02/02/2022

Número: **0137065-68.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção A da 7ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **23/12/2021**
Valor da causa: **R$ 7.762,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MANOEL SILVESTRE PEREIRA (AUTOR)	EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	**Data da Assinatura**	**Documento**	**Tipo**
98070741	02/02/2022 17:36	2851532_JUNTADA_DE_DOCS_01	Petição em PDF

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo n.º 01370656820218172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da ***AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT,*** que lhe promove **MANOEL SILVESTRE PEREIRA ,** em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório**,** vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 2 de fevereiro de 2022.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2022 17:36:00
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020217360079700000095948148
Número do documento: 22020217360079700000095948148

02/02/2022

Número: **0137065-68.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção A da 7ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **23/12/2021**
Valor da causa: **R$ 7.762,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MANOEL SILVESTRE PEREIRA (AUTOR)	EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	**Data da Assinatura**	**Documento**	**Tipo**
98070742	02/02/2022 17:36	ANEXO 1	Outros (Documento)

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/12/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANOEL SILVESTRE PEREIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000024952-1

Nr. Autenticação
BRADESCO221220210500000000002370083500000024952168750 PAGO

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

Pag. 01301/01302 - carta_15R - INVALIDEZ

00010651

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,

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS 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/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: MANOEL SILVESTRE PEREIRA | 6 - CPF: M8.983.004-37

7 - Profissão: AGRICULTOR | 8 - Endereço: RUA JOSÉ DE MIGUEL | 9 - Número: SN | 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: ZONA RURAL | 12 - Cidade: SANTA CECILIA | 13 - Estado: PB | 14 - CEP: 58463-000

15 - E-mail: [illegible] | 16 - Tel.(DDD): 87 99961-3907

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, 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: ☒ RECEBO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R 1.00 A R 1.000,00 ☐ R 1.001,00 ATÉ R 2.500,00 ☐ R 2.501,00 ATÉ R 5.000,00 ☐ ACIMA DE R 5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: ( ) ( ) CONTA: ( ) ( )
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 0515 (4) CONTA: 00244552 (1)
(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! Campo 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 limites 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

INVALIDEZ

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) sobre o dano para 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 minha concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CM) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou viúvo(a)/ex-esposa(o)? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

DADOS COMPLEMENTARES

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Sucupira, 15/12/2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2022 17:36:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020217360088800000095948149
Número do documento: 22020217360088800000095948149

Segurança e Defesa Social

GOVERNO DA PARAÍBA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA nº 29/2021

Versando sobre: Acidente de Moto

Hora e data do fato: 12:00hs do dia 19 de abril de 2020;

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: As 11hs30min do dia 03 de Dezembro de 2021;

Local do Ocorrido: Sítio Santambuia de Baixo, nas proximidades da casa de Antonio de Nuinho, zona rural de Santa Cecília-PB

COMUNICANTE/VÍTIMA: MANOEL SILVESTRE PEREIRA, brasileiro, solteiro, agricultor, filho de Antonio Silva Pereira e Josefa Silvestre Pereira, nascido em 22/08/1992, natural de Surubim-PE, portador do CPF: 118.983.004-37 e RG nº 3.948.782 SSP/PB, residente no Sítio Santambuia de Baixo, Zona Rural, Santa Cecília-PB

HISTÓRICO: Que estava na posição de condutor em uma moto de marca Honda, CG 160 FAN, cor Vermelha, placa QFO-3699-PB, renavam 01066837444-5, Chassi nº 9C2KC2210GR013037, ano 2015, modelo 2016, licenciada em nome de José Dirceu de Arcoverde, Serrido-Sousa-PE, nas mediações do sítio Santambuia de Baixo, zona rural de Santa Cecília, nas proximidades da casa de Antonio Gomes e Antonio de Nuinho, que o condutor da referida moto ao fazer préstimo de um quebra molas, a moto não obedeceu o comando, vindo a derrapar e os mesmos caindo ao solo; Que informa a vítima que o condutor da referida moto só teve arranhões leves e a vítima por ter sido grave situação mais grave foi socorrido para o Hospital de Trauma de Campina Grande-PB onde foi submetido a cirurgia. Foi isso!

manoel silvestre pereira

COMUNICANTE/VÍTIMA: MANOEL SILVESTRE PEREIRA

COMISSÁRIO DA POLICIA CIVIL: JOACIRA 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.

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	
3	**ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML** E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H SE NAUSEA OU VOMITOS	
4	**TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML** E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8 HORAS, SE DOR FORTE	
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
MEDICINA DO TRABALHO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 9551

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2022 17:36:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020217360088800000095948149
Número do documento: 22020217360088800000095948149

19/04/2020
18:00HS Paciente, consciente, orientado, PA: 120x80, vindo da emergência, mediado pelos cuidadores da enfermaria. Evolução

19/04/2020
19:00HS Paciente consciente, PA: 120x80, em repouso no leito, mediado pelos cuidadores da enfermagem. Evolução

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 20/04/2020
Horas: 07:15:30
Médico (a) Diarista : Wagner de Melo Falcao

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

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

DIA 20/04/2020
MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	**DIETA LIVRE**	LIVRE
2	**DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML** E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
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	
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

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo Falcao

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2022 17:36:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020217360088800000095948149
Número do documento: 22020217360088800000095948149

20/04/2020 8:00HS Paciente consciente, orientado, SSVV: PA: 120x80, t: 36°C, eupneico, ayoico, medicado, segue sob os cuidados da enfermagem. Cida

20/04/2020 19:00HS Paciente evoluindo estável, PA: 120x80, t: 36°C, medicado segue sob os cuidados da enfermagem. Cida

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:NEUROBUCO Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: HD FRATURA OLECRANO E CABEÇA DO RADIO E

DIA 21/04/2020
MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

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

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2022 17:36:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020217360088800000095948149
Número do documento: 22020217360088800000095948149

PARAÍBA

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2148958 Paciente: MANOEL SILVESTRE PEREIRA Idade: 027

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

Admissão: 19/01/2021 21:10:13

Clínica:CIRURGIA GERAL Enfermaria: 3 Leito: - Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO E CABEÇA DO RADIO E Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA:22/01/2021 10:11:16:17:49

PACIENTE EM PÓS DE FRATURA DE OLECRANO E CABEÇA DE RADIO ESQUERDO. SEGUE EM ROG. SEM INTERCORRÊNCIAS.
PRESCRIÇÃO E CURATIVO DE COTOVELO ESQUERDO E INICIO ANTIBIOTICOPROFILAXIA.

