581200000044717508

Num. 47083812 - Pág. 17



Setor Administrativo

Data: 19/07/2019
Horas: 09:13:17
Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

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. IFRASCO , 8h/8h	12 22 35
	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	18 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h	12 24
	Reconstituir 2ML ABD,	
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP, 12h/12h	12 24
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	35
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	20
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	AT

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDISTA / TRAUMATOLOGA
CIRURGIA DA COLUNA
CRM/PB 5523

.../.../2019-07-19&contar=1947233



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:44:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314440581200000044717508>
Número do documento: 21081314440581200000044717508

Num. 47083812 - Pág. 18

~~20~~ P. 120 P. 77 T. 36,6
07 70
P.
Mafrares



20/07/2019

HTCG-Painel Administrativo



Data: 20/07/2019
 Horas: 06:45:23
 Médico (a) Diarista : Ywry De Paiva Camara

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: 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	146 72 de 016
	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12-18 00 016
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h	12 00
	Reconstituir 2ML ABD.	(2) 0000
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP, 12h/12h	CT
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)	CT
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

BG. enferm. SI queixa.

CD. CP-1

Ywry de Paiva Câmara
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM/PB 10907





Data: 21/07/2019
Horas: 13:22:12
Médico (a) Diarista : Ywry De Paiva Camara

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

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

DIA 21/07/2019

MÉDICO(A): Ywry De Paiva Camara /

cm	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	ct
2	SÓRIO-RINGER COM LACTATO 500ML E.V. IFRASCO, 8h/8h	ct
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	18/24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18/06
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. ICOMP. 12h/12h	(18)F 06 09 F.F
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	5N
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	20
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	3N
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O. ICOMP. FAZER SE NECESSARIO	5P
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ct

32054

B3G, estéril. si queiro.

Diurno (+) e noturno (+)

cd: vpm
aquele unguie.

Ywry de Paiva Camara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907



22/07/19 consciente, orientado, afibril,
acido clínico admittido nessa unidade
proveniente da Ola Imanela. Supereu
os cuidados. Ana Nery ^{Ana Nery de Lourdes Silva}
^{COREN-PB 250705-TE}

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

Paciente evolui para se tornar intubado, o mesmo
na reunião ~~avaliação~~.



22/07/2019

HPM-Painel Administrativo



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

Clinica: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 TRANSFERENCIA

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgião da Coluna
CRM/PB 5523



22/07/2019

HTCG-Painel Administrativo



Data: 22/07/2019
 Horas: 10:03:47
 Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

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: / Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

DIA 22/07/2019

MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

*os**or*

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	<i>5 NO</i>
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. IFRASCO , 8h/8h	<i>10 2 8.</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	<i>12 12 06 26</i>
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<i>12 00</i>
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O, 1COMP, 12h/12h	<i>(1) 00 F</i>
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	<i>5N</i>
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	<i>14</i>
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	<i>5N</i>
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO	<i>5N</i>
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>CT</i>

Dr. Schubert Luigi Costa Rodrigues
CRM/PB 5523
Cirurgião-Dentista
Entrevista e Consulta
CRM/PB 5523



23/07/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 23/07/2019

Hora: 09:16:03

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

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

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

Admissão: 31/12/1969 DI - 18100

Clínica: ORTOPÉDIA 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.

CONDUTA:

- VPM.
- AGUARDA CIRURGIA.

Mirin tala para avaliar condições de fer

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



23-07-19

Paciente estável, consciente e
seus queixas, foi aberta a
fala, fracado o acesso venoso,
medicado e segue aos cuida-
dos da Enfermeira.

PA - 120 x 70 Q8
PC - f4

23-07-19

Paciente estável, seu quadro
medicado, segue aos cuida-
dos da Enfermeira.

PA - 110 x 70 Q8
FC - f7



23/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 23/07/2019

Horas: 09:16:25

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo



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

DIA 23/07/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	30/18 26/26
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 24
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 66 F
4	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h S/N	26
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 66 F
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 22h)	26
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ciente
9	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	ciente

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



24/07/19 Paciente consciente, orientado, aceita cheira. Ocupação P.A = 120x90; P = 68. Seguem os cuidados. Mberry.

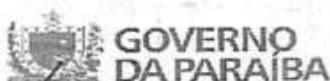
Ana Nery de Lourdes Silva
COREN-PB 250705-TE

24/07/2019

25/00

P.A = 120/80 R.





Data: 24/07/2019
Horas: 07:45:28
Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

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

DIA 24/07/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	18/07/2019
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	18/07/2019
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	19/07/2019
4	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h	19/07/2019
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SN
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18/07/2019
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	20/07/2019
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 (D) (+/++), principalmente à noite.

Sono preservado, diurese (+), vacuações (-).

Cd: - VPM

- Aguarda cirurgia -

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



25-07-19

10hs - 36,5°C 100x60

Paciente mantendo falso
ratinizado colo reto queixas
de incômodo, procedendo conforme
prescrever médica o mesmo aguarda
procedimentos cirúrgicos

Kátia Silvana Nogueira de Figueiredo
COREN-PB 086.017-TE

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

Poto em BEG, segue bem querid
até o momento. MCP. 21

Fazendo AVP. Sálvia



5/07/2019



GOVERNO
DA PARAÍBA

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 25/07/2019

Horas: 08:03:42

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 - 18102

Clinica:ORTOPEDIA I Enfermaria: I Leito: I 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.

~ONDUTA:

- VPM.
- AGUARDA CIRURGIA.

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo
Dra. Ana Maria Da Silva Anselmo
MR. Ortopediatra
CRM-PB 7825



Dra. Ana Mendes S. Andrade
CRM-RJ 7825
M.R. Ortopedia e Traumatologia

Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE	
2	DIPRIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	Recomendação 2ML ABD.
3	TENOXICAM 30 SEM DILUENTE E.V. IFRAMA, 12h/12h	Recomendação 30 SEM DILUENTE E.V. IFRAMA, 12h/12h
4	TRONMETAMOL CETOCONOLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE
5	NECESSARIO	RANTIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 12h/12h
6	Diluir em 100 ML SF	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/ML S.C. ISENINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)
7		CUDABDOS GERAIS + STIMAS VITAI'S
8		MANTER COM JELCO HEPARINIZADO
9		

MEDICO(A): Ana Maria Da Silva Andrade /

DIA 25/07/2019

Clinica: ORTOPEDIA 1 Endometria: 1 Letre: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA D

Nome da Msc: MARIZETE NORBEGA SILVA Data de Nascimento: 15/08/1999 Sexo: M

Nº do protocolo: 1947233 Paciente: CAIO FABIO NORBEGA MEDIEROS Idade: 019

DADOS DO PACIENTE:

PRESCRIGO MEDICA

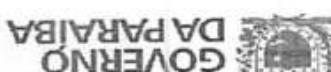
Medico (a) Doutora : Ana Maria Da Silva Andrade

Horas: 01:31:19

Data: 25/07/2019

HTG-Painel Administrativo

e7



S/07/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:44:06

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314440581200000044717508>

Número do documento: 21081314440581200000044717508

Num. 47083812 - Pág. 33

25-07-19

10hs -> 36,5°C 100x60

Paciente mantendo falso
racionado sobre rede queixas
de movimento, medicado conforme
prescrito medica o mesmo aguarda
procedimento cirúrgico

Kátia Shana M. de Figueiredo
COREN/DB/06.017-TE

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

Pto em BEG, segue bem querlos
ratí o momento. n.c.p. 11

Fazendo AVP. { Salino





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:ORTOPEDIA 1 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	<i>25/07/2019</i>
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	<i>25/07/2019</i>
	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h	<i>25/07/2019</i>
	Reconstituir 2ML ABD.	<i>25/07/2019</i>
4	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	<i>25/07/2019</i>
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	<i>25/07/2019</i>
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h	<i>25/07/2019</i>
7	Diluir em 100 ML SF ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	<i>25/07/2019</i>
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>25/07/2019</i>
9	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	<i>25/07/2019</i>

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 (+/-).

