



Número: **0801316-56.2021.8.15.0981**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Queimadas**

Última distribuição : **19/08/2021**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Honorários Advocatícios**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ENILDO VITOR DA SILVA (AUTOR)		RAPHAEL DE LIMA MARTINS (ADVOGADO)	
ITAU SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ITAU UNIBANCO S.A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73912008	26/05/2023 16:52	Petição	Petição
73912013	26/05/2023 16:52	2883481_JUNTADA_DE_DOCS_01	Outros Documentos
73912014	26/05/2023 16:52	2883481_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02_compressed (1)	Outros Documentos

EM ANEXO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE QUEIMADAS/PB

Processo: 08013165620218150981

ITAU SEGUROS S.A., 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 **ENILDO VITOR DA SILVA**, 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, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

QUEIMADAS, 25 de maio de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
OAB/PB 15477



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2023 16:52:40
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052616524024700000069662868>
Número do documento: 23052616524024700000069662868

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2023 16:52:40
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052616524024700000069662868>
Número do documento: 23052616524024700000069662868

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0018333/20

Vítima: ENILDO VITOR DA SILVA

CPF: 069.448.184-00

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ENILDO VITOR DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de TML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
OUT
Outros

Outros



ENILDO VITOR DA SILVA : 069.448.184-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/01/2020
Nome: ENILDO VITOR DA SILVA
CPF: 069.448.184-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2020
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

ENILDO VITOR DA SILVA

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200021455 **Cidade:** Queimadas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ENILDO VITOR DA SILVA **Data do acidente:** 20/10/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIOTOMIA) E ALTA MÉDICA. (P1,11,15,21,34,36,48,49)

Sequelas permanentes: PERDA AUDITIVA DO OUVIDO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** PERDA MODERADA AUDITIVA DO OUVIDO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200021455 **Cidade:** Queimadas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ENILDO VITOR DA SILVA **Data do acidente:** 20/10/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIOTOMIA) E ALTA MÉDICA. (P1,11,15,21,34,36,48,49)

Sequelas permanentes: PERDA AUDITIVA DO OUVIDO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** PERDA MODERADA AUDITIVA DO OUVIDO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0018333/20

Número do Sinistro: 3200021455

Vítima: ENILDO VITOR DA SILVA

Data do acidente: 20/10/2019

CPF: 069.448.184-00

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ENILDO VITOR DA SILVA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0018333/20

Vítima: ENILDO VITOR DA SILVA

CPF: 069.448.184-00

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ENILDO VITOR DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ENILDO VITOR DA SILVA : 069.448.184-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/01/2020
Nome: ENILDO VITOR DA SILVA
CPF: 069.448.184-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2020
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

ENILDO VITOR DA SILVA

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO





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, 22 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200021455

Vítima: ENILDO VITOR DA SILVA

Data do Acidente: 20/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ENILDO VITOR DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15399466





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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200021455

Vítima: ENILDO VITOR DA SILVA

Data do Acidente: 20/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ENILDO VITOR DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01943/01944 - carta_03 - INVALIDEZ

00070972



Carta nº 15408167



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2023 16:52:41

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052616524087400000069662869>

Número do documento: 23052616524087400000069662869

Num. 73912014 - Pág. 7



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, 05 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200021455

Vítima: ENILDO VITOR DA SILVA

Data do Acidente: 20/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ENILDO VITOR DA SILVA

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda auditiva total bilateral (surdez completa) 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: ENILDO VITOR DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 0000060762-4

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00907/00908 - carta_15R - INVALIDEZ

00020454





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 06944818400 CPE da vítima: 06944818400 Nome completo da vítima: ENILDO VITOR DA SILVA

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

Nome completo: ENILDO VITOR DA SILVA CPE: 06944818400

Profissão: ECHECISTA Endereço: RUA JOÃO MILANOA Número: 53 Complemento: CASA

Bairro: CASTANHO Cidade: CAWIM DAS Estado: PA CEP: 58475000

E-mail: enildo.vitor10@gmail.com Telefone: 83 33388320

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGÊNCIA: 0043001 CONTA: 60762 (4)

(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.

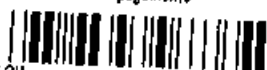
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica e às visitas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Autorização de pagamento



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: CAWIM DAS PA 21/12/13

Nome: ENILDO VITOR DA SILVA

CPF: 06944818400

Enildo Vitor da Silva (Assinatura de quem assina A ROGO)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, * nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou incapacitados deverão ser **representados pelos pais, tutor ou curador**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.



CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE EXTRATO

27/12/2019 14:18:24
CONVENIO: 000674047
OPERADOR: 00067608
AGENCIA: 0041 - CAMPINA GRANDE
CONTA: 001.00060762-4
ENILDO VITOR DA SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

RESUMO

SALDO DISPONIVEL	1,01 C
APL. C/ RESS. AUT.	0,00 C
CHEQ. A CONFIRMAR	0,00 C
DEB. A CONFIRMAR	0,00 D
SALDO BLOQUEADO	0,00 C
SALDO TOTAL	1,01 C
LIM. CHEQUE ESPECIAL	0,00 C
SALDO DISPONIVEL C/LIMITE	1,01 C

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474
caixa.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
11ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE QUEIMADAS/PB

CERTIDÃO

22



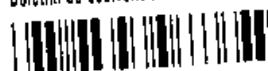
CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial a Pasta de Ocorrências nº01/19, o registro nº375/19, cujo teor na íntegra esta transcrito: Aos VINTE E SEIS dias do mês de DEZEMBRO do ano de dois mil e dezenove, nesta cidade de Queimadas, Estado da Paraíba e na DEPOL LOCAL, presente a Autoridade Policial, **Belª. DIANNI REGINA DE B. SILVA**, comigo, Escrivão (ã) de Polícia de seu cargo, ao final assinado (a) e declarado (a), aí, por volta das 16:16 horas, compareceu (o) a Senhor (a) **ENILDO VITOR DA SILVA**, brasileiro, nascido em 07/07/1986, rg: 2866024 SSP/PB, filho de Roque Vitor da Silva e de Maria do Ceu Chaves da Silva, natural de Queimadas/PB, residente na Rua João Miranda, 51, Castanho, Queimadas/PB, (o) a qual depois de cientificado das penalidades cominadas no art. 299 do CPB vem notificar o **SEGUINTE: QUE** no dia 20/10/2019, no turno da noite, o declarante conduzia a motocicleta por uma estrada vicinal pertencente ao Sítio Baixa Verde, zona rural de Queimadas/PB, quando perdeu o controle e bateu em uma estaca; QUE o declarante foi socorrido pelo Samu e encaminhado ao Hospital de Trauma de Campina Grande/PB; QUE o declarante sofreu lesões na cabeça, nas costelas direitas e na clavícula direita; QUE o declarante passou alguns dias no Hospital de trauma e depois foi encaminhado ao Hospital Antônio Targino, onde foi submetido a uma cirurgia na cabeça para retirada de um coágulo de sangue; QUE veio comunicar o fato para que possa solicitar o Seguro Dpvat; QUE apresenta como suas testemunhas as seguintes pessoas: Cicero da Silva Barbosa, residente na Rua Maria Cardoso, 396, Nova Cidade, Queimadas/PB; e André Nascimento da Silva, residente na Travessa José Maia, 106, Castanho, nesta cidade. Era o que tinha a Certificar. Eu Thomas J. Nunes Farias, escrivão que o digitei, dato e assino.

Queimadas - PB, 26 de DEZEMBRO de 2019

Declarante/noticiante:

Enildo Vitor da Silva
ENILDO VITOR DA SILVA

Boletim de ocorrência



Escrivão (ã):

Thomas J. Nunes Farias
THOMAS J. NUNES FÁRIAS



recorde ultima de queda de polo, decorado
e protocolo de Truina, file estora com o
povo do papagallo, relinam o cupoleto, e
e resgatar, perdido para jaguatus e encaim
do Bodo o hospital de Truina.

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS/ FATORES DE RISCO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
Q.D. INTELIGÊNCIA	☐ Aumento da Exposição ambiental à patogênicos ☐ Defesas primárias inadequadas ☐ Procedimentos invasivos ☐ Outros:	
Q.D. DEFESA	☐ Uso de dispositivos auxiliares ☐ Alteração de função cognitiva ☐ Uso de imobilizadores ☒ Mobilidade prejudicada ☐ Outros:	- alcoolismo

1. NOME DO ENFERMEIRO: André Alves de Andrade
COREN: 035
ENFERMEIRA: Uirvaldo Jerônimo Monteiro
COREN: 001.408.511-78
TÉCNICO EM ENFERMAGEM: Uirvaldo J. Monteiro





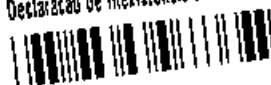
Número do documento: 23052616524087400000069662869

Null. 73912014 - Pág. 14

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de Inexistência de FMI



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

31/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320002145501

VALOR TOTAL:

3.375,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ENILDO VITOR DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000060762

Número da Autenticação

4E85AC7E614842A6



Canal de contato

Fundo Social de Energia Saneamento - TSE 2003
10.432, de 28 de abril de 2003

Contratada: Gilete Moraes - apresentando documento em
Ela pede a ajuda para a formação de valores de
enviar a segunda via do contrato de formação e em favor do
de Pedagogia. Se venha ao número e
nos chamamos sempre que precisar. (011) 20155-9990

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Letra	Data	Letra			
20/07/13	72002	22/07/12	22112	1	112	90
Demonstrativo						
000	Despesa	Outr. Cód. 1, 2, 3, 4, 5	Valor Base (Col. 4) + Acréscimos (Col. 5) - Dólar (Col. 6)	Parcelamento (Col. 7) x (Col. 8) / 100%	Parcelamento (Col. 7) x (Col. 8) / 100%	Parcelamento (Col. 7) x (Col. 8) / 100%
0001	Consumo de 20/07/13-SP	30.000,00	2.250,00	1,57	1,57	2,25
0001	Consumo de 21/07/13-SP	30.000,00	2.250,00	1,57	1,57	2,25
0001	Consumo de 22/07/13-SP	17.000,00	1.275,00	1,57	1,57	2,25
0001	Adm. 2. Vendedor			1,57	1,57	2,25
0001	Adm. 3. Amarelo			1,57	1,57	2,25
0001	Subtotal			1,57	1,57	2,25
ENCARGAMENTOS E SERVIÇOS						
0001	CONTRIBUIÇÃO			1,57	1,57	2,25
0001	PARCELAMENTO DE DEBITO			1,57	1,57	2,25
0001	RENT. BANC. ANU. RESCISÓRIA			1,57	1,57	2,25
0001	DEMOUSO SUBSIST.			1,57	1,57	2,25

CC: Código de Cuentas Contables de la Norma 107/91. TC: 89 84,17 22,72 94,17 0,81 = 20
Formas de Tributos A152804W 0,16270 A141904W 7,29956 A192284W 0,45475

VENCIMENTO 31/10/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 161,89
---------------------------------	------------------------------------

Historico de Consumo (KWh)												
119	127	33	118	118	124	121	128	126	121	85	128	
Out/16	Nov/16	Dez/16	Jan/17	Fev/17	Mar/17	Abr/17	Maio/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	

9ef7.84b6.bfc7.96ce.e63d.15ed.660a.ddeb.

Indicadores de Qualidade		6/2019 - Referência	
Limites da ANEEL	Aprovado	Limite de Tensão (V)	
EMERGÊNCIA	9,9%	220	
EMERGENCIAL	11,9%		
EMERGENCIA	23,9%		
EMERGENCIA	35,9%		
EMERGENCIA	47,9%		
EMERGENCIA	59,9%		
EMERGENCIA	71,9%		
EMERGENCIA	83,9%		
EMERGENCIA	95,9%		
EMERGENCIA	107,9%		
EMERGENCIA	119,9%		
EMERGENCIA	131,9%		
EMERGENCIA	143,9%		
EMERGENCIA	155,9%		
EMERGENCIA	167,9%		
EMERGENCIA	179,9%		
EMERGENCIA	191,9%		
EMERGENCIA	203,9%		
EMERGENCIA	215,9%		
EMERGENCIA	227,9%		
EMERGENCIA	239,9%		
EMERGENCIA	251,9%		
EMERGENCIA	263,9%		
EMERGENCIA	275,9%		
EMERGENCIA	287,9%		
EMERGENCIA	299,9%		
EMERGENCIA	311,9%		
EMERGENCIA	323,9%		
EMERGENCIA	335,9%		
EMERGENCIA	347,9%		
EMERGENCIA	359,9%		
EMERGENCIA	371,9%		
EMERGENCIA	383,9%		
EMERGENCIA	395,9%		
EMERGENCIA	407,9%		
EMERGENCIA	419,9%		
EMERGENCIA	431,9%		
EMERGENCIA	443,9%		
EMERGENCIA	455,9%		
EMERGENCIA	467,9%		
EMERGENCIA	479,9%		
EMERGENCIA	491,9%		
EMERGENCIA	503,9%		
EMERGENCIA	515,9%		
EMERGENCIA	527,9%		
EMERGENCIA	539,9%		
EMERGENCIA	551,9%		
EMERGENCIA	563,9%		
EMERGENCIA	575,9%		
EMERGENCIA	587,9%		
EMERGENCIA	599,9%		
EMERGENCIA	611,9%		
EMERGENCIA	623,9%		
EMERGENCIA	635,9%		
EMERGENCIA	647,9%		
EMERGENCIA	659,9%		
EMERGENCIA	671,9%		
EMERGENCIA	683,9%		
EMERGENCIA	695,9%		
EMERGENCIA	707,9%		
EMERGENCIA	719,9%		
EMERGENCIA	731,9%		
EMERGENCIA	743,9%		
EMERGENCIA	755,9%		
EMERGENCIA	767,9%		
EMERGENCIA	779,9%		
EMERGENCIA	791,9%		
EMERGENCIA	803,9%		
EMERGENCIA	815,9%		
EMERGENCIA	827,9%		
EMERGENCIA	839,9%		
EMERGENCIA	851,9%		
EMERGENCIA	863,9%		
EMERGENCIA	875,9%		
EMERGENCIA	887,9%		
EMERGENCIA	899,9%		
EMERGENCIA	911,9%		
EMERGENCIA	923,9%		
EMERGENCIA	935,9%		
EMERGENCIA	947,9%		
EMERGENCIA	959,9%		
EMERGENCIA	971,9%		
EMERGENCIA	983,9%		
EMERGENCIA	995,9%		
EMERGENCIA	1007,9%		
EMERGENCIA	1019,9%		
EMERGENCIA	1031,9%		
EMERGENCIA	1043,9%		
EMERGENCIA	1055,9%		
EMERGENCIA	1067,9%		
EMERGENCIA	1079,9%		
EMERGENCIA	1091,9%		
EMERGENCIA	1103,9%		
EMERGENCIA	1115,9%		
EMERGENCIA	1127,9%		
EMERGENCIA	1139,9%		
EMERGENCIA	1151,9%		
EMERGENCIA	1163,9%		
EMERGENCIA	1175,9%		
EMERGENCIA	1187,9%		
EMERGENCIA	1199,9%		
EMERGENCIA	1211,9%		
EMERGENCIA	1223,9%		
EMERGENCIA	1235,9%		
EMERGENCIA	1247,9%		</

ATENÇÃO

- REVISÃO DE DESEMPENHO: Como a (s) nota (s) não são indicadores permanentes de desempenho, o funcionário poderá ser chamado a prestar o teste de 13.4.1978. Conforme Resolução do Conselho de Administração, o empregado poderá, caso ele não esteja satisfeito com o resultado do teste, recorrer ao Conselho de Administração e, se necessário, recorrer ao Conselho de Administração para obter uma segunda opinião. Como o teste é efetuado e pago pelo Estado, o teste, portanto, não é considerado uma penalidade. O teste é realizado no mês de maio de cada ano e o resultado do teste é comunicado ao funcionário. O teste é realizado no mês de maio de cada ano e o resultado do teste é comunicado ao funcionário.

- Sua unidade foi inaugurada em maio de 1978, de acordo com o plano de trabalho de 1978.

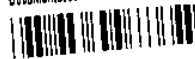
SeU19 172.50





INSTITUTO
ANTONIO TARGINO

Documentação médica - hospitalar



31/33- 94



PRONTUÁRIO ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROCIRURGIA

Paciente: Emilio Victor da Silva Data: 33 Sexo: M
Nº: R. 3205 Mirando 51
Cidade: Queimadas UF: PB CEP: Fone:

HISTÓRICO DA DOENÇA:

EXAME FÍSICO: CABEÇA: TÓRAX:
ARTERIAL: MEMBROS:
PELE:

EXAME NEUROLÓGICO: PUPILAS { - MIÓTICAS ISOCÓRICAS ESCALA DE FRANKEL { A B C D E
- MIDRIÁTICAS ANISOCÓRICAS: D > E E > D

ESCALA DE GLASGOW: ABERTURA OCULAR 4 3 2 1 RESPOSTA VERBAL 5 4 3 2 1 RESPOSTA MOTORA 6 5 4 3 2 1 ESCORE:

ESCALA DE HUNT-HESS: 0 I II III IV V

EXAMES COMPLEMENTARES: RX DE CRÂNIO ☐ TOMOGRAFIA ☐ RX DE COLUMNA ☐ RX DE TÓRAX ☐ RNM ☐ EEG ☐ ELETROMIOGRAFIA ☐

CONDIÇÕES: REPOUSO ☐ RESIDÊNCIA ☐ ENFERMARIA ☐ CENTRO CIRÚRGICO ☐ UTI ☐

REFECÇÃO HOSPITALAR: SIM ☐ NÃO ☐ AGENTE CAUSADOR:

INDICAÇÕES DE ALTA: CEFALIA

OPERAÇÃO:

EVOLUÇÃO AMBULATORIAL:





HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

PÁGINA: 1/1
DATA: 29/10/2019
HORA: 17:14:10

Prontuário 927081	Atendimento 2368773	Reserva/Guia *0* Data 29/10/2019 Hora 17:09
Paciente ENILDO VITOR DA SILVA [CPF: 6944816400] Endereço JOAO MIRANDA Bairro Bairro Nome da Mãe MARIA DO CEU CHAVES DA SILVA Responsável ENILDO VITOR DA SILVA Bairro Bairro	Sexo Est. Civil M Casado Dt Nasc. 07/07/1986 Telefone 839938832 R.G. 2655024 Código.CMS 708208289920733 Num. Complemento 51 CASA Cidade QUEIMADAS Enderço JOAO MIRANDA Cidade QUEIMADAS	Profissão 94089300 Agna (cirúrgia) (23) 994089300 Rock (Pa) 993889320 Luciano de Sousa Cep 58440000 Num. S1 839938832
Médico Atendente 1708 LUCIANO FERREIRA HOLANDA (CRM: 2948) [CPF: 33863130430] Procedimento	Médico Acompanhante 1708 LUCIANO FERREIRA HOL (CRM: 2948) [CPF: 33863130430] Cid	TOMOGRAFIA exame SIC 29/10/19 Korla
Sector 3009 SECRETARIA SUS Acomodação POSTO: 2019 - TRANSPLANTE RENAL ENFERMARIA: 201807 - ENFERMARIA 106 LEITO: 1 Data mín. para alta - 29/10/2019 Data máx. para alta - 29/10/2019 Atendente - / SOCORRO	Convênio 50 SUS Origem	
Resumo de Tratamento		
Acompanhante.....? [] Sim [X] Não Data admissão 29/10/2019 Data alta 03/11/19		
Internação anterior...? [] Sim [] Não Hora admissão Hora alta 08:00		
Alta...: Curado.....: [] Melhorado.....: [X] Inalterado.....: [] Clínica...: Médica.....: []		
Piorado.....: [] A pedido.....: [] Indisciplina.....: [] Cirúrgica.....: []		
Transferido.....: [] Falecimento.....: [] Evasão.....: [] Obstétrica.....: []		
Diagnóstico: Internação: <u>Insuficiência Renal + Nefropatia</u> Cid 5.06.9 Definitivo...: <u>Insuficiência Renal</u> Cid X.15.9.19		
Histórico: <u>0415030013-3</u>		
Alta - 1 Perm - 2 Transf - 3 Óbito - 4		
Rolo X: [X] Simples [] C/Contraste		
UNI Entrada 30/10/19 Saída 31/10/19		
Motivo Caract. Trat. []		
[J] Sangue...: [] Rh...: [] [] A [] B [] C [] D [] E [] F [] G		

Exame de sangue
29/10
Sheplua



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: *Carla de Vitoria de Silva*

LEITO: _____

CONVÊNIO: _____

DATA: *29/10/19*

INDICAMENTOS

HORÁRIO

F037 - 1000 EV
Diagnóstico - 2.ª TAD EV 616L
T.H. 2.ª TAD EV 121141
Neurologia - 4.ª TAD EV 818L SIN
600 TSSW

Exame de sangue, urina, fezes
Exame de sangue - 2.ª TAD EV
Exame de urina - 2.ª TAD EV
Exame de fezes - 2.ª TAD EV

Dr. José da Costa Leite Segundo
Neurologia - Neurocirurgia
Cel. 4054-770

EVOLUÇÃO MÉDICA

Doença do sistema de defesa



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOTE

— 11 —

LEITÖ:

CONVENIENCE:

DIAGNOSTIC:

DATA:

MEDICAMENTOS		HORÁRIO					
30/10	(1) Jeparati 150						
	(2) KMA 500 IV 8/8						
	(3) Doxerol 100 IV 8/8						
	(4) Cytrix 1g IV 12/12						
	(5) ganciclovir 1000 2/5						
	(6) Nuvlar 20 IV 5						
	(7) Antibio:						
Não fazer Transal							
Dr. Adalberto Alencar CRP 1291							

EVOLUÇÃO MÉDICA

30/10 SO Cautious handling
of copies so strictly
under
of copies & processing
Panama de U.F.I.

Dr. Rafael R. Ariza
RECEIVED - 1980-08-12
C.S.M. 12-1281



HAT HOSPITAL ANTONIO TARGINO	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		
	NOME:	LEITO:	MÉDICO:
	DATA:		

MANHÃ

TARDE

Paciente vindo do Tratamento feito com oxiacetato e aguarda avaliação e prescrição da Dor, Verificado sinais vitais e fica aos cuidados da Enfermagem de plantão.

Josilân D. Silva de C. Silva
 T.E.C. DE ENFERMAGEM
 C.R.N. nº 542083

NOITE

Paciente evolui acordado, inquieto deambulando, aguarda a avaliação neurológica, ficará em dieta zero a partir 22hs.



