

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210254319

Cidade: Santa Cecília

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MANOEL SILVESTRE PEREIRA

Data do acidente: 19/04/2020

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OLÉCRANO E CABEÇA DE RÁDIO ESQUERDO. P.1,6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P.7,32
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Janeiro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210254319

Vítima: MANOEL SILVESTRE PEREIRA

Data do Acidente: 19/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MANOEL SILVESTRE PEREIRA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **MANOEL SILVESTRE PEREIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000000835-4**

Conta: **0000024952-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,



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

2 - Nº do sinistro na ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 118.983.004-37 4 - Nome completo da vítima: MANOEL SILVESTRE PEREIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/VÍTIMA OCULOU/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: MANOEL SILVESTRE PEREIRA 6 - CPF: 118.983.004-37
 7 - Profissão: PEC. INFORMAR 8 - Endereço: RUA JOSE DE MOURA 9 - Número: 51 10 - Complemento: CHUP
 11 - Bairro: ALGA RURAL 12 - Cidade: SANTA CECÍLIA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58403-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 51.99161-3707

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: R\$ 0,00 INFORMAR SEM RENDA R 1.000,00 A R 1.000,00 R 2.500,00 ATÉ R 5.000,00 R 1.001,00 ATÉ R 2.500,00 ACIMA DE R 5.000,00

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

CONTA POUPOANÇA (somente para os bancos abaixo. Assine uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (343)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (304)
 CONTA CORRENTE (todas as bancas)
 Nome do BANCO: BRANDECO
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Atenção! Cópia de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.
 Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos locais que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) sobre os fatos de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
 • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
 Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
 Declaro que esta autorização não significa nenhuma concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou CIV) Divorciado Segundo Julgamento Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informe o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vítimas: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou herança/alienação? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vítimas: Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - _____
 35 - Nome legal de quem assina o pedido (a rgo): _____
 36 - CPF legal de quem assina o pedido (a rgo): _____
 37 - Assinatura de quem recebe o pedido (a rgo): _____

38 - 38 | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 39 - 39 | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Santa Cecília, 15/12/2021
Manoel Silvestre Pereira
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA nº 29/2021

Versando sobre: Acidente de Moto

Local e data do fato: 12,00hrs do dia 19 de abril de 2021.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: As 11h30min do dia 03 de Dezembro de 2021.

Local do Ocorrido: Sítio Santambão de Baixo, nas proximidades da casa de Antonio de N. Ninho, zona rural de Santa Cecília-PB

COMUNICANTE/VÍTIMA: MANOEL SILVESTRE PEREIRA, brasileiro, solteiro, agricultor, filho de Antonio Silva Pereira e Josefa Silvestre Pereira, nasceu em 22/08/1992, natural de Surubim-PE, portador do CPF: 118.983.004-37 e RG nº 3.948.752-88/08-PB, residente no Sítio Santambão de Baixo, Zona Rural, Santa Cecília, PB.

HISTÓRICO: Que estava na posição de zureca em uma moto de marca Honda, CG 160 LAX, cor Vermelha, placa QFO 3699-PB, renavam 0106883744-7, Classif nº 9C2K3 22 CURR01M07 ano 2015, modelo 2016, licenciada em nome de Jose Demas de Azevedo, sítio Santambão-PE, nas mediações do sítio Santambão de Baixo, zona rural de Santa Cecília, nas proximidades da casa de Antonio Gomes e Antonio de Ninho, que o condutor da referida moto ao fazer próximo de um quebra moitas, a moto não obedeceu o comando, vindo a derrapar e as mesmas vindo ao solo. Que informa a vítima que o condutor da referida moto só teve amaldições leves e a vítima por ter sido uma situação mais grave fora socorrido para o Hospital de Trauma de Campina Grande-PB onde foi submetido a cirurgia. O teor

COMUNICANTE/VÍTIMA:

Manoel Silvestre Pereira
MANOEL SILVESTRE PEREIRA

COMISSÁRIO DA POLÍCIA CIVIL:

Joacir Antonio da Silva
JOACIR ANTONIO DA SILVA

Declaração de Inexistência de IML

[X] Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.



Paraná
PARAÍBA
Governador do Estado



CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 19/04/2020

Horas: 17:16:04

Médico (a) Diarista: Felipe Miranda Mendonca Fernandes

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2144058 Paciente: MANOEL SILVESTRE PEREIRA Idade: 027 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA SILVESTRE PEREIRA Data de Nascimento: 22/08/1992 Admissão: 19/04/2020 DIH - 0

Clinica: CENTRO CIRURGICO Enfermaria: URPA Leito: 3 Diagnóstico: HD FRATURA OLECRANO E CABECA DO RADIO E

DIA 19/04/2020

MÉDICO(A): Felipe Miranda Mendonca Fernandes /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	38 2x of
3	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H SE NAUSEA OU VOMITOS	50
	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8 HORAS, SE DOR FORTE	50 etc
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 2X POR DIA	
6	ESTIMULAR DEAMBULACAO	

EVOLUÇÃO

DATA: 19/04/2020 HORA: 17:15:52

PCT COM TRAUM CONTUSO EM COTOVELO E POR QUEDA DE MOTO HD FRATURA OLECRANO E CABECA DO RADIO E SOLICITO PRE OP

ASSINATURA + CARIMBO
Felipe Miranda Mendonca Fernandes

Dr. João Paulo
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM/PB 95551

19/04/2020
18:00HS

Paciente, consciente,
orientada, PA: 120x80

vinde do ambulatório, medicado
usando insulina e cuidadores da
enfermagem. ~~ela~~

~~19/04/2020~~
19:00HS

Paciente consciente, PA:
120x80, um episódio

no tórax, medicado, segue sob
cuidadores da enfermagem.
~~ela~~



Seus todos
PARAÍBA
Governador do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 20/04/2020

Horas: 07:15:30

Médico (a) Diarista : Wagner de Melo Falcão

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2144058 Paciente: MANOEL SILVESTRE PEREIRA Idade: 027 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA SILVESTRE PEREIRA Data de Nascimento: 22/08/1992 Admissão: 19/04/2020 DIH - 1

Clinica: CENTRO CIRURGICO Enfermaria: URPA Leito: 3 Diagnóstico: HD FRATURA OLECRANO E CABECA DO RADIO E