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

CONDUTA:

- VPM.
- AGUARDA CIRURGIA.

ASSINATURA 
Ana Maria Da Silva Anselmo

MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7815
Dra. Ana Maria Da S. Anselmo



26-07-19

10hs → 36,5° 120x80

Paciente mantendo jatos realizados
no seu sono Guias no momento
medicado conforme prescrevam
medica, e em seu aguardo procedimento
cirúrgico

Kátia Silvana Moreira de Figueiredo
COREN-RS 406.017-TE

26/07 20:00hs

P.A 120x80

Débora



26/07/2019

HTCG-Painel Administrativo



Data: 26/07/2019
 Horas: 08:14:35
 Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

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

DIA 26/07/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

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



27/07
08:00h Paciente aguarda procedimento cirúrgico, segue as
P.A. 120x80 cuidados da enfermagem.
SAT.98
R.++ Débora

27/07
21:00
P.A 150/80 Ds.



27/07/2019

HPM-Painel Administrativo



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

Clinica: 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





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

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
 MR ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
 ERM - PB 8926



28/07 -> Paciente em pós operatório imediato.
PA: 100x70

Valéria nº

22 horas -> PA: 110 x 70 Valéria nº



28/07/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2019-07-28&contar=1947233&IDC=31940

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 28/07/2019

Horas: 11:21:45

Médico (a) Diáritia : Otavio Ferreira Junior



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

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

DIA 28/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Otavio Ferreira Junior /

Item	Prescrição	Aprozamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 6h/6h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h 0D/7D Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	✓ ✓ ✓
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA, 6h/6h	✓ ✓ ✓
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	✓ ✓
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
7	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

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

PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSINTSE DE FRATURA DE PATELA D SEM INTERCORRÊNCIAS.

CONDUTA: 1. VPM. 2. VBO. SOLICITO RX POS-OPE

ASSINATURA + CARIMBO
Otavio Ferreira Junior

COL. 86702-4
OTAVIO FERREIRA JUNIOR
28/07/2019

10.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2019-07-28&contar=1947233&IDC=31940

1/1

29/07/2019

HPM-Painel Administrativo



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

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

EVOLUÇÃO

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

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, EM Iº 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 INTERCORR-ENCIAS.
- ALTA HOSPITALAR.

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo
Dra. Ana Maria Da Silva Anselmo
CRM-PB 7825



29/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

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

Data: 29/07/2019

NOME : Ana Maria Da Silva Anselmo



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

Equipe:

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: NÃO

Orientações:- PRESCREVO CIPROFLOXACINO + ARFLEX RETARD + DEOCIL SL. -
CAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESOS PARA RETORNO. - ENCAMINHO À
FISSIOTERAPIA. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES GERAIS +
RETORNO IMEDIATO SE INTERCORR-ENCIAS. - 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





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 sinal de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas 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 docas, 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





SECTRÁRIA DE SAÚDE DOS ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

Politrauma

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

USG FAST

URGÊNCIA:

ROTINA:

DATA:

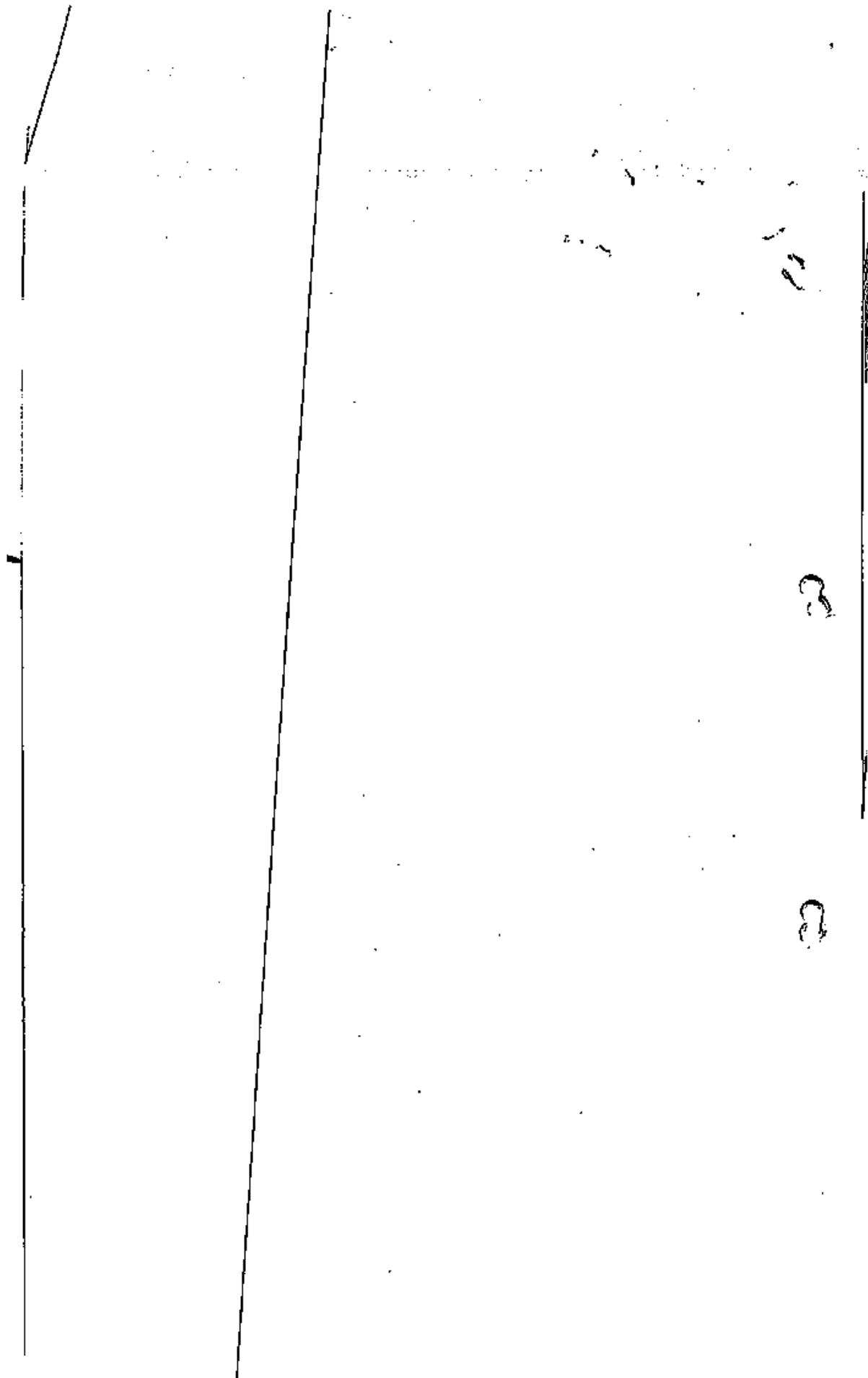
18.07.19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Geraldo Alencar
Ortopedico do Trauma
CRM-PB: 7.933

