



Número: **0835291-36.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **23/12/2020**

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 | |
|------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------|
| NIXON DA COSTA BORBOREMA (AUTOR) | | INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO) | |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 38098324 | 23/12/2020 09:56 | Petição Inicial | Petição Inicial |
| 38098334 | 23/12/2020 09:56 | PETIÇÃO INICIAL | Outros Documentos |
| 38098333 | 23/12/2020 09:56 | PROCURAÇÃO | Procuração |
| 38098332 | 23/12/2020 09:56 | DOC. PESSOAL E COMP. DE RESIDÊNCIA | Documento de Identificação |
| 38098331 | 23/12/2020 09:56 | SAMU, BO E COMP. DE PAG. ADMINISTRATIVO | Outros Documentos |
| 38098330 | 23/12/2020 09:56 | DOC. MÉDICA 1 | Outros Documentos |
| 38098328 | 23/12/2020 09:56 | DOC. MÉDICA 2 | Outros Documentos |
| 38098327 | 23/12/2020 09:56 | DOC. MÉDICA 3 | Outros Documentos |
| 38098326 | 23/12/2020 09:56 | DOC. MÉDICA 4 | Outros Documentos |
| 38098325 | 23/12/2020 09:56 | DOC. MÉDICA 5 | Outros Documentos |
| 38211538 | 07/01/2021 18:43 | Despacho | Despacho |
| 38231372 | 07/01/2021 22:26 | Carta | Carta |

Petição Inicial em anexo.



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA
CIVIL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE-PB.**

NIXON DA COSTA BORBOREMA, brasileiro, solteiro, desempregado, portador do CPF de nº 022.999.164-58, residente e domiciliado na Rua Arrojado Lisboa, nº 600 no bairro: Monte Santo na cidade de Campina Grande/PB por intermédio do seu bastante procurador que esta subscreve, com escritório profissional localizado no endereço que consta no rodapé desta, onde deverá receber as intimações, vem perante V. Ex.^a, propor o presente:

ACÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT.

COMPLEMENTO

Em face de: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT**, podendo ser citada através de seu representante legal na Rua Senador Dantas nº 74, 5º andar, Rio de Janeiro - RJ, CEP-20.031.205, CNPJ 09.248.608.0001-04 expondo e ao final requerendo o seguinte:

AB INITIO, diante da situação financeira em que se encontra o Promovente requesta inicialmente a Justiça Gratuita de tal forma a poder ter acesso a Justiça e fazer valer o direito de igualdade.

É cediço que para que tenha eficácia o pedido de assistência judiciária gratuita, nada basta além do simples pedido, expondo a impossibilidade do constituinte em custear as despesas processuais, proferido em petição inicial, conforme preceitua a Lei de nº. 1.060, de 05.02.1950 do Código de Processo Penal em seu art. 4º *caput*.

DA AUDIÊNCIA DE MEDIAÇÃO OU DE CONCILIAÇÃO

Considerando a necessidade de produção de provas no presente feito, bem como a política atual de acordo zero adotada pela parte Ré, a parte autora vem manifestar, em cumprimento ao **art. 319, inciso VII do NCPC/2015**, que não há interesse na realização de audiência de conciliação ou mediação, haja vista a iminente ineficácia do



procedimento e a necessidade de que **ambas as partes** dispensem a sua realização, conforme previsto no **art. 334, §4º, inciso I, do NCPC/2015.**

DOS FATOS E DOS DIREITOS

No dia **05/02/2020**, foi vítima de um acidente automobilístico pilotando uma motocicleta HONDA 160, de placa QFO 5687/PB, licenciada em seu nome, quando trafegava em uma rua no bairro da Prata e colidiu na parte traseira de um veículo maior e com o impacto a vítima veio ao solo e sofrer lesões graves, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma na cidade de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, o que ocasionou incapacidade permanente na parte autora, fatos estes, devidamente comprovados no teor do Boletim de Ocorrência da Polícia, Ficha de Internação e Cirurgia, todos em anexos.

Desse sinistro, restaram lesões preocupantes ao Autor, tais como o como **FRATURA DOS OSSOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA DE OSTEOSÍNTESE (PLACAS/PINOS/PARAFUSOS)**, devido ao acidente, o que sem duvidas resultou no comprometendo total do membro, conforme se observa nos laudo médicos acostados aos autos e pericia a ser realizada.

Acontece que a parte autora, buscou seus direitos pela via administrativa, recebendo um valor irrisório de **R\$ 1.687,00 (MIL SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**, conforme demonstrativo de pagamento da Seguradora Líder em anexo.

Destarte, o valor recebido é inferior ao que a parte autora tem direito, tendo em vista, que a redução funcional/invalidez dos membros supra mencionado corresponde ao valor Máximo de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), conforme tabela DPVAT, descrita em lei especial.

O próprio nome do Seguro DPVAT é esclarecedor: Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre. Isso significa que o DPVAT é um seguro que indeniza vítimas de acidentes causadas por veículos que têm motor próprio (automotores) e circulam por terra ou por asfalto.

O Seguro Obrigatório DPVAT foi criado pela Lei nº 6.194/74, com o objetivo de garantir às vítimas de acidentes causados por veículos, ou por suas cargas, indenizações em caso de morte e invalidez permanente, e o reembolso de despesas médicas.

As indenizações do DPVAT são obrigatórias porque foi criado por lei, em 1974. Essa lei determina que todos os veículos automotores de via terrestre, sem exceção, paguem o seguro. A obrigatoriedade do pagamento garante às vítimas de acidentes com veículos o recebimento de indenizações, ainda eu os responsáveis pelos acidentes não arquem com essa responsabilidade.



Tendo em vista as previsões legais da Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 11482/2007 (art. 8º), que criou o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causadores por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), o Autor faz *jus* à indenização financeira pelas seqüelas decorrentes do acidente de trânsito, ou seja, da invalidez permanente, conforme atesta os documentos médicos em apenso, no valor estabelecido conforme o art. 3º, inciso II e III, *in verbis*:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vítima:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

A parte autora, através de seu procurador, munira-se de todos os documentos exigidos pela legislação mencionada, tais como laudo médico dos danos físicos que acometeram e o registro de ocorrência no órgão policial competente, **estritamente de acordo com o art. 5º, conforme segue:**

Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Assim, instruído de todos os documentos hábeis à sua pretensão, têm o requerente direito à indenização. Dessa forma, o Autor busca junto aos braços do Poder Judiciário o reconhecimento de sua justa indenização.

Ademais, a matéria resta exaustivamente analisada e pacificada:

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. INDENIZAÇÃO CORRESPONDENTE A VALOR CERTO E DETERMINADO - TARIFADO EM LEI PARA OS CASOS DE INVALIDEZ PERMANENTE. MEDIDA PROVISÓRIA 340/2006. PAGAMENTO PARCIAL. COMPLEMENTAÇÃO DO VALOR DEVIDO. 1. Não há que se falar em graduar a invalidez permanente com base na Resolução n.º 1/75 de



03/10/75, editada pelo Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, pois, em se tratando de norma regulamentar, não pode esta dispor de modo diverso da Lei n.º 6.194/74, de hierarquia superior. 2. A percepção dos valores referentes ao seguro DPVAT na esfera administrativa a título de liquidação de sinistro não importa em abdicar do direito de receber indenização tarifada, havendo saldo a ser satisfeito, resultante da diferença entre o valor recebido e aquele efetivamente devido em face do previsto em lei. 3. A parte autora possui direito à complementação do valor da indenização tarifado em R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), devendo ser abatido o valor atinente ao pagamento parcial efetuado na esfera administrativa, montante este que deve ser corrigido monetariamente pelo IGP-M, a contar daquele termo, acrescidos de juros moratórios a partir da citação. 4. Honorários advocatícios. Majoração para 15% do valor da condenação. Dado parcial provimento aos recursos. (Apelação Cível Nº 70028013035, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Luiz Lopes do Canto, Julgado em 21/01/2009).

Nota-se claramente que a lei foi criada para a indenização de vítimas de acidentes de trânsito, tudo nos termos da Lei nº 6.194/74,

DO REQUERIMENTO:

Pelo Exposto, requer a V.Exa., com fundamento no art. 186 do Código Civil Pátrio, c/c, no art. 5º, da Lei n. 6.194/74, requerer a procedência da presente, para o fim de condenar a requerida, a complementação do pagamento da indenização em epígrafe, **fundada no valor de R\$ R\$ 11.812,50 (ONZE MIL E OITOCENTOS E DOZE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS) referente ao DPVAT**, face a invalidez sofrida pelo autor, que veio a comprometer a função do adquirida através de acidente de trânsito, requerendo ainda o seguinte:

01- que Seja citada a Promovida, no endereço declinado na exordial, para contestar no prazo legal, sob pena de revelia e confissão;

02- Seja designada audiência de conciliação, não havendo proposta de acordo em ato contínuo em conformidade com **o rito especial imposto a lide**, tenha início a instrução e julgamento;

03 - Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos especialmente nas provas documentais, que serão apresentadas independentemente de intimação;



04- seja intimado o autor para ser inquirido nos autos, e com base na Súmula 54 do STJ, que o valor da condenação seja acrescido de juros e correção monetária retroativo a data do sinistro;

05- com fundamento no Art. 246, I do Código de Processo Civil Pátrio, seja a promovida, citada através de AR- (Correios e Telégrafos);

06- seja a demandada condenada em 20%, sobre o valor da condenação, referente à honorários advocatícios, e, sejam intimadas as testemunhas arroladas a prestarem depoimento sob as penas da lei;

07- não necessitando que seja oficiado a SEGURADORA LIDER para remeter copia do processo administrativo, pois seguem e anexo cópias das documentações;

08- Não precisando que seja intimada a direção da casa hospitalar onde o autor, ora paciente, foi atendido para disponibilizar prontuário, pois os mesmos já encontra-se em anexo;

09 – **requer a produção de prova pericial**, oficiando o NUMOL/PERITO a ser nomeado por V. Excelência, visto que tal exame torna-se imprescindível para o julgamento da presente demanda;

Finalmente requer a gratuidade da Justiça nos termos do art.2º da Lei n. 1060/50, por ser o mesmo pobre na forma da lei;

Dá-se a presente o valor de **R\$ R\$ 11.812,50 (ONZE MIL E OITOCENTOS E DOZE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)** para efeitos meramente fiscais.

Nestes termos,

Pede e Espera Deferimento.

Campina Grande - PB, em 23 de Dezembro de 2020.

INACIO BRUNO SARMENTO
- Advogado - OAB/PB 21.472



QUESITOS PARA INFORMAÇÃO SOBRE INVALIDEZ PERMANENTE

Conforme o Código de Ética Médica nos seus artigos 59; 83; 102; 112, Para fins de perícia médico-legal e no resguardo dos interesses da Justiça e do próprio paciente, presta as seguintes informações:

PACIENTE:_____.

- 1) O PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA ____/____/____, por volta das _____ horas, apresentando ferimento produzido por ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.
- 2) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE PERIGO DE VIDA (), de que forma?

_____.
- 3) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE SEQÜELAS PERMANENTES, QUANTIFICAR A INVALIDEZ DO PONTO DE VISTA FUNCIONAL? (MENCIONAR O MEMBRO, SENTIDO, ÓRGÃO OU FUNÇÃO PERMANENTEMENTE DEBILITADOS):_____

_____.
- 4) EXISTEM SEQUELAS RESIDUAIS?

_____.
- 5) SE A INVALIDEZ OU DEBILIDADE DO AUTOR É EM GRAU - MÍNIMO, MÉDIO, OU, GRAVE?

_____.

Sem mais, em ____/____/____.

(Assinatura – carimbo – CRM)



PROCURAÇÃO AD JUDICIA E EXTRA JUDICIAL

OUTORGANTE: Nixon da Costa Barbosa, brasileiro (a),
solteiro, desempregado portador da Cédula de Identidade nº:
1362363, inscrito no CPF nº: 022 / 999 / 164 / 58, residente e domiciliado
na Rua Sergento Hermes Figueira, Nº 600, Bairro, Bela Vista,
na Cidade de Campina Grande /PB.

OUTORGADO: INACIO BRUNO SARMENTO, brasileiro, casado, advogado inscrito na
OAB/PB sob nº 21.472, com endereço profissional na Rua: Dinamarca Alves Correia,
1020, loja 02, Dinâmica, na Cidade de Campina Grande/PB, 3334-1289/99988-
5048/98769-2274, E-mail inaciobrunoadv@gmail.com.