DIA 20/04/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcão /

Ortossintetizar 3-4

9-3

Item	Prescrição	Aprazimento
1	DIETA LIVRE <i>(para dieta e dieta de 22:00)</i>	LIVRE
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	2x 18 2x 06
3	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H SE NAUSEA OU VOMITOS	SN
4	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8 HORAS, SE DOR FORTE	SN
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 2X POR DIA	du
6	ESTIMULAR DEAMBULACAO	

EVOLUÇÃO

DATA: 20/04/2020 HORA: 07:14:53

beg. estável

CD: AGUARDA PRÉ-OP

SOL: HEMOGRAMA/COAGULOGRAMA

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

Natália Bezerra
FARMACIA
CRM-PB 10753

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo Falcão

20104/2020
8:00HS

Paciente consciente, arim-
tado, SSUV: PA: 120x80, t: 36°
supine, avariado, modificado, segue
os cuidados da conjunção

20104/2020
19:00HS

Paciente avaliado
estável, PA: 120x80, t: 36°
segue os cuidados
conjunção. ~~OK~~

modificado
cuidados da



Paraná todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 21/04/2020

Horas: 06:45:26

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2144058 Paciente: MANOEL SILVESTRE PEREIRA Idade: 027 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA SILVESTRE PEREIRA Data de Nascimento: 22/08/1992 Admissão: 19/04/2020 DIH - 2

Clinica: NEUROBUÇO Enfermaria: 9 Leno: 3 Diagnóstico: HD FRATURA OLECRANO E CABECA DO RADIO E

DIA 21/04/2020

MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE <i>Faca pelo copo de 220ml</i>	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 30
3	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H SE NAUSEA OU VOMITOS	SN
4	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8 HORAS, SE DOR FORTE	SN
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 2X POR DIA	att et
6	ESTIMULAR DEAMBULACAO	

EVOLUÇÃO

DATA: 21/04/2020 HORA: 06:44:57

ORTOPEDIA EVOLUÇÃO

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL CLINICAMENTE
SEM QUEIXAS
TALA OK
NEUROVASCULAR PRESERVADO

PREOP OK

CD: AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

Sobrinho de Manoel F.

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 214358 Cariceto: MANUEL SILVESTRE PEREIRA Idade: 027

Nome da Mãe: JONÉFA SILVESTRE PEREIRA Data de Nascimento: 22/08/1992 Sexo: M

Admissão: 06/06/2020 10:15

Clinica: GINECOLOGIA Internista: 3 Lido: Triagem: SÍNDROME DE DICRANÓCERAS E CARÇA DO RABO C Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 27/06/2020 HORA: 14:57:19

PACIENTE EM PAPEL DE FIATUNA DE DICRANÓCERAS CARÇA DE RABO ESQUERDO, SEGL E DM HOG, SEM PROLAPSO VAGINAL. INICIO ANTIBIÓTICO PROFLAXIA.

ADMISSÃO: 06/06/2020
 Nucleo Santa Rita de Cassia





PARAÍBA
Estado do Rio Grande do Norte



Número de Prescrição: 180467 DATA DA CIRURGIA: 22/04/2020

Número do Atendimento: 2144058 Clin: QUEIMADOS / Ent: 3 / Lec: 4

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MANOEL SILVESTRE PEREIRA

Data da Internação: 19/04/2020

Atendimento: 2144058

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA DO OLECRANO E CABEÇA DE RADIO ESQUERDA

Diagnóstico Pós-Operatório: O MESMO

Cirurgias: JS/ECSSINTESE Data da Cirurgia: 22/04/2020

Equipe:

Cirurgião: ARISTOTELES CORREIA DE Q NETO

Ass 1: WAGNER LUTZ E DE ARAUJO

Ass 2: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Ass 3:

Instrumentador:

Assista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista: NÃO

Exame Radiológico no At: SIM

Adicionar Detalhes Operação: NÃO

Descrição da Operação: 1) PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

2) ASSÉPTICA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

3) INCISÃO EM FACE ANTERIOR DE ANTEBRAÇO ESQUERDO + DISSECCÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA

4) OBSERVADO FRATURA DE OLECRANO COM EXTENSÃO PARA CORONOIDE COMINUIDA + FRATURA DE CABEÇA DE RADIO

5) REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE OLECRANO ESQUERDO + FIXAÇÃO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO DE OLECRANO + COLOCADO FIXADOR EXTERNO.

6) LAVAGEM DO TO COM SF 0,9%

7) SUTURA CURATIVO

7) CURPA

22/04/2020

Assinatura: Carilheo
Nattan Santos Rozendo De Oliveira



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

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

Alta RPA



Assinatura do anestesista



PARAIBA
Governador João Pessoa

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 22/04/2020

Horas: 07:57:45

Médico(a) Diarista: Eduardo Otávio Braga Morais

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2144058 Paciente: MANOEL SILVESTRE PEREIRA Idade: 027 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA SILVESTRE PEREIRA Data de Nascimento: 22/08/1992 Admissão: 19/04/2020 DIH - 3

Clinica: QUEIMADOS Enfermaria: J Leito: 4 Diagnóstico: HD FRATURA OLECRANO E CABECA DO RADIO E

DIA 22/04/2020

MÉDICO(A): Eduardo Otávio Braga Morais /

Item	Prescrição	Aprazamento			
1	DIETA LIVRE <i>Digo dieta zero até 5 de maio</i>				
2	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	1/2	1/2	2/4	06
3	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO				
4	8h SE NAUSEA OU VÔMITOS TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 1 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	(SN)			
5	8-8 HORAS, SE DOR FORTE CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 2X POR DIA	(SN)			
6	ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO	EX			
		CT			

EVOLUÇÃO

DATA: 22/04/2020 HORA: 07:57:11

ORTOPEdia EVOLUÇÃO

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL CLINICAMENTE

SEM QUEIXAS

TALA OK

NEUROVASCULAR PRESERVADO

PREOP OK

CD: AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO

Eduardo Otávio Braga Morais

Dr. Eduardo Braga Morais
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PB 6538



Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

Data da Impressão: 22/04/2020
Hora da Impressão: 14:16:02
Médico (a) Diarista: Nattan Santos Rozendo De Oliveira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2144050 Paciente: MANOEL SILVESTRE PEREIRA Idade: 027