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:44:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314440581200000044717508>
Número do documento: 21081314440581200000044717508

Num. 47083812 - Pág. 49

GOVERNO
ESTADO DE MARAÚBA
SECRETARIA DE SAÚDE DOS ESTADOS
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISITANTE:
DATA DE NASCIMENTO:

NOME: Cezar Fabio Nobres Medeiros
IDADE: 20
SEXO: M
COR: PESO:
ALTURA:
CLINICA:
ENF:
LEITO:
DADOS CLÍNICOS: Pol. Trauma 2

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

Aux.
mét.

URGÊNCIA:

DATA: 18.01.19

ROTA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dra. Celina L. Amorim
CRM 4386

RESPONSÁVEL PELA S

Observa:
cas, atra-
basaando-

- ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras
negativo havendo critérias ecográficas seguras para indicação de alta hospitalar

Segundo a resolução 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





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:	ÁREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	19 anos	Destinatário:	Luis * 98

GRUPO SANGUÍNEO E Rh
Rh: POSITIVO - ABO: NEGATIVO - RH: A

Rh: POSITIVO
Trombocitopenia: SIMPÓTICA
Transfusão: Necessária em 72h

Geider Fariss Cavalcanti
Biomédico
CRBM - 7494

Pg. 1 de 1 | 13/08/2021 14:44:06 - PJE - TJPB - RJ

Este laudo foi assinado digitalmente com o número: 9900-4884-3091-32F1-DE09-A91E-51D5-192



@ PNCQ
Programa Nacional
do Controle da Qualidade



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:44:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314440581200000044717508>
Número do documento: 21081314440581200000044717508

Num. 47083812 - Pág. 51





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:44:06

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314440581200000044717508>

Número do documento: 21081314440581200000044717508

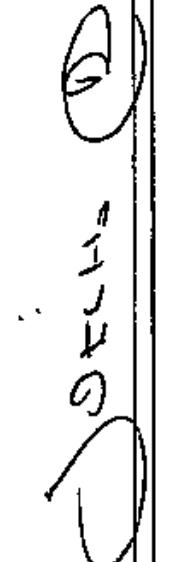
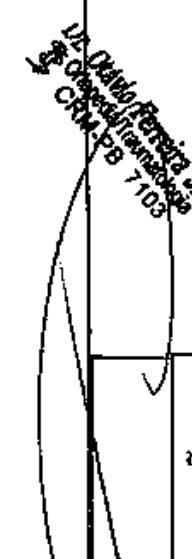
Num. 47083812 - Pág. 54



SECRETARIA DE SAÚDE DOS ESTADOS
HOSPITAL PRIMÉRCÍA E TRAUMA DOM LUIZ G.

100

PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO:
113-1130

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLINICA:	ENF:	LEITO:
DADOS CLÍNICOS:							
							
MATERIAL A EXAMINAR:							
							
EXAME SOLICITADO:							
							
URGÊNCIA:	<input type="checkbox"/>			ROTA NIA:		HORA DA SOLICITAÇÃO:	
DATA:	26/10/19					RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:	

GOVERNO
DA PARAIBA

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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sra.: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS
Dr(a): OTAVIO FERREIRA JR
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000477397
Data: 19-07-2019 11:19
Idade: 19 anos

RG: NÃO INFORMADO
Origem: ÁREA AMARELA
Destinatário: Leito 408

HEMOGRAMA

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

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE 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 32,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	12,3 a 15,5 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	8.900 /mm ³ (%)	4.500 a 11.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrófilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	2,0	178
Segmentados.....	69,0	6.141 43,4 % = 1.809,4 x 1.000 /mm ³
Masculinos.....	2,0	178 1,3 x 1,1 = 1,6 x 10 ³ /mm ³
Basofílos.....	0	0 1 x 2,7 = 2,7 x 10 ³ /mm ³
Linfócitos		
Tipicos.....	23,0	2.047 25,6 x 9,5 = 2.300 x 1.000 /mm ³
Atípicos ou Reativos.....	0	0
Monócitos.....	4,0	356 2,0 a 10,1 = ate 1.000 /mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	198.000 mm ³	140.000 a 400.000/mm ³

OBSERVAÇÃO..... Contagens revisadas e confirmadas.

Autenticação digitalizada

Metodo: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCÓPIA

Geider Farias Cavalcanti
Biomédico
CRBM - 7494

Este laudo foi assinado digitalmente com o número: PIAS-716P-A10F84D9-FDB1-EAB9-CD64-80E8



PNCQ
Departamento Nacional
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:44:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314440581200000044717508>
Número do documento: 21081314440581200000044717508

Num. 47083812 - Pág. 56



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: 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: Estado - PR

TEMPO DE SANGRAMENTO 2'05"

Alcões da Pederneira
DE 1 A 3 MINUTOS.

TEMPO DE COAGULACAO..... 8'30"

(DATA DE COLETA: 19/07/2013 11:19)
Número de Referência:
DE 5 A 10 NÚMEROS
5000000000000000


Gélder Farias Cavalcanti
Biomedico
CBRM - 7494

卷之三

Permito que el asistente digitalmente sepa o intente. Sólo para que no se pierda.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:44:06
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108131444058120000044717508>
Número do documento: 2108131444058120000044717508