ASSINATURA E CARIMBO

Natan Santos Rezende De Oliveira

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

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

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MANOEL SILVESTRE PEREIRA

Data da Internação: 19/04/2020

Atendimento:2144058

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

Diagnostico Pós-Operatorio: O MESMO

Cirurgia:OSTEOSSINTESE **Data da Cirurgia:22/04/2020**

Equipe:
Cirurgião:ARISTOTELES CORREIA DE Q NETO
Aux 1:WAGNER LUIZ E DE ARAUJO
Aux 2:EVERLAN DA SILVA MEIRA
Aux 3:
Instrumentador:
Anestesista:
Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:NÃO

Exame Radiológico no Ato:SIM

Antibioticoterapia Operação:NÃO

Descrição da Operação:1) PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2) ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3) INCISÃO EM FACE ANTERIOR DE ANTEBRAÇO ESQUERDO + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA
4) OBSERVADO FRATURA DE OLECRANO COM EXTENSÃO PARA CORONOIDE COMINUTA + FRATURA DE CABEÇA DE RADIO.
5) REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA DE OLECRANO ESQUERDO + FIXAÇÃO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO DE OLECRANO + COLOCADO FIXADOR EXTERNO.
5) LAVAGEM DA FO COM SF 0,9%
6) SUTURA + CURATIVO
7) ALTA

Data: 22/04/2020

Assinatura/Carimbo
Nattan Santos Rezende De Oliveira

G: 10h,40'

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Manoel Silvestre Pereira D.N. 22/08/1992

QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
		SUS	27 anos	2144058

CIRURGIA: Tto. cirurgico c/ fixação

CIRURGIÃO: Dr. Aristoteles + Dr. Wagnner

ANESTESIA: Bloq. do Plexo Braquial MSE + Sedação

ANESTESIA: Dr. Socorro Abrantes

INSTRUMENTADORA	DATA	INICIO	FIM
	22.04.2020	10h,20'	13h,00'

GOVE DA PA

SECRETARIA DE ESTAC

Hospital d Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fe

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS
	Adrenalina amp.
	Atropina amp.
	Diazepan amp.
	Dimorf amp.
	Dolantina amp.
01	Efedr ml Mercaína c/ V
01	Fenagan amp. Xylocaina c/ V
	Fentanil ml
01	Inerv ml V. Haloperidol
2 ml	Ketalar ml
	Mercaina % ml
	Nubahin amp.
	Pavulon amp.
	Protamine amp.
01	Protoxido l/m Efedrina
	Quelicin ml
	Rapifen amp.
	Thionembutal ml
	Tracrium amp.

Qtd.	MEDICAÇÕES
04	Agua Destilada amp.
01	Decadron amp.
03	Dipirona amp.
09	Flagyl amp. Naumedron
05	Flebocortid amp Clomidem
	Gentamicina amp.
	Glicose amp.
	Glucon de Cálcio amp.
	Haemacel ml.
	Heparema ml.
	Kanakion amp.
01	Lasix amp. Torasemic
	Medrolinazol.
	Plasil amp.
	Profamina
	Revivan amp.
	Stuplanon amp.
09	Cefepotina 1g
02	Tenoxicam 20 mg

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES
	Agulha desc. 25 x 7
04	Agulha desc. ~~25x30~~ 40x12
	Agulha desc. 3 x 4,5
	Agulha p/ raque nº
05	Álcool de Enfermagem
	Álcool Iodado ml
02	Ataduras de Crepon 30cm
	Ataduras de Gessada
	Azul metileno amp.
	Benzina ml

	Bolsa Co
01	Cateter p/
	Cateter D
30	Compres
	Compres
	Colonoic
	Dreno
	Dreno K
	Dreno P
	Dreno P.
01	Equipo de Macrogotas
	Equipo de Macrogotas
	Equipo de Sangue
	Equipo de PVC
05	Esparadrapo Larco cm
	Furacim ml
05	Gase Pacote c/ 10 unidades
	H_2O_2 ml
	Intracath Adulto
	Intracath Infantil
02	Lâmina de Bisturi nº 23
	Lâmina de Bisturi nº 11
	Lâmina de Bisturi nº 15
02	Luvas 7.0
06	Luvas 7.5
02	Luvas 8.0
05	Luvas 8.5 Pro
3.0	Oxigênio l/m P/ mem
	Polifix
05	PVPI Degemanta ml Clorex
	PVPI Tópico ml.
05	Sabão Antiséptico
04	Saco coletor Lixo/ roupa
02	Seringa desc. 10 ml
05	Seringa desc. 20 ml
02	Seringa desc. 05 ml
	Sonda
	Sonda Ioley
	Sonda Nasogástica
	Sonda Uretral nº
	Sterydrem ml
	Torneirinha
	Vaselina ml
	Gelcon 18
01	Lateje
05	Eletrodos
05	Algodão Ort.
03	Faixa Smarch
	~ LSi
01	Ancora

Lote Numero: V5961169 | Fabricacao: 11/2016 | Validade: 03 Anos | Codigo: 253 | Quantidade: 01 PC

Nome Tecnico: Sistema de Fixacao Externa

Nome Comercial: Fixador Externo

Modelo Comercial: FIXADOR EXTERNO DINAMICO - T.F. 1004

Numero de Registro ANVISA: 80046530009 Mat.Fabric.: INOX E ALUM.

Implantec Materiais Medicos & Hospitalares Ltda.

R.Alberto Melo da Costa,125-Campinas/SP CEP:13060-713

Resp.Tecnico: Agmar A. Bispo CREA-SP:5063850858

Armazenamento, Cuidados no Manuseio, Advertencias e Instrucoes de Esterilizacao: Ver Instrucao de Uso

V5961169 IMPLANTEC

PROIBIDO REPROCESSAR - ESTERIL - ETO

Produto Medico Nao-Invasivo - Classe 1

	Ethibond
01	Ethibond 5'
	Fio de Algodrão Sertix
	Fio de Algodrão Sertix
	Fio de Algodrão Sutupak
	Fio de Algodrão Sutupak
	Fila cardiaca
05	Mononylon 2.0
	Mononylon
	Prolene Serfix
	Prolene Serfix
	Prolene Serfix
	Vicryt Serfix
	Vicryl Serfix
	Vicryl Serfix

Qtd.	SOROS
03	SG Normotérmico fr 500 ml
	SG Gelado fr 500 ml
	SG Hipertérmico fr 500 ml
02	SG Ringr fr 500 ml
04	SG fr 500 ml P/ limpeza

Qtd.	ORTESE E PROTESE
	Étira Implantes
01	Placa c/ 8 furos Flecon ex 3,5
05	Parafusos Corticais
02	" Esponjosos
01	Fixador Externo Dinamico

EQUIPAMENTOS

(X) Oximetro de Pulso	( ) Foco Auxiliar
( ) Serra	( ) Eletrocautério
( ) Desfibrilador	( ) Oxicapiógrafo
(X) Foco Frontal	(X) Cardiomonito
( ) Fonte de Luz	(X) Perfurador El

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Manajose - Maria José D. Tec. Enfermagem COREN-PB 250741

CLEAN TESTE VAPOR / STEAM INTEGRADOR QUÍMICO TIPO 5 / ISO 11140-1 LOTE CL5200419 20-ABR-2021 Referência: 22/04/20 10h30 13h00

CLEAN TESTE VAPOR / STEAM INTEGRADOR QUÍMICO TIPO 5 / ISO 11140-1 LOTE CL5200419 20-ABR-2021 Referência: 22/04/20 10h30 13h00

CLEAN TESTE VAPOR / STEAM INTEGRADOR QUÍMICO TIPO 5 / ISO 11140-1 LOTE CL5200419 20-ABR-2021 Referência: 22/04/20 10h30 13h00

MOD 998

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2022 17:36:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020217360088800000095948149
Número do documento: 22020217360088800000095948149

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

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

Alta RPA

5780

Assinatura do anestesista

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2022 17:36:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020217360088800000095948149
Número do documento: 22020217360088800000095948149

PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 22/04/2020
Hora: 07:57:45
Médico (a) Diarista : Eduardo Otavio 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

Clínica QUEIMADOS Enfermaria: 3 Leito: 4 Diagnóstico: HD FRATURA OLECRANO E CABECA DO RADIO E

DIA 22/04/2020
MÉDICO(A): Eduardo Otavio Braga Morais /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE Pigo dieta leve até 5ª adem	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
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	CE
6	ESTIMULAR DEAMBULACAO	CF

EVOLUCÃO

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 Otavio Braga Morais

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

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2022 17:36:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020217360088800000095948149
Número do documento: 22020217360088800000095948149

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

Somos todos PARAÍBA
Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2134858 Paciente: MANOEL SILVESTRE PEREIRA Idade: 027

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

Clínica:QUEIMADOS Enfermaria: 2 Leito: 5 Diagnóstico: HD FRATURA OLECRANO E CABECA DO RADIO E

DIA 22/04/2020

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. OITEA AXO 12h/12h 0D/2D Reconstituir 10 ML ABD Diluir em 100 ML SF	18 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO PARA SE NAUSEA OU VOMITOS	
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2 ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO A CADA 6 HORAS SE DOR FORTE	
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 2X POR DIA	
7	EXTUBAR/EXTUBAÇÃO	

Nattan Rozendo
CRM

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2022 17:36:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020217360088800000095948149
Número do documento: 22020217360088800000095948149

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 25/04/2020

Horas: 09:54:05

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 - 6

Clínica: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, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 +C
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H SE NAUSEA OU VOMITOS	
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 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
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CIRURGIA DA COLUNA
CRM/PB 5523

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 : 8

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, 1AMPOLA, 6h/6h	
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H SE NAUSEA OU VOMITOS	
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 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: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
CRM - PB 9562

10:00

27/04/20 Paciente estável, realizado anexos e curativos, medicados conf. prescrição segue aos cuidados da equipe.

PA = 120x70

FC = 97

Hermínia Costa
Téc. Enfermagem
COREN-PB 001.230.374

27/04/20
23:30 Paciente consciente e orientado aos cuidados mesmo e da enfermagem. medicação ao prescrito

P.A 120x80

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 28/04/2020

Hora: 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

Clinica: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**	
3	**DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML** E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
4	**ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML** E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H SE NAUSEA OU VOMITOS	
5	**TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML** E.V, 1AMPOLA, 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**	

Dr. Matheus Pedroso MÉDICO CRM-PB 12.869

EVOLUÇÃO

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

ORTOPEDIA
24º 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

Dr. Schubert Costa CRM-PB 8523

ASSINATURA + CARIMBO

Schubert Luigi Costa Rodrigues

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 29/04/2020

Horas: 12:55:06

(Médico (a) Diarista : Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

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 - 10

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

9-3

DIA 29/04/2020
MÉDICO(A): Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	**DIETA LIVRE**	
2	**CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR** E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 0D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 96
3	**JELCO SALINIZADO**	ct
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 8/8H SE NAUSEA OU VOMITOS	SN
6	**TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML** E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8 HORAS, SE DOR FORTE	SN
7	**FISIOTERAPIA MOTORA**	
8	**CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS** 2X POR DIA	ct
9	**ESTIMULAR DEAMBULACAO**	ct
10	**CURATIVOS**	ct

EVOLUÇÃO

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

PCT EM POI SEM INTERCORRENCIAS

CD: RX DE CONTROLE + VPM

ASSINATURA + CARIMBO

Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2022 17:36:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020217360088800000095948149
Número do documento: 22020217360088800000095948149

29/04/20 Paciente consciente, orientado evolui estável, e retornou do bloco cirurgico sem queixas. Segue os cuidados da enfermagem

Tec. Enfermagem
COREN 433[illegible]-82

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2022 17:36:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020217360088800000095948149
Número do documento: 22020217360088800000095948149

Número do Prontuário: 189467 DATA DA CIRURGIA: 29/04/2020

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

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MANOEL SILVESTRE PEREIRA

Data da Internação: 19/04/2020

Atendimento:2144058

Diagnostico Pré-Operatório:FRATURA DE OLÉCRANO 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

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2022 17:36:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020217360088800000095948149
Número do documento: 22020217360088800000095948149

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Manuel Silvestre Pereira DN: 22/08/1992

QI	LEITO	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
—	Sala 05	SUS	27 a	2144058

CIRURGIA: Fratura do cotovelo E

CIRURGIÃO: Dº

ANESTESIA: Bloqueio de Plexo + Sedação

ANESTESIA: Dº Aristoteles + Dº Everlan

INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM
Norma	29/04/2020	11:15	13:00

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS
	Adrenalina amp.
01	~~Atropina amp.~~ Propofol
01	~~Dracepan amp.~~ Midazolam
	Dimorf amp.
01	~~Dolantina amp.~~ Plonidina
	Efrane ml
	Fenegam amp.
	Fentanil ml
03	~~Neva ml~~ Lidocaina c/V
01	Ketalar ml
	Mercaina % ml
	Nubaina amp.
	Pavulon amp.
	Profigmine amp.
	Protoxido l/m
	Quelicin ml
	Rapifen amp.
	Thionembutal ml
	Tracrium amp.

Qtd.	MEDICAÇÕES
	Agua Destilada amp.
02	Decadron amp.
02	Dipirona amp.
	Flaxidol amp.
	Flebocortid amp.
	Geramicina amp.
	Glicose amp.
	Gluconato de Cálcio amp.
	Heemacel ml
	Heparina ml.
	Kanakion amp.
	Lasix amp.
	Medrolinazol.
01	~~Plasil amp.~~ Nausedron
	Prolamina
	Revivan amp.
	Stuptanon amp.
	Cefalotina 1g

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES
02	Agulha desc. ~~25x7~~ 40x12
	Agulha desc. 28 x 28
	Agulha desc. 3 x 4,5
	Agulha p/ raque nº
	Alcool de Enfermagem
	Alcool Iodado ml
03	Ataduras de Crepon 20 cm
03	Ataduras de Gessada 15 cm
	Azul metileno amp.
	Benzina ml

Qtd.	
	Bolsa Colostoma
01	Cateter p/ Oxg.
	Cateter De Urinar Sist. Fech.
15	Compressa Grande
	Compressa Pequena
	Cotonoide
	Dreno
	Dreno Kerr nº
	Dreno Penrose nº
	Dreno Pezzer nº
01	Equipo de Macrogotas
	Equipo de Macrogotas
	Equipo de Sangue
	Equipo de PVC
	Esparadrapo Larco cm
	Furacim ml
15	Gase Pacote c/ 10 unidades
	H_2O_2 ml
	Intracath Adulto
	Intracath Infantil
01	Lâmina de Bisturi nº 23
	Lâmina de Bisturi nº 11
	Lâmina de Bisturi nº 15
04	Luvas 7.0 • • • •
08	Luvas 7.5 • • • • • • • •
02	Luvas 8.0 • •
	Luvas 8.5
+5	Oxigênio l/m 3L/min
	Polifix
100	~~PVPI~~ Degermante ml
	PVPI Tópico ml
05	Sabão Antiséptico
05	Saco coletor P/ lixo
02	Seringa desc. 10 ml
01	Seringa desc. 20 ml
03	Seringa desc. 05 ml
	Sonda
	Sonda folley
	Sonda Nasogástica
	Sonda Uretral nº
	Sterydrem ml
	Tornerinha
	Vaselina ml
	Gelcon 18
	Latese
05	eletrodos
01	Agulha de Raque Nº 50
05	gel condutor
03	Algodão Ortopédico
03	

Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Catgut cromado Sertix	
	Catgut cromado Sertix	
	Catgut cromado Sertix	
	Catgut Simples	
	Catgut Simples Sertix	
	Catgut Simples Sertix	
	Catgut Simples Sertix	
	Cera p/ osso	
	Ethibond	
	Ethibond	
	Ethibond	
	Fio de Algodrão Sertix	
	Fio de Algodrão Sertix	
	Fio de Algodrão Sulupak	
	Fio de Algodrão Sulupak	
	Fita cardiaca	
02	Mononylon 2.0	
	Mononylon	
	Prolene Sertix	
	Prolene Sertix	
	Prolene Sertix	
	Prolene Sertix	
	Vicryl Sertix	
01	Vicryl Sertix 0	
	Vicryl Sertix	

Qtd.	SOROS
	SG Normotérmico fr 500 ml
	SG Gelado fr 500 ml
	SG Hipertérmico fr 500 ml
	SG Ringr fr 500 ml
	SF fr 500 ml p/ lavar Broncoplastia

Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
01	Placa PFI em 3 perfuras
03	Parafuso

EQUIPAMENTOS

(X) Oximetro de Pulso	( ) Foco Auxiliar
( ) Serra	( ) Eletrocautério
( ) Desfibrilador	( ) Oxicapiógrafo
( ) Foco Frontal	(X) Cardiomonitor
(X) Fonte de Luz	(X) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Enf. Pab Silva Paulino
COREN-PB 606179-TE

MOD 056

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2022 17:36:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020217360088800000095948149
Número do documento: 22020217360088800000095948149

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG — HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA | LEITO | Nº PRONTUÁRIO

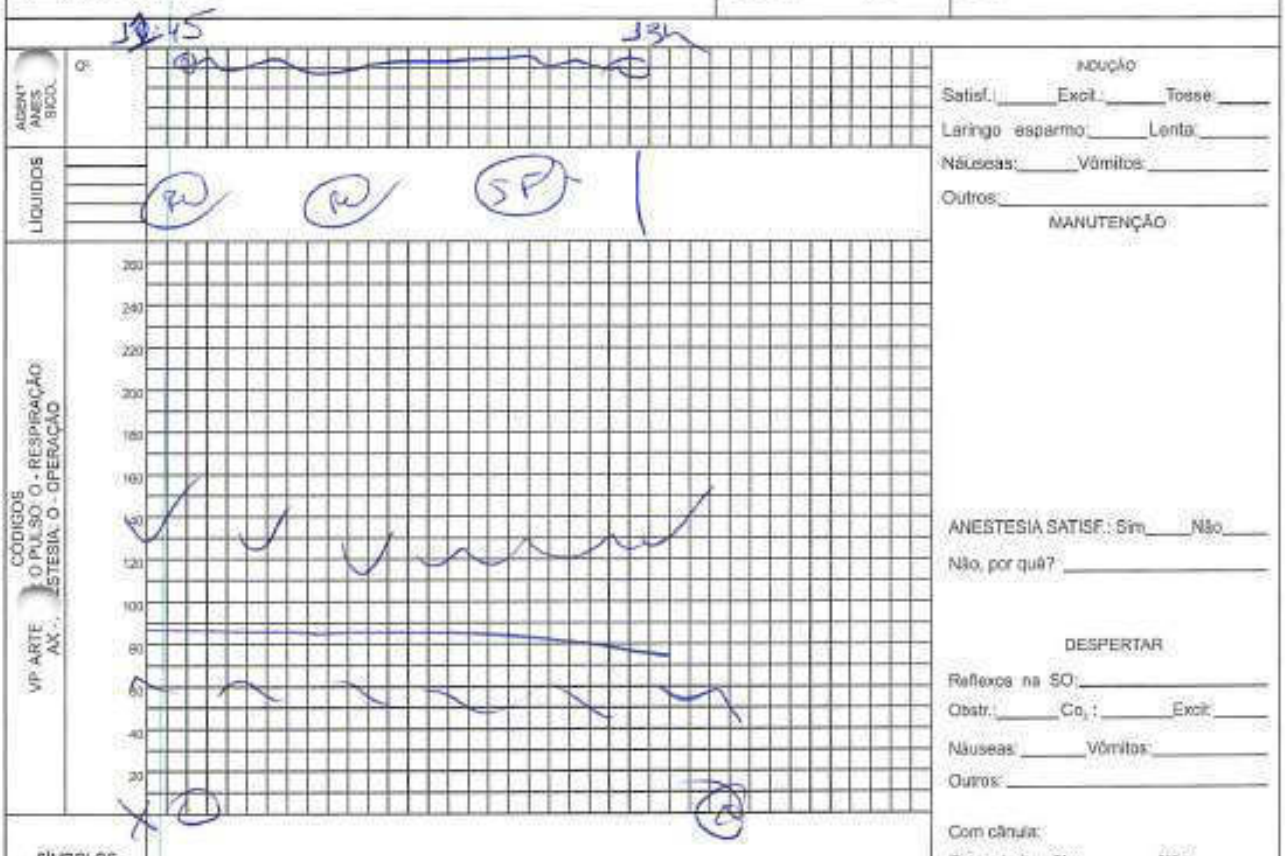
FOLHA DE ANESTESIA

NOME: Manoel S Pereira. | IDADE | SEXO: M | COR

DATA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
29/04/2022	130/90	90				

TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS
	URINA					

AP. RESPIRATÓRIO		ASMA	BRONQUITE
AP. CIRCULATÓRIO		ELETROCARDIOGRAMA	
AP. DIGESTIVO	DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO
ESTADO MENTAL	ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA / HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx catarata E.			ESTADO FÍSICO / RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES			
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA	APLICADA ÀS	EFEITO	



INDUÇÃO

Satisf.:____ Excit.:____ Tosse:____

Laringo espasmo:____ Lenta:____

Náuseas:____ Vômitos:____

Outros:____

MANUTENÇÃO

ANESTESIA SATISF.: Sim____ Não____

Não, por quê? ____

DESPERTAR

Reflexos na SO:____

Obstr.:____ Co_2:____ Excit.:____

Náuseas:____ Vômitos:____

Outros:____

Com cânula:

Paro o Leito: Sim____ Não____

CONDIÇÕES:

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO	DDH.
AGENTES	Bupi cve 0,25%. 20ml + Lido 20ml cve 2%.
TÉCNICA	BCR axilar + infiltração
OPERAÇÃO	Trat Cirurg de Fx de catarata E.
CIRURGIÕES	Anderson
ANESTESISTAS	Diego Henrique
OBSERVAÇÕES	

29/4/2022

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.