Nome do Mãe: JUSÉIA SILVESTRE PEREIRA Data de Nascimento: 22/08/1992 Sexo: M

Clinica: QUEIMADOS Enfermaria: 3 Leito: 6 Diagnóstico: HD FRATURA OLCRANG E CABECA DO RADIO E

DIA 22/04/2020

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. OFFER. AMO. 12h/12h OD/2L Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	<i>SB</i> <i>de</i>
3	DIPHRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 6h/6h	
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 1 ML E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/24 SE NAUSEA OU VOMITOS	
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO A 4 HORAS SE DOR FORTE	
6	CUIDADOS GERAIS + CUIDADOS VITAIS 2X POR DIA	
7	EXATIDÃO DE AMBULAÇÃO	

Nattan Rozendo
22/04/2020



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2144058 Paciente: MANOEL SILVESTRE PEREIRA Idade: 027 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA SILVESTRE PEREIRA Data de Nascimento: 22/08/1992 Admissão: 19/04/2020 DIH - 6

Clinica: CIRURGICA Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: HD FRATURA OLECRANO E CABECA DO RADIO E

DIA 25/04/2020

MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	JELCO SALINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1 AMPOLA, 0h/0h	12 18 24 30
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H SE NAUSEA OU VOMITOS	
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8 HORAS, SE DOR FORTE	
6	FISIOTERAPIA MOTORA	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 2X POR DIA	
8	ESTIMULAR DEAMBULACAO	
9	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA: 25/04/2020 HORA: 09:53:20

ORTOPEDIA

22 DPO - FIXADOR TRNSARTICULAR COTOVELO ESQ

ESTAVEL

DOR +

FEBRE-

EDEMA MSE

FIXADOR +

SENSIBILIDADE +

MOTRICIDADE - EM MAO E PUNHO ESQ

FO: SANGUE

CD AGUARDA NOVO PROCEDIMENTO CIRURGICO

ASSINATURA + CARIMBO

Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Luigi Costa
Médico(a) Diarista
Clínica Cirúrgica
CRP/PB 5523



Seus direitos
PARAÍBA
Governo do Estado



CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 27/04/2020

Horas: 07:08:08

Médico (a) Diarista: Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2144058 Paciente: MANOEL SILVESTRE PEREIRA Idade: 027 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA SILVESTRE PEREIRA Data de Nascimento: 22/08/1992 Admissão: 19/04/2020 DIH - B

Clinica: CIRURGICA Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: HD FRATURA OLECRANO E CABECA DO RADIO E

DIA 27/04/2020

MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	JELCO SALINIZADO	
3	IPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, IAMPOLA, 6h/6h	2x 20 2x 20
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	2x 20 2x 20
5	8/8H SE NAUSEA OU VOMITOS TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	5x 2
6	8/8 HORAS, SE DOR FORTE FISIOTERAPIA MOTORA	4x 2
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 2X POR DIA	q q
8	ESTIMULAR DEAMBULACAO	q q
9	CURATIVOS	q q

EVOLUÇÃO

DATA: 27/04/2020 HORA: 07:07:56

ORTOPEDIA

23º DPO - FIXADOR TRNSARTICULAR COTOVELO ESQ

ESTAVEL

DOR +

FEBRE-

EDEMA MSE

FIXADOR +

SENSIBILIDADE +

MOTRICIDADE - EM MAO E PUNHO ESQ

FO: SANGUE

CD AGUARDA NOVO PROCEDIMENTO CIRURGICO

ASSINATURA + CARIMBO

Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CFM - PB 9562

10:00

$\frac{37}{04}$
 $\frac{20}{20}$ Paciente estável, realizado arcos e curativo, medicações conf. presc. início segue aos cuidados da equipe.

TA = 120 x 70

FC = 97

27/04/20
23:30

Paciente consciente e orientado aos cuidados médicos e da enfermagem. medicações sob observação

D.A 120 x 80

[Signature]

Heromara Costa
Téc. Enfermagem
COREN-PE 001.240.574



PARAIBA
Governador João Pessoa

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 28/04/2020

Horas: 09:32:58

Médico(a) Diarista: Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2144058 **Paciente: MANOEL SILVESTRE PEREIRA** Idade: 027 Sexo: M
 Nome da Mãe: JOSEFA SILVESTRE PEREIRA Data de Nascimento: 22/08/1992 Admissão: 19/04/2020 DIH - 9
 Clínica: CIRURGICA **Enfermaria: 9 Leito: 3** Diagnóstico: HD FRATURA OLECRANO E CABECA DO RADIO E

DIA 28/04/2020
 MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	JELCO SALINIZADO	J
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	J
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	J
	8/8H SE NAUSEA OU VOMITOS	SIN
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	J
	8/8 HORAS, SE DOR FORTE	SIN
6	FISIOTERAPIA MOTORA	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 2X POR DIA	J
8	ESTIMULAR DEAMBULACAO	J
9	CURATIVOS	J

EVOLUÇÃO

DATA: 28/04/2020 HORA: 09:32:46

ORTOPEDIA
 24° DPO - FIXADOR TRNSARTICULAR COTOVELO ESQ

ESTAVEL
 DOR +
 FEBRE-
 EDEMA MSE
 FIXADOR +
 SENSIBILIDADE +
 MOTRICIDADE - EM MAO E PUNHO ESQ
 FO: SANGUE

CD AGUARDA NOVO PROCEDIMENTO CIRURGICO

ASSINATURA + CARIMBO

Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Luigi Costa Rodrigues
 CRM-PB 5823



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2144058 Paciente: MANOEL SILVESTRE PEREIRA Idade: 027 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA SILVESTRE PEREIRA Data de Nascimento: 22/08/1992 Admissão: 19/04/2020 DBI - 10

Clinica: CIRURGICA Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: HD FRATURA OLECRANO E CABECA DO RADIO E

9-3

DIA 29/04/2020

MÉDICO(A): Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 2h/12h OD/2D	
	Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 96
3	JELCO SALINIZADO	OK
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	18 24 06
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	OK
	8/8H SE NAUSEA OU VOMITOS	SN
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	OK
	8/8 HORAS, SE DOR FORTE	SN
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 2X POR DIA	OK
9	ESTIMULAR DEAMBULACAO	OK
10	CURATIVOS	OK