Num. 47083812 - Pág. 57

Pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Corada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Cianose (<input type="checkbox"/>) Sudorese (<input type="checkbox"/>) Fria (<input type="checkbox"/>) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: (<input type="checkbox"/>) ≤ 3 segundos; (<input type="checkbox"/>) > 3 segundos. (<input type="checkbox"/>) Turgência jugular: (<input type="checkbox"/>)	
Drogas vasoativas: (<input type="checkbox"/>) Quais? _____ Precordialgia (<input type="checkbox"/>)	
Ausculta cardíaca: (<input checked="" type="checkbox"/>) Rítmica (<input type="checkbox"/>) Arritmica (<input type="checkbox"/>) Sopro (<input type="checkbox"/>) Outro. Marcapasso: (<input type="checkbox"/>) Transitório (<input type="checkbox"/>) Definitivo	
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/>) Periférico (<input type="checkbox"/>) Central (<input type="checkbox"/>) Dissecção. Localização: H5C Data da punção 20/07/19	
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"/>) Gastronomia (<input type="checkbox"/>) Jejunostomia (<input type="checkbox"/>) NPT; Hora: _____ Data: ____ / ____ / ____	
Alterações: (<input type="checkbox"/>) Inapetência (<input type="checkbox"/>) Disfagia (<input type="checkbox"/>) Intolerância alimentar (<input type="checkbox"/>) Vômito (<input type="checkbox"/>) Pirose (<input type="checkbox"/>) Outros:	
Abdômen: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normotensão (<input type="checkbox"/>) Distendido (<input type="checkbox"/>) Tenso (<input type="checkbox"/>) Ascítico (<input type="checkbox"/>) Outros:	
RHA: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normoativos (<input type="checkbox"/>) Ausentes (<input type="checkbox"/>) 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 checked="" type="checkbox"/>) Preservado	
Condições das mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmidas (<input type="checkbox"/>) Secas Manifestações de sede: (<input type="checkbox"/>)	
Incisão cirúrgica: (<input type="checkbox"/>) Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____ / ____ / ____	
Dreno: (<input type="checkbox"/>) Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____ / ____ / ____	
Úlcera de pressão: (<input type="checkbox"/>) Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____ / ____ / ____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (<input type="checkbox"/>) Independente (<input type="checkbox"/>) Dependente (<input checked="" type="checkbox"/>) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória Higiene Corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória.	
Limitação física: (<input type="checkbox"/>) Acamado (<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas (<input type="checkbox"/>) Outro: S2	
SONO E REPOUSO	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Preservado (<input type="checkbox"/>) Insônia (<input type="checkbox"/>) Dorme durante o dia (<input type="checkbox"/>) Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/>) Preservada (<input type="checkbox"/>) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (<input checked="" type="checkbox"/>) Cooperativo (<input type="checkbox"/>) Medo:	
(<input type="checkbox"/>) Ansiedade (<input type="checkbox"/>) Ausência de familiares/visita (<input type="checkbox"/>) Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: (<input type="checkbox"/>) Praticante (<input type="checkbox"/>) Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Carimbo é Assinatura do Enfermeiro: <i>Renata Thais de O. Guimarães COREN-PB 150.463-ENF Julg.</i>	
DATA: 23/07/19 HORA: 10:00 h	

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Leônio Júlio* | Registrô: | Leito: 01 01 | Setor Atual: *Ortoped*

2. AVALIAÇÃO GERAL

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:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGÍGICAS

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 () Midriáticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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







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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

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

MCD 122



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Eric Fábio Nobreaga Hederian D.N 15109199</i>					GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes		
QD	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO			
			18 anos	1642353			
CIRURGIA Típico Cirúrgico, Oficina de Extrusão de Pele "Lipofilling"			CIRURGÃO				
ANESTESIA			ANESTESIA				
INSTRUMENTADORA	DATA	INICIO	FIM				
	23.07.19	09h.30'	11:20				
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO		
01	Adrenalinamp.	Calef. p/ Oxi.		Calgut cromado Serix			
	Alropina amp.	Calef. De Urinar Sist. Fech.		Calgut cromado Serix			
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Calgut cromado Serix			
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Calgut Simples			
	Dolantina amp.	Colonoido		Calgut Simples Serix			
	Efrane ml	Dreno		Calgut Simples Serix			
	Fenegam amp.	Dreno Kerr n°		Calgut Simples Serix			
	Fentoni ml	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso			
	Inerva ml <i>lidocaina</i>	Dreno Pezzer n°		Ethibond			
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond			
	Mercaina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond			
	Nubain amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serix			
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Serix			
	Proligmine amp.	Espâradriço Larco cm		Fio de Algodão Sutupak			
	Protólide l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak			
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca			
	Rapifen amp.	H2O ml	02	Mononylon 2 - 0			
	Thionembutal ml	Inracath Adulto		Mononylon			
	Tracium amp.	Inracath Infantil		Prolene Serix			
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 23	Prolene Serix			
04	Aqua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11	Prolene Serix			
01	Decadron amp.	12	Lâmina de Bisturi nº 15	Prolene Serix			
01	Dipirona amp.	14	Luvas 7.0	01	Vicryl Serix		
	Flaxidol amp.	14	Luvas 7.5		Vicryl Serix		
	Fliebocortidamp.	05	Luvas 8.0 Proc.		Vicryl Serix		
	Geramicina amp.	09	Luvas 8.5		Vicryl Serix		
01	Glicose-amp. <i>Vanigroton</i>	2	Oxigênio l/m <i>Plano</i>				
04	Glicofato de Cálcio amp. <i>Tensivitacano</i>	16	Polifixa				
	Haemacel ml.	05	PVPI Degemerante ml <i>Plano</i>				
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.				
	Kanakinamp.	10.5	Sabão Antiséptico	01	SDR Normotérmico fr 500 ml		
	Lasix amp.	04	Saco coletor <i>Lixitrapa</i>		SG Gelado fr 500 ml		
	Medrotinazol.	05	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml		
	Plasti amp.	07	Seringa desc. 20 ml	01	SG Ring fr 500 ml		
	Prolamina	02	Seringa desc. 05 ml	03	SG fr 500 ml <i>Plano</i>		
	Revivan amp.	02	Sonda				
	Stupitanon amp.		Sonda foley	Qtd.	ORTSESE E PRÓTESE		
02	Cefalotina tg		Sonda Nasogálica	02	<i>Fixação de Kirschner 2-0</i>		
			Sonda Uretral nº	01	<i>Clips fix. 12-1</i>		
			Steridrem ml				
			Torneilinha				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselinha ml					
	Aguilha desc. 25 x 7	Galcon 18					
05	Aguilha desc. 28 x 29 <i>40x12</i>	01	Látex				
	Aguilha desc. 3 x 4,5	05	<i>Colostoma</i>				
01	Aguilha p/ raque nº 26	03	<i>Flacidaç. Ost.</i>				
01	Álcool de Enfermagem	03	<i>Exixa Simpatic</i>				
	Álcool Iodado ml						
02	Ataduras de Crepon <i>20cm.</i>						
	Ataduras de Gessada						
	Azul malileno 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"/> Oxicapnógrafo <input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal <input type="checkbox"/> Cardiomonitor <input type="checkbox"/> Fonte de Luz <input checked="" type="checkbox"/> Purificador Elétrico							
CIRCULANTE RESPONSÁVEL							
<i>P. Ortopédico I</i> <i>C. Simpa</i> <i>Marielito</i> <i>JRPC.</i> <i>Tec. Enfermagem</i> <i>COHEN-PB 250741</i> <i>NOD 66</i>							