EVOLUÇÃO MÉDICA

ANTONIO TARGINO LTDA

HOSPITAL ANTONIO JARGINO LIMA

EVOLUÇÃO

Adama Paciente:

EVOLUÇÃO

OAT A

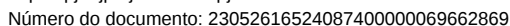
DATA

DATA 2011

10-11-1968
49
He has
more work
to do of
himself

1515000

OFFICIAL USE ONLY



PRESCRIÇÃO

DATA:	30/10/19	CONVÊNIO:	SUS
DIA:		PRONTUÁRIO:	
NOME	ENILDO VITOR DA SILVA		
IDADE:	33A	SEXO:	MASCULINO
DIAGNÓSTICO	POI NRC = TRAT CIR HSD		

LEITO
14

OXIGÊNIO

DATA: ____/____/____ LIGADO(H): ____ ASS: ____
DATA: ____/____/____ DESLIGADO(H): ____ ASS: ____

OXIGÊNIO

DATA: ____/____/____ LIGADO(H): ____ ASS: ____
DATA: ____/____/____ DESLIGADO(H): ____ ASS: ____

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

01. DIETA ZERO - *Lib. Panna*

02. MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA

03. O2 ÚMIDO, (CN, MV), VMI = ACM =

04. CURATIVO EM REGIÃO SACRA/CALCÂNEO/TROCANTES ETC = ACM =

05. Sonda de ASPIRAÇÃO TRAQUEAL EM SISTEMA FECHADO ACM

06. ACESSO VENOSO CENTRAL ACM

07. SONDAS NASOGÁSTRICA/NASOENTERAL = ACM =

08. SVD/SVA ACM

09. FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA 3 X DIA

10. FISIOTERAPIA MOTORA 2 X DIA

11. SRL 500ml IV DE 8 X 8 h

12. SF 0,9% 500ml IV DE 8 X 8 h

13. DIPIRONA 2CC EV DE 4 X 4 h

14. NAUSEDRON 4mg EV 8 X 8 h

15. TRAMAL 100mg + SF 100ml EV DE 8 X 8 h ACM

16. HGT DE 12 X 12 h + IR IV CONFORME PROTOCOLO

17. DECADRON 4mg IV DE 6 X 6 h

18. CAPOTEN 25mg SL SN e SE PAS > 200mmHg FAZER 50mg SL

19. CEFTRIAXONA 1g IV DE 12 X 12 h (DO=30/10) DIA 00

20. HIDROCORTISONA 500mg IV NA EXTUBAÇÃO

21. HIDANTAL 2CC + AD 18ml IV DE 8 X 8 h

22. NEOZINE 5gts VO 21 h

23. RANITIDINA 50mg IV DE 12 X 12 h

24. DECÚBITO ELEVADO

25. SINAIS VITAIS DE 4 X 4 h

26. CUIDADOS GERAIS DE UTI

17h06	16h30				
16.		20	24		
16.	20	24	04		
16.	20	24	04		
16.	18.		02		
	17.		05		
16.		22	04		
18		06			
12					
	16.	24			
		21			
	18			06	

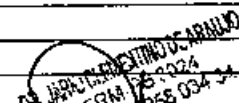
Do Rm 12 - 18 h
DR. JARDO CLEMENTINO DE ARAUJO
CRM-PB 3024
CPF 143.052.324-34
Assinatura do Médico
2030



 HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO UTI GERAL	PRESCRIÇÃO			
	DATA:	31/10/19	CONVÊNIO:	SUS
	DIA:		PRONTUÁRIO:	
	NOME	ENILDO VITOR DA SILVA		
	IDADE:	33A	SEXO:	MASCULINO
	DIAGNÓSTICO	POI NRC = TRAT CIR HSD		
LEITO 14				

OXIGÊNIO DATA: ____/____/____ LIGADO(H): ____ ASS: ____ DATA: ____/____/____ DESLIGADO(H): ____ ASS: ____	OXIGÊNIO DATA: ____/____/____ LIGADO(H): ____ ASS: ____ DATA: ____/____/____ DESLIGADO(H): ____ ASS: ____
---	---

MEDICAMENTOS	HORÁRIO					
01. DIETA LIVRE						
02. MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA						
03. O2 ÚMIDO, (CN, MV), VMI = ACM =						
04. CURATIVO EM REGIÃO SACRA/CALCÂNEO/TROCANTES ETC =ACM =						
05. SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL EM SISTEMA FECHADO ACM						
06. ACESSO VENOSO CENTRAL ACM						
07. SONDAS NASOGÁSTRICA/NASOENTERAL = ACM =						
08. SVD/SVA ACM						
09. FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA 3 X DIA						
10. FISIOTERAPIA MOTORA 2 X DIA						
11. SRL 500ml IV DE 8 X 8 h	08	16		24		
12. SF 0,9% 500ml IV DE 8 X 8 h	08	12	16	20		04
13. DÍPIRONA 2CC EV DE 4 X 4 h	08	12	16	20	24	04
14. NAUSEDRON 4mg EV 8 X 8 h		10	18			02
15. TRAMAL 100mg + SF 100ml EV DE 8 X 8 h ACM			17			05
16. HGT DE 12 X 12 h + IR IV CONFORME PROTOCOLO			16		22	04
17. DECADRON 4mg IV DE 6 X 6 h	10		16			
18. CAPOTEN 25mg SL SN e SE PAS > 200mmHg FAZER 50mg SL			18			06
19. CEFTRIAXONA 1g IV DE 12 X 12 h (D0=30/10) DIA 01						
20. HIDROCORTISONA 500mg IV NA EXTUBAÇÃO						
21. HIDANTAL 2CC + AD 18ml IV DE 8 X 8 h	08	16		24		
22. NEOZINE 5gts VO 21 h				21		
23. RANITIDINA 50mg IV DE 12 X 12 h			18			06
24. DECÚBITO ELEVADO	CT					
25. SINAIS VITAIS DE 4 X 4 h	CT					
26. CUIDADOS GERAIS DE UTI	CT					


 Assinatura do Médico



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Benildo Silva de Silva

IDADE:

ATUAL: UTI

LEITO: 14

MÉDICO:

DATA: 30 / 10 / 19

MANHÃ

Paciente admitido vindo do bloco cirúrgico, em P.O.I. hematomas subdural, foi extubado e mantém saturação em uso cateter nasal O₂, segue unidades enfermagem.

TAHDE

Paciente evolui acordado, aférril, consciente e orientado, normotenso, diurese espontânea, em uso de O₂ contínuo, foi M.C.P.M., realizado cuidados intensivos feito RX de controle. Tox

Sandra Elisabete da Silva Morel ent,
Técnica de Enfermagem
COB 917632

NOITE

Paciente PO segue acordado, confuso-agitado, apresenta luxação, aférril normotenso, aceita dieta oral, oxido SSU, feito cuidados gerais m.c.p.m. segue aos cuidados intensivos e conduta médica.

Andréa Rafael da Cruz
COB 917632



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Jonildo Vitor da Silva

IDADE: 73 A

ALTA: UTI

LEITO: 14

MÉDICO: M. Stalo

DATA: 31/10/19

MANHÃ

Paciente acordado, consciente, orientado, respira
ar ambiente, apresenta hemiplegia no M.D.
Em A.V. periférico. Apresentando melhora no
seu estado clínico, recebe alta p/ internação.

Maria do Socorro Oliveira
Téc. de Enfermagem
COREN-AB 67185

TARDE

Paciente acordado, consciente, orientado, recebe
ar ambiente, apresenta SSVU, medicado com
fórmula adequada. Recebe alta para
seu domicílio.

Adriana Alves Araújo
Téc. de Enfermagem
COREN-AB 696.790

NOITE



 HOSPITAL ANTONIO TARGINO HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO UTI GERAL	PRESCRIÇÃO			
	DATA:	31/10/19	CONVÊNIO:	SUS
	DIA:		PRONTUÁRIO:	
	NOME	ENILDO VITOR DA SILVA		
	IDADE:	33A	SEXO:	MASCULINO
DIAGNÓSTICO		POI NRC = TRAT CIR HSD		
LEITO 14				

OXIGENIO DATA: ___/___/___ LIGADO(H): ___ ASS: ___ DATA: ___/___/___ DESLIGADO(H): ___ ASS: ___	OXIGENIO DATA: ___/___/___ LIGADO(H): ___ ASS: ___ DATA: ___/___/___ DESLIGADO(H): ___ ASS: ___
--	--

MEDICAMENTOS	HORÁRIO					
01. DIETA LIVRE						
02. MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA						
03. O2 ÚMIDO, (CN, MV), VMI = ACM =						
04. CURATIVO EM REGIÃO SACRA/CALCÂNEO/TROCANTES ETC =ACM =						
05. Sonda de Aspiração Traqueal em Sistema Fechado ACM						
06. Acesso Venoso Central ACM						
07. SONDAS NASOGÁSTRICA/NASOENTERAL = ACM =						
08. SVD/SVA ACM						
09. FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA 3 X DIA						
10. FISIOTERAPIA MOTORA 2 X DIA						
11. SRL 500ml IV DE 8 X 8 h	08	16	24			
12. SF 0,9% 500ml IV DE 8 X 8 h		12	20	04		
13. DIPIRONA 2CC EV DE 4 X 4 h	08	12	16	20	24	04
14. NAUSEDRON 4mg EV 8 X 8 h		10	18			02
15. TRAMAL 100mg + SF 100ml EV DE 8 X 8 h ACM						(11)
16. HGT DE 12 X 12 h + IR IV CONFORME PROTOCOLO			17			05
17. DECADRON 4mg IV DE 6 X 6 h	10	16		22		04
18. CAPOTEN 25mg SL SN e SE PAS > 200mmHg FAZER 50mg SL			18			06
19. CEFTRIAXONA 1g IV DE 12 X 12 h (D0=30/10) DIA 01						
20. HIDROCORTISONA 500mg IV NA EXTUBAÇÃO						
21. HIDANTAL 2CC + AD 18ml IV DE 8 X 8 h	08	16		24		
22. NEOZINE 5gts VO 21 h			18	24		06
23. RANITIDINA 50mg IV DE 12 X 12 h						
24. DECÚBITO ELEVADO	CT					
25. SINAIS VITAIS DE 4 X 4 h	CT					
26. CUIDADOS GERAIS	CT					

- Haldel S, 11/05/19
 - Pamegani 25, 11/05/19
 Assinatura do Médico
 André Cavalcanti M. Júnior
 Médico
 CRM-PB: 8122



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: **ENILDO WILKES DA SILVA**

LEITO: **80-2**

CONVENIO: **SA**

AJA: **exames**

DATA: **01/11/19**

DIAGNÓSTICO: **KE (Acintuado)**

MEDICAMENTOS

HCÁRIO

- ① **metm. gassat + liquida** 18 08
- ② **hemp. borbato 500mg EV 12/12h** 18 08
- ③ **Dipirasa 200mg EV S/N** 08
- ④ **Warshan 4mg EV 8/8h** 18 18 08
- ⑤ **Acetona 100mg EV 8/8h** 18 28 08
- ⑥ **H. hantel 100mg 8/8h** 08 18 28
- ⑦ **C. p. 100mg 12/12h** 18 08
- ⑧ **Arunk 50mg EV 12/12h** 18 08
- ⑨ **curbomha 400mg + G. 100mg** 08 08
- ⑩ **Returat 100mg 12/12h** 08
- ⑪ **H. d. 5mg IM 8/8h** 18 08

Pet. 01/11/19

Prof. Dr. Lauro Holanda
CRM 2948

Prof. Dr. Lauro Holanda
CRM 2948

EVOLUÇÃO MÉDICA

Amarelo com pontos vermelhos, apêndice.

Prof. Dr. Lauro Holanda
NEUROCIRURGIÃO
CRM 2948



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

Enrique W. L. L. L.

A.A.:

Quirósica

LEITO: 80-27

CONVÊNIO:

SUS

DATA:

02-11-19

DIAGNÓSTICO:

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

2/11

1) ~~Amoxiclav 1g/125mg~~

2) ~~Amoxiclav 500mg IV 12/12~~

3) ~~Dipiridamol 200mg IV 5/5~~

4) ~~Amoxiclav 1g/125mg IV 5/5~~

5) ~~Amoxiclav 1g/125mg IV 8/8 + 20/20~~

6) ~~Ceftriaxona 1g IV 12/12~~

7) ~~Amoxiclav 1g/125mg IV 12/12~~

8) ~~Kanamicina 150mg IV 12/12~~

Amoxiclav 20/20

9) ~~Amoxiclav 1g/125mg~~

Amoxiclav 1g/125mg

EVOLUÇÃO MÉDICA

2/11

Amoxiclav 1g/125mg
e Amoxiclav 1g/125mg

Dr. Suelio Moreira Torres

3/11

Amoxiclav

Dr. Suelio Moreira Torres



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HAT HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

NOME: Emilda Vitor da Silva

IDADE: 33a

RUA: Alameda

LEITO: 402

MÉDICO: MUVO

DATA: 31/10/19

MANHÃ

TARDE

Paciente vindo do UTI em POT o mesmo com
HU + SUS. segue sob cuidados de enfermagem
OBS: paciente: alérgico a. Isoniazida.

NOITE

Paciente mantendo quadro,
consciente e orientado, oferecido banho
sem anormalidades no momento, realizado
controles, medicação (PM), segue sob cuidados
de Enfermagem. Em tempo, paciente agitado e
ansioso, agrediu a enfermeira, onde a mesma fez uso
de força física e levou até o médico de plantão, onde o mesmo prescreveu o
Fenagim (Meia ampola IM) e Húdel (Meia ampola IM), ao prescrever a medicação
o paciente se recusou de tomar a medicação de forma agressiva recusando a
mão do tec. Análise de forma grosseira e com falaciosa de tom intimidador, assim
não foi realizado a APAR de Medicar.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HAT HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

NOME: ERLON VISON

IDADE: 33

ALIA: CEZIA

LEITO: 80-2

MÉDICO: RODRIGO

DATA: 01/11/18

MANHÃ

Paciente no 2º P.O.2 (Cirurgia de
doença renal), Alergia, ATB, S.C.P. de
urina, Rins, Rins, Rins, Rins, Rins, Rins,
Vital de ATB, Sinais vitais
de enfermagem, Atividade a seguir.

TARDE

Paciente consciente e orientado, em Postado
Ortomotomo, + Hematoma subdural, e m
uso de ATB, e m Venocler por o ceno
Pulso, Segue medicado segundo Prescric
dos cuidados da Enfermagem

NOITE

Paciente atencioso, orientado, em Post
tudo, em venoclisis, medicado, segue prescrite.
Segue seu seguimento os cuidados da Enfermagem.

Raquel Neriis
Enf. de Enfermagem
01/11/2018
Raquel



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

NOME: Enildo Zito da Silva IDADE: 33
 ALIAS: Enrique LEITO: 80-2 MÉDICO: Neuro

DATA: 02/11/19

MANHÃ

Paciente recebeu desorientado com A.I. medicado, sentando deite, deambulando agindo suas necessidades.

Fabíola Luciana da Silva
Técnica de Enfermagem
COREN-PB 621.994

TARDE

Paciente estável, consciente, orientado aceita dieta VO, duras + frutais, deambulando, pode ficar + Fístula, agitado inquieto, caso peritônico, medicação C.p.m., segue em observação.

Regiane da Silva Aguiar
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 621.994

NOITE

Paciente recebeu um quadro estável consciente. confuso. segue medicado C.p.m. e fisioterapia. realizadas curativos e controles de enfermagem.

Juçara Andrade de Oliveira
Técnica de Enfermagem
COREN-PB 709.226



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HUT HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

NOME: SAULOS V. DA SILVA

IDADE: 53

ALER: sem

LEITO: 802

MÉDICO: Marcelo

DATA: 03/11/18

MANHÃ

Paciente estável, acordado,
sem náuseas, diurese 0,
a.e.p. em ventilação, visto
pelo médico e alta hospitalar.

[Assinatura]
03/11/2018

TARDE

NOITE



PACIENTE: Emilio Vito de L. L.
 Nº DO PRONTUÁRIO: _____ Nº DO ATENDIMENTO: _____
 DATA DA OPERAÇÃO: 30/6/19 ENFERMARIA: _____ LEITO: _____
 OPERADOR: Dr. Rafael R. Holanda
 1ª AUXILIAR: D. Carlos 2ª AUXILIAR: D. Lúcio
 3ª AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
 ANESTESISTA: Dr. Jucalino TIPO DE ANESTESIA: geral
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: neutro intest. leve
 TIPO DE OPERAÇÃO: Tratamento de divertículo (2) 40203058
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: Tratamento de divertículo (3) 40200014
 RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA: Tr. Cíptico de Intest. Leve
 EXAME RADIOGRÁFICO NO ATO: normal
 ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: (1) 40209059

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - ANESTESIA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO - VICERAS

- (1) neutro intest. leve
- (2) Tratamento de divertículo
- (3) Tratamento de divertículo
- (4) Tratamento de divertículo
- (5) Tratamento de divertículo
- (6) Tratamento de divertículo
- (7) Tratamento de divertículo

Dr. Rafael R. Holanda
CRM-PR 257



PACIENTE: Emilio Wto de Lly
 Nº DO PRONTUÁRIO: 3016119 Nº DO ATENDIMENTO: LEITO:
 DATA DA OPERAÇÃO: 30/6/19 ENFERMARIA: 2
 OPERADOR: Dr. Nogueira
 1º AUXILIAR: X. Lemos 2º AUXILIAR: D. L. Lemos
 3º AUXILIAR: INSTRUMENTADOR:
 ANESTESISTA: Dr. J. J. J. J. TIPO DE ANESTESIA: geral
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Lesão intra-hepática
 TIPO DE OPERAÇÃO: Tratamento de lesão ② 40205058
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: Tratamento de lesão ③ 402000124
 RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA: Tratamento de lesão
 EXAME RADIO: OGICO NO ATO: lesão
 ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: ④ 40209059

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO: ABCAE TÉCNICA: LIGADURAS DRENAGEM: SUTURA MATERIAL EMPREGADO: ASPECTO - VICERAS

- ① Lesão intra-hepática
- ② Tratamento de lesão
- ③ Tratamento de lesão
- ④ Tratamento de lesão
- ⑤ Tratamento de lesão
- ⑥ Tratamento de lesão
- ⑦ Tratamento de lesão

Dr. Rafael H. Holanda
CRM: 12512
CRLA-PE: 1251



PACIENTE: ENILDO VITOR DA SILVA (33 ANOS)
CONVÊNIO: SUS SUS ☒ PRONTUÁRIO: 927081/AR.2368773 DATA: 30/10/19
CIRURGIÃO: CRANIOLOGIA DE ORTOP. + TRAT. CIR. HEMATOMA SUBDURAL + TRAT. CIR. FISTULA LIQUORAL
CIRURGIÃO: DR. RAFAEL HOLANDA AUXILIAR: DR. LUCIANO HOLANDA
AUXILIAR: DR. LEAS ANESTESISTA: DR. JURNOIR A.
CIRCULANTE: GERCILIO B. SALA: 04 HORÁRIO: INÍCIO: 10:00 FINAL: 10:30

COD.	MEDICAMENTO	QUANT.	COD.	MATERIAL	QUANT.	COD.	FIOS	QUANT.
1872	ADRENALINA		107329	ADAPTADOR PI SORO	01		ACIFLEX Nº	
1880	ÁGUA DESTILADA	0	110089	AG. RAQUI 27BD			ALGODÃO CIA Nº	
1899	AMINOFILINA		120089	AG. RAQUI 25BD			ALGODÃO SIA Nº	
1929	ARAMIN		161281	AG. RAQUI PI OBESO BD			CROMADO CIA Nº	
2070	ATROPINA	0,6		AGULHA DESCARTÁVEL Nº 45x0,3			CROMADO SIA Nº	
265799	BEXTRA			AGULHA PERIDURAL Nº			ETHIBOND Nº	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO			AGULHA RAQUI Nº			FITA CARDIACA	
4650	CEFALOTINA 1g		2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	06 BOLSAS		MONOCRYL Nº	
122769	CEFAZOLINA 1g		9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO			MONDNYLON Nº 2.0 ...	03
1767	CEFTRIAXONA	0,2		ATADURA CREPON Nº 10	02 Pkt.		PROLENE Nº	
154866	CETROPROFENO IV			ATADURA GESSADA			VICRYL Nº	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO		2356	BOLSA COLOSTOMIA				
2093	CLORETO DE SÓDIO		211958	CAPA PARA VÍDEO				
5304	DEXAMETASONA		2429	CATETER OXIGÊNIO	01			
4855	DICLOFENACO SÓDICO		27880	COLETOR URINA ABERTO				
2020	DIPIRONA	0,2	22381	COLETOR URINA FECHADO				
5673	DOPAMINA			COMPRESSAS				
32190	EFEDRINA		142341	COMPRESSAS 25X28	05 Pkt.			
5339	FENERGAM			DRENO PENROSE Nº				
2038	FUROSEMIDA			DRENO SUÇÃO Nº				
4286	GARAMICINA		59587	DRENO TORAX Nº	05			
2046	GLICOSE 50%		2585	ELETRODO	01			
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO		287393	EQUIPO MACROGOTAS				
5396	HEPARINA		2815	EQUIPO PI ARTROSCOPIA	50 L			
5380	HIDROCORTISONA		20117	ESPARADRAPO				
2062	METOCLOPRAMIDA		142220	FITA GLICEMIA	10 Pkt.			
37859	NAUSEDRON 8mg	01		GAZES 7,5X7,5				
59905	OMEPRAZOL 40mg			GAZES				
70181	PROSTIGMINE	0,4	3425	GELFOAM				
70238	QUELICIM		60917	GILETE				
28819	RANITIDINA	01		GUENDEL Nº	0,4	01		
70335	SOLUMEDROL 500mg		3468	INTRA-CATH				
403782	TORADOL			JELCO Nº	12	01		
70971	TRANSAMIN			LÂMINA BISTURI Nº	24	01		
70572	TILATIL 40mg	01	132709	LUVAS 6.5				
			111209	LUVAS 7.0		02		
			40126	LUVAS 7.5		01		
			3522	LUVAS 8.0		01		
			149870	LUVAS 8.5				
			68752	MICROPOR LARGO		30 L		
				SCALPS Nº				
			3735	SERINGA DE 01cc				
			3700	SERINGA DE 03cc				
			3719	SERINGA DE 05cc		03		
			3689	SERINGA DE 10cc		03		
			3697	SERINGA DE 20cc		03		
			341797	SERINGA DE 60cc (bico longo/curto)				
				SONDA FOLEY Nº				
				SONDA NELATON Nº	14	01		
				SONDA NSG				
				SONDA RETAL				
			53937	SURGICEL				
			4081	TORNEIRA 03 VIAS				
				TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	8.0	01		
					1.2	01		
COD.	ANESTÉSICOS	QUANT.	COD.	SOLUÇÕES	QUANT.	COD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
70548	ATRACURIO	01	2330	ÁGUA OXIGENADA			APARELHOS (Foco)	30 MIN.
126233	CISATRACURIO	01	148217	ÁLCOOL	60 ml		AR COMPRIMIDO	
9091	ETOMIDATO		304000	CLOREXIDINA	30 ml		ASPIRADOR ELÉTRICO	30 MIN.
3042	FENTANIL	03 ml	2631	ETER	30 ml		BISTURI ELÉTRICO	30 MIN.
2801	LIDOCAÍNA 2% CV		3603	PVPi DEGERMANTE	300 ml		CAPNOGRAFO	30 MIN.
2119	LIDOCAÍNA 2% SV		3611	PVPi TÓPICO			CRANIOTOMO	
2810	LIDOCAÍNA GELEIA		4111	VASELINA			INTENSIFICADOR	
2160	NEOCAÍNA 0,5% CV						MICROSCÓPIO CIRUR.	
70750	NEOCAÍNA 0,5% SV						MONITOR CARDIACO	30 MIN.
1896	NEOCAÍNA PESADA						NITROGÊNIO	
3212	NILPERIDOL						OXÍDIO NITROSO	
142364	NOVAPUPI CIV						OXIGÊNIO 2 L/MIN.	30 MIN.
97449	NOVAPUPI ISOBARICA						OXÍMETRO DE PULSÃO	30 MIN.
264580	NOVAPUPI SV						VÁCUO	
2215	PANCURONIO							
82031	PROPOFOL	01						
142451	ROCURÔNIO	01						
24878	SEVORANE							
	ESTESIN SPRAY							

Dr. Gercilio B. Souza da Silva
TAC DE ENFERMAGEM
COREN-PA 1295287-TE

BOLETIM DE ANI

[illegible]

Diagnóstico Pré-Operatório:

1ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)		2ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)	
Equipe Anestesiológica		Instrumentador(es)	
Procedimentos Realizados:		Códigos	
Craniotomia D. Sangue S.V.O. Cat. Uretero Iliocombom S.S. S.V.O. 7 m 4 Uretero F. F. F. L. 14 m 10 S.V.O.			