EVOLUÇÃO

DATA: 29/04/2020 HORA: 12:54:35

PCT EM FÓI SEM INTERCORRENCIAS

CD: RX DE CONTROLE + VPM

ASSINATURA + CARIMBO

Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza

Dr. Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza

Dr. Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza

29
04
20

Paciente consciente, orientado evolui estável, e retornou do bloco cirúrgico sem queixas. Siga as ordens da enfermagem


Tec. Enfermagem
COREN 4330-82



PARAIBA
Governo do Estado



Seu nome é
PARAIBA
Governo do Estado

Número do Prontuário: 189467

DATA DA CIRURGIA: 29/04/2020

Número do Atendimento: 2144058 Clin: CIRURGICA / Enf: 9 / Lei: 3

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MANOEL SILVESTRE PEREIRA

Data da Internação: 19/04/2020

Atendimento: 2144058

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE OLECRANO ESQUERDO

Diagnostico Pós-Operatório: O MESMO

Cirurgia: OSTOSSINTESE

Data da Cirurgia: 29/04/2020

equipe:

Cirurgião: ARISTOTELES CORREIA DE Q NETO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 3: MATHEUS PEDROSO

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista: NAO

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NAO OCORREU

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

02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MSE

03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS

04- INCISAO FACE MEDIAL ANTEBRAÇO E

05- REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO COM PLACA 3.5MM BLOQUEADA 3X3

06- SUTURA DA PELE

07- CURATIVOS


08- CONFECÇÃO DE TALA AXILOPALMAR ESQ EM POSIÇÃO NEUTRA

Data 29/04/2020

Assinatura/Carimbo

Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Manuel Silvestre Pereira DN: 22/08/1992						 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
—	Sala 05	SUS	27 a	2244058		
CIRURGIA Fratura do cotovelo E			CIRURGIÃO D^o			
ANESTESIA Bloqueio de Plano + Sedação			ANESTESIA D^o Aristoteles + D^o Everton			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM		
Norma		29/04/2020	11:15	13:00		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp	01	Catel. p/ O ₂		Catgut cromado Serlix	
01	Propofol		Catel. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serlix	
01	Midazolam	15	Compressa Grande		Catgut cromado Serlix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
01	Plonidum		Cotonóide		Catgut Simples Serlix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Serlix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr n ^o		Catgut Simples Serlix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose n ^o		Cera p/ osso	
03	lidocaina clv		Dreno Pezzer n ^o		Ethbond	
01	Ketalar ml	01	Equipo de Macrogotas		Ethbond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethbond	
	Nubalol amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serlix	
	Ravulox amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix	
	Progimne amp.		Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sufupak	
	Proloxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sufupak	
	Queficin ml	15	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O, ml	02	Mononylon 2.0	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp		Intracath Infantil		Prolene Serlix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi n ^o 23		Prolene Serlix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n ^o 11		Prolene Serlix	
01	Decedron amp.		Lâmina de Bisturi n ^o 15		Prolene Serlix	
02	Dipirona amp.	04	Luvas 7.9		Vicryl Serlix	
	Flaxidol amp.	08	Luvas 7.5	01	Vicryl Serlix 0	
	Flebocortid amp.	02	Luvas 8.0		Vicryl Serlix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.	15	Oxigênio l/m 3L/min			
	Glucon de Cálcio amp.		Polifix			
	Haemadel ml	100	PVP Degamante ml			
	Heparina ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	05	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	05	Saco coletor Plexis		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol.	02	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertermico fr 500 ml	
01	Plasil-amp. Nausechon	01	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	03	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml p/ lavar	
	Revivan amp.		Sonda		30 ml Kanta	
	Stuplanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica	01	Placa PFI enter 3 perfusões	
			Sonda Uretral n ^o	03	Parafina	
			Sterydrem ml			
			Tornzeirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		EQUIPAMENTOS	
02	Aguilha desc. 25x1 40x12		Gelcon 18		<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso	<input type="checkbox"/> Foco Auxiliar
	Aguilha desc. 28 x 28		Latex		<input type="checkbox"/> Serra	<input type="checkbox"/> Electrocautério
	Aguilha desc. 3 x 4,5	05			<input type="checkbox"/> Desfibrilador	<input type="checkbox"/> Oxícapiógrafo
	Aguilha p/ raque n ^o	01	elétricos		<input type="checkbox"/> Foco Frontal	<input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor
	Alcool de Enfermagem	05	Agulha de flexo N^o 50		<input checked="" type="checkbox"/> Fonte de Luz	<input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico
	Alcool Iodado ml	03	gel condutor			
03	Ataduras de Crepon 20cm	03	Algodão Orto			
03	Ataduras de Gestada 15cm					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Sandra

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMAGEM	LEITO	Nº FRONTEIRO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Manoel S. Pereira</u>			IDADE:	SEXO: <u>M</u>	COR:	
DATA: <u>29/04/2020</u>	PRESSÃO ARTERIAL: <u>130/90</u>	PULSO: <u>90</u>	RESPIRAÇÃO:	TEMPERATURA:	PESO:	ALTURA:		
TIPO SANGÜÍNEO:	HEMÁCIAS:	HEMOGLOBINA:	HEMATÓCRITO:	GLICÊMIA:	URÉIA:	OUTROS:		
URINA:								
AF RESPIRATÓRIO:					ASMA:	BRONQUITE:		
AF CIRCULATÓRIO:					ELETROCARDIOGRAMA:			
AF DIGESTIVO:			DENTES:	PESCOÇO:	AF URINÁRIO:			
ESTADO MENTAL: <u>sem LOTE</u>			ATAXICOS:	CORTICÓIDES:	ALERGIA:	HIPERTENSORES:		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Fx cotovels E.</u>					ESTADO FÍSICO:	RISCO:		
ANESTESIAS ANTERIORES:								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:				APLICADA:	AS:	EFEITO:		
AGENTES ANESTÉSICOS								INDUÇÃO Satisf. _____ Excit. _____ Toese _____ Laringo espasmo: _____ Lenta _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____
	LIQUÍDOS							MANUTENÇÃO
CÓDIGOS VP-ARTE AX., O.PULSO, O-RESPIRAÇÃO, ANESTESIA, O-OPERAÇÃO								ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____
	SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES							DESPERTAR Reflexo na SO: _____ Obstr. _____ Co. : _____ Excit. _____ Náuseas _____ Vômitos: _____ Outros: _____
POSICÃO	<u>DDH.</u>							
AGENTES	<u>Bupivaca 0,25% 20ml + Lidoc 20ml em 1?</u>							
TÉCNICA	<u>30º axilar + intubação</u>						CÂNULAS	
OPERAÇÃO	<u>Tret Amega de fcd cotovels E</u>							
QUIRURGIOS	<u>Andréides</u>							
ANESTESISTAS	<u>Diego Henry</u>							
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA		