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

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

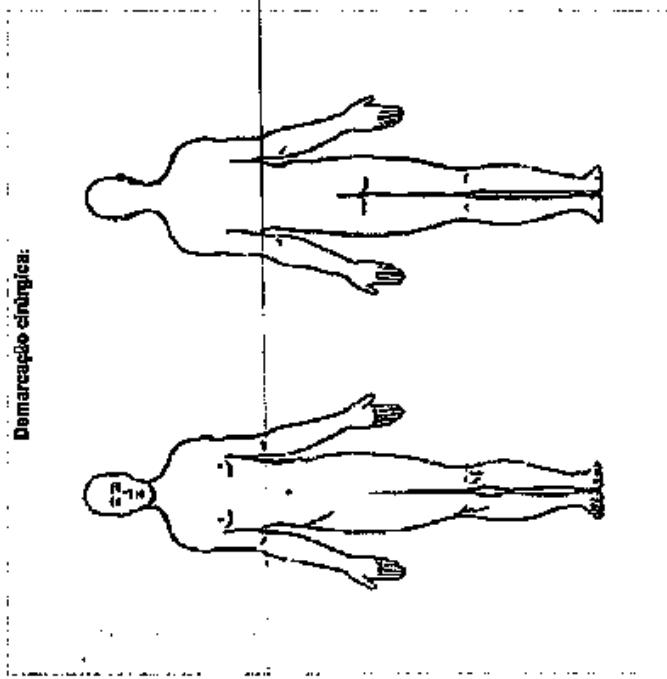
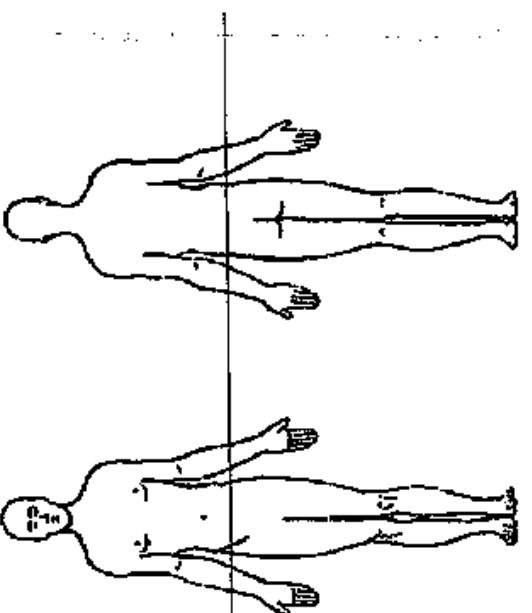
Assinatura do anestesista



HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE			
Nome do Paciente: CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS		Data da Cirurgia 23/07/2019	
CNS	Enfermaria 1	Lelto 4	Prontuário
Cirurgião: Dr. OTAVIO FERREIRA JUNIOR		1º Auxiliar:	
2º Auxiliar		Instrumentador JOSÉ	
Anestesista: DR. SINDHARTA		Anestesia: <i>WA S U AJUSTADA</i>	
Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DE PATELA D			
Tipo de Cirurgia: OSTEOSINTSE 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- OSTEOSINTSE EM BANDA DE TENSÃO. USO 2 FIOS DE K 2.0 + FIO DE CERCLAGEM 07- FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURAS 08- CURATIVOS			



**POSICIONAMENTO DA
PLACA DISPERSIVA**



Demarcção cintágica:

Local de Cintágis:	Abdomen
Motivo da cintágis:	Resistência





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Núcleo de Segurança do Paciente
TRAUMA CG

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
FOLHA DE ANESTESIA		Novo		Dado Coletivo no topo de Medicina		IDADE	SEXO	COR
DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	FESO	ALTURA		
TIPO SANGUÍNEO	NÍTRACIAS	HEMOGLÓBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS		
	URINA							
AP. RESPIRATÓRIO	mossas				ASMA	BRONQUITE		
AP. CIRCULATÓRIO	B. C. F. 100 mmHg				ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO	Laxante	DENTES	PISSOCO	AP. URINÁRIO				
ESTADO MENTAL	Alerta	ATARAXICOS	CONTROLE	ALERGIA	HIPOTENSORES			
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO	(9.30 → 11h)				ESTADO FÍSICO	RISCO		
ANESTÉSIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA	9.30	10	11	APLICADA	AS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO			
LÍQUIDOS					Satisfeita:	Excluída:	Tosse:	
CONGOS					Laringo espasmo:	Lenta:		
UP ARTERIAL O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTÉSIA: O - OPERAÇÃO					Náuseas:	Vômitos:		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	Sintodo. Gas. Atm. óxigeno. Forn. Inj. 100ml. Igolânia 3ml. Ta. Oxigen 200ml. bolo. Cloro. c/ O2 + CO2				Outros:	MANUTENÇÃO		
POSIÇÃO					ANESTESIA SATISFEITA: Sim ____ Não ____ Não, por quê? _____			
AGENTES	(1) Nefco, inj 12g (2) morfina 10mg				DESPERTAR			
TÉCNICA	Redimicross				Reflexos na SO:			
OPERAÇÃO	Osteotomia de fio fuso (1)				Obstr.: Co2:	Excl.:		
CIRURGIÕES	Dr. Misquay				Náuseas:	Vômitos:		
ANESTESISTAS	Dr. Fróes / Dr. Moreira				Outros:			
OBSEVAÇÕES					CONDIÇÕES:			
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜíNEA			

MOD. 992

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:44:06

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314440581200000044717508>

Número do documento: 21081314440581200000044717508

Num. 47083812 - Pág. 69



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

25/07

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Caio Fausto ndruga mdeurch* Registro: _____ Leito: 1-1 Setor Atual: ort 1

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local: _____

Linguagem: (). Qual? Disfonia Afasia Disfasia Disartria. *prefundida MJD*

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 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:

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo Agitado Agressivo. Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

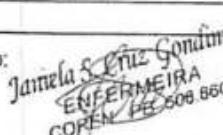
P脉: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cheio.



Pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Mocada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Cianose (<input type="checkbox"/>) Sudorese (<input type="checkbox"/>) Fria (<input type="checkbox"/>) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: (<input checked="" type="checkbox"/> < 3 segundos; (<input type="checkbox"/>) > 3 segundos. (<input type="checkbox"/>) Turgência jugular: (<input type="checkbox"/>)	
Drogas vasoativas: (<input type="checkbox"/>) Quais? _____ Precordalgia (<input type="checkbox"/>)	
Ausculta cardíaca: (<input checked="" type="checkbox"/>) Rítmica (<input type="checkbox"/>) Arritmica (<input type="checkbox"/>) Sopro (<input type="checkbox"/>) Outro. Marcapasso: (<input type="checkbox"/>) Transitório (<input type="checkbox"/>) Definitivo	
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/>) Periférico (<input type="checkbox"/>) Central (<input type="checkbox"/>) Dissecção. Localização: M SD Data da punção 23/07/19	
Edema: (<input type="checkbox"/>) MMSS (<input type="checkbox"/>) MMII (<input type="checkbox"/>) Face (<input type="checkbox"/>) Anasarca. Observações: <i>Jel/o</i>	
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 checked="" type="checkbox"/>) Incompleta (<input type="checkbox"/>) Prótese.	
Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/>) V.O. (<input type="checkbox"/>) SNG (<input type="checkbox"/>) SNE (<input type="checkbox"/>) Gastronomia (<input type="checkbox"/>) Jejunostomia (<input type="checkbox"/>) NPT; Hora: _____ Data: ____ / ____ / ____	
Alterações: (<input type="checkbox"/>) Inapetência (<input type="checkbox"/>) Disfagia (<input type="checkbox"/>) Intolerância alimentar (<input type="checkbox"/>) Vômito (<input type="checkbox"/>) Pirose (<input type="checkbox"/>) Outros:	
Abdômen: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normotenso (<input type="checkbox"/>) Distendido (<input type="checkbox"/>) Tenso (<input type="checkbox"/>) Ascítico (<input type="checkbox"/>) Outros:	
R.H.A: (<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: ____ / ____ / ____	
Dreno: (<input type="checkbox"/>) Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____ / ____ / ____	
Úlcera de pressão: (<input type="checkbox"/>) Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____ / ____ / ____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (<input type="checkbox"/>) Independente (<input type="checkbox"/>) Dependente (<input checked="" type="checkbox"/>) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória Higiene Corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória.	
Limitação física: (<input type="checkbox"/>) Acamado (<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas (<input type="checkbox"/>) Outro:	
SONO E REPOUSO	
(<input checked="" type="checkbox"/> Preservado (<input type="checkbox"/>) Insônia (<input type="checkbox"/>) Dorme durante o dia (<input type="checkbox"/>) Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA 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:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: (<input type="checkbox"/>) Praticante (<input type="checkbox"/>) Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<i>Paciente segue estabil e m intercorrências Aguarda exame / /</i>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
<i>Thayse Torres M. de Oliveira ENFERMEIRA COREN-PR 500.322</i>	DATA: 25/07/19 HORA: 09:00 h