ଅର୍ଥାତ୍ $\Rightarrow$

[illegible]

INQUIETE Tempo →
CAL-

PREENCHIMENTO	INDUÇÃO		INTUBAÇÃO TUBO Nº		ANESTESIA REGIONAL		ANESTESIA REGIONAL		PUNÇÃO		EQUIPAMENTOS UTILIZADOS	
	☒ Inalatória ☐ Venosa MANUTENÇÃO ☐ Inalatória ☐ Venosa ☐ Sob Máscara ☐ Máscara Laringea	☐ Oral ☐ Nasal ☐ CABalão ☐ S/Balão ☐ Aramado ☐ Duplo Lâmen ☐ Traqueostomia	☐ Peridural ☐ Raqui-anestesia ☐ Epidural Sacra ☐ N. Periférico ☐ Simples ☐ Contínua ☐ Cateter nº	☐ P. Braço/Cervical ☐ Supraclavicular ☐ Intercostal ☐ Axilar ☐ Venosa Regional ☐ Infiltração ☐ Sadeção	☐ Mediana ☐ Paramediana ☐ Sentada ☐ DL ☐ D ☐ E	LOCAL _____ CALIBRE _____ TIPO _____	☐ Aspirador ☐ ECG ☐ Oxímetro ☐ VZR ☐ Bomba de Infusão ☐ Ventilação Mecânica	☐ Sonda ☐ Sbk ☐ Pa Invasivo ☐ Capnógrafo				
DESCRIÇÃO DA TÉCNICA ANESTÉSICA / INTERCORRÊNCIAS TRANSOPERATÓRIA												
SO: ☐ SIM ☒ NÃO ☐ SIM ☒ NÃO												



Sr(a): **ENILDO VITOR DA SILVA**
 Idade: **33 anos**
 OS: **011-65316-230**
 Data O.S.: **30/10/2019 - 09:25**
 Dr(a): **JOSE DA COSTA LEAO SEGUNDO**
 Convênio: **SUS HOSPITAL ANTONIO TARGINO**
 Emissão: **30/10/2019 - 12:10**

Local: **TRANSPLANTE**



HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Valores de referência

		Homens	Mulheres	Crianças	Acima de 70 anos
Hemácias:	5,70 milhões/mm ³	4,50 a 6,10	4,00 a 5,40	4,07 a 5,37	3,90 a 5,36
Hemoglobina:	14,3 g/dL	13,0 a 16,5	12,0 a 15,8	10,5 a 14,0	11,5 a 15,1
Hematócrito:	44,8 %	36,0 a 54,0	33,0 a 47,8	30,0 a 40,5	33,0 a 46,0
V.C.M.:	78,6 µ ³	80,0 a 98,0	80,0 a 98,0	70,0 a 86,0	80,0 a 98,0
H.C.M.:	25,1 pg	26,8 a 32,9	26,2 a 32,6	23,2 a 31,7	27,0 a 31,0
C.H.C.M.:	31,9 g/dL	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5
RDW:	14,6 %	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0

Série vermelha: **Microcitose. Hipocromia.**

LEUCOGRAMA

Valores de referência

		Adultos	Crianças
Leucócitos:	8.400 /mm ³	3.600 a 11.000	100 a 4.000 a 14.000
Bastonetes:	0 %	0 a 550	0 a 450
Segmentados:	65 %	1.480 a 7.700	30-64 1.200 a 9.600
Eosinófilos:	3 %	0 a 550	0 a 550
Basófilos:	0 %	0 a 220	0 a 300
Linfócitos:	21 %	740 a 5.500	38-70 1.520 a 10.500
Linfócitos reativos:	0 %	0	0
Monócitos:	11 %	37 a 1.110	3-14 40 a 1.110

Série branca: **Leucócitos morfolologicamente conservados.**

PLAQUETOGRAMA

Valores de referência

Contagem de Plaquetas:	275.000 /mm ³	140.000 a 450.000 /mm ³
VMP:	10,40 fL	

Série plaquetária: **Plaquetas normais ao exame do esfregaço.**

Material: **Sangue total com EDTA**

Coleta: **30/10/2019 Liberação: 30/10/2019 - 10:27**

Método: **Citometria de fluxo fluorescente e impedância**

Assinado eletronicamente por: **Dra. Telita Nunes Cardoso - CRP-PB 4096**

ASSINATURA DIGITAL

C4B0BA9D77B4B89CA894BEE79E565B19255F675D3E3358F7BD77792A42B2A15655805C89666DB5BD

Acesse seus resultados online: **e www.labprosangue.com.br**

Central de Atendimento: **☎ 83 2102.5577 ☎ 83 2102.5555 ☎ 83 9 8831.0102**

UNIDADE CENTRO

☐ Rua São João Barboza, 41

UNIDADE CATOLÉ

☐ Av. Vitorino Calisto, 827

UNIDADE PRATA

☐ Rua Rodrigues Alves, 1049

UNIDADE CATINGUEIRA

☐ R. Severino Szafrão de Almeida, 17

UNIDADE JOÃO XXIII

☐ Rua São Francisco, 82 - Freixo

UNIDADE INTEGRAÇÃO

☐ Rua Sebastião Bonafé, 25

UNIDADE CRUZEIRO

☐ Av. Maria Antônia Barros, 1493

UNIDADE JOSÉ PINHEIRO

☐ Rua Campos Sales, 4030

UNIDADE QUEIMADAS

☐ Rua João Barbosa Lima, 77

UNIDADE ANTONIO TARGINO

☐ R. Belém Gonçalves, 348 - Centenario

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, e outros. Agende seu médico tem condições de interpretação.

CONTROLE DE QUALIDADE - SOPC
Programa de Qualidade para Laboratório

ControlLab



Assinado eletronicamente por: **SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2023 16:52:41**

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052616524087400000069662869

Número do documento: **23052616524087400000069662869**

Sr(a): **ENILDO VITOR DA SILVA**
Idade: **33 anos**
OS: **011-65316-230**
Data O.S.: **30/10/2019 - 09:25**
Dr(a): **JOSE DA COSTA LEAO SEGUNDO**
Convênio: **SUS HOSPITAL ANTONIO TARGINO**
Emissão: **30/10/2019 - 12:10**

Local: **TRANSPLANTE**



GLICOSE

Resultado:

92 mg/dL

Valor(es) de referência
70 a 99 mg/dL

Material: **Soro**

Coleta: **30/10/2019** Liberação: **30/10/2019 - 11:46**

Método: **COLORIMÉTRICO AUTOMATIZADO**

Assinado eletronicamente por: **Dr. André Luiz C. Ramos - CRP-PB 2908**

ASSINATURA DIGITAL

C4B0BA9D77B4B89CA894BEE79E565B19255F675D3E3358F7BD77792A42B2A156558Q5C89666D85B0

Acesse seus resultados online: **www.labprosangue.com.br**

Central de Atendimento: **11 83 2102.5577 11 83 2102.5555 11 83 9 8831.0102**

UNIDADE CENTRO ♦ Rua Sandra Holtbreim, 61	UNIDADE CATOLÉ ♦ Av. Vigarão Calado, 877	UNIDADE PRATA ♦ Rua Rodrigues Alves, 1069	UNIDADE CATANGUEIRA ♦ R. Severino Serefundo de Almeida, 17	UNIDADE JOÃO XXIII ♦ Rua NAO Pequena, 93 - Píria
UNIDADE INTEGRAÇÃO ♦ Rua Sotomaior Bonatti, 75	UNIDADE CRUZEIRO ♦ Av. Afonso de Barros, 1493	UNIDADE JOSÉ PINHEIRO ♦ Rua Campos Sales, 4638	UNIDADE QUEIMADAS ♦ Rua João Barbosa Sampaio, 77	UNIDADE ANTONIO TARGINO ♦ R. Delmira Gouveia, 349 - Contramaida

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, e outros. Agende seu médico em condições de interpretação.

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC
Programa de Excelência para Laboratórios Médicos

Control Lab



Assinado eletronicamente por: **SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2023 16:52:41**

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052616524087400000069662869>

Número do documento: **23052616524087400000069662869**

Sr(a): **ENILDO VITOR DA SILVA**
 Idade: **33 anos**
 OS: **011-65316-427**
 Data O.S.: **30/10/2019 - 16:13**
 Dr(a): **JARIO CLEMENTINO DE ARAUJO**
 Convênio: **SUS HOSPITAL ANTONIO TARGINO**
 Emissão: **30/10/2019 - 18:16**

Local: UTI GERAL



HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

		Valores de referência			
		Homens	Mulheres	Crianças	Acima de 70 anos
Hemácias:	5,80 milhões/mm ³	4,50 a 6,10	4,00 a 5,40	4,07 a 5,37	3,90 a 5,36
Hemoglobina:	14,3 g/dL	13,0 a 16,5	12,0 a 15,8	10,5 a 14,0	11,5 a 15,1
Hematócrito:	43,4 %	36,0 a 54,0	33,0 a 47,8	30,0 a 40,5	33,0 a 46,0
V.C.M.:	74,8 p ³	80,0 a 98,0	80,0 a 98,0	70,0 a 86,0	80,0 a 98,0
H.C.M.:	24,7 pg	26,8 a 32,9	26,2 a 32,6	23,2 a 31,7	27,0 a 31,0
C.H.C.M.:	32,9 g/dL	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5
RDW:	14,5 %	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0

Série vermelha: Microcitose. Hipocromia.

LEUCOGRAMA

		Valores de referência			
		Adultos	Crianças		
Leucócitos:	12.500 /mm ³	100	3.600 a 11.000	100	4.000 a 14.000
Bastonetes:	2 %	0-5	0 a 550	0-6	0 a 450
Segmentados:	85 %	40-70	1.480 a 7.700	30-64	1.200 a 9.600
Eosinófilos:	1 %	0-7	0 a 550	0-5	0 a 550
Basófilos:	0 %	0-2	0 a 220	0-2	0 a 300
Linfócitos:	10 %	20-50	740 a 5.500	38-70	1.520 a 10.500
Linfócitos reativos:	0 %	0	0	0	0
Monócitos:	2 %	3-14	37 a 1.110	3-14	40 a 1.110

Série branca: Leucocitose. Neutrofilia.

PLAQUETOGRAMA

Contagem de Plaquetas:	274.000 /mm ³	Valores de referência
VMP:	10,60 fL	140.000 a 450.000 /mm ³

30/10/2019 - 275.000

Série plaquetária: Plaquetas normais ao exame do esfregaço.

Material: Sangue total com EDTA

Coleta: 30/10/2019 Liberação: 30/10/2019 - 18:08

Método: Citometria de fluxo fluorescente e impedância

Assinado eletronicamente por: Dra. Ana Cristina da Silva - CRM-FE 6907

ASSINATURA DIGITAL

A2A1959F938AD727EBAC2F747E0022D401D3F8B33624D190B76A117326F45263C92D7EA2513EABA

Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br Central de Atendimento: (83) 2102.5577 (83) 2102.5555 (83) 9 8831.0182

UNIDADE CENTRO Rua Sandra Borborema, 81	UNIDADE CAULÉ Av. Vitorino Calvo, 277	UNIDADE PRATA Rua Rodrigues Alves, 1049	UNIDADE CATINGUEIRA R. Severino Severino de Almeida, 37	UNIDADE JOÃO XXIII Rua Jilva Pádua, 82 - Prata
UNIDADE INTEGRAÇÃO Rua Sebastião Dacosta, 75	UNIDADE CAUREIRO Av. Almirante Bessa, 1493	UNIDADE JOSÉ PINHEIRO Rua Carlos Sales, 4639	UNIDADE QUEIMADAS Rua João Barbosa Sales, 77	UNIDADE ANTONIO TARGINO R. Octávio Souza, 349 - Centro

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, etc. Apenas seu médico tem condições de interpretar.

CONTROLE DE QUALIDADE - SRPC
Programa de Controle de Qualidade - SRPC

Control Lab



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2023 16:52:41

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052616524087400000069662869>

Número do documento: 23052616524087400000069662869

Sr(a): **ENILDO VITOR DA SILVA**
Idade: **33 anos**
OS: **011-65316-427**
Data O.S.: **30/10/2019 - 16:13**
Dr(a): **JARIO CLEMENTINO DE ARAUJO**
Convênio: **SUS HOSPITAL ANTONIO TARGINO**
Emissão: **30/10/2019 - 18:16**

Local: UTI GERAL



GLICOSE

Resultado:

109 mg/dL

Valor(es) de referência

70 a 99 mg/dL

Resultados Anteriores: 30/10/2019 - 92

Material: Soro

Método: COLORIMÉTRICO AUTOMATIZADO

Coleta: 30/10/2019 Liberação: 30/10/2019 - 17:32

UREIA

Resultado:

42 mg/dL

Valor(es) de referência

Adulto: 17,0 a 49,0 mg/dL
Recém Nascido: 8,4 a 25,8 mg/dL
Criança: de 10,8 a 38,4 mg/dL

Material: Soro

Método: COLORIMÉTRICO AUTOMATIZADO

Coleta: 30/10/2019 Liberação: 30/10/2019 - 17:32

Assinado eletronicamente por: Dra. Ana Cristina da Silva - CRM-PR 6907

ASSINATURA DIGITAL

A2A1959F93AEAD727EBAC2F747E0022D401D3F8B33624D190B76A177326F45263C92D7EA2513EABA

Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Central de Atendimento: ☎ 83 2102.5577 ☎ 83 2102.5555 ☎ 83 9 8891.0102

UNIDADE CENTRO ♦ Rua Sandra Sobrinha, 61	UNIDADE GAIOLÉ ♦ Av. Visconde Celso, 877	UNIDADE PRATA ♦ Rua Pedregal Alves, 1043	UNIDADE CATINGUEIRA ♦ R. Severino Szeftredo de Almeida, 17	UNIDADE JOÃO XXIII ♦ Rua Maria Picanha 93 - Prata
UNIDADE INTERAÇÃO ♦ Rua Sebastião Pinheiro, 25	UNIDADE CRUZILHO ♦ Av. Almirante Balthazar, 1493	UNIDADE JOSÉ PINHEIRO ♦ Rua Getúlio Sales, 1038	UNIDADE QUEIMADAS ♦ Rua João Baptista Sales, 77	UNIDADE ANTONIO TARGINO ♦ R. Delmar Gouveia, 349 - Cruzilho

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

CONTROLE DE QUALIDADE - BBPC
Programa de Qualidade para Laboratórios Clínicos

ControlLab



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2023 16:52:41

<https://pje.tipb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052616524087400000069662869>

Número do documento: 23052616524087400000069662869

Num. 73912014 - Pág. 44

Sr(a): **ENILDO VITOR DA SILVA**
Idade: **33 anos**
OS: **011-65316-427**
Data O.S.: **30/10/2019 - 16:13**
Dr(a): **JARIO CLEMENTINO DE ARAUJO**
Convênio: **SUS HOSPITAL ANTONIO TARGINO**
Emissão: **30/10/2019 - 18:16**

Local: UTI GERAL



CREATININA

Resultado: **0,70 mg/dL**

Valor(es) de referência
Homem : 0,60 a 1,30 mg/dL
Mulheres: 0,50 a 0,90 mg/dL

Resultados anteriores:

RITMO DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR CKD-EPI

Resultado: **124 mL/min/1,73 m²**

Fonte: Fórmula CKD-EPI: Levey, AS et al. A New Equation to Estimate Glomerular Filtration Rate. Ann Intern Med. 2009;150:604-2009.

Valores de referência:

Normal: > 90 mL/min x 1,73 m²
Redução Discreta: 89-60 mL/min x 1,73 m²
Redução Discreta-Moderada: 59-45 mL/min x 1,73 m²
Redução Moderada-Severa: 44-30 mL/min x 1,73 m²
Redução Moderada-Severa: 29-15 mL/min x 1,73 m²
Falência renal: < 15 mL/min x 1,73 m²

RITMO DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR (MDRD)

Adulto não negro: **138 mL/min/1,73 m²**

Adulto negro: **167 mL/min/1,73 m²**

Fonte: Stevens L.A., et al. Assessing Kidney Function-Measured and Estimated Filtration Rate. N Engl J Med. 2006;354:2473-83.

Valores de referência:

Adulto maior de 18 anos: SUPERIOR A 60 mL/min/1,73 m²

Nota:

- Ritmo de filtração glomerular (RFG) é o melhor parâmetro da função renal.
Valores persistentemente abaixo de 60 mL/min/1,73m² estão relacionados com doença renal crônica.
- A estimativa de ritmo de filtração glomerular deve ser usada com cautela em pacientes hospitalizados, considerando morbidades que levam a desnutrição, flutuações do nível sérico de creatinina e uso de medicamentos que interfiram na dosagem desta. Esta estimativa não deve ser usada para ajustar dose de medicamentos.

Material: Soro
Método: COLORIMÉTRICO AUTOMATIZADO

Coleta: 30/10/2019 Liberação: 30/10/2019

CLORETOS

Resultado: **95 mmol/L**

Valor(es) de referência

96 a 106 mmol/L

Material: Soro
Método: ELETRODO DE ION SELETIVO (ISE)

Coleta: 30/10/2019 Liberação: 30/10/2019 - 17:32

Assinado eletronicamente por: Dra. Ana Cristina da Silva - CRM-PE 6907

ASSINATURA DIGITAL

A2A1959F93AEAD727EBAC2F747E0022D40103F8833624D190876A117326F45263C92D7EA2513EABA

Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br Central de Atendimento: **11 2102.5577 11 2102.5555 083 9 8831.0102**

UNIDADE CENTRO R. São Pedro, 61	UNIDADE CATOLÉ R. Av. Manoel Calisto, 877	UNIDADE PRATA R. Rua Rodrigues Alves, 1042	UNIDADE CRISTAL R. R. Severino Seráfico de Almeida, 17	UNIDADE SOLAR R. Rua São Pedro, 61 - Pólo
UNIDADE INTEGRAÇÃO R. Rua Sebastião Donato, 75	UNIDADE CRUZEIRO R. Av. Antônio Barroso, 1493	UNIDADE JOSÉ PINHEIRO R. Rua Campos Sales, 4626	UNIDADE QUEIMADAS R. Rua João Barbosa Silva, 77	UNIDADE ANTONIO TARGINO R. R. Delmiro Gouveia, 349 - Centenario

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, etc. Apenas seu médico tem condições de interpretar os

CONTROLE DE QUALIDADE - ISO 9001
Programa de Qualidade para Laboratório de Análises

Control Lab



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2023 16:52:41
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052616524087400000069662869>
Número do documento: 23052616524087400000069662869

Sr(a): **ENILDO VITOR DA SILVA**
Idade: **33 anos**
OS: **011-65316-427**
Data O.S.: **30/10/2019 - 16:13**
Dr(a): **JARIO CLEMENTINO DE ARAUJO**
Convênio: **SUS HOSPITAL ANTONIO TARGINO**
Emissão: **30/10/2019 - 18:16**

Local: UTI GERAL



SÓDIO

Resultado: **135,00 mEq/L**

Valor(es) de referência

136 a 145 mEq/L

Material: Soro
Método: ELETRODO DE ION SELETIVO (ISE)

Coleta: 30/10/2019 Liberação: 30/10/2019 - 16:53

POTÁSSIO

Resultado: **4,40 mEq/L**

Valor(es) de referência

3,5 a 5,5 mEq/L

Material: Soro
Método: ELETRODO DE ION SELETIVO (ISE)

Coleta: 30/10/2019 Liberação: 30/10/2019 - 16:53

Assinado eletronicamente por: Dra. Yette Cruz Soares - CRP-FB 3299

ASSINATURA DIGITAL

A2A1959F93AEAD727EBAC2F747ED022D401D3F8B33624D190B76A117326F45263C92D7EA2513EABA

Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br Central de Atendimento: **11 83 2102.5577 11 83 2102.5555 11 83 9 8631.0102**

UNIDADE CENTRO ♦ Rua Sandra Borboarena, 61	UNIDADE CATOLÉ ♦ Av. Vigarão Catolé, 877	UNIDADE PRATA ♦ Rua Rodrigues Alves, 1049	UNIDADE CATINSUEIRA ♦ R. Severino Szeferied de Almeida, 17	UNIDADE JOÃO XXIII ♦ Rua Nilo Peçanha, 93 - Prata
UNIDADE INTEGRAÇÃO ♦ Rua Sebastião Donato, 25	UNIDADE CRUZEIRO ♦ Av. Atanásio Bairoso, 1493	UNIDADE JOSÉ PINHEIRO ♦ Rua Camargo Sales, 463R	UNIDADE QUEIMADAS ♦ Rua João Raimundo Silva, 77	UNIDADE ANTONIO TARGINO ♦ R. Gelmeo Couvea, 349 - Contenda

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC
Programa de Qualidade para Laboratórios Médicos

Control Lab



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2023 16:52:41

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052616524087400000069662869>

Número do documento: 23052616524087400000069662869

TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO

O presente termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, com o intuito de as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Hospital Antônio Targino.

Nome do Paciente: _____ RG: _____
Nome do Médico: _____ CRM: _____
Procedimento (s) a ser realizado: _____

1. Foi informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.
2. Recebi de meu médico todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.
3. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais.
4. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesta, estando também ciente dos riscos e benefícios e alternativa.
5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivações, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
6. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.
7. Confirmo que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi dada a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não estou de acordo. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Assinatura do paciente e/ou responsável: Luciana Nunes da Silva
Campina Grande, 23 de outubro de 2019

Código de Ética Médica - Art. 22º: É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.
Art. 34º: É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.



**TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO
PARA A TRANSUSÃO DE HEMOCOMPONENTES**

A transfusão de hemocomponentes (sangue) tem o objetivo de repor um ou mais das seguintes constituintes do sangue: glóbulos vermelhos, plaquetas e fatores de coagulação, por meio dos concentrados de hemácias, de plaquetas, plasma fresco congelado e crioprecipitado. A transfusão está indicada quando o paciente tem necessidade das constituintes acima mencionadas por causa de hemorragia, ou durante procedimentos cirúrgicos, ou preventivamente a procedimentos de extirpações cirúrgicas com potencial de sangramento.

Riscos:

Embora a transfusão de hemocomponente apresente benefícios, ela também apresenta riscos. Esta relação risco/benefício é avaliada pelo médico ao solicitar transfusão. Os hemocomponentes são preparados e testados de acordo com rígidas normas científicas estabelecidas pela ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, complementadas por normas de Agências Internacionais de Transfusão, mas mesmo assim ainda existe uma pequena chance de haver uma reação adversa relacionada à transfusão. Essas reações normalmente são leves e facilmente tratadas, mas em raríssimas ocasiões elas podem ser fatais. Apesar dos testes sorológicos atuais apresentarem altíssima sensibilidade a qualquer infecção, há um mínimo risco de transmissão de algum microorganismo pela transfusão, que pode não ser rejeitado pelo corpo, levando a infecção durante muitos meses ou anos. Mesmo com estes testes de última geração, existe a possibilidade de se transmitir vírus da hepatite, com risco teórico aproximado de 1 em cada 1 milhão de transfusões com o vírus HIV, com risco teórico aproximado de 1 em cada 2 milhões de transfusões.

Consentimento

Após ter recebido as informações acima, dou consentimento ao Serviço de Hemoterapia do Hospital Antônio Tarpino, e peço da minha família para proceder à administração dos hemocomponentes durante minha internação ou o curso completo desse tratamento ou qualquer tratamento.

Para legível:

☒ PACIENTE

Assinatura:

☒

RESPONSÁVEL IDENTIFICADO Nº

Grav de parentesco:

Assinatura: Leuciana Nunes da Silva

Carimbo: 25/10/19

Hora: _____

Se o paciente não quiser assinar este termo de consentimento, por favor, indique a razão.

Circunstâncias de Emergência / Risco de Vida: Consentimento Informado não Obtido

Devido ao estado crítico do paciente, ou à emergência/risco de vida, não foi possível fornecer ao paciente as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Foi solicitada transfusão de hemocomponentes em quantidade suficiente para estabilizar sua situação clínica.

Nome do médico solicitante:

CRM: _____

Campina Grande: _____

Hora: _____





GOVERNO
DA PARAÍBA

Data: 28/10/2019

Horas: 12:35:15

Médico(a) Diarista: Marcos Wagner De Sousa Porto

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2620345 Paciente: ENILDO VITOR DA SILVA Idade: 03
Nome da Mãe: MARIA DO CEU CHAVES DA SILVA Data de Nascimento: 07/07/1986 Sexo: M
Clínica: NEUROLÓGICO Enfermaria: 4 Leito: 4 Diagnóstico:

DIA: 28/10/2019

MÉDICO(A): Alysson Guimarães Pascoal / MÉDICO(A): Eldimur Soares De Araújo /

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA BRANDA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1 FRASCO. 8h/8h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA. 6h/6h	
4	PARACETAMOL CETOCOLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1 AMPOLA. 8h/8h	
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA. FAZER SE NECESSÁRIO	
6	GLICOSE A 50% 10 ML E.V. 2 AMPOLA. FAZER SE NECESSÁRIO	
7	SE HGT < 70 MG/DL	
8	CAPTÓPRIL 25 MG V.O. 1 COMP. FAZER SE NECESSÁRIO	
9	SE PA > 180 X 110 MMHG	
10	DECÚBITO ELEVADO	
11	DECÚBITO ELEVADO A 30 GRAUS	
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

Assinado eletronicamente por:
SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2023 16:52:41



LAUDO RADIOLOGICO

- O EXAME MOSTRA MARGENS DE CONDENSACOES INFECCIOSAS A
COMPRIMETER AMBOS OS PULMOES.

- CORACAO E VASOS DA BASE DENTRO DOS PADROES DE NORMALIDADE.

DATA 30/10/2019.

Médico

[Assinatura]
RUBEN DE OLIVEIRA
RUBEN DE OLIVEIRA
RUBEN DE OLIVEIRA



Nome: ENILDO VITOR DA SILVA

ID: 0000457122

Médico: Dr(a).

Data: 29/10/2019

Exame: TC CRANIO

ID Ex.: 0071204625

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

TÉCNICA:

Realizada aquisição volumétrica em equipamento multislice, com 0,8 mm de espessura no plano axial.

DESCRIÇÃO:

Evidenciamos pequena contusão cerebral córtico/subcortical no aspecto lateral do lobo frontal esquerdo.

Coleção subdural frontotemporoparietal direita, medindo aproximadamente 1,0 cm no diâmetro transversal e 4,0 cm no eixo cefalocaudal.

Sistema ventricular com características morfológicas, volumétricas e topográficas normais.