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

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

ALTA
SRPA

Assinatura do anestesista



Sumos Indústrias
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 30/04/2020

Horas: 09:48:21

Médico (a) Distrita: Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

J R

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2144058 Paciente: MANOEL SILVESTRE PEREIRA Idade: 027 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA SILVESTRE PEREIRA Data de Nascimento: 22/08/1992 Admissão: 19/04/2020 DIH - 11

Clínica: CIRURGICA Enfermaria: 9 Leito: 1 Diagnóstico: HD-FRATURA OLECRANO E CABEÇA DO RADIO E

DIA 30/04/2020

MÉDICO(A): Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza / MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 2h/12h 1D-2D	
2	Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	12 24
3	JELCO SALINIZADO	C+U
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12/18 24 06
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	S/N 12
5	8/8H SE NAUSEA OU VOMITOS	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	S/N
6	8/8 HORAS, SE DOR FORTE	
7	FISIOTERAPIA MOTORA	C+U
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 2X POR DIA	C+U
9	ESTIMULAR DEAMBULACAO	C+U
10	CURATIVOS	C+U

EVALUAÇÃO

DATA: 30/04/2020 HORA: 09:47:33

PACIENTE EVOLUINDO BEM, SEM INTERCORRENCIAS

CD: MTD

ASSINATURA + CARIMBO


Schubert Luigi Costa Rodrigues

Schubert Luigi Costa Rodrigues
 Dr. Schubert Luigi Costa Rodrigues
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CIRURGIA DA MÃO E DE CADERNÃO
 CRM/PA 5523

30/04-20:00A-PA-120x45

Participa de evoluções conscientes, orientadas.

O trabalho não se faz de fora, mas *de dentro*.



**PARAÍBA**
Governo do EstadoServiço Público
PARAÍBA
Governo do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: MANOEL SILVESTRE PEREIRA

Data da Internação: 19/04/2020

Data da Alta:01/05/2020

Registro:2144058

Tempo de Permanência:-18372

Diagnóstico Inicial:FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO

Diagnóstico Final:FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO

Cirurgia:SINTESE

Data:01/05/2020

Equipe:

Cirurgião:ARISTOTELES CORREIA DE Q NETO

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

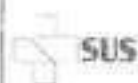
Medicamentos:

Condições de Alta::Melhorado

Data01/05/2020

Assinatura/Carimbo
Schubert Luigi Costa RodriguesDr. Schubert Luigi Costa Rodrigues
ORÇONEDS
GRUPO
CRM/PB 30.118

RESPONSÁVEL : Schubert Luigi Costa Rodrigues



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



Secretaria de Saúde
PARAIBA
Estado da Paraíba

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | 10 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: MANOEL SILVESTRE PEREIRA

ENDERECO: RUSTO SALGADO DE BAIXO

BAIRRO: ZONA RURAL

Identidade:
3948792

Idade: 027

PRONTUARIO:

Nº 2144058

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR: COTOVELO ESQUERDO AP+ PERFIL

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE COTOVELO *esquerdo*
AP+ Perfil

Campina Grande - PB 22/04/2020 Hora:

14:19:24

Médico: Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Rozendo De Oliveira
CRM-PB 10723



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



Secretaria de Saúde
PARAIBA
Estado da Paraíba

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | 10 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: MANOEL SILVESTRE PEREIRA

ENDERECO: RUSTO SALGADO DE BAIXO

BAIRRO: ZONA RURAL

Identidade:
3948792

Idade: 027

PRONTUARIO:

Nº 2144058

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR: COTOVELO ESQUERDO AP+ PERFIL

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE COTOVELO *Esquerdo*
AP+ Perfil

Campina Grande - PB 22/04/2020 Hora:

14:19:24

Médico: Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Rozendo De Oliveira
CRM-PB 10723

REALIZADO X
22/04/20

NOME:

Marcos Simão

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

SEXO:

COR:

PESO:

ALTURA:

CLÍNICA:

ENF:

LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

Per - rto

RAIO X
REALIZADO EM:
29.08.2020

361

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

N2 rotunda (E) AP/Perf

URGÊNCIA:

ROTINA:

DATA:

20/04/20

HORA DA SOLICITAÇÃO:

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

M. Andréa F. R. ...
Quil. 19 - 51.369



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



Seus todos
PARAÍBA
Estado

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMES

2ª via

NÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | | 0 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |
2 - CNPJ

9-3

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: MANOEL SILVESTRE PEREIRA

Identidade:
3948792

Idade: 027

ENDEREÇO: SÍTIO SALGADO DE BAIXO

PRONTUÁRIO:

BAIRRO: ZONA RURAL

Nº 2144058

DADOS CLÍNICOS: ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE COTOVELO, *lso ap, p*

Campina Grande - PB 23/04/2020 Hora:
08:19:20

Dr. Eldiman Soares de Araujo
Médico Traumatologista-Ortopedista
CRM: 10650
CPF: 048.316.794-20