PODERES: Poderes para o foro em geral, a fim de defender os interesses e direitos do
Outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive perante esta Douta
Vara, propondo Ações competentes em que o Outorgante seja autor ou reclamante,
defendendo-o quando for Réu, Interessado ou Requerido, podendo reclamar, conciliar,
desistir, transigir, acordar, recorrer, receber e dar quitação, confessar, firmar
compromisso, prestar declarações, renunciar direitos, bem como substabelecer a
presente com ou sem reservas de poderes, se assim lhes convier, praticarem todos os
atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, ao qual dar como firme
e valioso, enfim praticar todos os atos previstos no art. 105 do Novo Código de Processo
Civil com redação dada pela Lei nº 8.952 de 13.12.94 e art. 5º, § 2º da Lei nº 8906, de
04.07.94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

CONTRATO: O Outorgante obriga-se a pagar ao outorgado, a título de verba honorária
advocatória remuneratória pelos serviços prestados, ora contratados, a importância de 30%,
calculados sobre o valor da causa, da condenação ou do acordo celebrado.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA DE RENDIMENTOS

A parte outorgante, conhecedora dos termos da Lei n.º 1.060/50, declara que é pobre
na forma da lei e que não tem condições de dar prosseguimento à demanda judicial sem
comprometimento da subsistência de sua vida e de sua família.

Campina Grande/PB, 24 de novembro de 2020.

NIXON DA COSTA BARBOSA
Outorgante/Declarante

Rua: Dinâmica Alves Correia, nº1020, loja 02,
Dinâmica, Campina Grande - PB. CEP: 58400-000.
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048 / 987692274
E-mail: inaciobrunoadv@gmail.com



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
NIXON DACOSTA BORBOREMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
1362363 SSP PB

CPF
022.999.164-58 DATA NASCIMENTO
18/08/1975

FUNÇÃO
SEVERINO BORBOREMA
GERALDA DA COSTA
BORBOREMA

PERMISSÃO ACC CATAB.
AS

Nº REGISTRO 04025895118 VALIDADE 03/10/2021 1ª HABILITAÇÃO 26/01/2007

OBSERVAÇÕES

NIXON DA COSTA BORBOREMA
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSÃO 05/10/2016

00225596565
PB033333467

DETRAN - PB (PAGARIBA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1289283436

PROIBIDO PLASTIFICAR
1289283436



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Policiano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

11356480

REFERÊNCIA

SET/2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

GERAL DA DA COSTA
RUA SRG BERMES FERREIRA, 600 - BELA VISTA CAMPINA
GRANDE PB 58428- 870

| Inscrição | SMI | Quantidade de Economias | | | | Responsável |
|----------------------|--------------------|-------------------------|---------------|-----------------|---------|-------------|
| | | Residencial | Comercial | Industrial | Público | |
| 018.009 190.0111.000 | 000 | 1 | 0 | 0 | 0 | |
| Hidrômetro | Data de Instalação | Localização | Situação Água | Situação Esgoto | | |
| Y13N702480 | 25/09/2013 | EXTERNO | LIGADO | LIGADO | | |

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M3) | NUM DE DIAS | PROXIMA LEITURA
183 | 186 | 3 | 32 | 07/10/2020HIST. CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.
AGO/2020 | 2 | PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES
JUL/2020 | 1 | TURBIDEZ | 178 | 179 | 177
JUN/2020 | 3 | CLORO | 178 | 179 | 175
MAI/2020 | 2 | PH | 0 | 0 | 0
ABR/2020 | 3 | COR | 55 | 179 | 158
MAR/2020 | 1 | COL. TOTAIS | 178 | 179 | 175
MEDIA(M) | 2 | DADOS REFERENTES A: JUL/2020DATA DA IMPRESSÃO: 08/09/2020
HORA DA IMPRESSÃO: 12:25:44

| DESCRIÇÃO | CONSUMO | TOTAL(R\$) |
|--------------------------|---------|------------|
| ÁGUA | | |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) | 3 M3 | 37,91 |
| CONSUMO DE ÁGUA | | |
| ESGOTO | | |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) | 3 M3 | 30,33 |
| CONSUMO DE ESGOTO | | |

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

19/09/2020

Total a Pagar:

R\$ 68,24





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

| | | |
|----------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------|
| DATA: 5/2/2020 | HORA: 14:37 HRS | ID Nº: 2002050095 |
| NOME: | NIXON DA COSTA BORBOREMA | |
| QUEIXA: | ACIDENTE DE TRÂNSITO | |
| LOCAL: | RUA MONTEVIDÉU - PRATA | |
| COMPLEMENTO: | | |
| CIDADE: | CAMPINA GRANDE / PB | |
| DADOS DA REMOÇÃO | | |
| Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma | | |
| | | |

Campina Grande, 24 de agosto de 2020.

Deoclecio F. Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Nº BOAT 034-2020 | Responsável pelo Levantamento do Acidente: JOSINALDO ALVES DE ALMEIDA | Posto/Graduação: 3º SGT PM |
| Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: RUA MONTEVIDEU/ RUA CAPITÃO JOÃO ALVES DE LIRA | Hora 14:25 | Bairro PRATA |
| Município CAMPINA GRANDE | UF PB | |
| Data/Ocorrência 05/02/2020 | Dia da Semana QUARTA | C/S Vítima (QT) COM (01) |
| Natureza do Acidente COLISÃO TRASEIRA | Tipo de Pavimento ASFALTO | Condições/Via BOA |
| Tempo BOM | | |
| Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 MOTOCICLETA + 01 AUTOMÓVEL | Controle do Tráfego no Local: SINALIZAÇÃO VERTICAL E HORIZONTAL | |

CONDUTOR 01

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------|---------------|---------------------|
| Nome: NIXON DA COSTA BORBOREMA | Sexo MASCULINO | Nascimento 18/08/1975 | RG 1362363 | CPF 022999164-58 |
| Endereço: RUA ARROJADO LISBOA Nº 600, BAIRRO DO MONTE SANTO CAMPINA GRANDE/PB | | | | |
| 1ª Habilitação 26/01/2007 | Categoria AB | Registro CNH 04026895118 | U F PB | Ex.Méd./Dia SIM |
| Data Vencimento 03/10/2021 | Usava Cinto - | Usava Capacete SIM | | |
| Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO REALIZADO - SOCORRIDO | Destino do Condutor HOSPITAL DE TRAUMA | | | |

VEÍCULO 01

| | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------|
| Marca/Modelo HONDA 160 | Espécie MOTOCICLETA | Placa QFO-5687 | Categoria PARTICULAR | Município CAMPINA GRANDE | U F PB |
| Nome do Proprietário: NIXON DA COSTA BORBOREMA | | | | | |
| Seguradora DPVAT | Bilhete Nº 015456514650 | Renavam 0109276555-4 | Data da Emissão 18/11/2019 | | |
| Avarias: CARENAGEM DO PAINEL, GUIDÃO, 01 RETROVISOR, 02 PISTAS DIANTEIRO, MATA-CACHORRO, 02 ESTRIBOS, PEDAL DE MARCHA, BAGAGEIRO, 01 PISCA TRASEIRA. | | | | | |

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Não foi possível a oitiva do condutor haja vista o mesmo se encontrar sob cuidados médicos.

CONDUTOR 02

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------|---------------|---------------------|
| Nome: RUTH FERNANDES DE SOUZA | Sexo FEMININO | Nascimento 07/02/1954 | RG 1906816 | CPF 250730874-53 |
| Endereço: RUA ALZIRA FIGUEIREDO, Nº 334, CATOLÉ, CAMPINA GRANDE/PB | | | | |
| 1ª Habilitação 31/01/1990 | Categoria B | Registro CNH 02761951931 | U F PB | Ex.Méd./Dia SIM |
| Data Vencimento 25/02/2022 | Usava Cinto SIM | Usava Capacete | | |
| Exame de Embriaguez Alcoólica Nº DE SÉRIE 05671, Nº DO TESTE 01277, RESULTADO 0,00MG/L | Destino do Condutor PERMANECEU NO LOCAL | | | |

VEÍCULO 02

| | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------|
| Marca/Modelo TOYOTA ETIOS | Espécie AUTOMÓVEL | Placa QFQ-1135 | Categoria PARTICULAR | Município CABEDELO | U F PB |
| Nome do Proprietário: RUTH FERNANDES DE SOUZA | | | | | |
| Seguradora DPVAT | Bilhete Nº 013814218883 | Renavam 01088669473 | Data da Emissão 03/04/2018 | | |
| Avarias: PNEU DIREITA TRASEIRA, PARA-LAMA DIREITO TRASEIRO, PARA-CHOQUE TRASEIRO, LANTERNA DIREITA TRASEIRA | | | | | |

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Declarou que vinha transitando pela via "B", no sentido bela Vista/Prata, ao se aproximar do cruzamento entre as vias, a mesma reduziu para entrar à esquerda, sentiu a pancada na traseira do seu veículo.



| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------|
| VITIMA 01 | | |
| Nome: NIXON DA COSTA BORBOREMA | Sexo MASCULINO | Nascimento 18/08/1975 |
| Endereço: RUA ARROJADO LISBOA Nº 600, BAIRRO DO MONTE SANTO CAMPINA GRANDE/PB | | |
| Viajava no Veículo Nº V1 | Usava Cinto - | Usava Capacete SIM |
| Condição da Vitima: (X) Condutor () Passageiro () Pedestre | | Conduzida Para: HOSPITAL DE TRAUMA |

CONSTATADO

De acordo com levantamento realizado no local do acidente, vistoria na via e avarias, ficou constatado que o V1 (motocicleta Honda) e V2 (automóvel Toyota Etios) transitavam pela via "B" (rua Monte Videl), no sentido bairro da Bela Vista/ Centenário e ao chegarem no cruzamento com a rua Cap. João Alves de Lira houve a colisão traseira.

Observações:

- 1 - As vias são de boas condições, e está bem sinalizada;
 - 2 - O Sentido de circulação da via "A" é feita em mão dupla;
 - 3 - O Fluxo de veículo da via "B" é feita em sentido único;
 - 4 - A Condutora do V2 retirou o veículo do local de repouso;
 - 5 - O V2 estava com o licenciamento em atraso, desta forma feita a notificação pelo artigo 230-V do CTB;
 - 6 - O V1 foi entregue ao senhor Gabriel Jesuino de Almeida, portador do CPF 016.247.034-70, amigo do condutor.
- Segue croqui anexo.

Campina Grande – PB, 20 de março de 2020.

Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 034/2020

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Rua Montevidéu - 10,00 metros

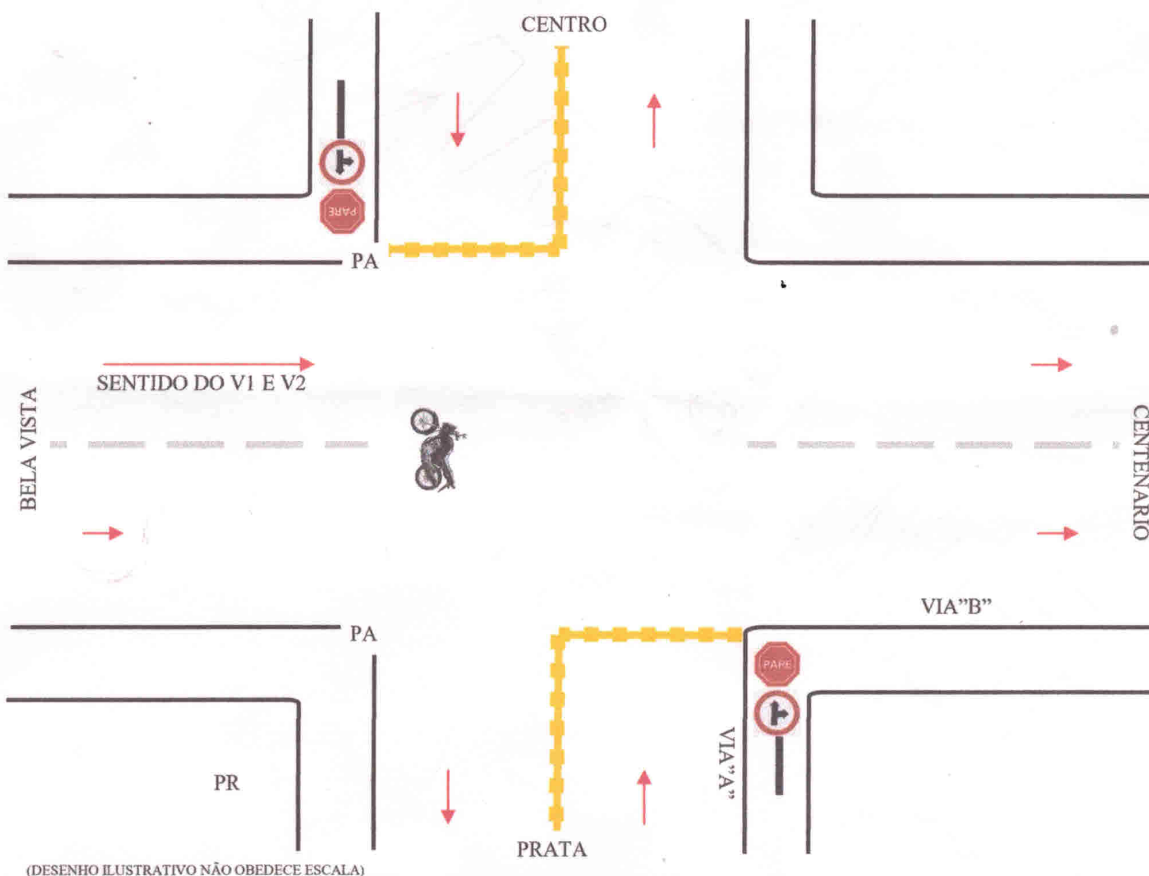
VIA "B" - Rua João Alves de Lima - 10,00 metros

PR (Ponto de Referência): Residencial São Patrício

PA (Ponto de Amarração): Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixo Dianteiro 07,70 e Eixo Traseiro 07,50 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Retirado do Local de repouso.