Cisternas encefálicas basais bem delineadas.

Ausência de desvio significativo das estruturas encefálicas da linha média.

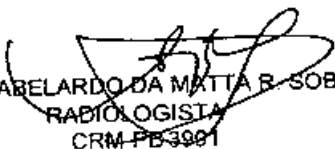
Calcificações dos plexos coróides e glândula pineal.

Perda de definição dos sulcos corticais e fissuras nos lobos frontal e parietal à direita.

Não visualizamos sinais de fraturas.

Hemossinus no seio esfenoidal esquerdo.

* Exame documentado em 02 películas fotográficas.
pc-


Dr. ABELARDO DA MATTA R. SOBRINHO
RADIOLOGISTA
CRM-PB 3991

Acesse seus exames através do nosso site: Protocolo: 1028681966 | Senha 8457122

UNIDADE I

Rua Capitão João Alves de Lira, 742 - Prata
Fone (83) 3310 3000

UNIDADE II

Av. Floriano Peixoto, 804 - Centro
Fone (83) 3315 7000

UNIDADE III

Clínica Santa Clara
Fone (83) 3310 3000

Campina Grande - PB

www.clinicadrwanderley.com.br





UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ANTONIO TARCINO

INSTITUTO DE NEUROLOGIA
FONE (011) 3061-1000

PONTUÁRIO ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROCIRURGIA

Endereço: Rua da Silva

Cidade: R. São João 51

UF: RJ CEP: 20040-000

Endereço: Rua da Silva

UF: RJ

Endereço: Rua da Silva

UF: RJ

Endereço: Rua da Silva

UF: RJ

Endereço: Rua da Silva

Endereço: Rua da Silva

Endereço: Rua da Silva

Endereço: Rua da Silva

Endereço: Rua da Silva

Endereço: Rua da Silva

Endereço: Rua da Silva

Endereço: Rua da Silva

Endereço: Rua da Silva

Endereço: Rua da Silva

Endereço: Rua da Silva

Endereço: Rua da Silva



Prontuário 927081	Atendimento 2368773	Reserva/Guia *0*
Data: 29/10/2019 Hora: 17:09		
Paciente ENILDO VITOR DA SILVA (CPF: 5944619400) Endereço JOAO MIRANDA Bairro Nome da Mãe MARIA DO CEU CHAVES DA SILVA Responsável ENILDO VITOR DA SILVA Bairro	Sexo Est. Civil M Casado Dt Nasc. 07/07/1986 Num. Complemento 51 Cidade QUEIMADAS	Telefone R.G. 8399388932-2858024 Profissão Agnia (irmã) Código-CNS 709209289920733 UF PA Num. 51 Telefone 8399388932
Médico Atendente 1708 LUCIANO FERREIRA HOLANDA (CRM: 2948) (CPF: 33663130430) Procedimento	Médico Acompanhante 1708 LUCIANO FERREIRA HOL (CRM: 2948) (CPF: 33663130430) Cid	TOMOGRAFIA exame SIC 29/10/19 Konda
Setor 3009 SECRETARIA SUS Acomodação POSTO: 2019 - TRANSPLANTE RENAL ENFERMARIA: 201907 - ENFERMARIA 108 LEITO: 14123 Data mín. para alta - 29/10/2019 Data máx. para alta - 29/10/2019 D. Atendente - / SOCORRO	Convênio 50 SUS Origem	
Resumo de Tratamento Acompanhante.....? [] Sim [X] Não Data admissão 29/10/2019 Data alta 03/11/19 Internação anterior...? [] Sim [] Não Hora admissão : Hora alta 08:00 Alta....: Curado.....: [] Melhorado.....: [X] Inalterado.....: [] Clínica..: Médica.....: [] Piorado.....: [] A pedido.....: [] Indisciplina.....: [] Cirúrgica.....: [] Transferido.....: [] Falecimento.....: [] Evasão.....: [] Obstétrica.....: []		
Diagnóstico: Internação.: <u>Insuficiência cardíaca + hipertensão arterial sistólica</u> Cid <u>S.05.9</u> Definitivo...: <u>Insuficiência cardíaca + hipertensão arterial sistólica</u> Cid <u>X.51.919</u>		
Histórico: <u>0415030013-3</u>		
Alla - 1 Perm - 2 Transf - 3 Óbito - 4	Raio X: [X] Simples [] C/Contraste	Uti Entrada 30/10/19 Saída 31/10/19 Motivo Caract. Trat. [] [] [] [] [] [] [] [] [J] Sangue...: [] Rh...: [] [] [A] [B] [C] [D] [E] [F] [G]

Exame de sangue
29:00
+ Shuplural

Dr. Rafael A. Holanda
RADIOLÓGIA - RADIOLOGIA
CRM: 1271



PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE:

Enildo Vitor de Silva

LEITO:

CONVÊNIO:

DATA:

29/10/19

MEDICAMENTOS

EXFOL - 100ml EV
Rifampicina 600mg 1x1 EV 616L
Tetraciclina 1.2g 1x1 EV 818L
Moxifloxacino 400mg 1x1 EV 818L
CLOO 150mg

HORÁRIO

EXFOL - 100ml EV
Rifampicina 600mg 1x1 EV 616L
Tetraciclina 1.2g 1x1 EV 818L
Moxifloxacino 400mg 1x1 EV 818L
CLOO 150mg

Dr. José da Costa Leão Segundo
Neurologia - Neurocirurgia
CRM 4052-PA

EVOLUÇÃO MÉDICA

Doença do sistema de defesa.



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Enildo Vilas Boas

A.A:

LEITO:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA:

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

30/10 (1) Insulina Acti 1.5 U

(2) Insulina N 8/8

(3) Insulina N 8/8

(4) Cytotec 1 mg N 12/12

(5) gandol 100 mg 2/3

(6) Morfina 20 mg 4

(7) Antibio

Não fazer Traqueal

Dr. Rafael B. Moreira
NEFROLOGIA - 1291

EVOLUÇÃO MÉDICA

30/10. SO leito mais tranquilo
4 copos de soro
medic
4 copos de soro, mais

Parar de U.T.I.

Dr. Rafael B. Moreira
NEFROLOGIA - 1291



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME:

IDADE:

ALTA:

LEITO:

MÉDICO:

DATA:

MANHÃ

TARDE

Paciente vindo do Tratman feito tomografia. e aguarda avaliação e prescrição da Duro, verificando sinais vitais e fica aos cuidados da Enfermagem e plantas.

Joilson Diniz de Oliveira
TÉC. DE ENFERMAGEM
C.R.N. 542003

NOITE

Paciente evolui acordado, inquieto deambulando, aguarda a avaliação neurológica, ficará em dieta zero a partir 22hs.





HOSPITAL ANTONIO TARGINO LTDA

EVOLUÇÃO MÉDICA

Home Patients:

ANTONIO TARGINO LIMA
Eduardo Viveiros da
FUNDIÇÃO

✓
32
1260

334

Medico(Dr.)

EVOLUÇÃO

DATA

EVOLUÇÃO

DATA

EVOLUÇÃO

DATA
30
~~40~~
~~40~~
49
He 563
please answer
to me. (15/5)

pastor

Dr. JERÓNIMO FLEITAS DE BRABO
Cm. 178.204
Cm. 178.204
Cm. 178.204



DATA: 30/10/18

Nome: Luís Vitor de F. P.

DI CTI: Adm

Idade: 23

Diagnósticos:

ROI NRIC HSD

História da Análise Análise:

Adm / 1200 c de 06/18
Enfermo. Suspeito
de meningite bacteriana

Antecedentes Patológicos / Medicamentos de uso prévio / Internações:

Infusões:

ATB: Ceftriaxona 1g ATB: +
DVA: SI ANA: +
SED: SI PROPS: +
DIETA: 2510 OUTROS: +

Controles:

FC: 96 bpm PA: 120/70 mmHg TEMP: 36°C
DIURÉTICO: SI BH: + EVAC: +
SAT O₂: 93% SECREÇÃO: +

Dispositivos:

1- SI 2- Alto fluxo 3- SI 4- SI

Respiração espontânea: ☐

Ventilação mecânica:

Modo: AP FR: 20 lpm VC: 600 ml
PEEP: 5 cmH₂O SAT. O₂: 99%

Exame Físico:

Inspeção: Normal
Palpação: Normal
Per. 8.11.18
Exame físico

Suave e presente

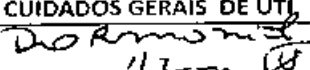
Solicita
Hemograma / Ureia / Creatinina
Pro de 1000 p

DR. JARRO CLAUDIO DE ARAUJO
CRM-PB 3024
CPF 138.058.034-3

 HOSPITAL ANTONIO TARGINO HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO UTI GERAL	PRESCRIÇÃO			
	DATA:	30/10/19	CONVÊNIO:	SUS
	DIA:		PRONTUÁRIO:	
	NOME	ENILDO VITOR DA SILVA		
	IDADE:	33A	SEXO:	MASCULINO
DIAGNÓSTICO		POI NRC = TRAT CIR HSD		
LEITO 14				

OXIGÊNIO DATA: ____/____/____ LIGADO(H): ____ ASS: ____ DATA: ____/____/____ DESLIGADO(H): ____ ASS: ____	OXIGÊNIO DATA: ____/____/____ LIGADO(H): ____ ASS: ____ DATA: ____/____/____ DESLIGADO(H): ____ ASS: ____
--	--

MEDICAMENTOS	HORÁRIO					
01. DIETA ZERO - <i>lig. Parnass</i>						
02 MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA						
03 O2 ÚMIDO, (CN, MV), VMI = ACM =						
04 CURATIVO EM REGIÃO SACRA/CALCÂNEO/TROCANTES ETC =ACM =						
05 SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL EM SISTEMA FECHADO ACM						
06 ACESSO VENOSO CENTRAL ACM						
07 SONDAS NASOGÁSTRICA/NASOENTERAL = ACM =						
08 SVD/SVA ACM						
09 FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA 3 X DIA	12 ⁰⁰	16 ⁰⁰				
10 FISIOTERAPIA MOTORA 2 X DIA						
11. SRL 500ml IV DE 8 X 8 h	16 ⁰⁰		20 ⁰⁰	24 ⁰⁰		
12. SF 0,9% 500ml IV DE 8 X 8 h			18 ⁰⁰	20 ⁰⁰	24 ⁰⁰	04 ⁰⁰
13. DIPIRONA 2CC EV DE 4 X 4 h			18 ⁰⁰	20 ⁰⁰	24 ⁰⁰	04 ⁰⁰
14. NAUSEDRON 4mg EV 8 X 8 h			18 ⁰⁰			02 ⁰⁰
15. TRAMAL 100mg + SF 100ml EV DE 8 X 8 h ACM			17 ⁰⁰			05 ⁰⁰
16. HGT DE 12 X 12 h + IR IV CONFORME PROTOCOLO		16 ⁰⁰		22 ⁰⁰	04 ⁰⁰	
17. DECADRON 4mg IV DE 6 X 6 h						
18. CAPOTEN 25mg SL SN e SE PAS > 200mmHg FAZER 50mg SL						
19. CEFTRIAXONA 1g IV DE 12 X 12 h (D0=30/10) DIA 00	18 ⁰⁰			06 ⁰⁰		
20. HIDROCORTISONA 500mg IV NA EXTUBAÇÃO	12 ⁰⁰					
21 HIDANTAL 2CC + AD 18ml IV DE 8 X 8 h			16 ⁰⁰	24 ⁰⁰		
22. NEOZINE 5gts VO 21 h				21 ⁰⁰		
23. RANITIDINA 50mg IV DE 12 X 12 h			18 ⁰⁰			06 ⁰⁰
24. DECÚBITO ELEVADO						
25. SINAIS VITAIS DE 4 X 4 h						
26. CUIDADOS GERAIS DE UTI						


 12-10-19
 DR. SUELIO MOREIRA TORRES
 CRM-PB 124
 CPF 142.056.34.34
 Assinatura do Médico

2030





HOSPITAL
ANTÔNIO TARGINO
HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO
UTI GERAL

PRESCRIÇÃO

DATA:	31/10/19	CONVÊNIO:	SUS	LEITO 14
DIA:		PRONTUÁRIO:		
NOME	ENILDO VITOR DA SILVA			
IDADE:	33A	SEXO:	MASCULINO	
DIAGNÓSTICO	POI NRC = TRAT CIR HSD			

OXIGÊNIO

DATA: ____/____/____ LIGADO(H): ____ ASS: ____

DATA: ____/____/____ DESLIGADO(H): ____ ASS: ____

OXIGÊNIO

DATA: ____/____/____ LIGADO(H): ____ ASS: ____

DATA: ____/____/____ DESLIGADO(H): ____ ASS: ____

MEDICAMENTOS	HORÁRIO					
01. DIETA LIVRE						
02 MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA						
03 O2 ÚMIDO, (CN, MV), VMI = ACM =						
04 CURATIVO EM REGIÃO SACRA/CALCÂNEO/TROCANTES ETC =ACM =						
05 SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL EM SISTEMA FECHADO ACM						
06 ACESSO VENOSO CENTRAL ACM						
07 SONDAS NASOGÁSTRICA/NASOENTERAL = ACM =						
08 SVO/SVA ACM						
09 FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA 3 X DIA						
10 FISIOTERAPIA MOTORA 2 X DIA						
11. SRL 500ml IV DE 8 X 8 h	08		16		24	
12. SF 0,9% 500ml IV DE 8 X 8 h		12		20		04
13. DIPIRONA 2CC EV DE 4 X 4 h	08	12	16	20	24	04
14. NAUSEDRON 4mg EV 8 X 8 h		10	18			02
15. TRAMAL 100mg + SF 100ml EV DE 8 X 8 h ACM						
16. HGT DE 12 X 12 h + IR IV CONFORME PROTOCOLO			17			05
17. DECADRON 4mg IV DE 6 X 6 h	10		16		22	04
18. CAPOTEN 25mg SL SN e SE PAS > 200mmHg FAZER 50mg SL						
19. CEFTRIAXONA 1g IV DE 12 X 12 h (D0=30/10) DIA 01			18			06
20. HIDROCORTISONA 500mg IV NA EXTUBAÇÃO						
21. HIDANTAL 2CC + AD 18ml IV DE 8 X 8 h	08		16		24	
22. NEOZINE 5gts VO 21 h				21		
23. RANITIDINA 50mg IV DE 12 X 12 h			18			06
24. DECÚBITO ELEVADO	CT					
25. SINAIS VITAIS DE 4 X 4 h	CT					
26. CUIDADOS GERAIS DE UTI	CT					

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2023 16:52:41
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052616524087400000069662869
Número do documento: 23052616524087400000069662869



HAT HOSPITAL ANTONIO TARGINO	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		
	NOME: <u>Emilio Vitor de Silva</u> IDADE: _____	LEITO: <u>14</u> MÉDICO: _____	DATA: <u>30 / 10 / 19</u>

MANHÃ

Paciente admitido vindo do bloco cirúrgico, em P.O.I hematomas subdural, foi extubado e mantém saturação em uso cateter nasal O₂, segue unidades enfermagem.

TARDE

Paciente evolui acordado, afébril, consciente e orientado, normotenso; diurese espontânea, em uso de O₂ contínuo, foi M.C.P.M., realizado cuidados intensivos feito RX de controle. Foi extubado.

Sandra Elisabete da Silva Assis
Técnica de Enfermagem
CORP 917632

NOITE

Paciente PO segue acordado, confuso, agitado, apresenta luxação. afébril normotenso, aceita dieta oral, oxigênio 5L/v segue unidades de geron m.c.p.m. segue aos cuidados intensivos e conduta médica.

Andréa Rafael de Cruz
CORP 917632



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Conrado Vitor da Silva

IDADE: 33 a

ALTA: UTI

LEITO: 14

MÉDICO: Dr. Stalo

DATA: 31/10/19

MANHÃ

Pt. acordado, consciente, orientado, respira
ar ambiente, apresenta hemiplegia no M.D.
Em A.V. periférico. Apresentando melhora no
seu estado clínico, recebe alta p/ supermaria-

Maria do Socorro Oliveira
Téc. de Enfermagem
COREN 67185

TARDE

Paciente acordado, consciente, orientado, recebe
alta em repouso SSUV, medicado com
alta cuidados gerais. recebe alta para
seu domicílio.

Adriana Alves Alencar
Téc. de Enfermagem
COREN-AB 696.780

NOITE





EVOLUÇÃO MÉDICA

Nome Paciente: Bvicko Silva

Index

Medico (Dr.)

[illegible]

 HOSPITAL ANTONIO TARGINO HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO UTI GERAL	PRESCRIÇÃO			
	DATA:	31/10/19	CONVÊNIO:	SUS
	DIA:	PRONTUÁRIO:		LEITO 14
	NOME	ENILDO VITOR DA SILVA		
	IDADE:	33A	SEXO:	MASCULINO
	DIAGNÓSTICO	POI NRC = TRAT CIR HSD		

OXIGÊNIO DATA: ____/____/____ LIGADO(H): ____ ASS: ____ DATA: ____/____/____ DESLIGADO(H): ____ ASS: ____	OXIGÊNIO DATA: ____/____/____ LIGADO(H): ____ ASS: ____ DATA: ____/____/____ DESLIGADO(H): ____ ASS: ____
---	---

MEDICAMENTOS	HORÁRIO					
01. DIETA LIVRE						
02. MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA						
03. O2 ÚMIDO, (CN, MV), VMI = ACM =						
04. CURATIVO EM REGIÃO SACRA/CALCÂNEO/TROCANTES ETC = ACM =						
05. Sonda de Aspiração Traqueal em Sistema Fechado ACM						
06. ACESSO VENOSO CENTRAL ACM						
07. SONDAS NASOGÁSTRICA/NASOENTERAL = ACM =						
08. SVD/SVA ACM						
09. FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA 3 X DIA						
10. FISIOTERAPIA MOTORA 2 X DIA						
11. SRL 500ml IV DE 8 X 8 h	08	16	24			
12. SF 0,9% 500ml IV DE 8 X 8 h		12	20	04		
13. DIPIRONA 2CC EV DE 4 X 4 h	08	12	16	20	24	04
14. NAUSEDRON 4mg EV 8 X 8 h		10	18			02
15. TRAMAL 100mg + SF 100ml EV DE 8 X 8 h ACM						(11)
16. HGT DE 12 X 12 h + IR IV CONFORME PROTOCOLO			17			05
17. DECADRON 4mg IV DE 6 X 6 h	10	16		22	04	
18. CAPOTEN 25mg SL SN e SE PAS > 200mmHg FAZER 50mg SL			18			06
19. CEFTRIAXONA 1g IV DE 12 X 12 h (D0=30/10) DIA 01			18			06
20. HIDROCORTISONA 500mg IV NA EXTUBAÇÃO						
21. HIDANTAL 2CC + AD 18ml IV DE 8 X 8 h	08	16		24		
22. NEOZINE 5gts VO 21 h				24		
23. RANITIDINA 50mg IV DE 12 X 12 h			18			06
24. DECÚBITO ELEVADO	CT					
25. SINAIS VITAIS DE 4 X 4 h	CT					
26. CUIDADOS GERAIS	CT					

- Haldol 5, 11/08/19
 - Paracetamol 25, 11/08/19
 Assinatura do Médico
 André Cavalcanti M. Junior
 MÉDICO
 CRM-PB. 8122



HAT HOSPITAL ANTONIO TARGINO		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
NOME: ENILDO VITOR DA SILVA		LEITO: 20-2	
DATA: 01/11/19		CONVÊNIO: S	
DIAGNÓSTICO: RE (Hernia)			
MEDICAMENTOS		HORÁRIO	
1) Naloxona 0,4mg + Nifedipina	18	08	
2) Nifedipina 30mg EV 12/12h	18		
3) Dipirona 200mg EV S/N	08		
4) Naloxona 0,4mg EV 8/8h	18	08	
5) Diclofenaco 75mg EV 8/8h	18	08	
6) Hidralazina 10mg EV 8/8h	08	18	
7) Euphrasia 1g EV 12/12h	18		
8) Amlodipina 5mg EV 12/12h	18		
9) Curatela externa + Curatela			
10) Retirar marca Tension			
11) Helder 5mg/0,4mg I.M. agor			
Prof. Dr. Luciano Holanda			
CRM 2948			
Evolução Médica			
Parado com quebra munita, apical. Prof. Dr. Luciano Holanda NEUROCIRURGIAS CRM 2948			

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

Enly W. L. L.

A.A.:

Onco-gine

LEITO: 80-27

CONVÊNIO: SUA

DATA: 02-11-19

DIAGNÓSTICO:

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

2/11

1) hct sul fluz

2) hct sul fluz

3) Dipyrizol 2x IV 50

4) Amlodipino 10mg IV 50

5) hct sul fluz 10mg 8+28

6) hct sul fluz 15mg 12+12

7) hct sul fluz 15mg 12+12

8) hct sul fluz 15mg 12+12

9) hct sul fluz 15mg 12+12

10) hct sul fluz 15mg 12+12

11) hct sul fluz 15mg 12+12

12) hct sul fluz 15mg 12+12

13) hct sul fluz 15mg 12+12

14) hct sul fluz 15mg 12+12

15) hct sul fluz 15mg 12+12

16) hct sul fluz 15mg 12+12

17) hct sul fluz 15mg 12+12

18) hct sul fluz 15mg 12+12

19) hct sul fluz 15mg 12+12

20) hct sul fluz 15mg 12+12

EVOLUÇÃO MÉDICA

2/11

avulsa com
de avulsa, p/avulsa

5/11

avulsa

Dr. Rafael B. Polanda

Dr. Rafael B. Polanda



	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		
	NOME: <u>Emilio Vitor da Silva</u> IDADE: <u>32</u>	LETO: <u>302</u> DATA: <u>31/10/19</u>	MÉDICO: <u>MUNO</u>

MANHÃ

TARDE

Paciente vindo do UTI em POT o mesmo com HU + SUS. segue sob cuidados de enfermagem. OBS: paciente alérgico a Bromel.

NOITE

Paciente mantendo quadro, consciente e orientado, oferecido banho e anamnese no momento, realizado controle, medicação CPN, segue os cuidados de Enfermagem. Em tempo, paciente agitado e ansioso, agrediu a enfermeira, onde a mesma chamou a segurança e levou até o médico de plantão, onde o mesmo prescreveu o Fenegon (sem ampola IM) e Haldol (sem ampola IM), ao preferir a medicação o paciente se recusou de tomar a medicação de forma agitada, segurando a mão do tec. Arranjo de forma grosseira e com palavras de tom intimidador, assim não foi realizado a ABM da Medicação.

HOSPITAL ANTONIO TARGINO		EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	
NOME:	Evelyn Vison	IDADE:	23
ALTA:	LEITO: 80-2	MÉDICO: <i>[assinatura]</i>	
DATA: 21/11/18			
MANHÃ Paciente no 2º P.O.3 (Craniotomia deleto, R201111), A. G. 100, 45 kg, 1,70 m, S.C.P. 03, 10/11/18, R201111, R201111 Vital 100, 110, 80, 110, 110, 110 A. G. 100, 45 kg, 1,70 m.			
TARDE Paciente consciente, orientado, em Postado Craniotomia, + Hematoma Subdural, em uso de ATB, e m. Venoclex por o cm Pneumo, seg. medicado seg. Presc. da enfermagem. <i>[assinatura]</i> Angela Kelly Soares Enfermagem CRP 10423			
NORTE Paciente atarefado, orientado, em Postado todas, em remédios, medicado, diversa presc. da enfermagem seg. Presc. da enfermagem. <i>[assinatura]</i> Raquel Neris Enfermagem CRP 7037			



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Orlando Zito da Silva

IDADE: 33

ALIA: Brasileira

LEITO: 80-21

MÉDICO: Neuro

DATA: 02/11/19

MANHÃ

Paciente recebeu orientações com A.S. medicado, aceitando dieta, deambulando usando seus meios.

Fabírcia Luciana da Silva
Técnica de Enfermagem
COREN-PB 621.984

TARDE

Paciente estável, consciente, orientado, aceita dieta VO, duras + frígidas, deambulando, pode fumar + Fístula, agitado, inquieto, auto perigoso, medicação C.p.m., segue em observação.