Médico: Eldiman Soares De Araujo



EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente		Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
Mansel Silvestre Pereira			Cirurgia	3	9
Data	Hora		Data	Hora	
23.04.20	tarde	Paciente em EGR, em VE e ca, apresenta ta. fr. mista de glóscimas e calosidade de rádio E com presença de piores dorsos. Conduta: exercícios ativos-assistidos pr dedos de mão E, orientações gerais.	26.04.20	tarde	Paciente mantém quadro clínico. Conduta: exercícios ativos-assistidos pr dedos de mão E, orientações gerais.
		<i>Maria Costa e Silva</i> FISIOTERAPEUTA CREFTO: 2518-F-14-Região			<i>Maria Costa e Silva</i> FISIOTERAPEUTA CREFTO: 2518-F-14-Região
25.04.20	20h M	Paciente evolui expulso VE/ca, cooperativo. Fixado gesso externo externo. Refere parestesia no qm. dectilos. Edema. Ref. Dorais. Posicionamento. Ref. Dorais. Posicionamento.	28/04/20	T	Paciente eufórico, cooperativo, edema em MSE, presença de fixador externo em MSE. Conduta: mobilizações ativas assistidas pr dedos E e ombro E, posicionamento.
		<i>Jussara Caetano de Andrade</i> FISIOTERAPEUTA CREFTO: 10281-F			<i>Maria Sabrina L. Braga</i> FISIOTERAPEUTA CREFTO: 2133-F-14-Região
25.04.20	T	Paciente eufórico VE/ca. Dado motor saltado. Ref. Dorais. Posicionamento.	01/05/20	M	Paciente eufórico, cooperativo, MSE imobilizado com tala gesso da. Conduta: enxada assistida, posicionamento.
		<i>Jussara Caetano de Andrade</i> FISIOTERAPEUTA CREFTO: 10281-F			<i>Maria Sabrina L. Braga</i> FISIOTERAPEUTA CREFTO: 2133-F-14-Região

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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: monaf Idade: 27 Sexo M Enf/Leito 9-3

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: fx de cabeça de nábio @

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADE PSICO BIOLÓGICAS

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

MOBILIDADE 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 () OBESO DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

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

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

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

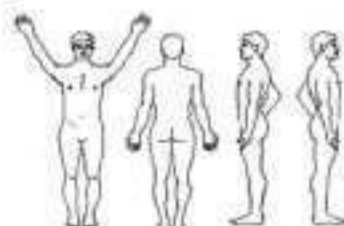
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: NORMOCORADA () HIPOCORADA

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

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

localização anatômica da ferida: _____ Curativo em: _____



CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE () DEPENDENTE PARCIALMENTE DEPENDENTE

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

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

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmhg)	T (°c)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE 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	<input type="checkbox"/> DESIDRATAÇÃO <input type="checkbox"/> HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	<input type="checkbox"/> ABDOME DISTENDIDO <input type="checkbox"/> ANOREXIA <input type="checkbox"/> DOR AO EVACUAR <input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL
DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	<input type="checkbox"/> PREJUÍZO NEUROMUSCULAR <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA <input type="checkbox"/> RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	<input type="checkbox"/> ANESTESIA <input type="checkbox"/> DESIDRATAÇÃO <input type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNÉIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> EXTREMOS DE IDADE <input type="checkbox"/> CIRCULAÇÃO PREJUDICADA <input type="checkbox"/> HIPOTERMIA <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO FÍSICA <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	<input type="checkbox"/> ASCITE <input type="checkbox"/> QUEIMADURA <input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> DIARRÉIA <input type="checkbox"/> DRENOS <input type="checkbox"/> OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	<input type="checkbox"/> AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTOS INVASIVOS <input type="checkbox"/> OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL		<input type="checkbox"/> OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ
<input type="checkbox"/> AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA		
<input type="checkbox"/> OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL		
<input checked="" type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO	<i>Diário</i>	<input checked="" type="checkbox"/> AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		<input checked="" type="checkbox"/> CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
<input type="checkbox"/> EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
<input type="checkbox"/> AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
<input checked="" type="checkbox"/> AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	<i>CPM</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
<input type="checkbox"/> APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		
<input type="checkbox"/> INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE	<i>Sempre</i>	<input checked="" type="checkbox"/> MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
<input type="checkbox"/> VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
<input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		<input checked="" type="checkbox"/> DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS	<i>Sempre</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> 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? SIM NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? SIM NÃO ESTADO MENTAL? AGITADO DISTÚRBO NEUROLÓGICO

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

ASSINATURA E CARIMBO:

Raimundo Epifânio de O. Neto
CORREN - PB/34-186-ENF



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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: MANOEL SILVA Idade: 70 Sexo: M. Enf/Leito: 34

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: FX. OLGARTELO @ PDA. i (E)

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADE PSICO BIOLÓGICAS

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

MOBILIDADE 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 () OBESO DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

ALIMENTAÇÃO: LÍQUIDO () SNG () SNE () OUTROS: _____

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

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

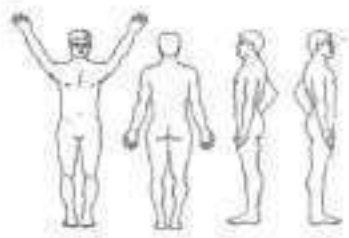
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

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

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

localização anatômica da ferida: Curativo em: _____



CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE () DEPENDENTE PARCIALMENTE DEPENDENTE

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

POSICIONAMENTO FÍSICO: () ACAMADO () CADEIA DE RODAS SONO / REPOUSO: () PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

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

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmHg)	T (°C)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
07h	120/80	36	69	98		+				<i>[Signature]</i>	SOG/SNG/SNE SVF	
20h	120/80	36	78	98		+				<i>[Signature]</i>	FILTRO DE VM UMIDIFICADOR ASPIRADOR LATEX EQUIPO SIMPLES	

Paciente Manoel cl EGR, segue exames chamados do B.C
paciente estável segue seu tratamento ao cuidado