CÂNULAS

PERDA SANGUÍNEA

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2022 17:36:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020217360088800000095948149
Número do documento: 22020217360088800000095948149

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Manoel Silvestre Ferreira			Idade: 57 anos
Convênio:			Data: 29/01/20
Procedimento: Tto. cirurg. dr. eduardo (E)			
Cirurgião: Dr. Aristóteles	Auxiliar:	Anestesista:	
Início:	Término:	Anestesia Bl. plexo braquial	

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Conciência
13:05	145x96	92	96%	Andreia		
13:30	158x84	89	95%	Andreia		
14:00	134x90	79	95%	Andreia		

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:

Assinatura Anestesista | Circulante

MOD. 103

Relatório de Operação

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2022 17:36:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020217360088800000095948149
Número do documento: 22020217360088800000095948149

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

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

ALTA RPA

Assinatura do anestesista

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 30/04/2020

Horas: 09:48:21

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 - 11

Clínica:CIRURGICA Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: HD FRATURA OLECRANO E CABECA 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, 12h/12h 1D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
3	**JELCO SALINIZADO**	
4	**DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML** E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
5	**ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML** E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H SE NAUSEA OU VOMITOS	
6	**TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML** E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8 HORAS, SE DOR FORTE	
7	**FISIOTERAPIA MOTORA**	
8	**CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS** 2X POR DIA	
9	**ESTIMULAR DEAMBULACAO**	
10	**CURATIVOS**	

EVOLUÇÃO

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

PACIENTE EVOLUINDO BEM, SEM INTERCORRENCIAS

CD: MTD

ASSINATURA + CARIMBO

Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CIRURGIÃO DA MÃO
CRM/PE 35523

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2022 17:36:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020217360088800000095948149
Número do documento: 22020217360088800000095948149

30/04. 20:00A. R.A.: 120x63.
PACIENTE EVOLUI QUEIXANDO-SE DE MELHORA.
O MESMO NÃO REFERE QUEIXAS. Paula

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Maj. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 01/05/2020
Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 03 NOME: Schubert Luigi Costa Rodrigues

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:

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA
CIRURGIA
CRM/PB

Condições de Alta::Melhorado

Data01/05/2020

Assinatura/Carimbo
Schubert Luigi Costa Rodrigues

RESPONSÁVEL : Schubert Luigi Costa Rodrigues

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2022 17:36:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020217360088800000095948149
Número do documento: 22020217360088800000095948149

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAMES

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

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
ENDEREÇO:SITIO SALGADO DE BAIXO
BAIRRO:ZONA RURAL

Identidade: 3948792 | Idade: 027

PRONTUÁRIO: 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

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAMES

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

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
ENDEREÇO:SITIO SALGADO DE BAIXO
BAIRRO:ZONA RURAL

Identidade: 3948792 | Idade: 027

PRONTUÁRIO: 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

RAIO X REALIZADO 22/04/20

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRTÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: Manuel Silva

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENT O:

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

DADOS CLÍNICOS:

Pós - op

361

RAIO X

REALIZADO EM:

22/04/2020

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

Rx tórax (E) AP/Perfil

URGÊNCIA: X	ROTINA:
DATA: 22/04/20	HORA DA SOLICITAÇÃO:

RESPOSAVEL PELA SOLICITAÇÃO

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2022 17:36:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020217360088800000095948149
Número do documento: 22020217360088800000095948149

2ª USA

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde — Somos todos PARAÍBA Governo do Estado

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAMES

9-3

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

NOME DA UNIDADE:HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ 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:SITIO SALGADO DE BAIXO

PRONTUÁRIO: Nº 2144058

BAIRRO:ZONA RURAL

DADOS CLÍNICOS: ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS:RADIOGRAFIA DE COTOVELO , ESQ AP. P

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

Dr. Eldiman Soares de Araújo
Médico Traumato-Ortopedista
CRM: 8960
CPF: 049.079.794-29

Médico: Eldiman Soares De Araujo

GOVERNO DA PARAÍBA

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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente: Manoel Silvestre Pereira | Prontuário: | Ala: Cirúrgica | Leito: 3 | Enfermaria: 9

Data	Hora		Data	Hora	
23.04.20	tarde	Paciente em EGR, em VE e ao, apresenta fe mista de clexame e colosca de raidio E com presença de pitangos edemas. Conduta: exercícios ativo-assistidos pr dedos de mão E, orientações gerais.	26.04.20	tarde	Paciente mantém quadro clínico. Conduta: exercícios ativo-assistidos pr dedos de mão E, orientações gerais.
			28/04/20	T	Paciente eupnéico, cooperativo, edema em MSE, presença de fixador externo em MSE. Conduta: mobilização ativo assistida pl quirodáctilos E. e ombro E, posicionamento.
25.04.2020 M		Paciente eupnéico, cooperativo, VE/ao, fixador externo em MSE. Reflexo patelar e aquileo. Edema Hod. Dograis. Posicionamento Força muscular mantida	01/05/20	M	Paciente eupnéico, cooperativo, MSE imobilizado com tala gessada. Conduta: cinesio assistida, posicionamento.
25.04.20	T	Paciente eupnéico VE/ao. Reflexo motor s/alterações Log. Força muscular motora.			

Jussara Caetano de Andrade
FISIOTERAPEUTA
CREFITO: 10281-F

Maria Sabrina L. Braga
FISIOTERAPEUTA
CREFITO

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2022 17:36:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020217360088800000095948149
Número do documento: 22020217360088800000095948149

GOVERNO DA PARAÍBA

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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

te		Prontuário	Ala		Leito	Enfermaria
Manoel Silvestre Pereira			Cirúrgica		3	9
a	Hora		Data	Hora		
27/01	manhã	Paciente em EGR, em VE e aa, apresenta flexão de coluna de média e discreta com fixadores externos. Não apresenta movimentos de dedos da mão E; com exceção do polegar E. Conduta: exercícios passivos p/ dedos da mão E, e ativos em polegar E, orientações gerais.				

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2022 17:36:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020217360088800000095948149
Número do documento: 22020217360088800000095948149

24/04/2020

GOVERNO DA PARAÍBA

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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: [illegible] **Idade:** 27 **Sexo** M **Enf/Leito** 9 - 3

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 MÉDIVO: Fx de cabeça de rádio (E)

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADE PSICO BIOLÓGICAS

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

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: (X) 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:_____

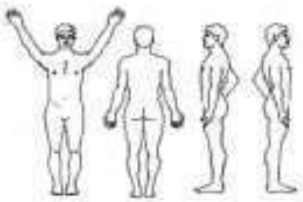
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (X) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA

PELE: ( ) ÍNTEGRA (X) 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 (mmhg)	T (ºc)	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	

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2022 17:36:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020217360088800000095948149
Número do documento: 22020217360088800000095948149