Regiane da Silva Aguiar
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 600.207

NOITE

Paciente malou com quadras extensas conscientes. confuso. segue medicado C.p.m. episódios episódios. realizados cuidados e controles de enfermagem

Júlcara Andrade de Oliveira
Técnica de Enfermagem
COREN-PB 709.226



 HOSPITAL ANTONIO TARGINO	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		
	NOME: <u>Paula Viana</u>	IDADE: <u>83</u>	
	ALIA: <u>Carla</u>	LEITO: <u>802</u>	MÉDICO: <u>Neurologia</u>
	DATA: <u>03/11/18</u>		

MANHÃ	Paciente alerte, Agitada, sem vômitos, Diuréticos 0, A.C.P. em uso, visto por médico e alta hospitalar.  COORDENADOR DE ENFERMAGEM
TARDE	
NOITE	



PACIENTE:	Emilio Wto D. L. L.		
Nº DO PRONTUÁRIO:	Nº DO ATENDIMENTO:		
DATA DA OPERAÇÃO:	30/6/19	ENFERMARIA:	LEITO:
OPERADOR:	R. N. N. N. N.		
1ª AUXILIAR:	L. L. L.	2ª AUXILIAR:	L. L. L.
3ª AUXILIAR:	INSTRUMENTADOR:		
ANESTESISTA:	Dr. J. J. J.		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	Tumor intestinal		
TIPO DE OPERAÇÃO:	Tumor intestinal		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:	Tumor intestinal		
RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA:	Tumor intestinal		
EXAME RADIOLOGICO NO ATO:	Tumor intestinal		
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:	Tumor intestinal		

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - SONDAGEM E TÉCNICA - LIGADURA - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO - VICERAS

1	Tumor intestinal
2	Tumor intestinal
3	Tumor intestinal
4	Tumor intestinal
5	Tumor intestinal
6	Tumor intestinal
7	Tumor intestinal

Dr. Rafael R. Holanda
CRM-PE 1291



PACIENTE:	Emilio Wts de Lity		
Nº DO PRONTUÁRIO:	Nº DO ATENDIMENTO:		
DATA DA OPERAÇÃO:	30/6/19	ENFERMARIA:	LEITO:
OPERADOR:	Dr. Rafael R. Holanda		
1ª AUXILIAR:	Dr. Carlos	2ª AUXILIAR:	Dr. Lúcio
3ª AUXILIAR:	INSTRUMENTADOR:		
ANESTESISTA:	Dr. Juciano	TIPO DE ANESTESIA:	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	Cisto intra-hepático		
TIPO DE OPERAÇÃO:	- Cisto intra-hepático		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:	- Cisto intra-hepático		
RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA:	- Cisto intra-hepático		
EXAME RADIO: ÓGICO NO ATO:	- Cisto intra-hepático		
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:	- Cisto intra-hepático		

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - ANESTESIA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO - VICERAS

- 1) Cisto intra-hepático
- 2) Cisto intra-hepático
- 3) Cisto intra-hepático
- 4) Cisto intra-hepático
- 5) Cisto intra-hepático
- 6) Cisto intra-hepático
- 7) Cisto intra-hepático

Dr. Rafael R. Holanda
CRM: 25125
Rafael R. Holanda



PACIENTE: ENILDO VITOR DA SILVA (33 ANOS)
CONVÊNIO: SUS SUS ☒ PRONTUÁRIO: 927081 AT. 2368773 DATA: 30/10/19
CIRURGIA: CRANIOTOMIA DESCAULP + TRAT. CIR. HEMATOMA SUBDURAL + TRAT. CIR. FÍSTULA LÍQUORICA
CIRURGIÃO: DR. RAFAEL HOLANDA AUXILIAR: DR. LUCIANO HOLANDA
AUXILIAR: DR. LEAO ANESTESISTA: DR. JURANDIR A.
CIRCULANTE: GERCILIO B. SALA: 04 HORÁRIO: INÍCIO: 10:00 FINAL: 10:30

CÓD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1872	ADRENALINA	
1880	ÁGUA DESTILADA	0
1889	AMINOFILINA	
1929	ARAMIN	
2070	ATROPINA	06
265789	BEXTRA	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
4650	CEFALOTINA 1g	
122768	CEFAZOLINA 1g	
1787	CEFTRIAXONA	02
154666	CETROPROFENO IV	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
5304	DEXAMETASONA	
4855	DICLOFENACO SÓDICO	
2020	DIPIRONA	02
5673	DOPAMINA	
32180	EFEDRINA	
5339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4286	GARAMICINA	
2046	GLICOSE 50%	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
5398	HEPARINA	
5380	HIDROCORTISONA	
2052	METOCLOPRAMIDA	
37859	NAUSEDRON 8mg	01
69806	OMEPRAZOL 40mg	
70181	PROSTIGMINE	04
70238	QUELICIM	
28819	RANITIDINA	01
70335	SOLUMEDROL 500mg	
403792	TORADOL	
70971	TRANSAMIN	
70572	TILATIL 40mg	01
CÓD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
70254	ALFENTANILA	
8885	DIEMPAK 10mg	
3026	DIMORF 1.0mg	
3034	DIMORF 0.2mg	
125149	DIMORF 10mg	
88655	DORMONID	
88638	DORMONID COMP.	
46850	FENOBARBITAL	
8868	HIDANTAL	
9962	KETALAR	
69620	PETIDINA	
73219	TRAMAL	02
140932	ULTIVA	
CÓD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
70548	ATRACURIO	
126233	CISATRACURIO	01
8081	ETOMIDATO	
3042	FENTANIL	03 ml
2801	LIDOCAINA 2% CV	
2118	LIDOCAINA 2% SV	
2810	LIDOCAINA GELEIA	
2160	NEOCAINA 0.5% CV	
70750	NEOCAINA 0.5% SV	
1996	NEOCAINA PESADA	
3212	NILPERIDOL	
142364	NOVAPUPI CV	
87448	NOVAPUPISOBARICA	
264580	NOVAPUPI SV	
2216	PANCURONIO	
82031	PROPOFOL + 01	01
142451	ROCURONIO	
142451	SEVORANE	01
142451	LESTESIN SPRAY	

CÓD.	MATERIAL	QUANT.
107329	ADAPTADOR PI SORO	07
110089	AG. RAQUI 2780	
120089	AG. RAQUI 2580	
161281	AG. RAQUI PI OBESO 80	
	AGULHA DESCARTÁVEL N° 27	
	AGULHA PERIDURAL N°	
	AGULHA RAQUI N°	
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	06 boks
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	
	ATADURA CREPON N° 20	02 Ptl.
	ATADURA GESSADA	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
	CÂNULA TRAQUEOSTOMIA N°	
211958	CAPA PARA VIDEO	
2429	CATETER OXIGÊNIO	01
27880	COLETOR URINA ABERTO	
22381	COLETOR URINA FECHADO	
	COMPRESSAS	
142341	COMPRESSAS 25x28	05 Ptl.
	DRENO PENROSE N°	
	DRENO SUÇÃO N°	
	DRENO TÓRAX N°	
59587	ELETRODO	05
2585	EQUIPO MACROGOTAS	01
287393	EQUIPO PI ARTROSCOPIA	
2615	ESPARADRAPO	50 c.
20117	FITA GLICEMIA	
142220	GAZES 7,5x7,5	10 Ptl.
	GAZES	
3425	GELFOAN	
60917	GILETE	
	GUENDEL N°	04 01
3468	INTRA-CATH	
	JELCO N°	18 01
	LÂMINA BISTURI N°	24 01
132708	LUVAS G.5	
111209	LUVAS 7.0	02
40126	LUVAS 7.5	01
3522	LUVAS 8.0	01
149870	LUVAS 8.5	
68752	MICROPORE LARGO	30 c.
	SCALPS N°	
3735	SERINGA DE 01cc	
3700	SERINGA DE 03cc	
3719	SERINGA DE 05cc	03
3689	SERINGA DE 10cc	03
3697	SERINGA DE 20cc	03
341797	SERINGA DE 50cc (bico longo/curto)	
	SONDA FOLEY N°	
	SONDA NELATON N° 14	01
	SONDA NSG	
	SONDA RETAL	
53937	SURGICEL	
4081	TORNEIRA 03 VIAS	01
	TUBO ENDOTRAQUEAL N° 8.0	01

CÓD.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX N°	
	ALGODÃO CIA N°	
	ALGODÃO SIA N°	
	CROMADO CIA N°	
	CROMADO SIA N°	
	ETHIBOND N°	
	FITA CARDIACA	
	MONOCRYL N°	
AG 3.0	MONONYLON N° 2.0	03
	PROLENE N°	
	VICRYL N°	
CÓD.	SOLUÇÕES	QUANT.
2330	ÁGUA OXIGENADA	
148217	ÁLCOOL	60 ml
304000	CLOREXIDINA	
2631	ETER	30 ml
3603	PVPI DEGERMANTE	300 ml
3611	PVPI TÓPICO	
4111	VASELINA	
CÓD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	APARELHOS (Foco)	30 MIN.
	AR COMPRIMIDO	
	ASPIRADOR ELÉTRICO	30 MIN.
	BISTURI ELÉTRICO	30 MIN.
	CAPNOGRAFO	30 MIN.
	CRANIOTOMO	
	INTENSIFICADOR	
	MICROSCÓPIO CIRUR.	
	MONITOR CARDIACO	30 MIN.
	NITROGÊNIO	
	OXÍDIO NITROSO	
	OXIGÊNIO 2 L/MIN.	30 MIN.
	OXÍMETRO DE PULSON	30 MIN.
	VÁCUO	
CÓD.	SOROS	QUANT.
9156	MANITOL 20%	
174459	PURISOLE 1000ml	
63881	S. FISIOLÓGICO 1000ml	
98228	S. FISIOLÓGICO 100ml	
8172	S. FISIOLÓGICO 250ml	
9164	S. FISIOLÓGICO 500ml	01
9180	S. GLICOSADO 250ml	
9189	S. GLICOSADO 500ml	
9148	S. RINGER 500ml	01
134489	VOLUMEN 6%	
CÓD.	OUTROS	QUANT.
	KIT CIR. CERA	01
	KIT AVENTAL CIR. 1/02	01
	FILTRO UNIDIFLUX	01
	LÂMINA DE BISTURI	01
	N. 15	

Circulação de Sala
TAC DE ENFERMAGEM
CORREÇÃO 12/05/2019



BOLETIM DE ANI

[illegible]

Diagnóstico Pré-Operatório:

1ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)	2ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)
Equipe Anestesiologia	Instrumentador(a)

Procedimientos Realizados:

Procedimientos Realizados:	Códigos
Prótesis de Sengle 5,5/0,3	
Ext. U. 1/2 (Lombos)	
5/6/0,3	
Ext. U. 1/2 (F. 1/2 L.)	
5/6/0,3	

Navario

[illegible]

TORNIQUETE Tempo
LOCAL:

RESP	ESP
○	ASS. CONT.

INTERACCIÓN

TÉCNICA	INDUÇÃO	INTUBAÇÃO TUBO Nº	ANESTESIA REGIONAL		ANESTESIA REGIONAL		PUNÇÃO	EQUIPAMENTOS UTILIZADOS	
ANESTESIA	☐ Intalatória	☐ Oral	☐ Paridural	☐ P Braqui/Cervical	☐ Mediana	☐ Paramediana	☐ Aspirador	☐ Sonda	
	☐ Venosa	☐ Nasal	☐ Raqui/anestesia	☐ Supracervical	☐ Sedação		☐ ECG	☐ Sís	
	MANUTENÇÃO	☐ C/Baixo	☐ Epidural Sacra	☐ Intercostofrenico	☐ DL	☐ D	☐ Oxímetro	☐ Pa Invasiva	
	☐ Inalatória	☐ S/Baixo	☐ N. Parilárico	☐ Axilar			☐ YNI	☐ Capnógrafo	
	☐ Venosa	☐ Aremado	☐ Simples	☐ Venosa Regional	LOCAL		☐ Bomba de Infusão		
	☐ Sob Máscara	☐ Duplo Lumen	☐ Continua	☐ Infiltração	CALIBRE		☐ Ventilação Mecânica		
	☐ Máscara Laringea	☐ Traqueostomia	☐ Cateter nº	☐ Sedação	TIPO				

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA ANESTÉSICA / INTERCORRÊNCIAS TRANSOPERATÓRIA

50:	☐ SIM	☒ NÃO
	☐ SIM	☒ NÃO



Sr(a): **ENILDO VITOR DA SILVA**
 Idade: **33 anos**
 OS: **011-65316-230**
 Data O.S.: **30/10/2019 - 09:25**
 Dr(a): **JOSE DA COSTA LEO SEGUNDO**
 Convênio: **SUS HOSPITAL ANTONIO TARGINO**
 Emissão: **30/10/2019 - 12:10**

Local: **TRANSPLANTE**



HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Valores de referência

		Homens	Mulheres	Crianças	Acima de 70 anos
Hemácias:	5,70 milhões/mm ³	4,50 a 6,10	4,00 a 5,40	4,07 a 5,37	3,90 a 5,36
Hemoglobina:	14,3 g/dL	13,0 a 16,5	12,0 a 15,6	10,5 a 14,0	11,5 a 15,1
Hematócrito:	44,8 %	36,0 a 54,0	33,0 a 47,8	30,0 a 40,5	33,0 a 46,0
V.C.M.:	78,6 pL	80,0 a 98,0	80,0 a 98,0	70,0 a 86,0	80,0 a 98,0
H.C.M.:	25,1 pg	26,8 a 32,9	26,2 a 32,6	23,2 a 31,7	27,0 a 31,0
C.H.C.M.:	31,9 g/dL	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5
RDW:	14,6 %	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0

Série vermelha: **Microcitose, Hipocromia.**

LEUCOGRAMA

Valores de referência

		Adultos	Crianças
Leucócitos:	8.400 /mm ³	100 3.600 a 11.000	100 4.000 a 14.000
Bastonetes:	0 %	0 a 550	0 a 450
Segmentados:	65 %	5.460 /mm ³	40-70 1.480 a 7.700
Eosinófilos:	3 %	252 /mm ³	0-7 0 a 550
Basófilos:	0 %	0 /mm ³	0-2 0 a 220
Linfócitos:	21 %	1.764 /mm ³	20-50 740 a 5.500
Linfócitos reativos:	0 %	0 /mm ³	0 0
Monócitos:	11 %	924 /mm ³	3-14 37 a 1.110

Série branca: **Leucócitos morfologicamente conservados.**

PLAQUETOGRAMA

Valores de referência

Contagem de Plaquetas:	275.000 /mm ³	140.000 a 450.000 /mm ³
------------------------	--------------------------	------------------------------------

VMP: **10,40 fL**

Série plaquetária: **Plaquetas normais ao exame do esfregaço.**

Material: **Sangue total com EDTA**

Coleta: **30/10/2019 Liberação: 30/10/2019 - 10:27**

Método: **Citometria de fluxo fluorescente e impedância**

Assinado eletronicamente por: **Dra. Talita Nunes Cardoso - CRF-PB 4096**

ASSINATURA DIGITAL

C4BDBA9D77B4B89CA8948EE79E565B19255F675D3E3358F78D77792A42B2AJ5655805C89666DB5BD

Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Central de Atendimento: **83 2102.5577 83 2102.5555 83 9 8831.0102**

UNIDADE CENTRO

☐ Rua Sandra Bortolero, 61

UNIDADE CATOLÉ

☐ Av. Vagário Calvão, 877

UNIDADE PRATA

☐ Rua Rodrigues Alves, 1049

UNIDADE CATINGUEIRA

☐ R. Severino Sezelredo de Almeida, 17

UNIDADE JOÃO XXIII

☐ Rua Nilo Peçanha, 83 - Praia

UNIDADE INTEGRAÇÃO

☐ Rua Sebastião Donato, 25

UNIDADE CRUZEIRO

☐ Av. Almirante Barroso, 1493

UNIDADE JOSÉ PINHEIRO

☐ Rua Camões Sales, 463B

UNIDADE QUEIMADAS

☐ Rua João Barbosa Silva, 77

UNIDADE ANTONIO TARGINO

☐ R. Detmir Gouveia, 349 - Cabanagem

Resultados podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

CONTROLE DE QUALIDADE - SQPC
Programa de Exatidão para Laboratório Clínico

ControlLab



Assinado eletronicamente por: **SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2023 16:52:41**

<https://pje.tipb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052616524087400000069662869>

Número do documento: **23052616524087400000069662869**

Sr(a): **ENILDO VITOR DA SILVA**
Idade: **33 anos**
OS: **011-65316-230**
Data O.S.: **30/10/2019 - 09:25**
Dr(a): **JOSE DA COSTA LEAO SEGUNDO**
Convênio: **SUS HOSPITAL ANTONIO TARGINO**
Emissão: **30/10/2019 - 12:10**

Local: **TRANSPLANTE**



GLICOSE

Resultado:

92 mg/dL

Valor(es) de referência

70 a 99 mg/dL

Material: **Soro**

Coleta: **30/10/2019** Liberação: **30/10/2019 - 11:46**

Método: **COLORIMÉTRICO AUTOMATIZADO**

Assinado eletronicamente por: **Dr. André Luiz C. Ramos - CRF-PB 2908**

ASSINATURA DIGITAL

C4B0BA9D77B4B69CA894BEE79E565BJ9255F675D3E3358F7BD77792A42B2A15655B05C09666DB5BD

Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br Central de Atendimento: **83 2102.5577 83 2102.5555 83 9 8831.0102**

UNIDADE CENTRO

♦ Rua Sandra Bortolomeu, 61

UNIDADE INTEGRAÇÃO

♦ Rua Sebastião Donato, 25

UNIDADE CATOLÉ

♦ Av. Vigarão Celso, 877

UNIDADE CRUZEIRO

♦ Av. Almirante Barroso, 1493

UNIDADE PRATA

♦ Rua Rodrigues Alves, 1049

UNIDADE JOSÉ PINHEIRO

♦ Rua Campos Sales, 4638

UNIDADE CATINGUEIRA

♦ R. Severino Setembrado de Almeida, 17

UNIDADE QUEIMADAS

♦ Rua João Barbosa Silva, 77

UNIDADE JOÃO XXIII

♦ Rua Mito Poçanha, 83 - Prata

UNIDADE ANTONIO TARGINO

♦ R. Delmiro Gouveia, 349 - Catão

res podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

CONTROLE DE QUALIDADE - SBC
Programa de Avaliação para Laboratório

ControlLab



Assinado eletronicamente por: **SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2023 16:52:41**

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052616524087400000069662869>

Número do documento: **23052616524087400000069662869**

Sr(a): **ENILDO VITOR DA SILVA**
 Idade: **33 anos**
 OS: **011-65316-427**
 Data O.S.: **30/10/2019 - 16:13**
 Dr(a): **JARIC CLEMENTINO DE ARAUJO**
 Convênio: **SUS HOSPITAL ANTONIO TARGINO**
 Emissão: **30/10/2019 - 18:16**

Local: **UTI GERAL**



HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

		Valores de referência			
		Homens	Mulheres	Crianças	Acima de 70 anos
Hemácias:	5,80 milhões/mm³	4,50 a 6,10	4,00 a 5,40	4,07 a 5,37	3,90 a 5,36
Hemoglobina:	14,3 g/dL	13,0 a 16,5	12,0 a 15,8	10,5 a 14,0	11,5 a 15,1
30/10/2019 - 14,3					
Hematócrito:	43,4 %	36,0 a 54,0	33,0 a 47,8	30,0 a 40,5	33,0 a 46,0
30/10/2019 - 44,8					
V.C.M.:	74,8 pL	80,0 a 98,0	80,0 a 98,0	70,0 a 86,0	80,0 a 98,0
H.C.M.:	24,7 pg	26,8 a 32,9	26,2 a 32,6	23,2 a 31,7	27,0 a 31,0
C.H.C.M.:	32,9 g/dL	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5
RDW:	14,5 %	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0

Série vermelha: **Microcitose. Hipocromia.**

LEUCOGRAMA

		Valores de referência			
		Adultos	Crianças		
Leucócitos:	12.500 /mm³	100	100	4.000 a 14.000	
Bastonetes:	2 %	0-5	0 a 550	0-6	0 a 450
Segmentados:	85 %	40-70	1.480 a 7.700	30-64	1.200 a 9.600
Eosinófilos:	1 %	0-7	0 a 550	0-5	0 a 550
Basófilos:	0 %	0-2	0 a 220	0-2	0 a 300
Linfócitos:	10 %	20-50	740 a 5.500	38-70	1.520 a 10.500
Linfócitos reativos:	0 %	0	0	0	0
Monócitos:	2 %	3-14	37 a 1.110	3-14	40 a 1.110

Série branca: **Leucocitose. Neutrofilia.**

PLAQUETOGRAMA

		Valores de referência
Contagem de Plaquetas:	274.000 /mm³	140.000 a 450.000 /mm ³
VMP:	10,60 fL	
30/10/2019 - 275.000		

Série plaquetária: **Plaquetas normais ao exame do esfregaço.**

Material: **Sangue total com EDTA**

Coleta: **30/10/2019 Liberação: 30/10/2019 - 18:08**

Método: **Citometria de fluxo fluorescente e impedância**

Assinado eletronicamente por: **Dra. Ana Cristina da Silva - CREM-PE 6907**

ASSINATURA DIGITAL

A2A1959F93AEAD727EBAC2F747E0022D401D3F8B33624D190B76A117326F45263C92D7EA2513EABA

Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br Central de Atendimento: **83 2102.5577 83 2102.5555 83 9 8831.0102**

UNIDADE CENTRO
 Rua Sandra Barboza, 61
 UNIDADE INTEGRAÇÃO
 Rua Sebastião Donato, 25

UNIDADE CATOLÉ
 Av. Vagão Calixto, 877
 UNIDADE CRUZEIRO
 Av. Almirante Barroso, 1493

UNIDADE PRATA
 Rua Rodrigues Alves, 1049
 UNIDADE JOSÉ PINHEIRO
 Rua Campos Sales, 4638

UNIDADE CATINGUEIRA
 R. Severino Sozeteiro de Almeida, 17
 UNIDADE QUEIMADAS
 Rua João Barbosa Silva, 77

UNIDADE JOÃO XXIII
 Rua Nilo Peçanha, 83 - Praia
 UNIDADE ANTONIO TARGINO
 R. Delmeida Gouveia, 349 - Centenário

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, outros. Agende seu médico em condições de interpretação.

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC
 Programa de Excelência para Laboratórios Médicos

ControlLab



Assinado eletronicamente por: **SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2023 16:52:41**

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052616524087400000069662869>

Número do documento: **23052616524087400000069662869**

Num. 73912014 - Pág. 77

Sr(a): **ENILDO VITOR DA SILVA**
Idade: **33 anos**
OS: **011-65316-427**
Data O.S.: **30/10/2019 - 16:13**
Dr(a): **JARIO CLEMENTINO DE ARAUJO**
Convênio: **SUS HOSPITAL ANTONIO TARGINO**
Emissão: **30/10/2019 - 18:16**

Local: **UTI GERAL**



GLICOSE

Resultado:

109 mg/dL

Valor(es) de referência

70 a 99 mg/dL

Resultados Anteriores: 30/10/2019 - 92

Material: Soro

Coleta: 30/10/2019 Liberação: 30/10/2019 - 17:32

Método: COLORIMÉTRICO AUTOMATIZADO

UREIA

Resultado:

42 mg/dL

Valor(es) de referência

Adulto: 17,0 a 49,0 mg/dL
Recém Nascido: 8,4 a 25,8 mg/dL
Criança: de 10,8 a 38,4 mg/dL

Material: Soro

Coleta: 30/10/2019 Liberação: 30/10/2019 - 17:32

Método: COLORIMÉTRICO AUTOMATIZADO

Assinado eletronicamente por: Dra. Ana Cristina da Silva - CREM-PE 6907

ASSINATURA DIGITAL

A2A1959F93AEAD727EBAC2F747E0D22D401D3F8B33624D190B76A117326F45263C92D7EA2513EABA

Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Central de Atendimento: ☎ 83 2102.5577 ☎ 83 2102.5555 ☎ 83 9 8831.0102

UNIDADE CENTRO

♦ Rua Sandra Rocha Lima, 61

UNIDADE CATOLÉ

♦ Av. Vigário Celso, 877

UNIDADE PRATA

♦ Rua Rodrigues Alves, 1049

UNIDADE CATINGUEIRA

♦ R. Severino Seznécio de Almeida, 17

UNIDADE JOÃO XXIII

♦ Rua Nilo Perceira, 83 - Pólo

UNIDADE INTEGRAÇÃO

♦ Rua Sebastião Donato, 25

UNIDADE CRUZEIRO

♦ Av. Almirante Barroso, 1483

UNIDADE JOSÉ PINHEIRO

♦ Rua Camões Sales, 4638

UNIDADE QUEIMADAS

♦ Rua João Batista Silva, 77

UNIDADE ANTONIO TARGINO

♦ R. Delmiro Gouveia, 349 - Cemitério

Resultados podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, jejuns. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC
Programa de Controle para Laboratório Médica

Control Lab

LAB
PROSANGUE



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2023 16:52:41

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052616524087400000069662869>

Número do documento: 23052616524087400000069662869

Num. 73912014 - Pág. 78

Sr(a): **ENILDO VITOR DA SILVA**
Idade: **33 anos**
OS: **011-65316-427**
Data O.S.: **30/10/2019 - 16:13**
Dr(a): **JARIO CLEMENTINO DE ARAUJO**
Convênio: **SUS HOSPITAL ANTONIO TARGINO**
Emissão: **30/10/2019 - 18:16**

Local: UTI GERAL



CREATININA

Resultado: **0,70 mg/dL**

Valor(es) de referência
Homem : 0,60 a 1,30 mg/dL
Mulheres: 0,50 a 0,90 mg/dL

Resultados anteriores:

RITMO DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR CKD-EPI

Resultado: **124 mL/min/1,73 m²**

Fonte: Fórmula CKD-EPI: Levey, AS et al. A New Equation to Estimate Glomerular Filtration Rate. Ann Intern Med 150:604,2009.