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

B. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
CONSTIPAÇÃO	<input type="checkbox"/> DESIDRATAÇÃO <input type="checkbox"/> HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	<input type="checkbox"/> ABDOME DISTENDI <input type="checkbox"/> ANOREXIA <input type="checkbox"/> DOR AO EVACUAR <input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL
DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	<input type="checkbox"/> PREJUÍZO NEUROMUSCULAR <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> OUTRO:	<input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA <input type="checkbox"/> RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	<input type="checkbox"/> ANESTESIA <input type="checkbox"/> DESIDRATAÇÃO <input type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNÉIA
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> DESCONFORTO <input type="checkbox"/> RIGIDEZ ARTICULAR <input type="checkbox"/> PREJUÍZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	<input type="checkbox"/> DIFICULDADE PARA VIRAR-SE <input type="checkbox"/> MOVIMENTOS DESCONTROLADOS
RISCO DE INFECÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS <input checked="" type="checkbox"/> PROCEDIMENTOS INVASIVOS <input type="checkbox"/> OUTRO	
OUTRO		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input checked="" type="checkbox"/> AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL <input type="checkbox"/> AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA <input type="checkbox"/> OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL	Diário	<input type="checkbox"/> OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ
<input checked="" type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO <input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO <input type="checkbox"/> EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR <input checked="" type="checkbox"/> AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR <input checked="" type="checkbox"/> AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS <input type="checkbox"/> ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO <input type="checkbox"/> APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS	Diário Quarta Quarta	<input type="checkbox"/> AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE <input type="checkbox"/> CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
<input checked="" type="checkbox"/> INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS <input type="checkbox"/> ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO <input type="checkbox"/> OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS <input checked="" type="checkbox"/> TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS <input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL A 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	Sempre	<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS <input type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA <input type="checkbox"/> DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
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 DISTÚRBO NEUROLÓGICO

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

ASSINATURA E CARIMBO:

Thiaine C. de Moraes e Melo
COREN-PA 337474-ENF

DATA: 21/04/2020

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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Manoel Silvestre Idade: 87 anos Sexo M Enf/Leito 09103

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: fr. calcâneo direito ⊕

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEÇÃO 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 () OBESO DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

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

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

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

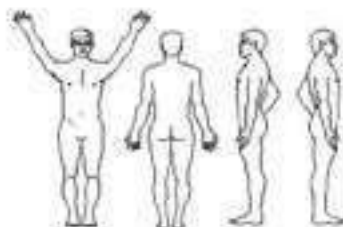
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

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

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

localização anatômica da ferida: _____ Curativo em: ____/____/____



CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

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

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

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

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

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmHg)	T (°C)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
											SDG/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	<input type="checkbox"/> DESIDRATAÇÃO <input type="checkbox"/> HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	<input type="checkbox"/> ABDOME DISTENDIDO <input type="checkbox"/> ANOREXIA <input type="checkbox"/> DOR AO EVACUAR <input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL
DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	<input type="checkbox"/> PREJUÍZO NEUROMUSCULAR <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA <input type="checkbox"/> RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	<input type="checkbox"/> ANESTESIA <input type="checkbox"/> DESIDRATAÇÃO <input type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> EXTREMOS DE IDADE <input type="checkbox"/> CIRCULAÇÃO PREJUDICADA <input type="checkbox"/> HIPOTERMIA <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO FÍSICA <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	<input type="checkbox"/> ASCITE <input type="checkbox"/> QUEIMADURA <input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> DIARRÉIA <input type="checkbox"/> DRENOS <input type="checkbox"/> OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	<input type="checkbox"/> AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS <input checked="" type="checkbox"/> PROCEDIMENTOS INVASIVOS <input type="checkbox"/> OUTRO	
OUTRO		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL		<input type="checkbox"/> OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ
<input type="checkbox"/> AVALIAR A INGESTÃO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA		
<input type="checkbox"/> OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL		
<input checked="" type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO	<i>Diário</i>	<input checked="" type="checkbox"/> AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
<input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
<input type="checkbox"/> EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		<input type="checkbox"/> CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
<input type="checkbox"/> AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
<input checked="" type="checkbox"/> AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	<i>12/24hs</i>	
<input type="checkbox"/> ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
<input type="checkbox"/> APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
<input checked="" type="checkbox"/> INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS	<i>Sempre</i>	
<input type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		<input type="checkbox"/> MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
<input type="checkbox"/> VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
<input type="checkbox"/> OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		<input checked="" type="checkbox"/> DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
<input type="checkbox"/> TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS		
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL A 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	<i>Sempre</i>	
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 DISTÚRBO NEUROLÓGICO
 POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? SIM NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Drª Valuska Lima de Carvalho
 ENFERMEIRA
 COREN PB 358.09



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

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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:2144053 CLASS. DE RISCO: AMARELO

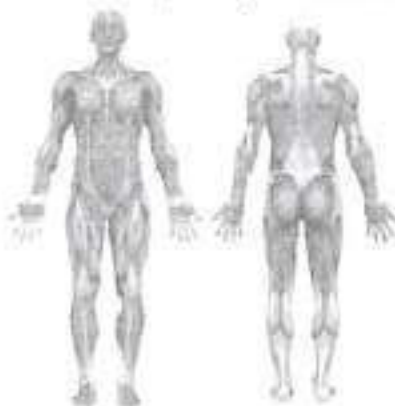
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 19/04/2020
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: MANOEL SILVESTRE PEREIRA
Endereço: SÍTIO SALGADO DE BAIXO
Cidade: Santa Cecília
Nome da Mãe: JOSEFA SILVESTRE PEREIRA
Responsável:
Estado Civil: União Estável
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

CEP: 58463000 Nascimento: 22/08/1992
Sexo: M Telefone: 981428813
Idade: 027 Bairro: ZONA RURAL
RG: 3948792 Nº: 0
CPF: Profissão: AGRICULTOR
Data de Atend: 19/04/2020 CNS: 703600028977231
Hora: 16:47:06 CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abreção | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injúria de Vento |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Eriçema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Purgio |
| 14. F. Contuso | 32. Paraxemia |
| 15. F. Cortante | 33. Quiladura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rindragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

Fratura de Olecranon + Coluna Cervical

EXAME PRIMARIO - DADOS VICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ Sat02 _____

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ / _____ às _____ : _____ Dia _____ / _____

Especialista: _____ / _____ às _____ : _____ Dia _____ / _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	[Handwritten signature]	x
2		
3		
4		
5		
6		

Dr. João Paulo
MÉDICO DO TRABALHO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 9551

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. João Paulo
MÉDICO DO TRABALHO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 9551

TOMOGRAMIA
REALIZADA EM:
21/04/2020

DESTINO DO PACIENTE / / / as : hs.

Centro cirúrgico

Internação (setor) _____

Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)



SERVIÇOS REALIZADOS:

CODIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

Grid of checkboxes for recording services performed, organized in three columns corresponding to CODIGO/PROCEDIMENTO, CBO, and IDADE.