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



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? _____ Precordialgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: MSD Data da punção 22/07/19	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações: Lb Jelco	
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"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: ____ / ____ / ____	
Alterações: <input checked="" type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ayaentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação Intestinal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input 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 type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Umidas <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 checked="" type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<i>Aguarda procedimento cirúrgico.</i>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
 Janeira S. F. Gondim ENFERMEIRA COPEN PF 508.860	
DATA: 29/07/19 HORA: 7:00 h	

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

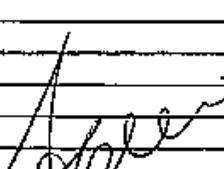


1. IDENTIFICAÇÃO		EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	
Nome: Givaldo Faísca		Registro:	Lefito: J.A Setor Atual: Alto
2. AVAÍLACAO GERAL		Sinais vitais: Tax: C: P: bpm: FR: lpm: PA: mmHg: FC: bpm: SPO ₂ : %	
3. AVAÍLACAO DAS NEUROLOGIAS PSICOBIOLÓGICAS		Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Letargico <input type="checkbox"/> Tópico <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Outro GLASGOW(3-15): <input type="checkbox"/> Isocônicas (<input checked="" type="checkbox"/> Anisocônicas) <input type="checkbox"/> D>E <input type="checkbox"/> E>D <input type="checkbox"/> Fotoreceptores (<input type="checkbox"/> Mielícas (<input type="checkbox"/> Midriáticas Pupilas: <input type="checkbox"/> Preservada (<input checked="" type="checkbox"/> Parésia (<input type="checkbox"/> Paresthesia Local: <input type="checkbox"/> Lingüagem: (<input type="checkbox"/> Qual? (<input type="checkbox"/> Disfonia (<input type="checkbox"/> Afasia (<input type="checkbox"/> Disfasia (<input type="checkbox"/> Disartria. Obs: <input type="checkbox"/> Respiratória: (<input type="checkbox"/> Espontânea (<input checked="" type="checkbox"/> Cateter Nasal) Ventril % Imin (<input type="checkbox"/> Tracheostomia (<input type="checkbox"/> AyreTubo T (%) VMINI (<input type="checkbox"/> VMI TOT n° Comissura labial n° FIO2 % PEEP cmH2O <input type="checkbox"/> Eupneia: (<input type="checkbox"/> Taquipneia (<input type="checkbox"/> Bradipneia (<input type="checkbox"/> Dispneia (<input type="checkbox"/> Outros: Ausculta pulmonar: Múltipla vesicular presente: (<input type="checkbox"/> Diminuidos (<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> <i>União</i>) Ruidos adventícios: (<input type="checkbox"/> Roncos (<input type="checkbox"/> Sibilos (<input type="checkbox"/> Estridor (<input type="checkbox"/> Outros: Tosse: (<input type="checkbox"/> Improdutiva (<input type="checkbox"/> Produtiva Expectoração: (<input type="checkbox"/> Quantidade e Specie: Dátra da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem toracica: Gasometria arterial: PH PCO ₂ PO ₂ HCO ₃ EB SPO ₂ Data: / / Hora: Alteração: (<input type="checkbox"/> Visão (<input type="checkbox"/> Audição (<input type="checkbox"/> Tato (<input type="checkbox"/> Olfato (<input type="checkbox"/> Paladar Observação: Tranquilo (<input type="checkbox"/> Agitado (<input type="checkbox"/> Agressivo. (<input type="checkbox"/> Risco de queda. Observação: REGULAGÃO CARDIOVASCULAR	
OXIGENAGÃO		Respiração: (<input type="checkbox"/> Espontânea (<input type="checkbox"/> Cateter Nasal) Ventril % Imin (<input type="checkbox"/> Tracheostomia (<input type="checkbox"/> AyreTubo T (%) VMINI (<input type="checkbox"/> VMI TOT n° Comissura labial n° FIO2 % PEEP cmH2O <input type="checkbox"/> Eupneia: (<input type="checkbox"/> Taquipneia (<input type="checkbox"/> Bradipneia (<input type="checkbox"/> Dispneia (<input type="checkbox"/> Outros: Ausculta pulmonar: Múltipla vesicular presente: (<input type="checkbox"/> Diminuidos (<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> <i>União</i>) Ruidos adventícios: (<input type="checkbox"/> Roncos (<input type="checkbox"/> Sibilos (<input type="checkbox"/> Estridor (<input type="checkbox"/> Outros: Tosse: (<input type="checkbox"/> Improdutiva (<input type="checkbox"/> Produtiva Expectoração: (<input type="checkbox"/> Quantidade e Specie: Dátra da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem toracica: Gasometria arterial: PH PCO ₂ PO ₂ HCO ₃ EB SPO ₂ Data: / / Hora: Alteração: (<input type="checkbox"/> Visão (<input type="checkbox"/> Audição (<input type="checkbox"/> Tato (<input type="checkbox"/> Olfato (<input type="checkbox"/> Paladar Observação: Tranquilo (<input type="checkbox"/> Agitado (<input type="checkbox"/> Agressivo. (<input type="checkbox"/> Risco de queda. Observação: REGULAGÃO CARDIOVASCULAR	
REGULAGÃO NEUROLOGICA		Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado (<input type="checkbox"/> Confuso (<input type="checkbox"/> Letargico (<input type="checkbox"/> Tópico (<input type="checkbox"/> Comatoso (<input type="checkbox"/> Outro GLASGOW(3-15): <input type="checkbox"/> Preservada (<input checked="" type="checkbox"/> Parésia (<input type="checkbox"/> Paresthesia Local: <input type="checkbox"/> Lingüagem: (<input type="checkbox"/> Qual? (<input type="checkbox"/> Disfonia (<input type="checkbox"/> Afasia (<input type="checkbox"/> Disfasia (<input type="checkbox"/> Disartria. Obs: <input type="checkbox"/> Respiratória: (<input type="checkbox"/> Espontânea (<input type="checkbox"/> Cateter Nasal) Ventril % Imin (<input type="checkbox"/> Tracheostomia (<input type="checkbox"/> AyreTubo T (%) VMINI (<input type="checkbox"/> VMI TOT n° Comissura labial n° FIO2 % PEEP cmH2O <input type="checkbox"/> Eupneia: (<input type="checkbox"/> Taquipneia (<input type="checkbox"/> Bradipneia (<input type="checkbox"/> Dispneia (<input type="checkbox"/> Outros: Ausculta pulmonar: Múltipla vesicular presente: (<input type="checkbox"/> Diminuidos (<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> <i>União</i>) Ruidos adventícios: (<input type="checkbox"/> Roncos (<input type="checkbox"/> Sibilos (<input type="checkbox"/> Estridor (<input type="checkbox"/> Outros: Tosse: (<input type="checkbox"/> Improdutiva (<input type="checkbox"/> Produtiva Expectoração: (<input type="checkbox"/> Quantidade e Specie: Dátra da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem toracica: Gasometria arterial: PH PCO ₂ PO ₂ HCO ₃ EB SPO ₂ Data: / / Hora: Alteração: (<input type="checkbox"/> Visão (<input type="checkbox"/> Audição (<input type="checkbox"/> Tato (<input type="checkbox"/> Olfato (<input type="checkbox"/> Paladar Observação: Tranquilo (<input type="checkbox"/> Agitado (<input type="checkbox"/> Agressivo. (<input type="checkbox"/> Risco de queda. Observação: REGULAGÃO CARDIOVASCULAR	
EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:		HGT: <input type="checkbox"/> mg/dl: Peso: <input type="checkbox"/> Kg: Altura: <input type="checkbox"/> cm Dor: (<input type="checkbox"/> Local: <input type="checkbox"/> Obs: <input type="checkbox"/> Sinais vitais: Tax: C: P: bpm: FR: lpm: PA: mmHg: FC: bpm: SPO ₂ : %	
3. AVAÍLACAO DAS NEUROLOGIAS PSICOBIOLÓGICAS		Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado (<input type="checkbox"/> Confuso (<input type="checkbox"/> Letargico (<input type="checkbox"/> Tópico (<input type="checkbox"/> Comatoso (<input type="checkbox"/> Outro GLASGOW(3-15): <input type="checkbox"/> Preservada (<input checked="" type="checkbox"/> Parésia (<input type="checkbox"/> Paresthesia Local: <input type="checkbox"/> Lingüagem: (<input type="checkbox"/> Qual? (<input type="checkbox"/> Disfonia (<input type="checkbox"/> Afasia (<input type="checkbox"/> Disfasia (<input type="checkbox"/> Disartria. Obs: <input type="checkbox"/> Respiratória: (<input type="checkbox"/> Espontânea (<input type="checkbox"/> Cateter Nasal) Ventril % Imin (<input type="checkbox"/> Tracheostomia (<input type="checkbox"/> AyreTubo T (%) VMINI (<input type="checkbox"/> VMI TOT n° Comissura labial n° FIO2 % PEEP cmH2O <input type="checkbox"/> Eupneia: (<input type="checkbox"/> Taquipneia (<input type="checkbox"/> Bradipneia (<input type="checkbox"/> Dispneia (<input type="checkbox"/> Outros: Ausculta pulmonar: Múltipla vesicular presente: (<input type="checkbox"/> Diminuidos (<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> <i>União</i>) Ruidos adventícios: (<input type="checkbox"/> Roncos (<input type="checkbox"/> Sibilos (<input type="checkbox"/> Estridor (<input type="checkbox"/> Outros: Tosse: (<input type="checkbox"/> Improdutiva (<input type="checkbox"/> Produtiva Expectoração: (<input type="checkbox"/> Quantidade e Specie: Dátra da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem toracica: Gasometria arterial: PH PCO ₂ PO ₂ HCO ₃ EB SPO ₂ Data: / / Hora: Alteração: (<input type="checkbox"/> Visão (<input type="checkbox"/> Audição (<input type="checkbox"/> Tato (<input type="checkbox"/> Olfato (<input type="checkbox"/> Paladar Observação: Tranquilo (<input type="checkbox"/> Agitado (<input type="checkbox"/> Agressivo. (<input type="checkbox"/> Risco de queda. Observação: REGULAGÃO CARDIOVASCULAR	