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSCA DEFINIDORAS
CONSTIPAÇÃO	( )DESIDRATAÇÃO ( ) HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	( )ABDOME DISTENDIDO ( ) ANOREXIA ( )DOR AO EVACUAR ( ) DOR ABDOMINAL
DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	( ) PREJUIZO NEUROMUSCULAR ( ) DOR ( ) OUTRO	( )INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO ( ) INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	( ) AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUIMICOS) ( ) OUTROS	( ) ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUINEA ( ) RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	( )ANESTESIA ( ) DESIDRATAÇÃO ( ) TRAUMA ( )OUTRO	( )AUMENTO DA TEMPERATURA CORPO-RAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS ( )TAQUICARDIA ( ) TAQUIPNÉIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	( )EXTREMOS DE IDADE ( ) CIRCULAÇÃO PREJUDICADA ( ) HIPOTERMIA ( ) IMOBILIZAÇÃO FISICA ( ) OUTRO	( )DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE ( )OUTRO ( ) ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILI-BRIO ELETROLÍTICO	( ) ASCITE ( ) QUEIMADURA ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) DRENOS ( ) OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	( )AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS ( )PROCEDIMENTOS INVASIVOS ( )OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
( ) AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL		( )OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ
( )AVALIAR A INGESTAO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA		
( ) OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL		
(X) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO	Diario	(X)AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSI-DADES DE HIGIENE
(X)REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
( )EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR	CPM	(X) CONTROLE DA DOR(MELHO-RADA OU AUSENTE)
( ) AVALIAR CARACTERISTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
(X)AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		
(X)ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO		
MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
( )APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RE-		( ) MANUTENÇAO DA TEMPERA-TURA CORPORAL DENTRO DOS LI-MITES FISIOLÓGICOS
SULTADOS		
( )INCENTIVAR A INGESTÃO DE LIQUIDOS		
(X) REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COMA A NECESSIDADE	Sempre	(X)MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
( )VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE(MUCOSA, EDEMA, PULSO)		( )RISCO DE DESEQUILIBRIO DIMINUIDO
(X)OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO	Sempre	(X)DIMINUIR O RISCO DE INFEC-ÇÃO
PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
(X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS		
(X)REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSI-		
TIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

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

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

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

ASSINATURA E CARIMBO:

Raimundo Gerlanio de O. Neto
COREN-PB [illegible] 66 - ENF

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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: RANOEL SILVA **Idade:** **Sexo** M. **Enf/Leito** 3-4

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. OLECRANO (E) RDA (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: (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: ( ) 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:_____

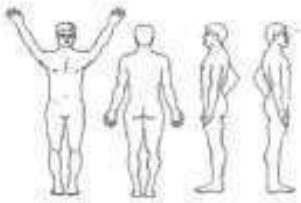
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: ( ) 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 (X) PARCIALMENTE DEPENDENTE

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

DEAMBULAÇÃO 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 (ºc)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
06h	120/8	36	69	98		+					SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
20:15	120/8	36	78	98		+					FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

Paciente Rolou à E, regue esquerda chamado da B.E
Paciente estável segue sem intercorrencias ao cuidado

Cristi
Enf.
Coren

Thaís Fabiana da Silva
Enfermeira
COREN-PB 271.2

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2022 17:36:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020217360088800000095948149
Número do documento: 22020217360088800000095948149

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
(X)AVALIAR DISTENSÃO ABDOMINAL ( ) AVALIAR A INGESTAO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA ( ) OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL	Diário	( )OBTENÇÃO DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL EFICAZ
(X)ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO ( ) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO	Diário	( )AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSI-DADES DE HIGIENE
( )EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR (X)AVALIAR CARACTERISTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR (X)AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS ( )ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO	6HORAS 6HORAS	( ) CONTROLE DA DOR(MELHO-RADA OU AUSENTE)
( )APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RE-SULTADOS (X)INCENTIVAR A INGESTÃO DE LIQUIDOS	Sempre	( ) MANUTENÇAO DA TEMPERA-TURA CORPORAL DENTRO DOS LI-MITES FISIOLÓGICOS
( ) ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMNTAÇÃO NO LEITO		( )MOBILIDADE FISICA MELHORADA
( )OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS (X)TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS (X)REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	72 Horas Sempre	( )DIMINUIR O RISCO DE INFEC-ÇÃO
OUTRO		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ULTIMOS 3 MESES? ( ) SIM ( ) NÃO
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? ( ) SIM ( )NÃO **AJUDA PARA CAMINHAR?** ( ) SIM ( ) NÃO
TERAPIA INTRAVENOSA? ( )SIM ( ) NÃO **ESTADO MENTAL?** ( ) AGITADO ( )DISTÚRBIO NEUROLÓGICO
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? **RISCO DE QUEDA?** ( ) SIM ( ) NÃO
ASSINATURA E CARIMBO: Ivone C. de Moraes e Melo COREN-PB 337474-ENF **DATA:** 22/04/2020

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2022 17:36:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020217360088800000095948149
Número do documento: 22020217360088800000095948149

GOVERNO DA PARAÍBA

24/04/2020

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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Manoel Silvestre **Idade:** 71 anos **Sexo** M **Enf/Leito** 09/03

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 MÉDIVO: Fx. colo de fêmur à D

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADE 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.:_____

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

EDEMA: ( ) LOCAL OBS: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

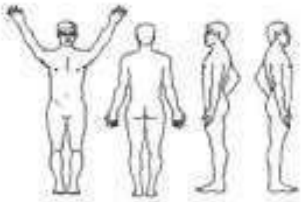
TIPO SOMÁTICO: ( ) NUTRIDO ( )EMAGRECIDO ( )CAQUÉTICO ( ) OBESO **DENTIÇÃO:** ( ) COMPLETA ( ) INCOMPLETA

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: ( ) 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 (X) PARCIALMENTE DEPENDENTE

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

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

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA ( ) PREJUDICADA

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

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ ( ) PRATICANTE ( ) NÃO PRATICANTE

7.AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmhg)	T (ºc)	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	

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2022 17:36:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020217360088800000095948149
Número do documento: 22020217360088800000095948149

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSCA DEFINIDORAS
CONSTIPAÇÃO	( )DESIDRATAÇÃO ( ) HÁBITOS DE EVACUAÇÃO IRREGULARES	( )ABDOME DISTENDIDO ( ) ANOREXIA ( )DOR AO EVACUAR ( ) DOR ABDOMINAL
DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	( ) PREJUIZO NEUROMUSCULAR ( ) DOR ( ) OUTRO	( )INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO ( ) INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	( ) AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUIMICOS) ( ) OUTROS	( ) ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUINEA ( ) RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	( )ANESTESIA ( ) DESIDRATAÇÃO ( ) TRAUMA ( )OUTRO	( )AUMENTO DA TEMPERATURA CORPO-RAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS ( )TAQUICARDIA ( ) TAQUIPNÉIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	( )EXTREMOS DE IDADE ( ) CIRCULAÇÃO PREJUDICADA ( ) HIPOTERMIA ( ) IMOBILIZAÇÃO FISICA ( ) OUTRO	( )DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE ( )OUTRO ( ) ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILI-BRIO ELETROLÍTICO	( ) ASCITE ( ) QUEIMADURA ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) ORENOS ( ) OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	( )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 INGESTAO DE ALIMENTAÇÃO BALANCEADA		
( ) OBSERVAR E REGISTRAR A ELIMINAÇÃO INTESTINAL		
(X)ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO	Diário	(X)AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSI-DADES DE HIGIENE
( ) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
( )EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR	12/12hs	( ) CONTROLE DA DOR(MELHO-RADA OU AUSENTE)
( ) AVALIAR CARACTERISTICAS, 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 RE-SULTADOS	Sempre	( ) MANUTENÇAO DA TEMPERA-TURA CORPORAL DENTRO DOS LI-MITES FISIOLÓGICOS
(X)INCENTIVAR A INGESTÃO DE LIQUIDOS		
( ) REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COMA A NECESSIDADE		( )MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
( )VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE(MUCOSA, EDEMA, PULSO)		( )RISCO DE DESEQUILIBRIO DIMINUIDO
( )OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO	Sempre	(X)DIMINUIR O RISCO DE INFEC-ÇÃO
PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
( ) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS		
(X)REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSI-TIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