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
 Av. Mel. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 19/04/2020

Paciente: MANOEL SILVESTRE PEREIRA Idade: 027 N° ATEND: 2144053

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
 DATA: 19/04/2020 HORA : 16:47:41

ESPECIALIDADE : ORTOPEdia

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

SINAIS DE EMBRIAGUEZ : NAO

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

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

ALERGIAS : NEGA
 MEDICAÇÃO EM USO :
 ESTADO GERAL : BOM
 AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA:

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

SINTOMAS REFERIDOS

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

Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR:

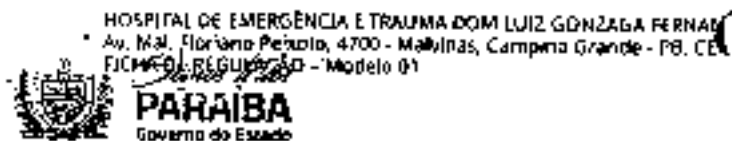
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
 AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

Terça Viana Duarte
 ENFERMEIRO COREN
 acolhimento ENFERMEIRA
 COREN-PB 287.931



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNAL
Av. M. Floriano Peixoto, 4700 - Malinas, Campina Grande - PB. CE
FICHA DE REGULAÇÃO - Modelo 01

CNPJ: 08.778.268/0038-52
432-809
Data: 19/04/2020
NOME: acolhimento



FICHA DE REGULAÇÃO

Nome do Paciente: MANOEL SILVESTRE PEREIRA

Data da Solicitação: 19/04/2020

HORA: 16:09:22

Idade:

REGULADO : SIM

CONTATO COM O NTR: SIM

Naturalidade/Município de Origem: 1396

Hospital de Origem: QUEIMADAS

Médico Solicitante: NIR QUEIMADAS

Médico Responsável pelo contato: JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES

Patologia/Suspeita Diagnóstica/Doença: Fratura de ulna proximal

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

AVALIAÇÃO COM ESPECIALISTA

É REFERÊNCIA: SIM

EXAMES COMPLEMENTARES:

RAIO X

ESPECIALIDADE QUE ATENDERÁ O PACIENTE: ORTOPEDISTA

TIPO DE AMBULÂNCIA /TRANSPORTE: AMBULÂNCIA DE OUTRA CIDADE

ENFERMEIRA RESPONSÁVEL PELO CONTATO: Renata Kelly Aguiar De Sousa Tavares

Re: Avaliação da Ortopedia

NIR TRAUMA <raimacg@gmail.com>

Dom, 19/04/2020 15:42

Para: Núcleo Interno de Regulação NIR <nir.hgg@hotmail.com>

Boas tarde!

Pode encaminhar o paciente Manoel Silvestre Pereira para o TRAUMA-CG. O mesmo será recebido pela equipe de ortopedia.

Em dom., 19 de abr. de 2020 às 14:54, Núcleo Interno de Regulação NIR <nir.hgg@hotmail.com> escreveu:

Boa tarde,

Sou médico do Hospital Regional de Queimadas e gostaria de encaminhar um paciente para seguimento especializado em ortopedia. Segue o caso:

Manoel Silvestre Pereira sofreu fratura de ulna proximal E após trauma contuso (radiografia em anexo), realizada analgesia e imobilização com tala (não possuo material para imobilização com gesso).guardo resposta.

Atenciosamente,

Caio Leite (CRM-PB 13180)



NIR - Núcleo interno de regulação

Hospital Geral de Queimadas

Endereço: Rua Projetada, s/n - CEP: 58-475-000 - Queimadas - PB

Telefone: 3392-2991

..enciosamente,



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

NIR - Núcleo Interno de Regulação - Ramal: 3310-5852

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes

Endereço: Av. Mal. Floriano Peixoto, 1045, Malvinas, C.Grande, CEP: 58428-111

Telefone: 3310-5850



ASSISTÊNCIA SOCIAL - BOMAS DE ATENDIMENTO PERMANENTE



DOC. IDENTIFIC. - CPF - RG - INSC. EST. - Nº

4212884961 02278605873

CPF: 042.834.444-04 DATA NASCIM. 16/07/1974

Nome: JOSE GOMES DA SILVA

ENDEREÇO PERMANENTE DE MORADIA

000

SEX: M

DATA ADM. 08/04/2022 DATA FIM 17/04/2023

VALIDA EM TODOS OS PRAZOS NACIONAIS 1421884961



Maria Mª Maria do A. Sampaio

PROTEÇÃO FAMILIAR 1421884961

DATA ADM. 10/04/2021

DATA FIM 10/04/2021

Assinatura: *[Signature]*

Assessor Social: *[Signature]*

Assistente Social: *[Signature]*

PERNAMBUCO

MINISTERIO DAS ENCOMENDAS

Nº 01545558820

DETENHA - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

REG. (RRT) 29190399920606 - R. (RRT) 01

1 0106883744-3 00/00/000000 0019

JOSE DIMAS DE ANDRADE

52863905449 0705629/PB

52863905449 0705629/PB

NOVO PB 9C2XC2200GR021303

PAS/MOTOCICLE/NAO AP/1/C COMUTAVEL ALDO/GABOL

HONDA/CG 160 PAN ESPI MARCA/MODELO ANO 198 2015 ANO 2016

2 B/162 /CI PARTIC CATEGORIA CCM PREDOMINANTE VERMELHA

00/00/0000 00/00/0000

P FISCALIZADA 0 2P
A ***** 0 3H

REGISTRO TELEFONICO 111 05/05/2019 PRESENTE TITULO 1500 DE REGISTRO
***** 9 A G 0 16/09/2019

R.E ADM DE CONC NACIOX HONDA LTDA

0

SANTA QUILIA-PB DATA 16/09/2019

36994 53362



CONTRO

MINISTRIA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210254319

Cidade: Santa Cecília

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MANOEL SILVESTRE PEREIRA

Data do acidente: 19/04/2020

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OLÉCRANO E CABEÇA DE RÁDIO ESQUERDO. P.1,6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P.7,32
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0189342/21

Vítima: MANOEL SILVESTRE PEREIRA

CPF: 118.983.004-37

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/04/2020

Titular do CPF: MANOEL SILVESTRE PEREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MANOEL SILVESTRE PEREIRA : 118.983.004-37

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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