AVARIAS



V1

SGT PM José Manoel Alves de Almeida
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 034/2020

DANOS NO V1

Marca/Modelo:
HONDA 160

Placa:
QFO-5687/PB

Responsável pelo Preenchimento:
SGT ALMEIDA

Data:
05/02/2020

MOTOCICLETAS E VEÍCULOS ASSEMELHADOS

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

| Item | Nome da Peça | Avaliação | | | Item | Nome da Peça | Avaliação | | |
|------|--------------------------------------|-----------|-----|----|------------------------|---------------------------|-----------|-----|----|
| | | Sim | Não | NA | | | Sim | Não | NA |
| 01 | Garfo dianteiro | | X | | 05 | Chassi | | X | |
| 02 | Mesa superior da suspensão dianteira | | X | | 06 | Garfo traseiro | | X | |
| 03 | Mesa inferior da suspensão dianteira | | X | | 07 | Eixo traseiro (tríciclos) | | | |
| 04 | Coluna de direção | | X | | Total Geral (Sim + NA) | | 00 | | |

Observações:

0=DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0

->DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4

->DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4

->DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V2

Marca/Modelo:
TOYOTA ETIOS

Placa:
QFQ-1135/PB

Responsável pelo Preenchimento:
SGT ALMEIDA

Data:
05/02/2020

AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

| Item | Nome da Peça | Avaliação | | | Item | Nome da Peça | Avaliação | | |
|------------------------|----------------------------------------|-----------|-----|----|------|---------------------------------------|-----------|-----|----|
| | | Sim | Não | NA | | | Sim | Não | NA |
| 01 | Painel corta-fogo | | X | | 12 | Longarina traseira esquerda | | X | |
| 02 | Longarina dianteira esquerda | | X | | 13 | Assoalho porta malas ou caçamba | | X | |
| 03 | Caixa de roda dianteira esquerda | | X | | 14 | Longarina traseira direita | | X | |
| 04 | Estrutura da soleira esquerda | | X | | 15 | Caixa de roda traseira direita | | X | |
| 05 | Air Bags frontais | | X | | 16 | Estrutura da coluna traseira direita | | X | |
| 06 | Air Bags laterais | | X | | 17 | Estrutura da soleira direita | | X | |
| 07 | Estrutura da coluna dianteira esquerda | | X | | 18 | Estrutura da coluna central direita | | X | |
| 08 | Estrutura da coluna central esquerda | | X | | 19 | Estrutura da coluna dianteira direita | | X | |
| 09 | Estrutura da coluna traseira esquerda | | X | | 20 | Assoalho central direito | | X | |
| 10 | Caixa de roda traseira esquerda | | X | | 21 | Caixa de roda dianteira direita | | X | |
| 11 | Assoalho central esquerdo | | X | | 22 | Longarina dianteira direita | | X | |
| Total Geral (Sim + NA) | | | | | | | 00 | | |

Observações:

0=DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1

->DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6

->DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas >6

->DANO DE GRANDE MONTA

Campina Grande - PB, 20 de março de 2020.

Responsável pelo Levantamento





PARAÍBA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 034/2020

FOTOS DO V1



3º SGT PM JOSINALDO ALVES DE ALMEIDA
Responsável pelo Levantamento





PARAÍBA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 034/2020

FOTOS DO V2

FOTO (01) FRENTE, NÃO FOI POSSIVEL POR MOTIVOS TÉCNICOS.

FOTO (02) TRASEIRA, NÃO FOI POSSIVEL POR MOTIVOS TÉCNICOS.

FOTO (03) LADO ESQUERDO, NÃO FOI POSSIVEL POR MOTIVOS TÉCNICOS.

FOTO (04) LADO DIREITO, NÃO FOI POSSIVEL POR MOTIVOS TÉCNICOS.

3º SGT PM JOSINALDO ALVES DE ALMEIDA
Responsável pelo Levantamento



SINISTRO 3200430986 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA NIXON DA COSTA BORBOREMA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIFE

ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

BENEFICIÁRIO NIXON DA COSTA BORBOREMA

CPF/CNPJ: 02299916458

Posição em 23-12-2020 09:35:02

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 21/12/2020 | R\$ 1.687,50 | R\$ 0,00 | R\$ 1.687,50 |



05/02/2020



SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:2099995

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 05/02/2020
 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: NIXON DA COSTA

CEP:58400002

Nascimento:18/08/1975

BORBOREMA

Endereço:ARROJADO BARBOSA

Sexo:M

Telefone:

Cidade: Campina Grande

Idade:044

Bairro:MONTE SANTO

Nome da Mãe:

RG:

Nº:600

Responsável:

CPF:

Profissão:

Estado Civil:

Data de

CNS:704661646958421

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

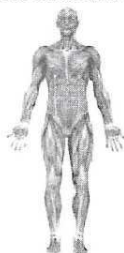
Atend:05/02/2020

CONVÊNIO:SUS

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. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corte-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgimento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encastrado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNOSTICO / CID:

Membro superior direito / Membro superior

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente Sra. Arlene M. MOTO - CEI-47,
 Controla e varia bem, M2 - Torax Ausc.
 D.T. e H. Ausc. no pulmão ESQ.

ALERGIA:

Moto 1/ Cid. G. G.

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ☒ Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: 07/02/2020 às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

| Nº | PRESCRIÇÕES E CONDUTAS | HORÁRIO REALIZADO |
|----|------------------------|-------------------|
| 1 | Difusão 1º / 2º | 15:45 |
| 2 | 1º / 2º | |
| 3 | | |
| 4 | Torax log 10 | |
| 5 | 1º / 2º | |
| 6 | | |

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

RAIO X
 REALIZADO EM:
 05/02/2020

Dr. Ronaldo Gadoha
 CRM: 4739
 Cirurgia Geral

TOMOGRAFIA
 REALIZADA EM:
 06/02/2020

http://htcg/impreclassi.php?contar=2099995&dataatend=2020-02-05&horaatend=15:35:03

1/3

Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 23/12/2020 09:56:28

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122309562851700000036337006

Número do documento: 20122309562851700000036337006

Num. 38098330 - Pág. 1

HTCG-Painel Administrativo

SERVIÇOS REALIZADOS:

[illegible]

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)



05/02/2020

HTCG-Painel Administrativo



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 05/02/2020

Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Nº ATEND: 2099995

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 05/02/2020 HORA : 15:35:03

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

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

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

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

ALERGIAS :
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL :
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

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

Escala de Intensidade da Dor

| | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|-----------|---|---|----------|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| sem dor | | | média dor | | | pior dor | | | | |

ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

| HORA | PA | TEMP | FC | FR | DIURESE | ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN | DO |
|------|----|------|----|----|---------|-----------------------------|----|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

OBS: SAMU CG

ENFERMEIRO COREN
acolhimento
CORSEN 195 197.534




Data da internação: 05/02/2020 Hora: 16:13:09

| | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|
|  Sistema Único de Saúde | | Ministério da Saúde | | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | | 6-2 |
| Identificação do Estabelecimento de Saúde | | | | 2 - CNES | | 2362856 |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | | | | 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE | | 4 - CNES |
| HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES | | | | HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES | | 2362856 |
| Identificação do Paciente | | | | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO | | 2100019 |
| 5 - NOME DO PACIENTE | | | | 7 - CARTÃO DO SUS | | 18/08/1975 |
| NIXON DA COSTA BORBOREMA | | | | 704661646958421 | | 18/08/1975 |
| 8 - DATA DE NASCIMENTO | | | | 9 - SEXO | | Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL | | | | 11 - TELEFONE DE CONTATO | | 83 |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) | | | | 14 - CÓDIGO MUNICÍPIO | | 15 - UF |
| ARROJADO BARBOSA, 600, MONTE SANTO | | | | 250400 | | PB |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | | | | 16 - CEP | | 58400002 |
| Campina Grande | | | | 250400 | | 58400002 |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO | | | | | | |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS | | | | | | |
| PACIENTE VITIMA DE TRAUMA POR ACIDENTE AUTOMOBILISTICO APRESENTA DOR + LIMITACAO DE MOVIMENTO EM MMII E. | | | | | | |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO | | | | | | |
| AO EXAME: FRATURA DE TIBIA PROXIMAL E | | | | | | |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) | | | | | | |
| SEMIOLOGIA + EXAME FÍSICO + RADIOLOGIA | | | | | | |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL | | 21 - CID 10 PRINCIPAL | | 22 - CID 10 SECUNDÁRIO | | 23 - CID 10 OUTRAS ASSOCIADAS |
| FRATURA DE TIBIA PROXIMAL E | | | | | | |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | | | | |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | | 25 - CARGO DO PROCEDENTE | | |
| | | | | DR. Fabio Crispim | | |
| 26 - CLÍNICA | | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO | | 28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF | | 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE |
| | | 05 | | | | 704304514628896 |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | | | | 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO | | 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) |
| FABIO MARCOS CRISPIM LIMA | | | | 05/02/2020 | | |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) | | | | | | |
| 33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO | | 36 - CNPJ DA SEGURADORA | | 37 - Nº DO BILHETE | | 38 - SÉRIE |
| | | | | | | |
| 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO | | 39 - CNPJ EMPRESA | | 40 - CNAE DA EMPRESA | | 41 - CBOR |
| | | | | | | |
| 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO | | | | | | |
| | | | | | | |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA | | | | | | |
| () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO | | | | | | |
| | | | | | | |
| AUTORIZAÇÃO | | | | | | |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | 44 - COD. ORGÃO EMISSOR | | 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | | |
| | | | | | | |
| 45 - DOCUMENTO () CNS () CPF | | 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | | | |
| | | | | | | |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | | 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | | | |
| / / | | | | | | |



Data da internação: 05/02/2020 Hora: 16:13:09

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde | | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | |
| Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES | | 2 - CNES 2362856 | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES | | 4 - CNES 2362856 | |
| Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE NIXON DA COSTA BORBOREMA | | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO 2100019 | |
| 7 - CARTÃO DO SUS 704661646958421 | | 8 - DATA DE NASCIMENTO 18/08/1975 | |
| 9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | | 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL | |
| 11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) ARROJADO BARBOSA, 600, MONTE SANTO | | 12 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 Nº DE TELEFONE: | |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande | | 14 - CÓDIGO DE ENDEREÇO 250400 | |
| 15 - UF PB | | 16 - CEP 58400002 | |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO | | | |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PACIENTE VITIMA DE TRAUMA POR ACIDENTE AUTOMOBILISTICO APRESENTA DOR + LIMITACAO DE MOVIMENTO EM MMII E. | | | |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO AO EXAME: FRATURA DE TIBIA PROXIMAL E | | | |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) SEMILOGIA + EXAME FÍSICO + RADIOLOGIA | | | |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DE TIBIA PROXIMAL E | | 21 - CID 10 PRINCIPAL | |
| 22 - CID 10 SECUNDÁRIO | | 23 - CID 10 TERCIÁRIO | |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | |
| 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | | | |
| 26 - CLÍNICA INTELSANAÇÃO | | 27 - CARATER DA INTERNAÇÃO | |
| 28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF | | 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 704304514628896 | |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE FABIO MARCOS CRISPIM LIMA | | 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 05/02/2020 | |
| 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | | |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) | | | |
| 33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO | | 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO | |
| 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO | | 36 - CNPJ DA SEGURADORA | |
| 37 - Nº DO BILHETE | | 38 - SÉRIE | |
| 39 - CNPJ EMPRESA | | 40 - CNAE DA EMPRESA | |
| 41 - CBOR | | 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO | |
| AUTORIZAÇÃO | | | |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | 44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR | |
| 45 - DOCUMENTO () CNS () CPF | | 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / / | | 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | | | |

Dr. Fábio Crispim
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
05 FEV 2020
CRM-PB 9561
TEOT: 16-173





RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA

Data da Internação: 05/02/2020

Data da Alta: 21/02/2020

Registro: 2100019

Tempo de Permanência: -18298

Diagnóstico Inicial: FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Diagnóstico Final:

Cirurgia: OSTEOSSEINTESE

Data: 21/02/2020

Equipe:

Cirurgião: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Orientações: ATB + RETORNO AMBULATORIAL + FISIOTERAPIA MOTORA + ORIENTAÇÕES

Condições de Alta: Melhorado

Data: 21/02/2020

Assinatura/Carimbo
Wagner de Melo Falcao

RESPONSÁVEL : Wagner de Melo Falcao





Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 21/02/2020

Horas: 08:36:39

Médico (a) Diarista : Wagner de Melo Falcao

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 16

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 21/02/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao /

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1 | DIETA LIVRE | |
| 2 | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 4D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | |
| 3 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h | |
| 4 | OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO | |
| 5 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) | |
| 6 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H | |
| 7 | LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O, 1COMP, 24h/24h (ADM AS 8h) | |
| 8 | DECUBITO MUDANCA 2h/2h | |
| 9 | CURATIVOS | |
| 10 | MANTER COM JELCO HEPARINIZADO | |

EVOLUÇÃO

DATA: 21/02/2020 HORA: 08:27:52

ORTOPEDIA

2º DPO

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE +

EVACUAÇÕES +

DOR :2/4 +

NV: PRESERVADO

FO: EDEMA E LEVE SANGRAMENTO

CD:

ATB + XARELTO 10MG/DIA + RETORNO AMBULATORIAL + FISIOTERAPIA MOTORA + ORIENTAÇÕES

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo Falcao

Dr. Wagner Falcao
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643



19/02/2020

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2020-02-19&contar=2100019&IDC=91282

Semos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 19/02/2020

Horas: 10:26:48

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito de Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 14

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 19/02/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao / MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araujo /

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 1 | DIETA LIVRE | et |
| 2 | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 2D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | 12 18 6 24-10 |
| 3 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h | 12 18 6 24-10 |
| 4 | OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO | 12 18 6 24-10 |
| 5 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) | 12 18 6 24-10 |
| 6 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H | 12 18 6 24-10 |
| 7 | PROMETAZINA CLORIDRATO 25 MG V.O, 1COMP, 12h/12h | 12 18 6 24-10 |
| 8 | LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O, 1COMP, 24h/24h (ADM AS 8h) | 12 18 6 24-10 |
| 9 | DECUBITO MUDANCA 2h/2h | 12 18 6 24-10 |
| 10 | CURATIVOS | 12 18 6 24-10 |
| 11 | MANTER COM JELCO HEPARINIZADO | 12 18 6 24-10 |

EVOLUÇÃO

DATA: 19/02/2020 HORA: 10:25:33

PACIENTE EM POS OPERATORIO IMEDIATO SEM INTERCORRENCIAS

CD: RX DE CONTROLE

DIETA POS RPA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito de AraujoDr. Wagner Luiz Egito de Araujo
MR. ORTOPEDIA - P.B. 10.1.1.148
CRM - P.B. 10.1.1.148



Sejam todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 20/02/2020

Horas: 06:41:26

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 15

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 20/02/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao / MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1 | DIETA LIVRE | cto |
| 2 | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 3D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | cto |
| 3 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h | 12 18 18 18 18 18 |
| 4 | OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO | 06 18 18 18 18 18 |
| 5 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) | 18 18 18 18 18 18 |
| 6 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H | 18 18 18 18 18 18 |
| 7 | LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O, 1COMP, 24h/24h (ADM AS 8h) | 18 18 18 18 18 18 |
| 8 | DECUBITO MUDANCA 2h/2h | |
| 9 | CURATIVOS | |
| 10 | MANTER COM JELCO HEPARINIZADO | |

EVOLUÇÃO

DATA: 20/02/2020 HORA: 06:40:53

ORTOPEDIA

1 DPO

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE +

EVACUAÇÕES +

DOR : 2/4 +

NV: PRESERVADO

FO: EDEMA E LEVE SANGRAMENTO

CD:

VPM

RETIRAR DRENO

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PE 3562



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 23/12/2020 09:56:28

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122309562851700000036337006

Número do documento: 20122309562851700000036337006

8:30h PA: 140/80 mmHg
P: 79 bpm
T: 37.2°C

PA





PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 18/02/2020

Horas: 06:40:24

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 13

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 18/02/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao / MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 1 | DIETA LIVRE (Dieta zero a partir de 00:00 h) | |
| 2 | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 1D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | 18 18 24 26 |
| 3 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h | 18 18 24 26 |
| 4 | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, se dor | S/N |
| 5 | OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO | 06 |
| 6 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) | (Suspensa) 22 |
| 7 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H | |
| 8 | PROMETAZINA CLORIDRATO 25 MG V.O, 1COMP, 12h/12h | 18 26 |
| 9 | LOSARTANA POTASSICA 50 MG COMP V.O, 1COMP, 24h/24h (ADM AS 8h) | 18 26 |
| 10 | DECUBITO MUDANCA 2h/2h | |
| 11 | CURATIVOS | |
| 12 | MANTER COM JELCO HEPARINIZADO | |

EVOLUÇÃO

DATA: 18/02/2020 HORA: 06:39:31

ORTOPEDIA

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DIURESE +

EVACUAÇÕES +

DOR :2/4 +

NV: PRESERVADO

CD:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9562



18 PA: 154 P. 69 t-36.07
02 85
20
J. Franco



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 **Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA** Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 12

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 17/02/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao /

[illegible]

EVOLUÇÃO

DATA:17/02/2020 HORA:07:22:57

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

13° DIH

**BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS**

DOR +

DIURESE +

FO LIMPA

EDEMA +/4+

PREOP OK

FASER CURATIVO

CD: AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
R. 100 - 8643

~~Dr. Mano Petrucci~~
~~Clínica Traumatológica~~
~~C.M. DO 710~~



17/02/2020

HTCG-Painel Administrativo

Data da Impressão: 17/02/2020

Horas da Impressão: 13:16:35

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Sexo: M

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 17/02/2020

MÉDICO ASSISTENTE (A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 1 | HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 4ML ABD, | <i>[Handwritten signature]</i> <i>[Handwritten initials]</i> |
| 2 | PROMETAZINA CLORIDRATO 25 MG V.O, 1COMP, 12h/12h | <i>[Handwritten signature]</i> <i>[Handwritten initials]</i> |

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





Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 16/02/2020

Horas: 10:32:56

Médico (a) Diarista : Euler Fabricio Alves Cruz

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 11

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 16/02/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz /

OK
OK

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 1 | DIETA LIVRE | |
| 2 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1 AMPOLA, 6h/6h | 12 18 24 06 |
| 3 | TENOICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, se dor | 18 06 |
| 4 | OMEPRAZOL INJ 40MG 1 FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO | 06 |
| 5 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1 SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) | (Feito Reserviz) 22 |
| 6 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H | |
| 7 | DECUBITO MUDANCA 2h/2h | |
| 8 | CURATIVOS | |
| 9 | MANTER COM JELCO HEPARINIZADO | |

EVOLUÇÃO

DATA: 16/02/2020 HORA: 10:32:21

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

12 DIH

BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS

DOR +

DIURESE +

FO LIMPA

EDEMA +/4+

PREOP OK

FAZER CURATIVO

REMOVIDO FIXADOR EXTERNO; INTRODUIDO TALA COXOPODALICA

Solicitação Anupara

AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA

ASSINATURA + CARIMBO

Euler Fabricio Alves Cruz

Euler Fabricio A. Cruz
MÉDICO
CRM-PB 9907





Seamos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 15/02/2020

Horas: 09:13:41

Médico (a) Diarista : Everlan Da Silva Meira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 10

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 15/02/2020

MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira /

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1 | DIETA LIVRE | |
| 2 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h | |
| 3 | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, se dor | |
| 4 | OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO | |
| 5 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) | |
| 6 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO | |
| 7 | FAZER DE 88H | |
| 8 | DECUBITO MUDANCA 2h/2h | |
| 9 | CURATIVOS | |
| 9 | MANTER COM JELCO HEPARINIZADO | |

EVOLUÇÃO

DATA: 15/02/2020 HORA: 09:13:16

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

11 DIH

BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS

DOR +

DIURESE +

FO LIMPA

EDEMA +/4+

PREOP OK

FAZER CURATIVO

AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA

ASSINATURA + CARIMBO
Everlan Da Silva Meira

Dr. Everlan Meira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9900



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 23/12/2020 09:56:28

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122309562876700000036337004>

Número do documento: 20122309562876700000036337004

8h

PA-

140x80

R-

75

T-

350

Realizado curativo MKIC

Maria Fátima da Silva
CORE-08/40833-TE





Governo do Estado
PARAIBA
Somos todos

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M
 Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 9

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 14/02/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao /

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|-----------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1 | DIETA LIVRE | |
| 2 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h | 1x 18 |
| 3 | TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h | 1x 18 |
| 3 | se dor Reconstituir 2ML ABD. | |
| 4 | OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) | |
| 4 | Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO | |
| 5 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) | |
| 6 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO | |
| 7 | DECUBITO MUDANCA 2h/2h | |
| 8 | CURATIVOS | |
| 9 | MANTER COM JELCO HEPARINIZADO | |

EVOLUÇÃO

DATA: 14/02/2020 HORA: 06:49:44

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA Data de Internamento: 05/02/2020

BEG, ESTÁVEL
 SEM INTERCORRÊNCIAS

DOR +

DIURESE +

FO LIMP

EDEMA +/4+

PREOP OK

FAZER CURATIVO

AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA

ASSINATURA + CARIMBO

Wagner de Melo Falcao

Dr. Wagner Falcao
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM-PE 8043

8:30h PA: 140/90 mmHg
P: 72 bpm
T: 36,2°C

[Signature]





Sejam todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 13/02/2020

Horas: 07:15:53

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 8

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 13/02/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz / MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1 | DIETA LIVRE | cte |
| 2 | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 4D/4D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | |
| 3 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h | 18 18 18 18 18 18 |
| 4 | TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, se dor | |
| 5 | OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO | 06 |
| 6 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) | 22 Falta |
| 7 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H | |
| 8 | DECUBITO MUDANCA 2h/2h | |
| 9 | CURATIVOS | |
| 10 | MANTER COM JELCO HEPARINIZADO | |

EVOLUÇÃO

DATA:13/02/2020 HORA:07:15:38

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA Data de Internamento: 05/02/2020

BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS
DOR +
DIURESE +
FO LIMPA
EDEMA +/4+
PREOP OK
FAZER CURATIVO

AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - 174552



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 23/12/2020 09:56:28

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122309562876700000036337004

Número do documento: 20122309562876700000036337004

9:00h PA: 110/90 mmHg

P: 65 bpm

T: 35.4 °C







Sumos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 12/02/2020

Horas: 12:26:51

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 7

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 12/02/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz / MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1 | DIETA LIVRE | |
| 2 | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 3D/4D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | 18 24 36 |
| 3 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h | 18 24 36 |
| 4 | TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, | 18 36 |
| 5 | OMEPRAZOL INJ 40MG . 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO | 18 36 |
| 6 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) | 18 24 36 |
| 7 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H | |
| 8 | DECUBITO MUDANCA 2h/2h | cte |
| 9 | CURATIVOS | cte |
| 10 | MANTER COM JELCO HEPARINIZADO | cte |

EVOLUÇÃO

DATA:12/02/2020 HORA:12:26:36

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA Data de Internamento: 05/02/2020

BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS
DOR +
DIURESE +
FO LIMPA
EDEMA +/4+
PREOP OK
FAZER CURATIVO

AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 25.9532



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 23/12/2020 09:56:28

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122309562876700000036337004>

Número do documento: 20122309562876700000036337004

PA: 141/93 - FC: 73 - T: 35.1 Adriana
520125





Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 11/02/2020

Horas: 09:12:34

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 6

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 11/02/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz / MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335) /

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1 | DIETA LIVRE | |
| 2 | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 2D/4D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | 18 06 06 |
| 3 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h | 12 18 24 06 |
| 4 | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, | 18 06 06 |
| 5 | OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO | 06 22 |
| 6 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) | 32 |
| 7 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H | 32 |
| 8 | DECUBITO MUDANCA 2h/2h | Atenção |
| 9 | CURATIVOS | |
| 10 | MANTER COM JELCO HEPARINIZADO | |

EVOLUÇÃO

DATA: 11/02/2020 HORA: 09:12:06

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA Data de Internamento: 05/02/2020

BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS
DOR +
DIURESE +
FO LIMP
EDEMA +/4+
PREOP OK
FAZER CURATIVO

AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA

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

CRF

AS 06:00h
pet aceita AUP
+ medicação

obs: pet não
aceita AUP
e medicação.