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: José Fábio Nogueira Medeiros Idade: 19 anos
Convênio: SUS Data: 28/07/19
Procedimento: Trot enungia e/ luxação de rotina de fôto de fôto M30

Observações:		
		
Assinatura Anestesista	Circulante	Assinatura Enfermeiro

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

193





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:44:06

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314440581200000044717508>

Número do documento: 21081314440581200000044717508

Num. 47083812 - Pág. 75



**GOVERNO
DA PARAÍBA
SEGUE
o trabalho LIST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS**

SETOR DE ORIGEM:	OnTopeduo	J
NOME:	Claio	Fábio
PROCEDIMENTO:	Tx	de
AVP:LOCAL:	OnTobraco	E GELCO Nº: 22
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:	<input checked="" type="checkbox"/> COM CLOREXIDINA	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
RETIRADO:	<input type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> ADORNOS
ENCAMINHADO:	<input checked="" type="checkbox"/> HEMOG	<input checked="" type="checkbox"/> USG
	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA	<input type="checkbox"/> RESSONÂNCIA
	<input type="checkbox"/> TERMO DE CONSENTIMENTO	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
	<input type="checkbox"/> RESERVA DE HEMODERIVADO	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	Edilaci Muriatti da Silva	COREN: 28551-ENF





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:44:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314440581200000044717508>
Número do documento: 21081314440581200000044717508

Num. 47083812 - Pág. 77



SECRETÁRIA DE SAÚDE DOS ESTADOS
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO JUIZ DE FORA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: Laio Fabio Nogueira

PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

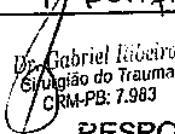
Politrauma = pós quase morto.

RADIOGRAMA
18/04/19

MATERIAL A EXAMINAR:

ossos

EXAME SOLICITADO:	Rx de fôrno AP Rx de perna D AP e perfil Rx de joelho D AP e perfil	Rx de bacia AP Rx de ombro AP e perfil da escápula.
-------------------	---	---

URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	 Dr. Gabriel Ribeiro Sociedade do Trauma CRM-PB: 7.983
DATA: 18/04/19	HORA DA SOLICITAÇÃO:	RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:





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

PACIENTE: 0510 IDADE: _____ DATA: _____

AMBULATÓRIO () EMERGÊNCIA () ALA ()

IMOBILIZAÇÃO GESSADA	TALAS TIPO					MOBILIZAÇÃO NÃO GESSADA
	D	E	D	E	D	
Axilo Palmer			Pinça de Confeteiro			Colar Cervical
Velpeau			Axilo Palmer			Velpeau
Luva			Luva			M.J.
Pélvico Pqdálico			Spica			Tipia
Coxo Podálico			Coxo Podálico			Jones
Tubo			Tubo			Enfaixamento
P.T.B			X			Esparradrapagem
Boita			Joelheira			
Ante Pé			Boita			Splint
			Ante Pé			Oito
						Observações:
						Observações:

ASSINATURA E CARAMBO DO MÉDICO

DATA

18/10/19.