Valores de referência:

Normal..... > 90 mL/min x 1,73 m²
Redução Discreta..... 89-60 mL/min x 1,73 m²
Redução Discreta-Moderada.: 59-45 mL/min x 1,73 m²
Redução Moderada-Severa.... 44-30 mL/min x 1,73 m²
Redução Moderada-Severa.... 29-15 mL/min x 1,73 m²
Falência renal < 15 mL/min x 1,73 m²

RITMO DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR (MDRD)

Adulto não negro: **138 mL/min/1,73 m²**

Adulto negro: **167 mL/min/1,73 m²**

Fonte: Stevens L.A., et al. Assessing Kidney Function-Measured and Estimated Filtration Rate. N Engl J Med. 2006;354:2473-83.

Valores de referência:

Adulto maior de 18 anos: SUPERIOR A 60 mL/min/1,73 m²

Nota:

- Ritmo de Filtração glomerular(RFG) é o melhor parâmetro da função renal. Valores persistentemente abaixo de 60 mL/min/1,73m² estão relacionados com doença renal crônica.
- A estimativa de ritmo de filtração glomerular deve ser usada com cautela em pacientes hospitalizados, considerando morbidades que levem a desnutrição, flutuações do nível sérico de creatinina e uso de medicamentos que interfiram na dosagem desta. Esta estimativa não deve ser usada para ajustar dose de medicamentos.

Material: Soro
Método: COLORIMÉTRICO AUTOMATIZADO

Coleta: 30/10/2019 Liberação: 30/10/2019

CLORETOS

Resultado: **95 mmol/L**

Valor(es) de referência

96 a 106 mmol/L

Material: Soro
Método: ELETRODO DE ION SELETIVO (ISE)

Coleta: 30/10/2019 Liberação: 30/10/2019 - 17:32

Assinado eletronicamente por: Dra. Ana Cristina da Silva - CREM-PE 6907

ASSINATURA DIGITAL

A2A1959F93AEAD727EBAC2F747E0022D401D3F8B33624D190B76A117326F45263C92D7BA2513EABA

Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br Central de Atendimento: **83 2102.5577** **83 2102.5555** **83 9 8831.0102**

UNIDADE CENTRO
♦ Rua Sandra Barboresa, 61
UNIDADE INTEGRAÇÃO
♦ Rua Sebastião Donato, 25

UNIDADE CATOLÉ
♦ Av. Vigário Colúcio, 877
UNIDADE CRUZEIRO
♦ Av. Almirante Barroso, 1493

UNIDADE PRATA
♦ Rua Rodrigues Alves, 1049
UNIDADE JOSÉ PINHEIRO
♦ Rua Campos Sales, 463B

UNIDADE CATINGUEIRA
♦ R. Severino Sezefredo de Almeida, 17
UNIDADE QUEIMADAS
♦ Rua João Barbosa Silva, 77

UNIDADE JOÃO XXIII
♦ Rua Nilo Peçanha, 63 - Prata
UNIDADE ANTONIO TARGINO
♦ R. Delmiro Gouveia, 349 - Centenario

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, entre outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC
Programa de Controle para Laboratórios Médicos

Control Lab



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2023 16:52:41

<https://pje.tipb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052616524087400000069662869>

Número do documento: 23052616524087400000069662869

Num. 73912014 - Pág. 79

Sr(a): **ENILDO VITOR DA SILVA**
Idade: **33 anos**
OS: **011-65316-427**
Data O.S.: **30/10/2019 - 16:13**
Dr(a): **JARIO CLEMENTINO DE ARAUJO**
Convênio: **SUS HOSPITAL ANTONIO TARGINO**
Emissão: **30/10/2019 - 18:16**

Local: UTI GERAL



SÓDIO

Resultado:

135,00 mEq/L

Valor(es) de referência

136 a 145 mEq/L

Material: Soro

Método: ELETRODO DE ION SELETIVO (ISE)

Coleta: 30/10/2019 Liberação: 30/10/2019 - 16:53

POTÁSSIO

Resultado:

4,40 mEq/L

Valor(es) de referência

3,5 a 5,5 mEq/L

Material: Soro

Método: ELETRODO DE ION SELETIVO (ISE)

Coleta: 30/10/2019 Liberação: 30/10/2019 - 16:53

Assinado eletronicamente por: Dra. Yette Cruz Soares - CREF-PB 3299

ASSINATURA DIGITAL

A2A1959F93AEAD727EBAC2F747E0022D401D3F8B33624D190B76A117328F45263C92D7EA2513EABA

Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Central de Atendimento: ☎ 83 2102.5577 ☎ 83 2102.5555 ☎ 83 9 8831.0102

UNIDADE CENTRO

☐ Rua Sandra Borbotoma, 61

UNIDADE CATOLÉ

☐ Av. Vigário Calvo, 877

UNIDADE PRATA

☐ Rua Rodrigues Alves, 1049

UNIDADE CATINGUEIRA

☐ R. Severino Sezefredo de Almeida, 17

UNIDADE JOÃO XXIII

☐ Rua Rito Pequeno, 83 - Praia

UNIDADE INTEGRAÇÃO

☐ Rua Sebastião Damata, 25

UNIDADE CRUZEIRO

☐ Av. Almirante Barroso, 3483

UNIDADE JOSÉ PINHEIRO

☐ Rua Camilo Sales, 4638

UNIDADE QUEIMADAS

☐ Rua João Barbosa Silva, 77

UNIDADE ANTONIO TARGINO

☐ R. Osmiro Gouveia, 349 - Centenário

Os dados podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos,
outras. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC
Programa de Acreditação para Laboratórios Clínicos

Control Lab



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2023 16:52:41

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052616524087400000069662869>

Número do documento: 23052616524087400000069662869

TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO

O presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Hospital Antônio Targino.

Nome do Paciente: _____ RG: _____
Nome do Médico: _____ CRM: _____
Procedimento (s) a ser realizado: _____

1. Foi informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.
2. Recebi de meu médico todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.
3. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais.
4. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego de anestesia, cujas técnicas, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiologista, estando também ciente dos riscos e benefícios e alternativa.
5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivações, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
6. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.
7. Confirmo que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não estou de acordo. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Assinatura do paciente e/ou responsável: X Luciana Nunes da Silva
Campina Grande, 23 de outubro de 2019

Código de Ética Médica - Art. 22º. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.
Art. 34º. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.



**TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO
PARA A TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES**

A transfusão de hemocomponentes (sangue) tem o objetivo de repor um ou mais dos seguintes constituintes do sangue: glóbulos vermelhos, plaquetas e fatores de coagulação, por meio dos concentrados de hemácias, de plaquetas, plasma fresco congelado e de precipitado. A transfusão está indicada quando o paciente tem necessidade dos constituintes acima, manifestada por sintomas de hemorragia, ou durante procedimentos cirúrgicos, ou preventivamente a procedimentos ou exames invasivos com potencial de sangramento.

Riscos:

Embora a transfusão de hemocomponente apresente benefícios, ela também apresenta riscos. Este relação risco/benefício é avaliada pelo médico ao solicitar transfusão. Os hemocomponentes são preparados e testados de acordo com rígidas normas científicas estabelecidas pela ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, complementadas por normas de Agências Internacionais de Transfusão. No entanto, mesmo assim ainda existe uma pequena chance de haver uma reação adversa relacionada à transfusão. Essas reações normalmente são leves e facilmente tratadas, mas em algumas ocasiões elas podem ser fatais. Apesar dos testes sorológicos atuais apresentarem altíssima sensibilidade a qualquer reação, há um pequeno risco de transmissão de algum microorganismo pela transfusão, que pode não ser detectado, como uma infecção durante muitos meses ou anos. Mesmo com estes testes de última geração, existe a possibilidade de se transmitir vírus da hepatite, com risco teórico aproximado de 1 em cada 1 milhão de transfusões; e o vírus HIV, com risco teórico aproximado de 1 em cada 2 milhões de transfusões.

Consentimento

Após ter recebido as informações acima, dou o consentimento ao Serviço de Hemoterapia do Hospital Antônio Targino, e peço de meu direito para proceder à administração de hemocomponentes durante minha internação ou o curso completo dessa assistência ou do tratamento.

Nome legível:



PACIENTE

Assinatura:



RESPONSÁVEL

Grau de parentesco:

Assinatura: Lauciana Nunes da Silva

Carimbo: 25/10/19

Nome:

Se o paciente não puder assinar este termo de consentimento, por favor, indique o razão.

Circunstâncias de Emergência / Risco de Vida: Consentimento Informado não Obtido

Devido ao estado físico do paciente, ou à emergência/risco de vida, não foi possível fornecer ao paciente as informações necessárias para a obtenção deste Consentimento Informado. Eu solicitei transfusão de hemocomponentes em quantidade suficiente para me livrar da situação clínica.

Nome do médico responsável:

CRM: _____

Nome:

Carimbo: _____





GOVERNO
DA PARAÍBA

Data: 28/10/2019

Horas: 12:35:15

Médico(a) Diarista: Marcos Wagner De Sousa Porto

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2020345 Paciente: ENILDO VITOR DA SILVA Idade: 034
Nome da Mãe: MARIA DO CEU CHAVES DA SILVA Data de Nascimento: 07/07/1986 Sexo: M
Clínica-NEUROBUÇO Enfermaria: 4 Leito: 4 Diagnóstico:

DATA 28/10/2019

MÉDICO(A): Alysson Guimarães Pascoal / MÉDICO(A): Eldimar Soares De Araújo

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA BRANDA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML E.V. IFRASCO. 8h/8h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA. 8h/8h	
4	PARACETAMOL CETOCOLACOL 30 MG/ML 1 ML E.V. TAMPOLA. 8h/8h	
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA. FAZER SE NECESSÁRIO SE VÔMITOS	
6	GLICOSE A 50% 10 ML E.V. TAMPOLA. FAZER SE NECESSÁRIO SE HGT < 70 MG/DL	
7	CAPTÓPRIL 25 MG V.O. 1 COMP. FAZER SE NECESSÁRIO SE PA > 180 X 110 MMHG	
8	DECÚBITO ELEVADO	
9	DECÚBITO ELEVADO A 30 GRAUS	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

Assinado eletronicamente por:
SUELIO MOREIRA TORRES
26/05/2023 16:52:41



LAUDO RADIOLOGICO

- O EXAME MOSTRA MARGENS DE CONDENSACOES INFECCIOSAS A COMPROMETER AMBOS OS PULMOES.
- CORACAO E VASOS DA BASE DENTRO DOS PADROES DA NORMALIDADE.

DATA 30 10 2019.

MEDICO

Assinado eletronicamente por:
SUELIO MOREIRA TORRES
RUA DO ARAUCARIO, 100
JARDIM ARAUCARIO
SANTO AMARILHO - SP



Nome: ENILDO VITOR DA SILVA

ID: 0000457122

Médico: Dr(a).

Data: 29/10/2019

Exame: TC CRANIO

ID Ex.: 0071204625

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

TÉCNICA:

Realizada aquisição volumétrica em equipamento multislice, com 0,8 mm de espessura no plano axial.

DESCRIÇÃO:

Evidenciamos pequena contusão cerebral córtico/subcortical no aspecto lateral do lobo frontal esquerdo.

Coleção subdural frontotemporoparietal direita, medindo aproximadamente 1,0 cm no diâmetro transversal e 4,0 cm no eixo cefalocaudal.

Sistema ventricular com características morfológicas, volumétricas e topográficas normais.

Cisternas encefálicas basais bem delineadas.

Ausência de desvio significativo das estruturas encefálicas da linha média.

Calcificações dos plexos coróides e glândula pineal.

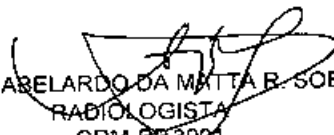
Perda de definição dos sulcos corticais e fissuras nos lobos frontal e parietal à direita.

Não visualizamos sinais de fraturas.

Hemossinus no seio esfenoidal esquerdo.

* Exame documentado em 02 películas fotográficas.

pc-


Dr. ABELARDO DA MATTA R. SOBRINHO
RADIOLOGISTA
CRM-PB 3901

Acesse seus exames através do nosso site: Protocolo: 1028581966 | Senha: 8457122

UNIDADE I
Rua Capitão João Alves de Lira, 742 - Prata
Fone (83) 3310 3000

UNIDADE II
Av. Floriano Peixoto, 804 - Centro
Fone (83) 3315 7000

UNIDADE III
Clínica Santa Clara
Fone (83) 3310 3000

Campina Grande - PB
www.clinicadrwanderley.com.br



Clinica de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia Ltda.

Clinica de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia Ltda - 40.949.224/0001-69

RUA RODRIGUES ALVES 1580 - BODOCONGÓ CEP:58429-145 CAMPINA GRANDE-PARAIBA Fone: 83 3333-3000

WinAudio (#WAUD1218359)

Avaliação Audiológica

Emissão: 10/03/2020

Funcionário/Paciente: ENILDO VITOR DA SILVA

Data do Exame: 10/03/2020

Idade: 33 anos e 8 mes(es)

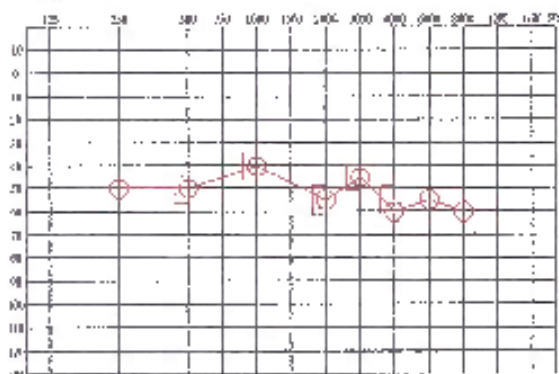
Sexo: Masculino

Tipo Consulta: Particular

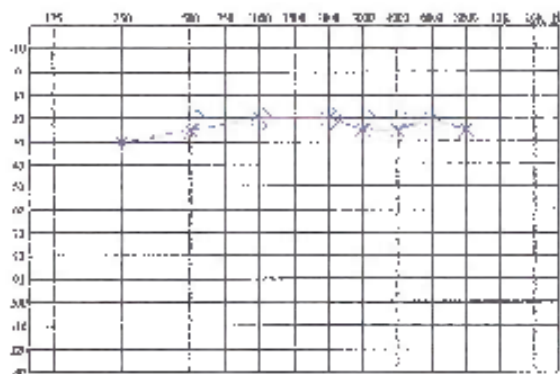
Audiômetro: BETA 6000 (Última Aferição: 02/08/2019)

AUDIOMETRIA TONAL

ORELHA DIREITA



ORELHA ESQUERDA



Mascaramento (em dB)

	VA		VO		LOGO
	Mín	Max	Mín	Max	Quant
OD					
OE			ND	ND	

PARÊCER AUDIOLÓGICO

Perda auditiva sensorioneural de grau moderado na OD e Linhares auditivos dentro dos padrões de normalidade em OE.

Rafaelly M. Medeiros do Nascimento
Fonoterapeuta
CRF 12355

CRFa: 12355 Rafaelly Medeiros do Nascimento

Enil do Vitor da Silva - 40.949.224/0001-69 - Clínica de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia Ltda - 40.949.224/0001-69



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2023 16:52:41

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052616524087400000069662869>

Número do documento: 23052616524087400000069662869



Dra. Sonaly de Fatima Cavalcanti CREFITO 6637
Especialização em Fisioterapia Trauma Ortopedia
ABFF - Membro da Associação Brasileira de Fisioterapia Forense - 415
UPB - Habilitada para realizar Perícias DPVAT

LAUDO CINESIO FUNCIONAL

Enildo Vitor da Silva

Endereço: Rua. João Miranda, 52, Queimadas-PB

Descrição da vítima: Queda de Moto no dia 28/10/2019,
Socorrido pelo SAMU para Hospital de Trauma de Campina Grande. Conforme
prontuário anexo. Encaminhado para o Hospital Antônio Targino no dia 29/10/2019
para procedimento cirúrgico do HSD. Prontuário em anexo.

Apresentando: Politraumatizado. TCE, fratura de costelas esquerda, fratura de
clavícula direita, fratura em osso temporal direito.

Sequela apresentada ao exame físico:

TCE

- falha na memória
- dor de cabeça constante
- desequilíbrio para andar
- uso de ante convulsivo
- fratura em um dedo superior
- dor em respirar profundo
- audição comprometida, audiometria em anexo.

Conclusão: Sequelas definitivas do TCE em grau moderado em 80% com comprometimento do
sistema nervoso. Sequela em grau leve no ombro direito 30% comprometimento funcional
Perda auditiva sensorioneural de grau moderado na OD e liminares do OE normal.

Sonaly de Fatima Cavalcanti

Campina Grande, 11 de março de 2020.

Dra. Sonaly de F. Cavalcanti
 CREFITO 6637 ABFF 145

Campina Grande - PB, Cel.83 9.8801 6127/99208645 e-mail: fisioh@igmail.com



112

Prontuário
927081



Atendimento
2358773



Reserva/Cala

Data 28/10/2019

Hora 17:02

Paciente
ENILDO VITOR DA SILVA [CPF: 0644818403]

Endereço
JUAU MIRANDA
Bairro

Nome da Mãe
MARILDO DEU CHAVES DA SILVA

Responsável
ENILDO VITOR DA SILVA
Bairro

Sexo Est. Civil
M Casado

Num. Complemento
51 CASA

Cidade
QUEIMADAS

Endereço
JOAO MIRANDA
Cidade
QUEIMADAS

Dt Nasc. 07/07/1988

Telefone 839308932

R.G. 200000000

Profissão

Código CMS
702000000000000000

UF

PB

Num.

51

Telefone

839308932

94089300 (irmão)
(23) 994089300 Rock (pai)

993889320

Luciano Ferreira

Médico Acompanhante
1705 LUCIANO FERREIRA HOLANDA [CRM: 2945] [CPF: 33863130430]

CD

TOMOGRAFIA

enemas sic

20 / 10 / 19

Kent

Sector
3005 SECRETARIA SUS

Convênio
50 SUS

Acomodação

POSTO: 2018 - TRANSPLANTE RENAL ENFERMARIA. 201807 - ENFERMARIA 106 LEITO 1

Data mín. para alta - 28/10/2019 Data máx. para alta - 28/10/2019 Atendente - SOCORRO

Resumo de Tratamento

Acompanhante.....? [] Sim [X] Não Data admissão 29/10/2019

Data alta 03/11/19

Internação anterior...? [] Sim [] Não Hora admissão

Hora alta 08:00

Alta.....: Curado.....: []	Melhorado.....: [X]	Inalterado.....: []	Clinica.....: []
Piorado.....: []	A pedido.....: []	Indisciplina.....: []	Cirúrgica.....: []
Transferido.....: []	Falecimento.....: []	Evasão.....: []	Obstáculos.....: []

Diagnóstico:

Internação: Insuficiência Renal e Nutricional 5.069
+ Hipertensão Arterial 15919

Definitivo.....

Histórico:

0425030013-3

Alta - 1

Perm - 2

Transf - 3

Óbito - 4

Raio X:

[X] Simples

[] C/Contraste

Uti

Entrada 30/10/19

Saida

31/10/19

Assinado eletronicamente por SUELIO MOREIRA TORRES

Carimbo e Assinatura do Médico

Motivo

Caract. Tral

[] Sangue.....: [] Rh.....: [] IA [] IB [] IC [] ID [] IE [] IF [] IG

*Exame de sangue
29.00
Shuplual*



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Excmo. Sr. D. D. de S. L.

LE 102

CONCLUSION

INTRODUCTION

15/40/79

14 CERAMIC

1.12.2 COMMENTS

5 F 0.47 - 1000 EV
V. 1.000 - 250 FAD EV 616L
4.000 - 200 FAD EV 4116L
N. 0.000 - 400 FAD EV 8116L
E. 0.000 - 1000 EV

NEW YORK - I am happy to hear
 that you are well.
 I hope to see you soon.
 Love,
 Frank

7/20/78
4051-1-78

EVALUATION

Verap. 11. 10. 1900. 10. 10. 1900.



[illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDADE:

NOME:

ALIAS:

LEITO:

MÉDICO:

DATA:

MANHÃ

TARDE

Paciente vindo do Trauma feito
hemograma e aguarda avaliação e
prescrição da Dor, verificada
sinais vitais e fica aos cuidados
da Enfermagem de plantão

Josely Gonçalves de Oliveira
Téc. de Enfermagem
C.R. 12.053 347033

NOITE

Paciente evolui acordado, inquieto
deambulando, aguarda a avaliação neuro,
ficar em dieta zero a partir 22hs.

[Assinatura]





HOSPITAL ANTONIO TARGINO LTDA

EVOLUÇÃO MÉDICA

Nome Paciente:

Suelio Vitor da

51/05/2023

334

Médico(Dr.)