11

02
20

PN: 126 / 80

FC: 80

T: 36,2

SB: 98%

Emanuelle Silva de Lima
COREN-PB 959.114-TE



10/02/2020

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2020-02-10&contar=2100019&IDC=88585



Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 10/02/2020

Horas: 10:10:45

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 5

Clínica: ORTOPEdia 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 10/02/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz / MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335) /

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1 | DIETA LIVRE | CT |
| 2 | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 1D/4D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | |
| 3 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h | |
| 4 | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, | |
| 5 | OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO | |
| 6 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) | |
| 7 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H | S/N |
| 8 | DECUBITO MUDANCA 2h/2h | CT |
| 9 | CURATIVOS | CT |
| 10 | MANTER COM JELCO HEPARINIZADO | CT |

EVOLUÇÃO

DATA: 10/02/2020 HORA: 10:10:06

ORTOPEdia EVOLUÇÃO

FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA Data de Internamento: 05/02/2020

BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS
DOR +
DIURESE +
FO LIMPA
EDEMA +/4+
PREOP OK

AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA

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



30.02.20

$P_A = 130 \times 78 \text{ mmHg}$ $P = 76$ $T = 35. C$

impulsus
806.682





Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 09/02/2020

Horas: 11:43:38

Médico (a) Diarista : Euler Fabricio Alves Cruz

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 4

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

OK

OK

DIA 09/02/2020

MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz /

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 1 | DIETA LIVRE | |
| 2 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1 AMPOLA, 6h/6h | 12 18 24 06 |
| 3 | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, | 18 06 |
| 4 | OMEPRAZOL INJ 40MG 1 FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO | 06 |
| 5 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1 SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) | 12 |
| 6 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H | 5 IN 22 |
| 7 | DECUBITO MUDANCA 2h/2h | |
| 8 | CURATIVOS | |
| 9 | MANTER COM JELCO HEPARINIZADO | |

EVOLUÇÃO

DATA: 09/02/2020 HORA: 11:42:28

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

PACIENTE EVOLUI EM BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS

DOR +

DIURESE +

FO LIMPA

EDEMA +/4+

PREOP OK

#CD: HEMOGRAMA COM LEUCOCITOSE COM DESVIO À ESQUERDA; AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA ;

Nada q/tuione por mais 4 dias.

ASSINATURA + CARIMBO
Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 5537



09/02/2020

HTCG-Painel Administrativo

Data da Impressão: 09/02/2020
Horas da Impressão: 11:45:36
Médico (a) Diarista : Euler Fabricio Alves Cruz



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Sexo: M

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 09/02/2020

MÉDICO ASSISTENTE (A): Euler Fabricio Alves Cruz /

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1 | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, IFRA AMP, 12h/12h 0D/4D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | |

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
OR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907



PA- 130170

P-65





Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 08/02/2020

Horas: 11:26:53

Médico (a) Diarista : Euler Fabricio Alves Cruz

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 3

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 08/02/2020

MÉDICO(A): Andre Ribeiro Araujo De Menezes / MÉDICO(A): Euler Fabricio Alves Cruz /

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1 | DIETA LIVRE | |
| 2 | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 3D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | |
| 3 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h | |
| 4 | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, | |
| 5 | OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO | |
| 6 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) | |
| 7 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H | |
| 8 | DECUBITO MUDANCA 2h/2h | |
| 9 | CURATIVOS | |
| 10 | MANTER COM JELCO HEPARINIZADO | |

EVOLUÇÃO

DATA:08/02/2020 HORA:11:26:39

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

PACIENTE EVOLUI EM BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS

DOR +

DIURESE +

FO SANGRANTE POR PINOS SCHANZ

EDEMA ++/4+

PREOP -

#CD: AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO

Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

OK

OK



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 23/12/2020 09:56:29

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122309562900700000036337003

Número do documento: 20122309562900700000036337003

08.02.2020 - 09:00hs

RA: 150 x 95 mm Hq

P: 68 bpm

T: 35°C. *Andrezza Merculano*
452195





PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 07/02/2020

Horas: 00:52:26

Médico (a) Diarista : Julio Cesar Ribeiro De Castro

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 2

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 07/02/2020

MÉDICO(A): Andre Ribeiro Araujo De Menezes / MÉDICO(A): Julio Cesar Ribeiro De Castro /

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1 | DIETA LIVRE | |
| 2 | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h | 18 22 32 |
| 3 | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 2D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | 18 22 32 |
| 4 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h | 18 22 32 |
| 5 | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, | 18 22 32 |
| 6 | OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO | 18 22 32 |
| 7 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) | 18 22 32 |
| 8 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H | 18 22 32 |
| 9 | DECUBITO MUDANCA 2h/2h | |
| 10 | CURATIVOS | |

EVOLUÇÃO

DATA: 07/02/2020 HORA: 00:51:26

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

PACIENTE EVOLUI EM BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS

DOR +

DIURESE +

FO SANGRANTE POR PINOS SCHANZ

EDEMA ++/4+

PREOP -

#CD: AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RB 9965 / CRM-RN 8320



8:30h PA: 130/80 mmHg

P: 78 bpm

T: 36,2 °C







PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 06/02/2020

Horas: 10:03:55

Médico (a) Diarista : Julio Cesar Ribeiro De Castro

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044 Sexo: M

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Admissão: 05/02/2020 DIH - 1

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 6 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 06/02/2020

MÉDICO(A): Andre Ribeiro Araujo De Menezes / MÉDICO(A): Julio Cesar Ribeiro De Castro /

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1 | DIETA LIVRE | |
| 2 | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h | 14 22 26 |
| 3 | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 1D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | 18 26 |
| 4 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h | 12 13 24 26 |
| 5 | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, | 18 26 |
| 6 | OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO | 06 |
| 7 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) | 22 |
| 8 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO FAZER DE 88H | 23 26 |
| 9 | DECUBITO MUDANÇA 2h/2h | |
| 10 | CURATIVOS | |

EVOLUÇÃO

DATA: 06/02/2020 HORA: 10:02:50

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

PACIENTE EVOLUI EM BEG, ESTÁVEL
SEM INTERCORRÊNCIAS

DOR +

DIURESE +

FO SANGRANTE POR PINOS SCHANZ

PREOP -

#CD: SOLICITO TC JOELHO E PRE OP

ASSINATURA + CARIMBO
Julio Cesar Ribeiro De Castro

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8965 / CRM-RN 8320



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 23/12/2020 09:56:29

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122309562900700000036337003

Número do documento: 20122309562900700000036337003

8:30h PA: 130/70 mmHg

P: 55 bpm

T: 36,4°C

~~file~~



05/02/2020

HTCG-Painel Administrativo

Data da Impressão: 05/02/2020
 Horas da Impressão: 16:18:16
 Médico (a) Diarista : Fabio Marcos Crispim Lima



Somos todos
PARAÍBA
 Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044
 Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Sexo: M
 Clínica: ORTOPEdia 2 Enfermaria: 2 Leito: 3 Diagnóstico: **6.2**

DIA 05/02/2020

| Item | Prescrição | Apazamento |
|------|-----------------------------------------------------------------------|------------|
| 1 | DIETA LIVRE | |
| 2 | SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h | |
| 3 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h | |
| 4 | OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) | |
| 5 | Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO | |
| 6 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) | |
| | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO | |
| | FAZER DE 88H | |

Dr. Fabio Crispim
 ORTOPEdia TRAUMATOLOGIA
05 FEV. 2020
 CRM-PE 23.113/04-78 9561
 TEOD 16.173

10.1.1.148/projetohtcg/enviarprescri.php?datasai=2020-02-05&contar=2100019





Sr(a): NIXON DA COSTA BORBOREMA Protocolo: 0000514164 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): EULER FABRICIO A. CRUZ Data: 16-02-2020 12:45 Origem: CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 44 anos Destino: ENF 06 - L 02

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 16/02/2020 12:39]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

| | | |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Eritrócitos..... | 4.5 milhões/mm ³ | 4,2 à 6,0 milhões/mm ³ |
| Hemoglobina..... | 13,0 g/dL | 13,5 à 16,0 g/dL |
| Hematócrito..... | 39,5 % | 40,0 à 52,5 % |
| V.C.M..... | 88 fL | 80,0 à 100,0 fL |
| H.C.M..... | 29 pg | 27,0 à 31,0 pg |
| C.H.C.M..... | 33 g/dL | 32,9 à 36,0 g/dL |

SÉRIE BRANCA

| | | |
|----------------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| Leucócitos..... | 12.700 /mm ³ | 5.000 à 10.000 /mm ³ |
| | (%) | (/mm ³) |
| Neutrofilos | | |
| Promielócitos..... | 0 | 0 |
| Mielócitos..... | 0 | 0 |
| Metamielócitos..... | 0 | 0 |
| Bastonetes..... | 4,0 | 508 |
| Segmentados..... | 75,0 | 9.525 |
| Eosinófilos..... | 0 | 0 |
| Basófilos..... | 0 | 0 |
| Linfocitos | | |
| Típicos..... | 20,0 | 2.540 |
| Atípicos ou Reativos..... | 0 | 0 |
| Monocitos..... | 1,0 | 127 |
| CONTAGEM DE PLAQUETAS..... | 607.000 mm ³ | 140.000 à 400.000 mm ³ |

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRBM - 5010

Emissão : 16/02/2020 12:13 - Página 1 de 1

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: B7E2-81A2-C414-4B91-D7D7-DF6B-73D0-9B75





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Wilson da Costa Barbosa IDADE: 44 SEXO: M
IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 06/02/2020

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

☒ Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

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

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

| | | |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| () Hipertensão Arterial Sistêmica <u>N</u> | () Hipertensão Pulmonar | () DPOC () Outros |
| () Diabetes Mellitus <u>N</u> | () Insut. Cardíaca Congestiva <u>N</u> | () Insuficiência Coronariana <u>N</u> |
| () Arritmias | () insuf. Renal | Aguda () Crônica |

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

| | |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------|
| () Alergia a Medicamentos: _____ | <input checked="" type="checkbox"/> Tabagismo |
| () Etilismo | () Sedentarismo |
| () Dislipidemia | () Outros |
| () Cirúrgico _____ | |

Medicamentos em uso ☒ Não () Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

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

Ap. Cardiovascular - Comentários: PCR, 2, 20

FC.: 57 b.p.m P.A.: 130 x 70 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: normal

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

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

Obs.: _____

Ass. do Médico

Dr. Wilson da Costa Barbosa
Cardiologista
CRM-PB 5453 - RQE 3024

MOD. 043



Número do Prontuário: 62525 DATA DA CIRURGIA: 05/02/2020

Número do Atendimento: 2100019 Clia: ORTOPEDIA 2 / Enf: 2 / Lei: 3

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA

Data da Internação: 05/02/2020

Atendimento: 2100019

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: FIXACAO EXTERNA TRANSARTICULAR

Data da Cirurgia: 05/02/2020

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: FABIO MARCOS CRISPIM LIMA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista: diego

Tipo de anestesia: RAQUI

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

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

02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE

03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS

04- REDUÇÃO INCRUENTA + FIXACAO COM FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM MIE