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

TERAPIA INTRAVENOSA? ( )SIM ( ) NÃO ESTADO MENTAL? ( ) AGITADO ( )DISTÚRBIO 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

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Núcleo de Segurança do Paciente
TRAUMA - CG

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: Manoel Silvestre Pereira IDADE: 27anos PRONTUÁRIO: 2144058

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ►►

ENTRADA

☑ CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO A SER REALIZADO
- CONSENTIMENTO

☑ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☑ OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO

☑ O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA?
√ NÃO
SIM

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?
√ NÃO
SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?
√ NÃO
SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

ANTES DA INCISÃO►►►►►►►►►►

PAUSA CIRÚRGICA

☑ CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

☑ REVISÃO DO CIRURGIÃO: HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGUÍNEAS?

☑ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?

☑ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?)
HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?
√ SIM
NÃO SE APLICA

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?
√ SIM
NÃO SE APLICA

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

SAÍDA

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

☑ O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO

☑ A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM

☐ BIÓPCIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE

☐ HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO

O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

Maria José B. Claudino
Téc. Enfermagem
COREN-PB 250741
Assinatura

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2022 17:36:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020217360088800000095948149
Número do documento: 22020217360088800000095948149

19/04/2020 HTCG-Painel Administrativo

Governo da Paraíba
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

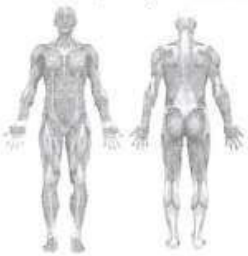
ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº:2144053 **CLASS. DE RISCO: AMARELO**

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:SITIO SALGADO DE BAIXO	CEP:58463000	Nascimento:22/08/1992
Cidade: Santa Cecília	Sexo:M	Telefone: 981428813
Nome da Mãe: JOSEFA SILVESTRE PEREIRA	Idade:027	Bairro:ZONA RURAL
Responsável:	RG: 3948792	Nº:0
Estado Civil:União Estável	CPF:	Profissão:AGRICULTOR
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO	Data de Atend:19/04/2020 Hora: 16:47:06	CNS:703600028977231 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. Contuso
15. F. Cortante
16. F.Corto-contuso
17. F.Perfuro-contuso
18. F.Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendínia
25. Luxação
26.Mordedura
27.Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30.Paralisia
31. Pargsia
32.Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35.Sinais de Isquemia
36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = ____ % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau
DIGNOSTICO / CID:
Fratura de Olecrano à Cabeça do Rádio

EXAME PRIMÁRIO - DADOS VITAIS

Ortopedia
Fratura Cotovelo E por acidente de moto

ALERGIA:
MEDICAMENTOS:
PATOLOGIAS:
EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) _____
Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ Sat02 _____

RAIO X REALIZADO EM 19/04/2020

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	Analgesia +	
2	Imobilização gessada +	
3	Ortopedia.	
4		
5		
6		

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

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

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

TOMOGRAFIA REALIZADA EM: 21/04/2020

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2022 17:36:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020217360088800000095948149
Número do documento: 22020217360088800000095948149

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

( )Centro cirúrgico
( )Internação (setor) _____ ( )Alta hospitalar / ( )A revelia
( )Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ \ ( )Decisão Médica
( )Óbito

Ass. do paciente ou responsável(quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

HTCG-Painel Administrativo

19/04/2020

10.1.1.148/prolefotbcg/imprecibasi.php?contar=2144053&datainicio=2020-04-19&horainicial=18:47:41

2/3

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2022 17:36:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020217360088800000095948149
Número do documento: 22020217360088800000095948149

Governo do Estado PARAÍBA

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
Data: 19/04/2020

Paciente: **MANOEL SILVESTRE PEREIRA** **Idade: 027** **Nº 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

SIANIS DE EMBRIAGUEZ : NÃO

SINAIS VITAIS
HGT: SAT 02: 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 ( ) DISPNÉIA (X) DOR ( ) INAPETENCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL
( ) ANAFILAXIA ( ) FLEBITE ( ) INAPETENCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL
( ) EPIGASTRALGIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA ( ) SIBILOS ( ) TOSSE

ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO COREN
acolhimento

Teresa Viana Duarte
ENFERMEIRA
COREN-PB 287.537

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2022 17:36:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020217360088800000095948149
Número do documento: 22020217360088800000095948149

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNAN... CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP ...432-809 Data: 19/04/2020
FICHA DE REGULAÇÃO - Modelo 01 NÚME : atendimento

PARAÍBA
Governo do Estado

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 NIR: 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

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2022 17:36:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020217360088800000095948149
Número do documento: 22020217360088800000095948149

Re: Avaliação da Ortopedia

NIR TRAUMA <r[redacted]umacg@gmail.com>

Dom, 19/04/2020 15:42

Para: Núcleo Interno de Regulação NIR <nir.hgq@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.hgq@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). Aguardo resposta.

Atenciosamente,
Caio Leite (CRM-PB 13180)

HOSPITAL REGIONAL DE QUEIMADAS

NIR - Núcleo interno de regulação
Hospital Geral de Queimadas
Endereço: Rua Projetada, s/n - CEP: 58-475-000 - Queimadas - PB
Telefone: 3392-2991

..enciosamente,

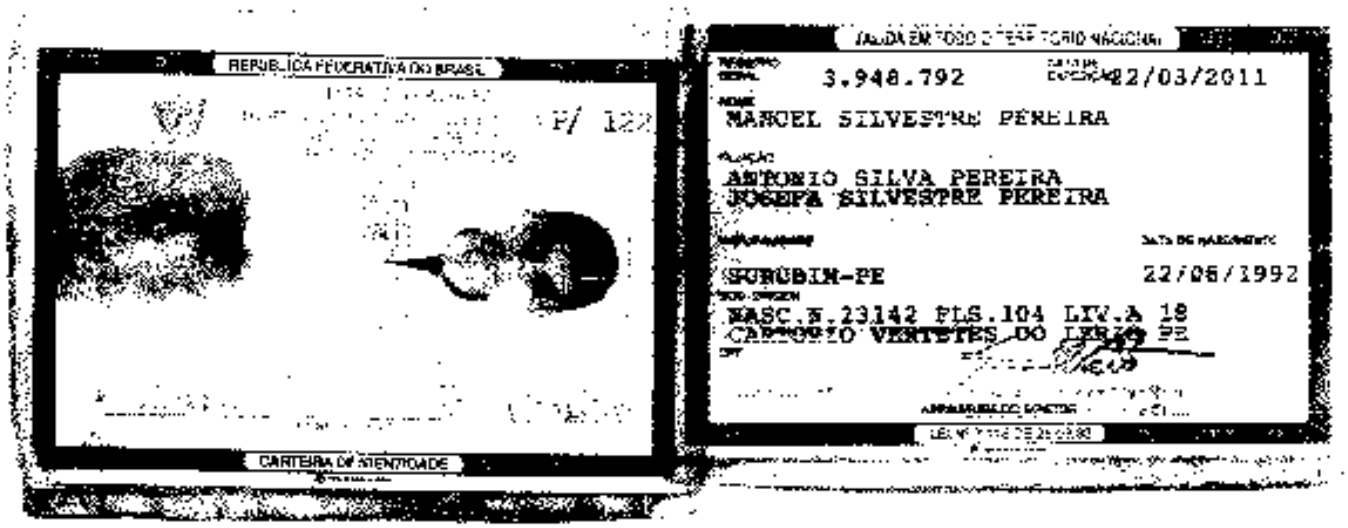
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