DATA

EVOLUÇÃO

DATA

EVOLUÇÃO

30

Transferido ao CT

31

Até 863

32

aplicar o medicamento

33

no teste (HSA)

transf. CT

Dr. Suelio Vitor da
CRM 2023/03



CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA
EVOLUÇÃO

DATA: 30/09/18

Nome: Luís Vitor de F. P. Idade: 33 anos
DIR: AD QI CT: AD

Síntese: ROI NRIC HSD

Diagnóstico: A

História: paciente com quadro de insuficiência cardíaca congestiva

em uso de medicação com diureticos e vasodilatadores

Antecedentes Patológicos / Medicamentos de uso prévio / Intervenções: 700 / mmHg

Infusões: 200 ml de 0.9% NaCl ATB: -
DVA: ST ANAIS: -
SED: ST PROFS: -
DATA: 30/09 OUTROS: -

Controles: 70 bpm PA: 120/70 mmHg TEMP: 36°C
PC: 8 mmHg BH: - EVAC: -
DIURÉTICO: - SECREÇÃO: -

SAT: 99% SECREÇÃO: -

Dispositivos: 1- 2- 3- 4-

Respiração espontânea: ☐

Ventilação: 20 l/min VQ: 99%
Moco: AD FIC: AD SAT: 99%

Procedimentos: Realizado

Observações: paciente em uso de medicação

com diureticos e vasodilatadores

em uso de medicação

com diureticos e vasodilatadores

DR. JARIS CLEMENTINO DE ARAUJO
CRM: 08 3024
CPF: 133.058.034-3



PRESCRIÇÃO

DATA:	30/10/19	CONVÊNIO:	SUS	LEITO 14
DIA:		PRONTUÁRIO:		
NOME	ENILDO VITOR DA SILVA			
IDADE:	33A	SEXO:	MASCULINO	
DIAGNÓSTICO	POL NRC = TRAT CIR HSD			

OXIGÊNIO	DATA: / /	LIGADO(H):	ASS:	OXIGÊNIO	DATA: / /	LIGADO(H):	ASS:
DATA: / /	DESLIGADO(H):	ASS:	DATA: / /	DESLIGADO(H):	ASS:		

MEDICAMENTOS	HORÁRIO				
01. DIETA ZERO - <i>Lib. Parnas.</i>					
02. MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA					
03. O2 ÚMIDO, (CN, MV), VMI = ACM =					
04. CURATIVO EM REGIÃO SACRA/CALCÂNEO/TROCANTES ETC = ACM =					
05. Sonda de ASPIRAÇÃO TRAQUEAL EM SISTEMA FECHADO ACM					
06. ACESSO VENOSO CENTRAL ACM					
07. SONDAS NASOGÁSTRICA/NASOENTERAL = ACM =					
08. SVD/SVA ACM					
09. FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA 3 X DIA	1206	1605			
10. FISIOTERAPIA MOTORA 2 X DIA	18.		24		
11. SRL 500ml IV DE 8 X 8 h		18.	20	24	04
12. SF 0,9% 500ml IV DE 8 X 8 h		18.	20	24	04
13. DIPIRONA 2CC EV DE 4 X 4 h			18.		02
14. NAUSEDRON 4mg EV 8 X 8 h			18.		05
15. TRAMAL 100mg + SF 100ml EV DE 8 X 8 h ACM			18.		04
16. HGT DE 12 X 12 h + IR IV CONFORME PROTOCOLO			18.		06
17. DECADRON 4mg IV DE 6 X 6 h			18.		06
18. CAPOTEN 25mg SL 5N e SE PAS > 200mmHg FAZER 50mg SL			18.		06
19. CEFTRIAXONA 1g IV DE 12 X 12 h (DO=30/10) DIA 00	18				
20. HIDROCORTISONA 500mg IV NA EXTUBAÇÃO	18				
21. HIDANTAL 2CC + AD 18ml IV DE 8 X 8 h			18.	24	
22. NEOZINE 5gts VO 21 h				21	
23. RANITIDINA 50mg IV DE 12 X 12 h			18		06
24. DECÚBITO ELEVADO					
25. SINAIS VITAIS DE 4 X 4 h					
26. CUIDADOS GERAIS DE UTI					

Do Rm...
12-7-18
DE RECUSAMENTO DE ASSINAR
SRM-PB-124
CPF 123456789
Assinatura do Médico

2030



PRESCRIÇÃO

DATA:	31/10/19	CONVÊNIO:	SUS	LEITO 14
DIA:		PRONTUÁRIO:		
NOME	ENILDO VITOR DA SILVA			
IDADE:	33A	SEXO:	MASCULINO	
DIAGNÓSTICO	POI NRC = TRAT CIR HSD			

OXIGÊNIO	OXIGÊNIO
DATA: / / LIGADO(H): ASS:	DATA: / / LIGADO(H): ASS:
DATA: / / DESLIGADO(H): ASS:	DATA: / / DESLIGADO(H): ASS:

MEDICAMENTOS	HORÁRIO					
01. DIETA LIVRE						
02. MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA						
03. O2 ÚMIDO, (CN, MV), VMI = ACM =						
04. CURATIVO EM REGIÃO SACRA/CALCÂNEO/TROCANTES ETC =ACM =						
05. SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL EM SISTEMA FECHADO ACM						
06. ACESSO VENOSO CENTRAL ACM						
07. SONDAS NASOGÁSTRICA/NASOENTERAL = ACM =						
08. SVD/SVA ACM						
09. FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA 3 X DIA						
10. FISIOTERAPIA MOTORA 2 X DIA						
11. SRL 500ml IV DE 8 X 8 h	08	16		24		
12. SF 0,9% 500ml IV DE 8 X 8 h		12	20		04	
13. DIFIRONA 2CC EV DE 4 X 4 h	08	12	16	20	24	04
14. NAUSEDRON 4mg EV 8 X 8 h		10	18			02
15. TRAMAL 100mg + SF 100ml EV DE 8 X 8 h ACM						
16. HGT DE 12 X 12 h + IR IV CONFORME PROTOCOLO		17				05
17. DECADRON 4mg IV DE 6 X 6 h	10	16		22		04
18. CAPOTEN 25mg SL SN e SE PAS > 200mmHg FAZER 50mg SL						
19. CEFTRIAXONA 1g IV DE 12 X 12 h (D0=30/10) DIA 01		18				06
20. HIDROCORTISONA 500mg IV NA EXTUBAÇÃO						
21. HIDANTAL 2CC + AD 18ml IV DE 8 X 8 h	08	16		24		
22. NEOZINE 5gts VO 21 h			21			
23. RANITIDINA 50mg IV DE 12 X 12 h		18				06
24. DECÚBITO ELEVADO	CT					
25. SINAIS VITAIS DE 4 X 4 h	CT					
26. CUIDADOS GERAIS DE UTI	CT					

Assinatura do Médico



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

PACIENTE: Jonilda Silva de Silva
NOME: Jonilda
LEITO: 14
MÉDICO:

IDADE:

DATA: 30/10/19

MANHÃ

Paciente admitido vindo do bloco cirúrgico, em P.O.I. hematomas subdural, foi extubado e mantém saturação em uso cateter nasal O₂, segue unidades enfermagem. §

TARDE

Paciente evolui acordado, afébril, consciente e orientado, normotensa, diurese espontânea, em uso de O₂ contínuo, foi M.C.P.M. realizado cuidados intensivos feito Rx de controle. Foi ex

Sandra Elisabete de Silva Menezes
Técnica Enfermagem
COR-1548917632

NOITE

Paciente PO segue acordado, confuso, agitado, apresenta luxação, afébril normotenso, apresenta diurese espontânea, feito cuidados gerais M.C.P.M. segue aos cuidados intensivos e conduta médica.

Andréa Rafael de Souza
COR-1548917632



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Samuel Vitor da Silva IDADE: 33.8
ALAI: UTI LEITO: 14 MÉDICO: Dr. Stela

DATA: 31/10/19

MANHÃ

Paciente acordado, consciente, orientado, respira
ar ambiente, apresenta hemiplegia no M.S.D.
Em A.V. periférico. Apresentando melhora no
seu estado clínico, recebe alta p/ enfermagem.

Maria do Socorro Oliveira
Téc. de Enfermagem
COREN 67195

TARDE

Paciente avalia consciente, orientado, recebe
alta em repouso SSVU, medicado com
insulina e outros - recebe alta para
casa com curativos.

Angela Alves de Jesus
Téc. de Enfermagem
COREN 135 033 720

NOCHE





EVOLUÇÃO MÉDICA

Evolution of the

index

Mitteilung (Dr.)

Nome Paciente: <u>Enilce Silva</u>		Evolução	
DATA	Evolução	DATA	Evolução
31	Le. Proteção interna		
10	P.O. H3O + N2O		
18	Prova com prova escrita		
	Novim + Avaliação escrita		
	Química, Física		
	Exercícios		
	Outro do 1º, 2º, 3º		
	3. Avaliação		

100% Satisfeito com o curso
Prof. Dr. J. J.



 HOSPITAL ANTONIO TARGINO HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO UTI GERAL	PRESCRIÇÃO			
	DATA:	31/10/19	CONVÊNIO:	SUS
	DIA:	PRONTUÁRIO:		LEITO 14
	NOME	ENILDO VITOR DA SILVA		
	IDADE:	33A	SEXO:	MASCULINO
DIAGNÓSTICO	POI NRC = TRAT CIR HSD			

OXIGENIO DATA: ____/____/____ LIGADO(H): ____ ASS: ____ DATA: ____/____/____ DESLIGADO(H): ____ ASS: ____	OXIGENIO DATA: ____/____/____ LIGADO(H): ____ ASS: ____ DATA: ____/____/____ DESLIGADO(H): ____ ASS: ____
---	---

MEDICAMENTOS	HORÁRIO					
01. DIETA LIVRE						
02. MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA						
03. O2 ÚMIDO, (CN, MV), VMI = ACM =						
04. CURATIVO EM REGIÃO SACRA/CALCÂNEO/TROCANTES ETC =ACM =						
05. SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL EM SISTEMA FECHADO ACM						
06. ACESSO VENOSO CENTRAL ACM						
07. SONDAS NASOGÁSTRICA/NASOENTERAL = ACM =						
08. SVD/SVA ACM						
09. FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA 3 X DIA						
10. FISIOTERAPIA MOTORA 2 X DIA						
11. SRL 500ml IV DE 8 X 8 h	08		16		24	
12. SF 0,9% 500ml IV DE 8 X 8 h		12		20		04
13. DAPIRONA 2CC EV DE 4 X 4 h	08	12	16	20	24	04
14. NAUSEDRON 4mg EV 8 X 8 h		18				02
15. TRAMAL 100mg + SF 100ml EV DE 8 X 8 h ACM						(11)
16. HGT DE 12 X 12 h + IR IV CONFORME PROTOCOLO			18			03
17. DECADRON 4mg IV DE 6 X 6 h	10		16		22	04
18. CAPOTEN 25mg SL SN e SE PAS > 200mmHg FAZER 50mg SL						
19. CEFTRIAXONA 1g IV DE 12 X 12 h (D0=30/10) DIA 01			18			06
20. HIDROCORTISONA 500mg IV NA EXTUBAÇÃO						
21. HIDANTAL 2CC + AD 18ml IV DE 8 X 8 h	08		16		24	
22. NFOZINE 5gts VO 21 h				21		
23. RANITIDINA 50mg IV DE 12 X 12 h			18			06
24. DECÚBITO ELEVADO	CT					
25. SINAIS VITAIS DE 4 X 4 h	CT					
26. CUIDADOS GERAIS	CT					

- Haldol 5, 11/08 1h
- Paracetamol 35, 11/08 4h
Assinatura do Médico
Andre Carneiro M. Junior
Médico
CRM-PR: 3122



HAT HOSP TA
ANTONIO TARGINO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: ENILDO VITOR SA SILVA

LEITO: 20-2 DATA: 01/11/19

DIAGNÓSTICO: ACE (Heurthun)

MEDICAMENTOS	HORÁRIO			
① Insulin glargina + Lispro	18	06		
② Insulin lispro 5000 U EV 12/12h	18	06		
③ Dipirona 2000 EV S.M.	06	18		
④ Miconazol 4mg EV 12/12h	18	06		
⑤ Acetaminofeno 500mg EV 6x6	18	06		
⑥ Hifenestil 10mg 6x6	06	18		
⑦ Ceftriaxona 1g EV 12/12h	18	06		
⑧ Aritm 50mg EV 12/12h	18	06		
⑨ Ceftriaxona 1g EV 12/12h	18	06		
⑩ Rabeprazol 20mg EV 1x1	06	18		
⑪ Haldol 5mg IM 06/12h	06	18		
Prof. Dr. Luciano H. Gomes CRM 2848 Med. 1364				

EVOLUÇÃO MÉDICA

Presente em quadro clínico, apêndice.

[Assinatura]

Prof. Dr. Luciano H. Gomes
CRM 2848



HAT HOSP. TA. ANTONIO TARGINO		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
NOME:	Enilda W. L. A. L.	LEITO:	80-27
DIAGNÓSTICO:	Diagnóstico	CONVENIO:	SUA
		DATA:	02-11-19

MEDICAMENTOS	HORARIO
2/11 ① hysul + lins	
② hysul 500 N 12/13	10 28
③ Dipiridaz 50 50	10 28
④ Alendronato 70 70	
⑤ hysul + lins 12/13	10 28
⑥ hysul + lins 12/13	10 28
⑦ hysul + lins 12/13	10 28
⑧ hysul + lins 12/13	10 28
⑨ hysul + lins 12/13	10 28
⑩ hysul + lins 12/13	10 28
⑪ hysul + lins 12/13	10 28
⑫ hysul + lins 12/13	10 28
⑬ hysul + lins 12/13	10 28
⑭ hysul + lins 12/13	10 28
⑮ hysul + lins 12/13	10 28
⑯ hysul + lins 12/13	10 28
⑰ hysul + lins 12/13	10 28
⑱ hysul + lins 12/13	10 28
⑲ hysul + lins 12/13	10 28
⑳ hysul + lins 12/13	10 28
㉑ hysul + lins 12/13	10 28
㉒ hysul + lins 12/13	10 28
㉓ hysul + lins 12/13	10 28
㉔ hysul + lins 12/13	10 28
㉕ hysul + lins 12/13	10 28
㉖ hysul + lins 12/13	10 28
㉗ hysul + lins 12/13	10 28
㉘ hysul + lins 12/13	10 28
㉙ hysul + lins 12/13	10 28
㉚ hysul + lins 12/13	10 28
㉛ hysul + lins 12/13	10 28
㉜ hysul + lins 12/13	10 28
㉝ hysul + lins 12/13	10 28
㉞ hysul + lins 12/13	10 28
㉟ hysul + lins 12/13	10 28
㊱ hysul + lins 12/13	10 28
㊲ hysul + lins 12/13	10 28
㊳ hysul + lins 12/13	10 28
㊴ hysul + lins 12/13	10 28
㊵ hysul + lins 12/13	10 28
㊶ hysul + lins 12/13	10 28
㊷ hysul + lins 12/13	10 28
㊸ hysul + lins 12/13	10 28
㊹ hysul + lins 12/13	10 28
㊺ hysul + lins 12/13	10 28
㊻ hysul + lins 12/13	10 28
㊼ hysul + lins 12/13	10 28
㊽ hysul + lins 12/13	10 28
㊾ hysul + lins 12/13	10 28
㊿ hysul + lins 12/13	10 28

EVOLUÇÃO MÉDICA	
2/11	avulsa apendicite aguda de apendicite aguda
3/11	avulsa apendicite aguda



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDADE: 35a

NOME: Enilda Vitorino da Silva

LEITO: 112

MÉDICO: MAURO

DATA: 31/10/19

DATA: 31/10/19

MANHÃ

TARDE

Paciente admitido do UT em POT e mamão com
HU e SUS. segue sob cuidados da enfermagem.
OBS: paciente alérgica a banana.

NOITE

Paciente mantendo quadro,
consciente e orientado, sendo inserido
na monitorização no momento, realizado
controles, medido CPM, segue sob cuidados
da Enfermagem. Em tempo, paciente admitido e
admitido após avaliação de enfermagem, onde a mesma fez o
frontal e levou até o médico de plantão, onde o mesmo prescreveu o
Fomeção (sem ampola IM) e Húbel (sem ampola IM), ao qual foram a medicação
o paciente se recusou de tomar a medicação de forma repentina, alegando a
sua do tce. Análise de forma positiva e com palavras de bom entendimento, assim
mes foi realizado a ABM de Medicamentos.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDADE: 33

UNIDADE:

SAÚDE

VIGIA

NOME:

S.S.A.

LEITO 82

MÉDICO: N. N. N.

DATA:

01/11/18

MANHÃ

Paciente no 22 P.O.3 (Cirurgia de
Osteoartroplastia), Alergia, 42 Anos,
S.C.P. de 1976, Racião de 100g
diária em 24h, Sinais vitais
e exames, Alergia a Penicilina.

TARDE

Paciente consciente e orientado, em Postado
Ortomotomus, + Hematoma subdural, em
uso de ATB, em Venoclise por o cerno
Pulso, Segue medicado segundo Prescrição
dos Cuidados da Enfermagem

Assinado eletronicamente por:
SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 26/05/2023

NORTE

Paciente total e desorientado, em Post
ado, em Venoclise, medicado, segue prescrição
de acordo com a evolução dos cuidados da Enfermagem.

Assinado eletronicamente por:
SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 26/05/2023



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

PACIENTE: Orlando Zeta da Silva

IDADE: 33

DIAGNÓSTICO: Craniotomia

LEITO: 80.2

MÉDICO: NEURO

DATA: 02/11/2014

MANHÃ

Paciente em boas condições com A.S. medicado, orientando dieta, desempenhando as suas atividades.

Fabíola Luciana da Silva
Técnica de Enfermagem
COREN-PB 021.081

TARDE

Paciente estável, com sinais de dor no local da cirurgia, duras e frias, diurese abundante, poder de evacuação + Fístula, agitado inquieto, caso periférico, medicação C.p.m., segue em observação.

Fabíola Luciana da Silva
Técnica de Enfermagem
COREN-PB 021.081

NOITE

Paciente estável com quadro estável, com sinais de dor no local da cirurgia, duras e frias, diurese abundante, poder de evacuação + Fístula, agitado inquieto, caso periférico, medicação C.p.m., segue em observação.

Jucara Andrade de Oliveira
Técnica de Enfermagem
COREN-PB 104725 PB



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDADE: 33

NOME:

Baiana

LEITO: 802

MÉDICO:

Marcelo

DIAGNÓSTICO:

Gravidez

DATA:

02/11/18

MANHÃ

Paciente gestante, 1º parto,
sem diabetes, hipertensão,
de 31, 07, nascida, 1,1kg
pelo método de A.S. de P. de L.

8
SUELIO MOREIRA TORRES

TARDE

NOITE



PACIENTE: ENILDO VITOR DA SILVA (33 ANOS)
CONVÊNIO: SUS PRONTUÁRIO: 927081 AT: 2368773 DATA: 30/10/19
CIRURGIA: CRANIOTOMIA DESCOMP. + TRAT. CIR. HEMATOMA SUBDURAL + TRAT. CIR. FISTULA LINGUAL
CIRURGIÃO: DR. RAFAEL HOLANDA AUXILIAR: DR. LUCIANO HOLANDA
AUXILIAR: DR. LEAS ANESTESISTA: DR. JURANDIR A.
CIRCUANTE: GERCILIO B. SALA: 04 HORÁRIO: INÍCIO: 10:00 FINAL: 10:30

COD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1872	ADRENAUMA	
1280	ÁGUA DESTILADA	0
1099	AMINOFILINA	
1929	ARALIN	
2070	ATROPINA	0,6
265799	BEXTRA	
1002	BICARBONATO DE SÓDIO	
4850	CEFALOTINA 1g	
122782	CEFALOTINA 1g	
1752	CEFTRIAXONA	0,2
154898	CETROPROFENO IV	
1810	CLORETO DE POTÁSSIO	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
5304	DEXAMETASONA	
4356	DILOFENACO SÓDICO	
2020	DIPIRONA	0,2
5573	DOPAMINA	
92190	EFFDRINA	
6339	FENERCAN	
2035	FLUCONAZOL	
4285	GABAPENTINA	
2036	GLICOSE 50%	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
5296	HEPARINA	
5380	HIDROCORTISONA	
2062	METOCLOPRAMIDA	
87992	NALBEXOL 8mg	0,1
59905	OMEPRAZOL 40mg	
78181	PROSTIGLINE	0,4
70236	QUÉLICO	
22819	RANITIDINA	0,1
70335	SÓLUMEDROL 50mg	
410792	TORACOL	
70871	TRANSAMIN	0,1
70672	TILANTIL 40mg	
COD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
70254	ALFENTANIL	
5285	DIEMPAZ 10mg	
3026	DIMORF 10mg	
3054	DIMORF 20mg	
125146	DIMORF 10mg	
99355	DOLMONID	
88834	CORACOND COMP	
46890	PENOBARBITAL	
8862	HDANTAL	
5962	KETALAR	
386911	PETIDINA	
73210	TRAMAL	0,1
146822	ULTIVA	
COD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
70548	ATRACIURO	0,1
125232	CISATRAQUILO	
8091	ETUMIDIO	
3042	ETNARIL	0,3 ml
2901	UDOCAINA 2% CIV	
2119	UDOCAINA 7% CIV	
2010	UDOCAINA 0,5% CIV	
2193	NEOCAINA 0,5% CIV	
70750	NEOCAINA 0,5% CIV	
1886	NEOCAINA PESSADA	
3212	NIUPERIDOL	
142251	NOVAPRIL CIV	
87418	NOVAPRIL SOBÁRICA	
754320	NOVAPRIL CIV	
2218	PANICROMIO	
82091	PROPOFOL	0,1
142451	RECURONIO	
	LEVORAM	0,1
	VI FETESIN SPRAY	

COD.	MATERIAL	QUANT.
107329	ADAPTADOR P/ SORO	07
110389	AG. RAQUI 2T80	
120099	AG. RAQUI 2580	
181281	AG. RAQUI P/ GESSO 50	
	AGULHA DESCARTÁVEL N° 40x22	
	AGULHA FENIDURAL N°	
	AGULHA RAQUIN°	
2269	ALCOÇÃO H.DRÓFILO	0,6 ml
9113	ALCOÇÃO ORTOPEDICO	
	AMADURA CHEPON N° 20	0,1 pt.
	AMADURA GESSADA	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
	CANULA TRACUCOSTOMIA N°	
211058	CAPA PARA VÍDEO	
2428	CAETER OXIGÊNIO	01
27844	COLETOR URINA ABERTO	
22951	COLETOR URINA FECHADO	
	COMPRESSAS	
142941	COMPRESSAS 25x28	05 pt.
	DRENO PENROSE N°	
	DRENO SUÇÃO N°	
	DRENO TORAX N°	
58967	ELETRODO	05
2558	FOLIO NACHOGOTAS	01
267393	EQUINO RIARTROSCOPIA	
2618	ESPARADRAPO	50 cm
20117	ETA GLUCÊMIA	
142220	GAZES 1,5x7,5	10 pt.
	GAZES	
3425	GELCAN	
60917	GILETE	
	GUENDEL N° 0,4	01
3468	INTRA-CAIX	
	JELCON N° 12	01
	LÂMPADA BISTURI N° 24	01
132709	LUVAS 6,5	
111239	LUVAS 7,0	02
40120	LUVAS 7,5	01
3522	LUVAS 8,0	01
148870	LUVAS 8,5	
68752	MICROSCÓPIO LARGO	30 cm
	SCALPS N°	
3738	SERINGA DE 0,1cc	
3700	SERINGA DE 0,3cc	
3710	SERINGA DE 0,5cc	03
3688	SERINGA DE 1,0cc	03
3697	SERINGA DE 2,0cc	03
341797	SERINGA DE 5,0cc (para laringoscopia)	
	SONDA Foley N°	
	SONDA MELATON N° 14	01
	SONDA NSG	
	SONDA RETAL	
53937	SURGICEL	
4081	TORNEIRA 30 VÍDEO	01
	TUBO ENUINCAUCAL N° 2,0	01

CCD.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX N°	
	ALCOÇÃO CIV N°	
	ALCOÇÃO SAN N°	
	CRIMADO CIV N°	
	CRIMADO SAN N°	
	ETHIBOND N°	
	FITA CARDACA	
	MONODRYL N°	
	MONONYLON N° 2,0	03
	PROLENE N°	
	VICRYL N°	
COD.	SOLUÇÕES	QUANT.
2330	ÁGUA OXIGENADA	
149217	ALCOOL	60 ml
930099	CL. GREGORINA	
2831	ÉTER	30 ml
3022	FMPI DESGESSANTE	500 ml
3811	PAPITÓICO	
6111	VASELINA	
COD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	APAR. HOS (Foco)	30 MIN.
	AM. COMPRESSO	
	ASPIRADOR ELÉTRICO	30 MIN.
	SISTUR ELÉTRICO	30 MIN.
	CARFUGNA-0	30 MIN.
	CRANIOTOMO	
	INTENSIFICADOR	
	MICROSCÓPIO CIRJUR	
	MONITOR CARDIACO	30 MIN.
	NITROGÊNIO	
	OXÍGENO	30 MIN.
	OXÍGENO 2 L/min.	30 MIN.
	OXÍMETRO DE PULSO	30 MIN.
	VÁCUO	
COD.	SOROS	QUANT.
9105	MANITOL 25%	
174459	PURISOL 100mg	
83621	S. FISIOLÓGICO 1000ml	
88228	S. FISIOLÓGICO 100ml	
9172	S. FISIOLÓGICO 250ml	
8163	S. FISIOLÓGICO 500ml	01
8150	S. GLUCOSADO 250ml	
8158	S. GLUCOSADO 500ml	
9148	S. RINGER 500ml	01
134880	VOL. UNEN 6%	
COD.	OUTROS	QUANT.
	Kit CIR. FERRA	01
	Kit AVENTAL CIR. 0,2	01
	Kit TRO. (LAV. DE MÃO)	01
	Kit TRO. (LAV. DE MÃO)	01
	N. 25	

(Assinatura)
TÍT. DE ENFERMEIRAGEM
CON. Nº 1291/2017-TE



PACIENTE: Enildo Wtr de Lins
 Nº DO PRONTUÁRIO: _____ Nº DO ATENDIMENTO: _____
 DATA DA OPERAÇÃO: 30/4/19 ENFERMARIA: _____ LEITO: _____
 OPERADOR: Dr. Marcelo Wtr
 1º AUXILIAR: L. Lins 2º AUXILIAR: L. Lins
 3º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
 ANESTESISTA: Dr. Jucalino TIPO DE ANESTESIA: geral
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Neúma interlobar
 TIPO DE OPERAÇÃO: Tratamento de Neúma (2) 40205058
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: Tratamento de Neúma (3) 40200014
 RELATÓRIO IMUNOLÓGICO DA PATOLOGIA: Tratamento de Neúma
 EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: Tratamento de Neúma
 ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: (4) 40209059

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO: ABORDAGEM TÉCNICA DE ACESSO À DRENAGEM SUBCUTÂNEA-MATEMÁTICA DO SPECTO - VICERAS

- (1) Neúma interlobar
- (2) Tratamento de Neúma
- (3) Tratamento de Neúma
- (4) Tratamento de Neúma
- (5) Tratamento de Neúma
- (6) Tratamento de Neúma
- (7) Tratamento de Neúma