6- LIMPEZA COM SF0.9%

07- CURATIVOS

Data 05/02/2020

Assinatura/Carimbo
Andre Ribeiro Araujo De Menezes



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

| | |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Paciente: <i>Minom da Costa Barbosa</i> | Idade: <i>44 anos</i> |
| Convênio: | Data: <i>03/02/20</i> |
| Procedimento: <i>fixação externa fr. platô tibial (E)</i> | |
| Cirurgião: <i>Dr. André</i> | Auxiliar: |
| | Anestesista: <i>Dr. Diego</i> |
| Início: <i>17:25</i> | Término: <i>18:10</i> |
| | Anestesia: <i>Raqui</i> |

[illegible][illegible][illegible]

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103



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 | | 1 |
| Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2 | | 2 |
| PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2 | | 2 |
| Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2 | | 2 |
| Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2 | | 2 |
| TOTAL DE PONTOS: | | 9 |

Isabela Donato
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PB 4180

Assinatura do anestesista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

| PACIENTE | LEITE | CONVÊNIO | IDADE | REGISTRO |
|--------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|-------|---------------------------|
| Nixon da Costa Barbosa Du-18/08/1975 | Sala 06 | SUS | 44 | 210 0019 |
| CIRURGIA | CIRURGIÃO | | | |
| Anestesia | Anestesia | | | |
| Instrumentadora | FIM | | | |
| DATA | INÍCIO | | | |
| 05/02/2020 | 1810 | | | |
| Qtd. | MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS | Bolsa Colostoma | Qtd. | FIOS |
| | Adrenalina amp. | Calel. p/ OXg. | | Catgut cromado Sertix |
| | Atropina amp. | Catet. De Urinar Sist. Fech. | | Catgut cromado Sertix |
| | Diazepam amp. | Compressa Grande | | Catgut cromado Sertix |
| | Dimore amp. | Compressa Pequena | | Catgut Simples |
| | Dolantina amp. | Cotonoide | | Catgut Simples Sertix |
| | Efrane ml | Dreno | | Catgut Simples Sertix |
| | Fenegan amp. | Dreno Kerr nº | | Catgut Simples Sertix |
| | Fentanil ml | Dreno Penrose nº | | Cera p/ osso |
| | Inova ml | Dreno Pezzer nº | | Ethibond |
| | Ketalar ml | Equipo de Macrogotas | | Ethibond |
| 01 | Mercaina pesada % ml | Equipo de Sangue | | Fio de Algodrão Sertix |
| 01 | Ravulon amp. diminuído q.e | Equipo de PVC | | Fio de Algodrão Sertix |
| | Protigmine amp. | Esparadrapo Larco cm | | Fio de Algodrão Sutopak |
| | Protoxido l/m | Furacim ml | | Fio de Algodrão Sutopak |
| | Quelicin ml | Gase Pacote c/ 10 unidades | 01 | Fila cardiaca |
| | Rapifen amp. | H ₂ O ₂ ml | | Mononylon |
| | Thionembatal ml | Intracath Adulto | | Mononylon |
| | Tracruium amp. | Intracath Infantil | | Prolene Serfix |
| Qtd. | MEDICAÇÕES | Lâmina de Bisturi nº 23 | | Prolene Serfix |
| 01 | Agua Destilada amp. | Lâmina de Bisturi nº 11 | | Prolene Serfix |
| 02 | Decadron amp. | Lâmina de Bisturi nº 15 | | Prolene Serfix |
| | Dipirona amp. | Luvas 7.0 | | Vicryl Serfix |
| | Flaxidól amp. | Luvas 7.5 | | Vicryl Serfix |
| | Flebocortid amp. | Luvas 8.0 | | Vicryl Serfix |
| | Geramicina amp. | Luvas 8.5 | | |
| | Glicose amp. | Oxigenio l/m | | |
| | Glucon de Cálcio amp. | Poliflix | | |
| | Haemacel ml. | PVPI Degemante ml | | |
| | Heparema ml. | PVPI Tópico ml. | Qtd. | SOROS |
| | Kanakion amp. | Sabão Antiséptico | | SG Normotérmico fr 500 ml |
| | Lasix amp. | Saco coletor Luxo | | SG Gelado fr 500 ml |
| | Medrotrinazol. | Seringa desc. 10 ml | | SG Hipertérmico fr 500 ml |
| | Plasil amp. | Seringa desc. 20 ml | | SG Ringir fr 500 ml |
| | Prolamina | Seringa desc. 05 ml | | SG fr 500 ml |
| | Revivan amp. | Sonda | | |
| 02 | Stuptanon amp. | Sonda folley | Qtd. | ORTESE E PRÓTESE |
| 01 | Cefalotina 1g cefazolin | Sonda Nasogátrica | 01 | Fixador externo |
| | moxonidine | Sonda Uretral nº | | |
| | | Sterydrem ml | | |
| | | Torneirinha | | |
| Qtd. | MATERIAIS / SOLUÇÕES | Vaselina ml | | |
| 02 | Agulha desc. 26 x 7 40x12 | Gelcon 18 | | |
| | Agulha desc. 28 x 28 | Latese | | |
| 01 | Agulha desc. 3 x 4,5 | Latexes | | |
| AS | Agulha p/ raque nº 25 | | | |
| DE | Álcool de Enfermagem 70% | | | |
| | Álcool Iodado ml | | | |
| | Ataduras de Crepon 20cm | | | |
| | Ataduras de Gessada | | | |
| | Azul metileno amp. | | | |
| | Benzina ml | | | |

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

EQUIPAMENTOS

- (+) Oxímetro de Pulso () Foco Auxiliar
- (-) Serra () Eletrocautério
- (-) Desfibrilador () Oxicipiógrafo
- (+) Foco Frontal (+) Cardiomonitor
- (+) Fonte de Luz (+) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL



10
20

01
02

۱۵

50
10

1891
 1892

Handwritten signature: *[Signature]*



NOME

Muxen de Costa Barbosa

FOLHA DE ANESTESIA

DATA 05/02/2020

PRESSÃO ARTERIAL 120x80

PULSO 95

HEMOGLOBINA

HEMATÓCRITO

GLICEMIA

URÉIA

OUTROS

URINA

AP. RESPIRATÓRIO

AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO

ESTADO MENTAL

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Frx de ossos do pes

ESTADO FÍSICO

RISCO

ANESTESIAS ANTERIORES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTESICA

APLICADA

AS

EFEITO

AGENTES ANESTÉSICOS

LÍQUIDOS

CÓDIGOS

VF - ARTERIAL; O - PULSO; O - RESPIRAÇÃO

AX - ANESTESIA; O - OPERAÇÃO

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

PÓS-OPERATÓRIAS

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E

PERDA SANGÜÍNEA

AGENTES

TÉCNICA

OPERAÇÃO

CIRURGIÕES

ANESTESISTAS

OBSERVAÇÕES

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E

PERDA SANGÜÍNEA

AGENTES

TÉCNICA

OPERAÇÃO

CIRURGIÕES

ANESTESISTAS

OBSERVAÇÕES

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E

PERDA SANGÜÍNEA

AGENTES

TÉCNICA

OPERAÇÃO

CIRURGIÕES

ANESTESISTAS

OBSERVAÇÕES

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E

PERDA SANGÜÍNEA

AGENTES

TÉCNICA

OPERAÇÃO

CIRURGIÕES

ANESTESISTAS

OBSERVAÇÕES

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E

PERDA SANGÜÍNEA

AGENTES

TÉCNICA

OPERAÇÃO

CIRURGIÕES

ANESTESISTAS

OBSERVAÇÕES

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E

PERDA SANGÜÍNEA

AGENTES

TÉCNICA

OPERAÇÃO

CIRURGIÕES

ANESTESISTAS

OBSERVAÇÕES

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E

PERDA SANGÜÍNEA

AGENTES

TÉCNICA

OPERAÇÃO

CIRURGIÕES

ANESTESISTAS

OBSERVAÇÕES

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E

PERDA SANGÜÍNEA

AGENTES

TÉCNICA

OPERAÇÃO

CIRURGIÕES

ANESTESISTAS

OBSERVAÇÕES

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E

PERDA SANGÜÍNEA

AGENTES

TÉCNICA

OPERAÇÃO

CIRURGIÕES

ANESTESISTAS

OBSERVAÇÕES

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E

PERDA SANGÜÍNEA

AGENTES

TÉCNICA

OPERAÇÃO

CIRURGIÕES

ANESTESISTAS

OBSERVAÇÕES

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E

PERDA SANGÜÍNEA

AGENTES

TÉCNICA

OPERAÇÃO

CIRURGIÕES

ANESTESISTAS

OBSERVAÇÕES

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E

PERDA SANGÜÍNEA

Sr(a): NIXON DA COSTA BORBOREMA Protocolo: 0000512413 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): JULIO CESAR CASTRO Data: 06-02-2020 12:46 Origem: CLINICA OPTOMETRICA II
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 44 anos Destino: ENT-05-1.01

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 06/02/2020 12:44]

Resultados

SÉRIE VERMELHA

| | | |
|------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| Eritrócitos..... | 3.90 milhões/mm ³ | 3.72 a 5.00 milhões/mm ³ |
| Hemoglobina..... | 11,4 g/dL | 12.0 a 17.0 g/dL |
| Hematócrito..... | 34,5 % | 38.0 a 47.5 % |
| V.C.M..... | 88 fL | 80.0 a 100.0 fL |
| H.C.M..... | 29 pg | 27.0 a 32.0 pg |
| C.H.C.M..... | 33 g/dL | 32.0 a 36.0 g/dL |

SÉRIE BRANCA

| | | | | |
|-----------------------------|-------------------------|---------------------|---------------------|------------------------------------------------------|
| Leucócitos..... | 17.000 /mm ³ | (x10 ⁹) | (/mm ³) | 4.000 a 10.000 /mm ³ |
| Neutrófilos..... | 0 | 0 | | |
| Promielócitos..... | 0 | 0 | | |
| Mielócitos..... | 0 | 0 | | |
| Metamielócitos..... | 0 | 0 | | |
| Eosinófilos..... | 6,0 | 1.020 | | 40 a 70 - 0 a 100 x 10 ⁹ /mm ³ |
| Segmentados..... | 80,0 | 13.600 | | 40 a 70 - 0 a 100 x 10 ⁹ /mm ³ |
| Linfócitos..... | 1,0 | 170 | | 20 a 40 - 0 a 100 x 10 ⁹ /mm ³ |
| Basófilos..... | 0 | 0 | | 0 a 2,0 - 0 a 100 x 10 ⁹ /mm ³ |
| Plaquetas..... | 10,0 | 1.700 | | 20 a 40 - 0 a 100 x 10 ⁹ /mm ³ |
| Tipos..... | 0 | 0 | | |
| Atípicos ou Reativos..... | 0 | 0 | | |
| Monócitos..... | 3,0 | 510 | | 2 a 10 - 0 a 100 x 10 ⁹ /mm ³ |
| CONTAGEM DE PLACQUETAS..... | 375.000 mm ³ | | | 140.000 a 400.000/mm ³ |

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Carlos Felipe Louro de Menezes Brito
Hemodilúcio
06/02/2020

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: C185-10-0-CPSC-0000-1001-PR37-1361-APP3



PNCQ
Programa Nacional
de Qualidade



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 23/12/2020 09:56:29

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122309562926900000036337002>

Número do documento: 20122309562926900000036337002

| | | | | | |
|-----------|------------------------------------------|------------|------------------|----------|-----------------------|
| Sr(a): | NIXON DA COSTA BORBOREMA | Protocolo: | 0000512413 | RG: | NÃO INFORMADO |
| Dra(a): | JULIO CESAR CASTRO | Data: | 06-02-2020 12:46 | Origem: | CLINICA ORTOPEDICA II |
| Convênio: | HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES | Idade: | 44 anos | Destino: | ENF 06 - L 02 |

GLICEMIA

PA A V A COSTAS 20/02/2020 12:45

Resultado..... 163 mg/dL

Exat. Método Anterior:

Observação..... Sem jejum

Kit: PLASMA 10/5/80

Equip. Automat. tipo: NIDEP, METROLAB 2500

VALORES DE REFERÊNCIA: 70 a 99 mg/dL



Carlos Felipe Souza de Almeida Beltrão
Biomédico
CRM 5409

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: E36E-C7B3-1ED4-BCA1-3CC0-1C43-79A6-E6CA