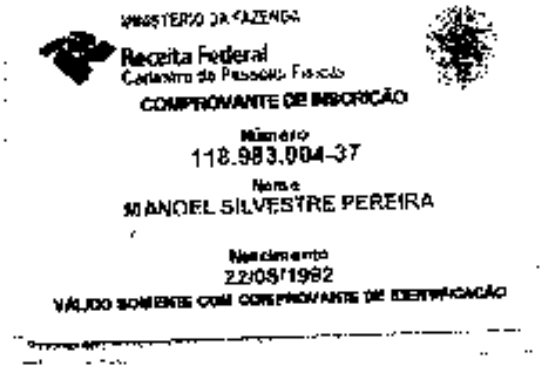
Somos todos PARAÍBA
Governo do Estado

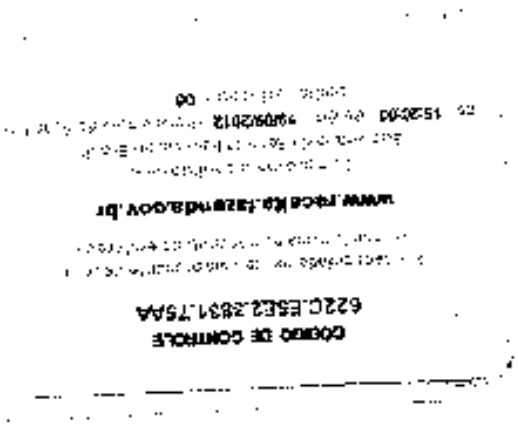
NIR - Núcleo Interno de Regulação - Ramal: 3310-5852

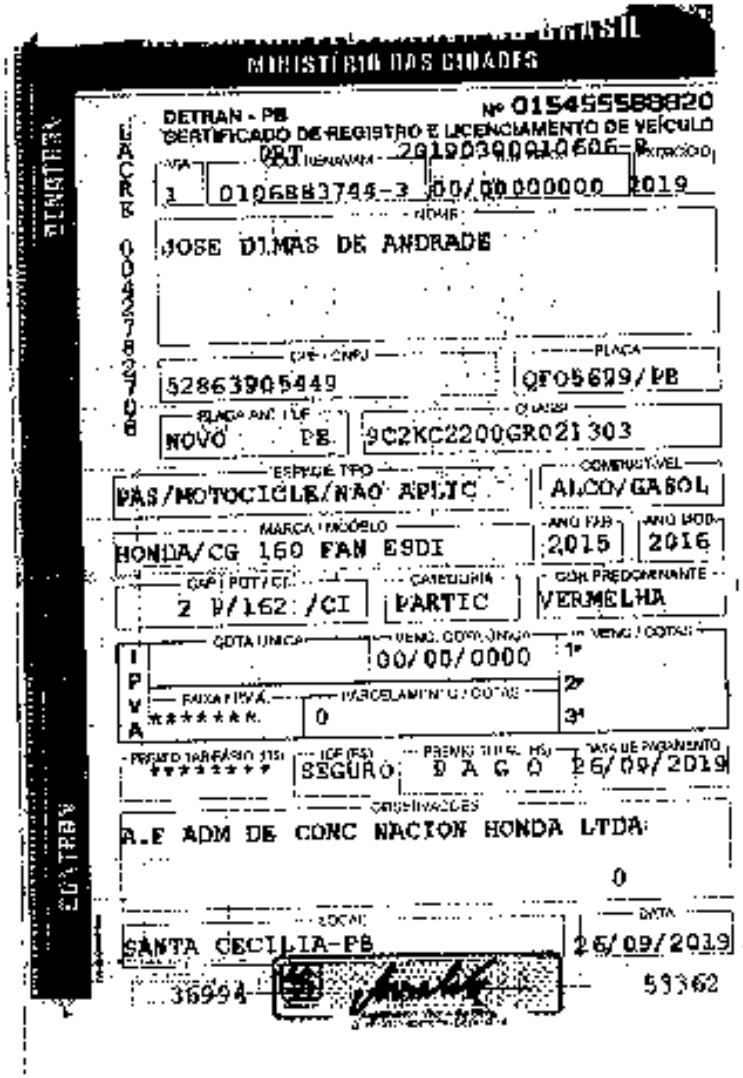
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes
Endereço: Av. Mal. Floriano Peixoto, 1045, Malvinas, C.Grande, CEP: 58428-111
Telefone: 3310-5850

PE
ADRIANA MARIA NOVAIS DE ALBUQUERQUE MACHADO
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
SSP PE
CPF
DATA NASCIMENTO
045.834.444-01
26/07/1974
FILIAÇÃO
JOSE GOMES DE NOVAIS
IRANETE FERREIRA DE NO
NOVAIS
CAT. HAB.
B
02378605879
08/04/2022
17/04/2012
1421884961
1421884961
PERMANBUCO
10/06/2017




MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
118.983.004-37
Nome
MANOEL SILVESTRE PEREIRA
Nascimento
22/06/1992
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO


CÓDIGO DE CONTROLE
622C.E5E2.2B31.75AA
www.receita.fazenda.gov.br



MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 01545558882O

CRV (SENAINFO) 2019039001060 6 - 8

1 01068837 46-3 00/00000000 2019

NOME
JOSE DIMAS DE ANDRADE

CPF / CNPJ
52863905449

PLACA
QFO5699/PB

PLACA ANT / UF
NOVO PB

CHASSI
9C2KC2200GR021303

ESPÉCIE / TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL
ALCO/GASOL

MARCA / MODELO
HONDA/CG 160 FAN ESDI

ANO FAB
2015

ANO MOD
2016

CAP / POT / CC
2 P/162 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

IPVA
COTA ÚNICA
VENC. COTA ÚNICA
00/00/0000
1ª VENC. / COTA
2ª
3ª
BASE IPVA
******
PARCELAMENTO / COTAS
0

PREÇO TABELADO (R$)
****
IOF (R$)
SEGURO
PRÊMIO TOTAL (R$)
PAGO
DATA DE PAGAMENTO
26/09/2019

OBSERVAÇÕES
A.E ADM DE CONC NACION HONDA LTDA
0

LOCAL
SANTA CECILIA-PB

DATA
26/09/2019

36994

59362

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2022 17:36:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020217360088000000095948149
Número do documento: 22020217360088000000095948149

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0189342/21

Vítima: MANOEL SILVESTRE PEREIRA

Data do acidente: 19/04/2020

CPF: 118.983.004-37

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MANOEL SILVESTRE PEREIRA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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.