*Carvalho
Carambo
Oliveira
Oliveira*





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



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

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

Assinatura do anestesiista





SEGUIE

**SEGUE
o trabalho: LIST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS**



SETOR DE ORIGEM:	Ontopertin I							
NOME:	Caio Fabio Schuege Medeiros							
PROCEDIMENTO:	Ex de Páteo D							
<input checked="" type="checkbox"/> AVP:LOCAL:	<input checked="" type="checkbox"/> <u>ontopertin E</u>	GELCO Nº:	32	AVC	<input type="checkbox"/>	JEJU	<input checked="" type="checkbox"/>	
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:	<input type="checkbox"/>	COM CLOREXIDINA	<input type="checkbox"/>	NÃO SE APPLICA				
RETIRADO:	<input type="checkbox"/>	PRÓTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/>	ADORNOS	<input type="checkbox"/>	PERTENCES		
ENCAMINHADO:	<input checked="" type="checkbox"/>	HEMOG	<input type="checkbox"/>	USG	<input type="checkbox"/>	TOMOGRAFIA	<input type="checkbox"/>	RESSONÂNCIA
<input type="checkbox"/>	TERMO DE CONSENTIMENTO	<input type="checkbox"/>						NÃO SE APPLICA
<input type="checkbox"/>	RESERVA DE HEMODERIVADO	<input type="checkbox"/>						NÃO SE APPLICA
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	Edilaci Maril da Silva		COREN-PB 18551-LENF		COREN:			



GOVERNO
DA PARAÍBA

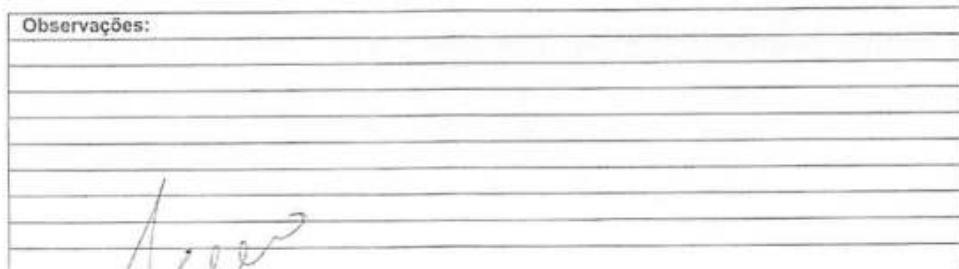
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	<u>José Fábio Nobrega Medeiros</u>	Idade:	<u>19 anos</u>
Convênio:	<u>SUS</u>	Data:	<u>28/07/19</u>
Procedimento:	<u>Intervenção cirúrgica de fixação de fratura de fôrum M30</u>		
Cirurgião:	<u>Dr. Antônio</u>	Auxiliar:	<u>Anestesista: Dr. Sidnei Ribeiro</u>
Inicio:	<u>09:30</u>	Término:	<u>11:20</u>
		Anestesia:	<u>Reqüisição</u>

Observações:





SECRETÁRIA DE SAÚDE DOS ESTADOS
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA D.O. JIZ G ZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO E EXAME

NOME: *Raio Fábio Nogueira*

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

Politrauma = pós quatro moto.

Raio Fábio Nogueira
18/10/2019

MATERIAL A EXAMINAR:

ossos

EXAME SOLICITADO:	<i>Rx de tórax AP Rx de perna D AP e perfil Rx de joelho D AP e perfil</i>	<i>Rx de bacia AP Rx de ombro AP e perfil da escápula.</i>
-------------------	--	--

URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>
DATA: <i>18/10/2019</i>	HORA DA SOLICITAÇÃO:

*Dr. Gabriel Ribeiro
Surgião do Trauma
CRM-PB: 7.983*

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:44:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314440581200000044717508>
Número do documento: 21081314440581200000044717508

Num. 47083812 - Pág. 83



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:44:06
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314440581200000044717508>
Número do documento: 21081314440581200000044717508

lum. 47083812 - Pág. 84



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:44:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314440581200000044717508>
Número do documento: 21081314440581200000044717508

Num. 47083812 - Pág. 85

HOSPITAL DA PARÁIBA 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 Gusmão Uchoa

PACIENTE: CAIO FABIO NOBREGA CEP:58400002

Nascimento:15/08/1999

MEDEIROS

Endereço:JOSE DO PRECIPICIO

Cidade: Campina Grande

Nome da Mãe: MARIZETE NOBREGA SILVA

Responsável:

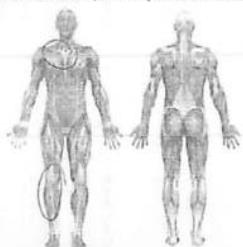
Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X POSTE

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equinose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortiço
15. F. Corante
16. F. Corte-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea aberta
20. Fratura óssea fechada
21. Hernioma
22. Ingratamente Venoso
23. Lacerção
24. Lesão tendínea
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Parafilia
31. Faresia
32. Farestesia
33. Quelmadura
34. Rinorrágia
35. Sinal de Isquemia
- 36.

OBS:

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

DIGNOSTICO / CID:

Politrauma

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente idoso de colono mato-norte, nega perda de consciência ou vômito, queixa-se de dor no torso e membro inferior direito

ALERGIA:

Neg2

MEDICAMENTOS:

Neg2

PATOLOGIAS:

Neg2

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	Tiotil 40mg, EV, seg/2	18/07/19
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Gabriel Ribeiro
Centro de Trauma
CNPJ: 08.778.268/0038-52

RAIO X
REALIZADO EM:
18/07/19

18/07/2019

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

HTCG-Painel Administrativo

MOMZETI N. SILVE
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Mohamed N. Silve

[JobInfo](#)?proyecto=1947158&fechaAlquiler=2019-07-18&horaAlquiler=18:15:04

23



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:44:06
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314440581200000044717508>
Número do documento: 21081314440581200000044717508

Num. 47083812 - Pág. 87



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:44:06

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314440581200000044717508>

Número do documento: 21081314440581200000044717508

Num. 47083812 - Pág. 88

Data da impressão: 18/07/2019 Hora: 20:04:26

Digitized by srujanika@gmail.com

6102/10781



Data da impressão: 18/07/2019 Hora: 20:04:26

HTCG-Panel Admittances

6102/2018-1



ESTIMATIVA DE DANOS PESSOAS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS ENCONTRADAS OU NAO - REQUINTO

PB Nº 014200430300 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

www.seguradoreslider.com.br
SAC DPVAT 0800 922 1204

2018 30/07/2018

13	05916367887442	070 78977/28
01092895242	HONDA/CIVIC 1.6 EX	
9918	0000	9C2R1291005611955
PRÊMIO TARIFÁRIO		
DATA DA POLÍCIA	PERÍODO	VALOR DA POLÍCIA
DATA DO ACIDENTE	PERÍODO	R. ANTES DO AC.
DATA ÚLTIMA	PERÍODO	2018/07/2018
SEGURADO		 SEGURO DPVAT
CRMF: 21 11 21342.0082		VALORES DE COBERTURA QUE Têm
33553-0910034-20180230		que Têm



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:44:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314440581200000044717508>
Número do documento: 21081314440581200000044717508

Num. 47083812 - Pág. 93



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo n.^o 08260893520208150001

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 **CAIO FABIO NOBREGA MEDEIROS**, 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:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 11 de agosto 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.joaoarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:44:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314440726800000044717509>
Número do documento: 21081314440726800000044717509

Num. 47083813 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:44:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314440726800000044717509>
Número do documento: 21081314440726800000044717509

Num. 47083813 - Pág. 2