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): NIXON DA COSTA BORBOREMA Protocolo: 0000512413 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): JULIO CESAR CASTRO Data: 06-02-2020 12:46 Origem: CLÍNICA ORTOPÉDICA II
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS DE LUIZ G. FERNANDES Idade: 44 anos Destino: ENF 05 - L 02

TEMPO DE COAGULACAO 8' 00"

DATA DA CUSTÓDIA: 06-02-2020 12:45

Valor da Análise:

Valor: Desconhecido

Salvo erro de digitação
OR - A 10 MINUTOS

Carlos Felipe Souza de Miranda Brito
Biotecnólogo
CRM 5409

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 0D7C-A27E-CF27-876C-ED07-E639-FE00-E91E



PNCQ
Programa Nacional
de Controle da Qualidade



| | | |
|---------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------|
| HOSPITAL <i>de Emergência e Trauma de C Grande</i> | | COD <i>Font: 2100019</i> |
| PACIENTE <i>Nixon da Costa Barboeira</i> | | DATA <i>05/02/20</i> |
| MÉDICO <i>Dr. André</i> | CRM | CONVÊNIO |
| PROCEDIMENTO <i>Fix. cirurg. fix. externa dos ossos da Perna</i> | | 0226 |



LAUDO DE MATERIAIS UTILIZADOS



| ITEM | QUANTIDADE | DESCRIÇÃO DE MATERIAIS | CÓDIGO |
|------|------------|----------------------------------|--------|
| 01 | <i>01</i> | <i>Fixador externo GD - T400</i> | |
| 02 | <i>01</i> | <i>Pinos e Fios metálicos</i> | |
| 03 | | | |
| 04 | | | |
| 05 | | | |
| 06 | | | |
| 07 | | | |
| 08 | | | |
| 09 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |

GD RUFINO LTDA EPP - T (19)3806-4251
 CNPJ: 08.425.586/0001-36 Moji Mirim/SP
 CEP: 13066-935
 Resp. Técnico: Wilson Ag. Martins LSI
 - CREA-SP N.º: 5078023553
 Pinos e Fios Metálicos GDFIX (Estéril)
 Cód.: P512045 - Pino de Schanz GDFIX
 Modelo: #5,0x200mm - Rosca Paralela
 Lote: 003812/19 Fabricação: 06/2019
 Validade: 06/2022 Proibido Reprocessar
 Material: Aço Inox ASTM F138
 Registro na ANVISA n.º: 80542260025

MÉDICO _____
 HOSPITAL _____

INSTRUMENTADOR *Josiane*

CNPJ: 26.051.266/0001-57 | INSC. ESTADUAL: 20.456.669-0 | AV. SENADOR SALGADO FILHO, 1718 - TIROL WAY OFFICE, SALA 912 - TIROL
 NATAL/RN - CEP: 59.022-000 | PLANTÃO 24HS (83) 98838-2091 / (84) 99682-3828 | E-MAIL: LSI.NATAL@GMAIL.COM









Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Sexo: M

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 2 Leito: 3 Diagnóstico: **6.2**

DIA 05/02/2020

| Item | Prescrição | Aprazamento |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 1 | DIETA LIVRE | |
| 2 | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h | 02 06 |
| 3 | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h | 24 06 |
| 4 | OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO | |
| 5 | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) | |
| 6 | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO FAZER DE 88H | 24 |

Dr. Fabio Crispim
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
05 FEV. 2020
CRM-PB 23.113 / CRM-PB 9561
TEOT 16.173





Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Data da Impressão: 05/02/2020
Horas da Impressão: 17:16:30
Médico (a) Diarista : Andre Ribeiro Araujo De Menezes

PRESCRIÇÃO MÉDICA

6.2

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2100019 Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA Idade: 044

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 18/08/1975 Sexo: M

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 2 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA PROXIMAL ESQUERDA

DIA 05/02/2020

| Item | Prescrição | Apazamento |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1 | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 0D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | DB |
| 2 | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, | 2K |





Sr(a): NEXON DA COSTA BORBOREMA Protocolo: 0000512831 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA Data: 03-02-2020 16:05 Origem: CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 44 anos Destino: EN-05-L02

6.2

HEMOGRAMA

[DATA DA COLÉTA: 03/02/2020 16:05]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

| | | |
|-------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Eritrócitos | 4.16 milhões/mm ³ | 4,2 à 5,0 milhões/mm ³ |
| Hemoglobina | 11,8 g/dL | 13,5 à 16,0 g/dL |
| Hematócrito | 36,0 % | 40,0 à 50,0 % |
| V.C.M. | 87 fL | 80,0 à 100,0 fL |
| H.C.M. | 28 pg | 27,0 à 31,0 pg |
| C.H.C.M. | 33 g/dL | 32,0 à 36,0 g/dL |

SÉRIE BRANCA

| | | |
|------------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| Leucócitos | 12.600 /mm ³ | 5000 à 10.000 /mm ³ |
| | (%) | (/mm ³) |
| Neutrófilos | | |
| Promielócitos | 0 | 0 |
| Mielócitos | 0 | 0 |
| Metamielócitos | 0 | 0 |
| Bastonetes | 7,0 | 882 |
| Segmentados | 73,0 | 9.198 |
| Eosinófilos | 0 | 0 |
| Basófilos | 0 | 0 |
| Linfócitos | | |
| Tipicos | 16,0 | 2.016 |
| Atípicos ou Inativos | 0 | 0 |
| Mesocitos | 4,0 | 504 |
| CONTAGEM DE PLACQUETAS | 437.000 mm ³ | 150.000 à 400.000/mm ³ |

OBSERVAÇÕES: Contagens revisadas e confirmadas.

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCÓPIA

Assinatura
Ana Carolina Miguel Agra
Biomédica
CRM 5411

Este laudo foi assinado digitalmente com o número: AF44-2-36-2RSP-D812-71SC-EBAC-46E2-4C77



19/02/2020

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Maj. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.

Data: 19/02/2020

NOME: Wagner Luiz Ego de Araujo



PARAÍBA
Governador do Estado



Sempre todos
PARAÍBA
Governador do Estado

Número do Prontuário: 62525

DATA DA CIRURGIA: 19/02/2020

Número do Atendimento: 2100019 Clín: ORTOPEDIA 2 / Enf: 6 / Lei: 2

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: NIXON DA COSTA BORBOREMA

Data da Internação: 05/02/2020

Atendimento: 2100019

Diagnóstico Pré-Operatório:

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgia: Data da Cirurgia: 19/02/2020

Equipe:

Cirurgião: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 01 PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

02 ASSEPSIA + ANTISSEPSIA

03 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

04 INCISÃO EM FACE LATERAL E MEDIAL DE JOELHO ESQUERDO + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA

05 REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO + FIXAÇÃO COM

02 PLACAS EM L DE 10 FUROS + PARAFUSOS

06 LAVADO DE FO COM SF

07 SUTURA

08 CURATIVO

Data 19/02/2020

Assinatura/Carimbo

Wagner Luiz Ego de Araujo

Wagner Luiz Ego de Araujo
Médico - ORTODONTIA
CRM-PB 6926



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

| | | | | | |
|---------------|-----------------------------------------------|-----------|------------|--------------|-----------|
| Paciente: | Hixon da Costa Borboremas | | Idade: | 44a | |
| Convênio: | SUS | | Data: | 19/02/20 | |
| Procedimento: | Met. Cirurgico de fratura de Placa tibial (E) | | | | |
| Cirurgião: | Dr. Bruno | Auxiliar: | Dr. Kauler | Anestesista: | Dr. Almir |
| Início: | 07:00 | Término: | 09:45 | Anestesia | Raque |

[illegible][illegible]

| |
|------------------------|
| Observações: |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| Assinatura Anestesista |
| Circulante |

Assinatura Anestesista

Circolante

Relatório de Operação

MOD. 103



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 | | 1 |
| Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2 | | 2 |
| PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2 | | 2 |
| Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2 | | 2 |
| Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2 | | 2 |
| TOTAL DE PONTOS: | | 9 |

Dra. Isabela Pinheiro de Sousa
Anestesiologista
CRM-PB 4160

Assinatura do anestesista





| | | | |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| SETOR DE ORIGEM: | Ortopedia II | | |
| NOME: | Nixon da Costa Barborema | | |
| PROCEDIMENTO: | | | |
| <input type="checkbox"/> AVP:LOCAL: | <input type="checkbox"/> GELCO Nº: | <input type="checkbox"/> AVC | <input checked="" type="checkbox"/> JEJU |
| 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 | <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 checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA | | |
| <input type="checkbox"/> RESERVA DE HEMODERIVADO | <input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA | | |
| ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: | COREN: | | |



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

MOD 066



2F/80/81: no answer at all in main
 P 1000 is same
 2F/80/81: no answer at all in main
 P 1000 is same
 2F/80/81: no answer at all in main
 P 1000 is same

[illegible]

~~signature~~ MT
 1 up ~~signature~~ so it
~~signature~~

[illegible]

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------------|-----------------|-----|---------------------|----|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------------------------------------------|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| HUECG | | HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES | | ENFERMARIA | LEITO | Nº PRONTUÁRIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FOLHA DE ANESTESIA | | NOME <i>NIXON DA COSTA BONFENHA</i> | | | IDADE | SEXO <i>M</i> | COR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATA <i>19/03/2020</i> | PRESSÃO ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | ALTURA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TIPO SANGÜÍNEO | HEMÁCIAS | HEMOGLOBINA | HEMATÓCRITO | GLICEMIA | UREIA | OUTROS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| URINA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AP. RESPIRATÓRIO | | | | | ASMA | BRONQUITE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AP. CIRCULATÓRIO | | | | | ELETROCARDIOGRAMA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AP. DIGESTIVO | | | DENTES | PESCOÇO | AP. URINÁRIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTADO MENTAL | | | ATARÁXICOS | CORTICÓIDES | ALERGIA | HIPOTENSORES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>FRAT. PLATÓ" TIBIAL E.</i> | | | | | ESTADO FÍSICO | RISCO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANESTESIAS ANTERIORES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA | | | | APLICADA | ÀS | EFEITO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">AGENTES ANESTÉSICOS</td> <td>0'</td> <td colspan="10"></td> <td rowspan="2">INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">LÍQUIDOS</td> <td><i>200</i></td> <td colspan="10"></td> <td rowspan="2">MANUTENÇÃO</td> </tr> <tr> <td><i>200</i></td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">CÓDIGOS</td> <td></td> <td colspan="10"></td> <td rowspan="2">ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">VP. ARTERIAL: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO</td> <td>260</td> <td colspan="10"></td> <td rowspan="2">DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co₂: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____</td> </tr> <tr> <td>240</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>220</td> <td colspan="10"></td> <td rowspan="2">Com cânula: _____ Paro o Leito: Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>200</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>180</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>160</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>140</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>120</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>100</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>80</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>60</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>40</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>20</td> <td colspan="10"></td> </tr> </table> | | | | | | | | AGENTES ANESTÉSICOS | 0' | | | | | | | | | | | INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ | | | | | | | | | | | | LÍQUIDOS | <i>200</i> | | | | | | | | | | | MANUTENÇÃO | <i>200</i> | | | | | | | | | | | CÓDIGOS | | | | | | | | | | | | ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____ | | | | | | | | | | | | VP. ARTERIAL: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO | 260 | | | | | | | | | | | DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ | 240 | | | | | | | | | | | | 220 | | | | | | | | | | | Com cânula: _____ Paro o Leito: Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: | | 200 | | | | | | | | | | | | 180 | | | | | | | | | | | | 160 | | | | | | | | | | | | 140 | | | | | | | | | | | | 120 | | | | | | | | | | | | 100 | | | | | | | | | | | | 80 | | | | | | | | | | | | 60 | | | | | | | | | | | | 40 | | | | | | | | | | | | 20 | | | | | | | | | | |
| AGENTES ANESTÉSICOS | 0' | | | | | | | | | | | INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LÍQUIDOS | <i>200</i> | | | | | | | | | | | MANUTENÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <i>200</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CÓDIGOS | | | | | | | | | | | | ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VP. ARTERIAL: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO | 260 | | | | | | | | | | | DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 240 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 220 | | | | | | | | | | | Com cânula: _____ Paro o Leito: Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 200 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 180 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 160 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 140 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 120 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 80 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 60 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 40 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| POSICÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AGENTES <i>PROFESSOR DR. DIOMEZ, ESTERILIZADOR</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TÉCNICA <i>PLATEAU BILATERAL</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OPERAÇÃO <i>MED. CIRURGICA O/1540 PAX</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CIRURGIÕES <i>IGNACIO + EULIA + WAGNER</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANESTESISTAS <i>ALAN</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVAÇÕES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS. | | | | | | PERDA SANGÜÍNEA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 23/12/2020 09:56:29

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122309562974600000036337001

Número do documento: 20122309562974600000036337001

Num. 38098325 - Pág. 1

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMIA

CIDADE

CAMPINA GRANDE

TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE

NIXON DA COSTA BORIBOREMA

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AL. H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

2100219

PROCEDIMENTO REALIZADO

TEST. CIRUR DE FRAT. DE PLATO TIBIAL (ESQ.)

| PRODUTO | REF. | QUANT. | CÓD. ROMP. |
|--------------------------------|------|--------|------------|
| PLACA EM "L" 4,5 LADO ESQ. JOF | | 01 | |
| PLACA EM "L" 4,5 LADO DIR. JOF | | 01 | |
| PARAF. CORTICAL 4,5 x 22 | | 01 | |
| " " 4,5 x 30 | | 02 | |
| " " 4,5 x 36 | | 02 | |
| " " 4,5 x 38 | | 01 | |
| " " 4,5 x 40 | | 01 | |
| PARAF. ESPONJOSO 6,5 x 60 | R-35 | 01 | |
| " " 6,5 x 70 | R-36 | 01 | |
| " " 6,5 x 80 | R-36 | 01 | |
| " " 6,5 x 80 | R-32 | 01 | |

DATA DA UTILIZAÇÃO

19-02-2020

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

DR. BEWNO BRILHANTE +

OBSERVAÇÕES

DR. EULLER + DR. WAGNER

CX DE G. FRAT. 4,5 NO 116

CX DE PARAF. 4,5 NO 161

Dr. Everlan Meira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RB 9900

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

AMIRCE





FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPÉDICA (BASEADO NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Mixon Idade: 44 e Sexo: M Enf/Leito: 6-2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

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

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

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (X) ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____

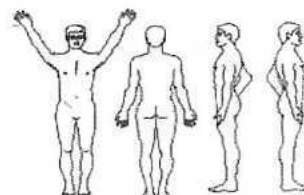
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (X) NORMOCORADA () HIPOCORADA

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

LESÃO POR PRESSÃO: () SIM (X) NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____

localização anatômica da ferida; Curativo em: ____/____/____.



CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: (X) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA HIGIENE BUCAL: (X) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

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

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA () PREJUDICADA

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

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

| HORA | PA | T | FC/P | SPO2 | GLICEMIA | DIURESE | DÉBITO DE | DOR | PESO | ASSINATURA | DISPOSITIVOS | DATA DE |
|------|--------|------|-------|------|----------|---------|-----------|--------|------|------------|----------------|----------|
| | (mmhg) | (°c) | (bpm) | (%) | (mg/dL) | (ml) | DRENO(ml) | (0a10) | (Kg) | | | INSERÇÃO |
| | | | | | | | | | | | SOG/SNG/SNE | |
| | | | | | | | | | | | SVF | |
| | | | | | | | | | | | CIRCUITO DE VM | |
| | | | | | | | | | | | FILTRO DE VM | |
| | | | | | | | | | | | UMIDIFICADOR | |
| | | | | | | | | | | | ASPIRADOR | |
| | | | | | | | | | | | LATEX | |
| | | | | | | | | | | | EQUIPO SIMPLES | |



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

| DIAGNÓSTICOS | FATORES RELACIONADOS | CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| CONSTIPAÇÃO | () DESIDRATAÇÃO | () ABDOME DISTENDI () ANOREXIA |
| | () HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES | () DOR AO EVACUAR () DOR ABDOMINAL |
| DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO | () PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR | (X) INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO |
| | () OUTRO | () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO |
| DOR AGUDA | () AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) | () ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA |
| | () OUTROS | () RELATO VERBAL DE DOR |
| HIPERTERMIA | () ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA | () AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS |
| | () OUTRO | () TAQUICARDIA () TAQUIPNÉIA |
| MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA | () ANSIEDADE () DESCONFORTO () RIGIDEZ ARTICULAR | (X) DIFICULDADE PARA VIRAR-SE |
| | (X) PREJUÍZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO | () MOVIMENTOS DESCONTROLADOS |
| RISCO DE INFECÇÃO | (X) AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS | |
| | (X) PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO | |
| OUTRO | | |

| PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM | APRAZAMENTO | RESULTADOS ESPERADOS |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------------------------|
| () AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL | | () OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ |
| () AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA | | |
| () OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL | | |
| () ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO | | (X) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE |
| (X) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO | diário | () CONTROLE DA DOR (MELHORA OU AUSENTE) |
| () EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR | | |
| () AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR | | |
| () AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS | | |
| () ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO | | |
| () APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS | | () MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS |
| () INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS | | (X) MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA |
| (X) ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO | diário | (X) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO |
| (X) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS | diário | |
| (X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS | | |
| (X) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO | | |
| OUTRO | | |

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

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

TERAPIA INTRAVENOSA? (X) SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRPIO NEUROLÓGICO

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

ASSINATURA E CARIMBO:

Érika de Sousa Miranda
COREN-PB 102681-ENF



FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPÉDICA (BASEADO NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Nixon da Costa Idade: 44 Sexo: M Enf/Leito: 6-2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: _____

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: ☒ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSOMOBILIDADE FÍSICA: ☒ PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA. LOCAL: _____

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: ☒ NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESOALIMENTAÇÃO: ☒ VO () SNG () SNE () OUTROS: _____ELIMINAÇÃO INTESTINAL: ☒ NORMAL () ALTERADO () OUTROS: _____ELIMINAÇÃO URINÁRIA: ☒ ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: ☒ NORMOCORADA () HIPOCORADA

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

LESÃO POR PRESSÃO: () SIM ☒ NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____

localização anatômica da ferida: _____

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE ☒ DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTEHIGIENE CORPORAL: ☒ SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIALIMITAÇÃO FÍSICA: ☒ ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

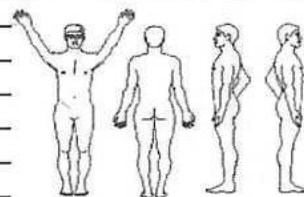
COMUNICAÇÃO: ☒ PRESERVADA () PREJUDICADASENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: ☒ COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

| HORA | PA | T | FC/P | SPO2 | GLICEMIA | DIURESE | DÉBITO DE | DOR | PESO | ASSINATURA | DISPOSITIVOS | DATA DE |
|-------|--------|------|-------|------|----------|---------|-----------|--------|------|------------------|----------------|----------|
| | (mmHg) | (°C) | (bpm) | (%) | (mg/dL) | (ml) | DRENO(ml) | (0a10) | (Kg) | | | INSERÇÃO |
| 09:00 | 154.85 | 36.0 | 69 | | | | | | | <i>W. Franco</i> | SOG/SNG/SNE | |
| | | | | | | | | | | | SVF | |
| | | | | | | | | | | | CIRCUITO DE VM | |
| | | | | | | | | | | | FILTRO DE VM | |
| | | | | | | | | | | | UMIDIFICADOR | |
| | | | | | | | | | | | ASPIRADOR | |
| | | | | | | | | | | | LATEX | |
| | | | | | | | | | | | EQUIPO SIMPLES | |



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:
8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

| DIAGNÓSTICOS | FATORES RELACIONADOS | CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ | () ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO | () ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO |
| DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO | () PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR (X) OUTRO | (X) INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO (X) INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO |
| DOR AGUDA | () AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS | () ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR |
| HIPERTERMIA | () ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO | () AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA |
| INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA | () EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO | () DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE |
| RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO | () ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS | |
| RISCO DE INFECÇÃO | (X) AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS (X) PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO | |
| OUTRO: | | |

| PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM | APRAZAMENTO | RESULTADOS ESPERADOS |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------------------------|
| () MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95% | | () MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ |
| () OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA | | |
| () ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO | | () AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE |
| (X) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO | | () CONTROLE DA DOR (MELHORA OU AUSENTE) |
| () EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR | | |
| () AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR | | |
| (X) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS | | |
| () ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO | | |
| () APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS | | () MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS |
| () INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS | | () MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE |
| () REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE | | () RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO |
| () VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO) | | (X) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO |
| (X) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS | | |
| (X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS | | |
| (X) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL A 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO | | |
| OUTRO: | | |

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

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

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

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

ASSINATURA E CARIMBO:

 Izabela N. Vitorino Araújo
COREN-PB 122484 - ENF




Poder Judiciário da Paraíba

1ª Vara Cível de Campina Grande

End.: Rua Vice-Prefeito Antônio Carvalho de Sousa, s/n, Liberdade, Cep.:58.410-050- Fone: (83)3310-2439

Processo nº 0835291-36.2020.8.15.0001

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade judiciária ao(s) autor(es).

Altere-se o ASSUNTO do processo para ACIDENTE DE TRÂNSITO.

Deixo de designar audiência em razão da necessidade de perícia nos presentes autos, tendo a prática demonstrado impossibilidade de composição em processos cuja classe e assuntos são aqueles que constam dos autos.

Cite(m)-se o(s) promovido(s), advertindo-lhe(s) que terá(ão) o prazo de 15 (quinze) dias úteis para apresentar(em) contestação, a contar da juntada do AR/Mandado, e que a ausência de defesa implicará revelia e presunção de veracidade dos fatos alegados na petição inicial.

Apresentada contestação, à impugnação, pelo prazo de 15 (quinze) dias úteis.

Determino, desde já e de ofício, exclusivamente, a produção da prova pericial, conforme convênio do e. TJPB com a Seguradora Líder.

Por conseguinte, nomeio a Dra. ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA para o encargo de Perito Judicial, independentemente de termo de compromisso, com os honorários fixados a teor do que prevê o Termo de Cooperação Técnica 015/2020 em R\$250,00 (duzentos e cinquenta reais) e a serem adiantados pelo réu no prazo de 15 (quinze) dias. **Intime-se.**

Em sequência, após juntada do comprovante, proceda a Escrivania com os seguintes atos: **(a) intemem-se as partes (por meio de seus advogados legalmente habilitados) para, em 05 (cinco) dias, formularem quesitos pertinentes ao objeto da perícia (caso ainda não feito), indicando os respectivos assistentes técnicos e (b) intime-se o nomeado, por telefone e/ou e-mail, para designar dia / local / horário de realização do exame pericial, enviando-lhe os quesitos e intimando-se em seguida as partes (o autor deverá comparecer munido com todos os seus documentos e exames pertinentes). Prazo para entrega do laudo: 10 dias.**

Deve a perita declarar, acaso solicitada, a presença ou ausência do periciando ao ato da perícia, informando data e hora, além da presença de acompanhante.

O advogado tem o dever de comunicar ao periciando a data, local e horários da perícia designada, sob pena de, não realizada a perícia por não comparecimento da parte sem justa causa comprovada nos autos, julgar-se o processo no estado em que se encontra.



Depositado o laudo em juízo:

- Intimem-se as partes para se manifestarem **sobre a prova acrescida**, em 15 (quinze) dias, vindo-me os autos conclusos a seguir, **para julgamento antecipado da lide**.

- Expeça-se ofício para transferência dos honorários periciais/Expeça-se alvará dos honorários periciais.

Intimações e demais diligências necessárias.

Somente ao fim, devidamente instruído o processo, façam os autos conclusos para sentença.

Campina Grande, datado e assinado eletronicamente.

Juiz(a) de Direito





Poder Judiciário da Paraíba

1ª Vara Cível de Campina Grande

End.: Rua Vice-Prefeito Antônio Carvalho de Sousa, s/n, Liberdade, Cep.:58.410-050- Fone:
(83)3310-2439

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Processo nº 0835291-36.2020.8.15.0001

AUTOR: NIXON DA COSTA BORBOREMA



RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

CARTA DE CITAÇÃO

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito da 1ª Vara Cível de Campina Grande-PB **CITO REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., na pessoa de seu(sua) representante legal**, dos termos da ação supra, e para, querendo, apresentar **contestação** no prazo de **15 (quinze) dias úteis**.

Advertência: Se o réu não contestar a ação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor, nos termos do art. 344 do CPC.



Campina Grande-PB, 7 de janeiro de 2021

IURI LIMA RAMOS REINALDO



Técnico Judiciário