Dr. Antônio R. Ribeiro
Especialista em Cirurgia
CRM 10.128



PACIENTE: Emilio Wto. E. Lino
 Nº DO PRONTO-SOLAR: Nº DO ATENDIMENTO:
 DATA DA OPERAÇÃO: 30/6/14 ENFERMARIA: LEITO:
 OPERADOR: Dr. Henrique W. Lino
 1º AUXILIAR: L. Lino 2º AUXILIAR: J. Lino
 3º AUXILIAR: INSTRUMENTADOR:
 ANESTESISTA: Dr. J. Lino TIPO DE ANESTESIA:
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:
 TIPO DE OPERAÇÃO: Tratamento de fratura de fêmur (2) 40303058
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: Fratura de fêmur (3) 40300014
 RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA: Fratura de fêmur
 EXAME RADIOGRÁFICO NO ATO:
 ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: (4) 40309059

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO: CAUTÉLICA: S. DRENAGEM: LISA-MAT: ASPIRADO: VACUAS:

- (1) Tratamento de fratura de fêmur
- (2) Tratamento de fratura de fêmur
- (3) Tratamento de fratura de fêmur
- (4) Tratamento de fratura de fêmur
- (5) Tratamento de fratura de fêmur
- (6) Tratamento de fratura de fêmur
- (7) Tratamento de fratura de fêmur
- (8) Tratamento de fratura de fêmur

Dr. Henrique W. Lino
Médico Assistente
CRM-AP 233



NOME: Enzo Vitor da Silva APT: 4914
CONVÊNIO: 3U IDADE: _____ SEXO: ☐ M ☐ F
NÚMERO DA CARTEIRA: _____
GUIA DE INTERNAÇÃO: _____
SENHA: _____
DATA DE NASCIMENTO: _____

CIRURGIA
☐ ELETIVA ☐ URGÊ
☐ AMBULATORIAL
ESTADO PSICOLÓGICO: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV
TERMINO: 10:30
HORARIO ESPECIAL: ☐ SIM ☐ NÃO
DATA: 30.12.14

Diagnóstico Pré-Operatório:

1ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião 1º/2º/3º Anos)

2ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião 1º/2º/3º Anos)

Equipe Anestesiologia

Instrumentador(s)

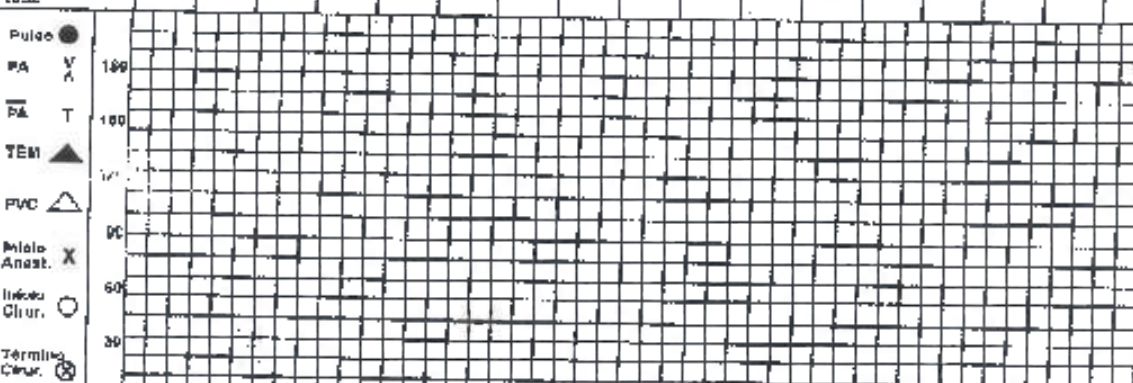
Procedimentos Realizados:

Códigos

Horário →

AGENTES	OK/EMO	OK/AR
W. F. / M. M.		
QUÍMICO	OK/EMO	OK/AR
W. F. / M. M.		
MONITORES	OK/EMO	OK/AR
ECO		
SpO ₂		
ETCO ₂		
INURESE		

TOXICOLOGIA



DESP	ESP
☐	☐
ADM	CONT
☐	☐

INDICAÇÃO: Prostata VITUBAÇÃO TURB: Prostata
☐ ANESTESIA REGIONAL ☐ ANESTESIA REGIONAL ☐ MÚSCULO
☐ Peridural ☐ P. Braquiocrural ☐ Mediana ☐ Paravertebral ☐ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS
☐ Aspirador ☐ Bisturi



Sr(a): **ENILDO VITOR DA SILVA**
 Idade: **33 anos**
 OS: **011-65316-230**
 Data O.S.: **30/10/2019 - 09:25**
 Dr(a): **JOSE DA COSTA LEAO SEGUNDO**
 Convenio: **SUS HOSPITAL ANTONIO TARGINO**
 Emissão: **30/10/2019 - 12:10**

Local: **TRANSPLANTE**



HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

			Valores de referência			
			Homens	Mulheres	Crianças	Acima de 10 anos
Hemácias:	5,70	milhões/mm³	4,50 a 6,10	4,00 a 5,40	4,07 a 5,37	3,90 a 5,30
Hemoglobina:	14,3	g/dL	13,0 a 16,5	12,0 a 15,8	10,5 a 14,0	11,5 a 15,1
Hematócrito:	44,8	%	36,0 a 54,0	33,0 a 47,8	30,0 a 40,5	33,0 a 46,0
V.C.M.:	78,6	μ³	83,0 a 98,0	80,0 a 98,0	70,0 a 86,0	80,0 a 98,0
H.C.M.:	25,1	pg	26,8 a 32,9	26,2 a 32,6	23,2 a 31,7	27,9 a 31,8
C.H.C.M.:	31,9	g/dL	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5
RDW:	14,6	%	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0

Série vermelha: Microcitose. Hipocromia.

LEUCOGRAMA

			Valores de referência			
			Adultos	Crianças		
Leucócitos:	8.400	/mm³	100	3.600 a 11.000	100	4.000 a 14.000
Bastonetes:	0	%	0-5	0 a 550	0-6	0 a 450
Segmentados:	65	%	49-70	1.480 a 7.700	39-64	1.200 a 6.600
Eosinófilos:	3	%	0-7	0 a 550	0-1	0 a 550
Banófilos:	0	%	0-2	0 a 220	0-2	0 a 300
Linfócitos:	21	%	20-50	740 a 5.500	38-70	1.570 a 10.100
Linfócitos reativos:	0	%	0	0	0	0
Monócitos:	11	%	3-14	37 a 1.110	3-14	40 a 1.110

Série branca: Leucócitos morfologicamente conservados.

PLAQUETOGRAMA

			Valores de referência	
Contagem de Plaquetas:	275.000	/mm³	140.000 a 450.000 /mm ³	
VMP:	10,40	fl		

Série plaquetária: Plaquetas normais ao exame de esfregaço.

Material: Sangue total em EDTA

Coleta: 30/10/2019 Liberação: 30/10/2019 - 10:27

Método: Citometria de fluxo fluorescente e impedância

Assinado eletronicamente por: Dra. Talita Nunes Cardoso - CRP-PB 4096

ASSINATURA DIGITAL

C1B0BA9D77E4B09C091B6E79B565B13255E675D3E3358P7BD77792A42E2A15655803C99666 DAF6D

Assaie seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Central de Atendimento: **11 83 2102.5577** **11 83 2102.5555** **11 83 9 8831.0102**

UNIDADE CENTRO

Rua Saldanha Albuquerque, 61

UNIDADE CATOLÉ

Av. Vagário Calisto, 877

UNIDADE PRATA

Rua Rodrigues Alves, 1048

UNIDADE CATINGUEIRA

R. Severino Souto de Almeida, 17

UNIDADE JOÃO XXIII

Rua Nilo Peçanha, 83 - Prata

UNIDADE INTEGRAÇÃO

Rua Sebastião Donato, 25

UNIDADE CRUZEIRO

Av. Almeida Barroso, 1493

UNIDADE JOSÉ PINHEIRO

Rua Campos Sales, 4038

UNIDADE QUEIMADAS

Rua João Saldanha Silva, 77

UNIDADE ANTONIO TARGINO

R. Delmiro Gouveia, 340 - Cruzília

Este informe foi elaborado por meio eletrônico, através de tecnologia avançada. Apenas os médicos com credenciais de especialistas.

CONTROLE DE QUALIDADE - IQC
 Ponto de Controle: 100% de aderência

ControlLab

LAB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2023 16:52:41

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052616524087400000069662869>

Número do documento: 23052616524087400000069662869

Sr(a): **ENILDO VITOR DA SILVA**
Idade: **33 anos**
OS: **011-65316-230**
Data O.S.: **30/10/2019 - 09:25**
Dr(a): **JOSE DA COSTA LEAO SEGUNDO**
Convênio: **SUS HOSPITAL ANTONIO TARGINO**
Emissão: **30/10/2019 - 12:10**

Local: **TRANSPLANTE**



GLICOSE

Valor(es) de referência

Resultado:

92 mg/dL

(9 a 99 mg/dL)

Material: **Soro**
Método: **COLORIMÉTRICO AUTOMATIZADO**

Coleta: **30/10/2019** Liberação: **30/10/2019 - 11:46**

Assinado eletronicamente por: **Dr. André Luiz C. Ramos - CRM-PR 2908**

ASSINATURA DIGITAL

14406A5D7726B89CA891B24790665619235F610710A3A58E76D77752A42B2A15655805C096A608560

Accesse seus resultados online: @ www.labprosangue.com.br Central de Atendimento: **t. 83 2102.5577** **t. 83 2102.5555** **@ 83 9 8831.0102**

UNIDADE CENTRO

☛ Rua Sandra Borborema, 61

UNIDADE CATOLÉ

☛ Av. Vigarão Calixto, 877

UNIDADE PRATA

☛ Rua Rodrigues Alves, 1049

UNIDADE CATINGUEIRA

☛ R. Severino Sezefredo de Almeida, 17

UNIDADE JOÃO XXIII

☛ Rua Nilo Peganha, 83 - Pr. 3ª

UNIDADE INTEGRAÇÃO

☛ Rua Sebastião Donato, 25

UNIDADE CRUZEIRO

☛ Av. Almirante Góes, 1493

UNIDADE JOSÉ PINHEIRO

☛ Rua Campos Sales, 483B

UNIDADE QUEIMADAS

☛ Rua João Barbosa Silva, 77

UNIDADE ANTONIO TARGINO

☛ R. Delmiro Gouveia, 349 - Centenario

Este documento eletrônico tem validade jurídica, desde que assinado por profissional habilitado e registrado no Conselho de Classe.

CONTROLE DE QUALIDADE - CMQ
Exigência de Trabalho para a emissão de resultados

Control Lab



Sr(a): **ENILDO VITOR DA SILVA**
 Idade: **33 anos**
 OS: **011-65316-427**
 Data O.S.: **30/10/2019 - 16:13**
 Dr(a): **JARIO CLEMENTINO DE ARAÚJO**
 Convênio: **SUS HOSPITAL ANTONIO TARGINO**
 Emissão: **30/10/2019 - 18:16**

Local: **H71 GERAL**



HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

		Valores de referência			
		Homens	Mulheres	Crianças	Acima de 70 anos
Hemácias:	5,80 milhões/mm ³	4,50 a 6,10	4,00 a 5,40	4,07 a 5,37	3,90 a 5,36
Hemoglobina:	14,3 g/dL	13,0 a 16,5	12,0 a 15,0	10,5 a 14,0	11,5 a 15,1
Hematócrito:	43,4 %	36,0 a 54,0	32,0 a 47,8	30,0 a 40,5	33,0 a 46,0
V.C.M.:	74,9 µ ³	80,0 a 100,0	86,0 a 98,0	70,0 a 86,0	80,0 a 100,0
H.C.M.:	24,7 pg	26,2 a 32,9	26,2 a 32,6	25,2 a 31,7	27,0 a 31,0
C.H.C.M.:	32,9 g/dL	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5
RDW:	14,5 %	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0

Série vermelha: **Microcitose, Hipocromia.**

LEUCOGRAMA

LEUCOGRAMA		Valores de referência				
				Adultos	Crianças	
Leucócitos:		12.500 /mm ³	100	3.600 a 11.000	100	4.000 a 10.000
Neutrófilos:	2 %	250 /mm ³	0-5	0 a 550	0-6	0 a 450
Segmentados:	85 %	10.625 /mm ³	40-70	1.400 a 7.000	30-64	1.200 a 6.600
Linfócitos:	1 %	125 /mm ³	0-3	0 a 550	0-5	0 a 550
Basófilos:	0 %	0 /mm ³	0-2	0 a 200	0-2	0 a 300
Linfócitos:	10 %	1.250 /mm ³	20-50	700 a 5.500	20-70	1.500 a 10.500
Linfócitos reativos:	0 %	0 /mm ³	0	0	0	0
Monócitos:	2 %	250 /mm ³	3-14	77 a 1.110	3-14	40 a 1.110

Série branca: **Leucocitose, Neutrofilia.**

PLAQUETOGRAMA

		Valores de referência
Contagem de Plaquetas:	274.000 /mm ³	140.000 a 450.000 /mm ³
WPF:	10,60 fL	

30/10/2019 - 17:55:00

Sócio plaquetária: **Plaquetas normais ao exame do esfregaço.**

Material: **Sangue total com EDTA**

Coleta: **10/10/2019** Liberação: **30/10/2019 - 10:08**

Método: **Alometria de fluxo fluorescente e Impedância**

Assinado eletronicamente por: **Dra. Ana Cristina da Silva - CREM-PE 6907**

ASSINATURA DIGITAL

A2A1959F93ABAD727EBA72F747E0U22D4C1D116N34624H795675A117326E95262C92D9E87513EANA

Acesse seus resultados online: **www.labprosanguem.com.br**

Central de Atendimento: **11 93 2102.5577 11 93 2102.5555 11 93 9 8831.0102**

UNIDADE CENTRO

☐ Rua Sandra Borborima, 61

UNIDADE CATOLÉ

☐ Av. Vitorino Calado, 877

UNIDADE PRATA

☐ Rua Rodrigues Alves, 1049

UNIDADE CATACUEIRA

☐ R. Severino Sezelredo de Almeida, 17

UNIDADE JOÃO XXIII

☐ Rua Nilo Peçanha, 83 - F. 304

UNIDADE INTEGRAÇÃO

☐ Rua Sebastião Dinato, 25

UNIDADE CRUZEIRO

☐ Av. Almirante Barroso, 1493

UNIDADE JOSÉ PINHEIRO

☐ Rua Campos Sales, 4638

UNIDADE QUEIMADAS

☐ Rua João Barbosa Silva, 77

UNIDADE ANTONIO TARGINO

☐ R. Delmiro Gouveia, 349 - Contorno

Para poder ler este resultado, por favor, verifique se o código de barras está correto.

CONTROLE DE QUALIDADE - BPC

Control

LAB



Assinado eletronicamente por: **SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2023 16:52:41**

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052616524087400000069662869

Número do documento: **23052616524087400000069662869**

Sr(a): **ENILDO VITOR DA SILVA**
Idade: **33 anos**
OS: **011-65316-427**
Data O G.: **30/10/2019 - 16:13**
Dr(a): **JARID CLEMENTINO DE ARAUJO**
Convênio: **SUS HOSPITAL ANTONIO TARGINO**
Emissor: **30/10/2019 - 18:16**

Local: **UTI IPRAI**



GLICOSE

Resultado: **109 mg/dL**

Valor(es) de referência

70 a 99 mg/dL

Resultados Anteriores: 30/10/2019 = 92

Material: **Soro**
Método: **COLORIMÉTRICO AUTOMATIZADO**

Coleta: **30/10/2019** Liberação: **30/10/2019 - 17:32**

UREIA

Resultado: **42 mg/dL**

Valor(es) de referência

Adulto: 17,0 a 49,0 mg/dL
Novo nascido: 0,4 a 25,0 mg/dL
Criança: de 10,0 a 30,4 mg/dL

Material: **Soro**
Método: **COLORIMÉTRICO AUTOMATIZADO**

Coleta: **30/10/2019** Liberação: **30/10/2019 - 17:32**

Assinado eletronicamente por: **Dra. Ana Cristina da Silva - CRM-PR 6907**

ASSINATURA DIGITAL

A7A1959F93B8D727EUA05F747Z0022540J03F8E3624D190J76A117326745263C92E7E2517A9A

Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Contrato de Atendimento: **83 2102.5577** **83 2102.5555** **83 9 8831.0102**

UNIDADE CENTRO

• Rua Sodrô Borborema, 61

UNIDADE CATOLÉ

• Av. Vagão Calixto, 877

UNIDADE PRATA

• Rua Rodrigues Alves, 1049

UNIDADE CATINGUEIRA

• R. Severino Sebastião de Almeida, 17

UNIDADE JOÃO XXIII

• Rua Nilo Peçanha, 63 - Praia

UNIDADE INTEGRAÇÃO

• Rua Sebastião Donato, 25

UNIDADE CRUZEIRO

• Av. Almirante Barroso, 1493

UNIDADE JOSÉ PINHEIRO

• Rua Campos Sales, 4638

UNIDADE QUEIMADAS

• Rua João Barbosa Silva, 77

UNIDADE ANTONIO TARGINO

• R. Delmiro Gouveia, 349 - Contorno

(Seu poder ser influenciado por medicamentos, consulte o médico)
Outros: Assine seu relatório com o código de segurança

CONTROLE DE QUALIDADE - ISO 15189
Participa do Programa de Qualidade de Laboratório

ControlLab



Assinado eletronicamente por: **SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2023 16:52:41**

<https://pje.tipb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052616524087400000069662869>

Número do documento: **23052616524087400000069662869**

Se(a): **ENILDO VITOR DA SILVA**
Idade: **33 anos**
DN: **011-65316-427**
Data O.S.: **30/10/2019 - 16:13**
Di(a): **JARIO CLEMENTINO DE ARAUJO**
Convênio: **SUS HOSPITAL ANTONIO TARGINO**
Emissão: **30/10/2019 - 18:16**

Local: **UTI GFRAI**



CREATININA

Resultado: **0,70 mg/dL**

Valor(es) de referência:
Homem: 0,60 a 1,20 mg/dL
Mulheres: 0,60 a 0,90 mg/dL

Resultados anteriores:

RITMO DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR CKD-EPI

Resultado: **124 mL/min/1,73 m²**

Fonte: Winzler CKD-EPI: Levey, AS et al. A New Equation to Estimate Glomerular Filtration Rate. Ann Intern Med 150:604-2009.

Valores de referência:

Normal: > 90 mL/min x 1,73 m²
Redução leve: 60-89 mL/min x 1,73 m²
Redução moderada: 30-59 mL/min x 1,73 m²
Redução moderada-severa: 15-29 mL/min x 1,73 m²
Redução severa: < 15 mL/min x 1,73 m²

RITMO DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR (MDRD)

Adulto não negro: **138 mL/min/1,73 m²**

Adulto negro: **167 mL/min/1,73 m²**

Fonte: Schwartz L.A., et al. Assessing Kidney Function-Measures and Estimated Filtration Rate. N Engl J Med. 2008;359:2673-82.

Valores de referência:

Adulto maior de 18 anos: SUPERIOR A 60 mL/min/1,73 m²

Mulher:

= O ritmo de filtração glomerular (RFG) é o melhor parâmetro da função renal. Valores persistentemente abaixo de 60 mL/min/1,73m² indicam comprometimento da função renal crônica.

= A estimativa de ritmo de filtração glomerular deve ser usada com cautela em pacientes hospitalizados, considerando morbidades que leve a desnutrição. Flutuações do nível sérico de creatinina e uso de medicamentos que interfiram na função renal. Esta estimativa não deve ser usada para ajustar doses de medicamentos.

Material: **Soro**
Método: **COLORIMÉTRICO AUTOMATIZADO**

Coleta: **30/10/2019** Liberação: **30/10/2019**

CLORETOS

Resultado: **95 mmol/L**

Valor(es) de referência:

96 a 106 mmol/L

Material: **Soro**
Método: **ELÉTRICO DE ION SELETIVO (ISE)**

Coleta: **30/10/2019** Liberação: **30/10/2019 - 17:32**

Assinado eletronicamente por: **Dra. Ana Cristina da Silva - CRM-PR 8907**

ASSINATURA DIGITAL

+2A1359F93A6AD727EBAU2F*41E0022D101D3F8B33624D190E76A117126146263032076A2518EAD3A

Acesso aos resultados online: **www.labprosangue.com.br**

Central de Atendimento

t. 83 2102.5577

t. 83 2102.5555

83 9 8831.0102

UNIDADE CENTRO

• Rua Sandra Borborema, 61

UNIDADE CATOLÉ

• Av. Vitorino Calixto, 877

UNIDADE PRATA

• Rua Rodrigues Alves, 1049

UNIDADE CATINGUEIRA

• R. Severino Sezefredo de Almeida, 17

UNIDADE JOÃO XXIII

• Rua Nilo Peçanha, 83 - Praça

UNIDADE INTEGRAÇÃO

• Rua Sebastião Donato, 25

UNIDADE CRUZEIRO

• Av. Almirante Barroso, 1403

UNIDADE JOSÉ PINHEIRO

• Rua Campos Sales, 4638

UNIDADE QUEIMADAS

• Rua João Barbosa Silva, 77

UNIDADE ANTÔNIO TARGINO

• R. Delmido Gouveia, 349 - Centro Ipiranga

Este documento foi gerado eletronicamente, assinado digitalmente e assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2023 16:52:41

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2023 16:52:41

Control Lab

Control Lab



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2023 16:52:41

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052616524087400000069662869

Número do documento: 23052616524087400000069662869

Num. 73912014 - Pág. 114

Nome: ENILDO VITOR DA SILVA
Idade: 33 anos
OS: 011-65316-427
Data C.G.: 30/10/2019 - 16:13
Dr(a): JARIO CLEMENTINO DE ARAUJO
Convênio: SUS HOSPITAL ANTONIO TARGINO
Emissão: 30/10/2019 - 18:18

Local: UTI GERAL



SÓDIO

Valor(es) de referência

Resultado: 135,00 mEq/L 136 a 145 mEq/L

Material: Soro
Método: ELETRODO DE ÍON SELETIVO (ISE)

Coleta: 30/10/2019 Liberação: 30/10/2019 - 16:53

POTÁSSIO

Valor(es) de referência

Resultado: 4,40 mEq/L 3,5 a 5,5 mEq/L

Material: Soro
Método: ELETRODO DE ÍON SELETIVO (ISE)

Coleta: 30/10/2019 Liberação: 30/10/2019 - 16:53

Assinado eletronicamente por: Dra. Tatiana Cruz Soares - CPF-MD 399

ASSINATURA DIGITAL

A2A1958F93A7A0727EBA121747D0022D40123F8B376A4719B7KAL17326F45263C52D7BA25136ARA

Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br Central de Atendimento: ☎ 03 2102.5577 ☎ 03 2102.5555 📞 03 9 0831.0102

UNIDADE CENTRO

☑ Rua Sandra Borborema, 61

UNIDADE INTEGRAÇÃO

☑ Rua Sebastião Donato, 25

UNIDADE CATOLÉ

☑ Av. Vignolo Calixto, 877

UNIDADE CRUZEIRO

☑ Av. Almeida Salgado, 1493

UNIDADE PRATA

☑ Rua Rodrigues Alves, 1049

UNIDADE JOSE PINHEIRO

☑ Rua Campos Sales, 4638

UNIDADE CATINGUEIRA

☑ R. Severino Seafredo de Almeida, 17

UNIDADE QUEIMADAS

☑ Rua João Barbosa Silva, 77

UNIDADE JOÃO XXIII

☑ Rua Nilo Peçanha, 83 - Prata

UNIDADE ANTÔNIO TARGINO

☑ R. Delmiro Gouveia, 349 - Centro/Jardim

Seu pedido não influencia por medicamento, interação ou outros testes
Anexos: Agendamento médico com condicional de diagnóstico

LABORATÓRIO DE QUALIDADE - LQPC
Programa de Melhorar a Qualidade do Trabalho

Control Lab



TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO

O presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, com priorização das informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Hospital Antônio Targino.

Nome do Paciente: _____ RG: _____
Nome do Médico: _____ CRM: _____
Procedimento (s): _____

1. Foi informado que os exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, bem como indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.
2. Recebi de meu médico todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.
3. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais.
4. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego de anestesia, cujas técnicas, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos e benefícios e alternativa.
5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivações, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
6. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.
7. Confirmando que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi oferecida a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordo. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Assinatura do paciente e/ou responsável: Suelio Moreira Torres da Silva
Campina Grande, 23 de setembro de 2019

Código de Ética Médica - Art. 27. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecer o estado de saúde do paciente e a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.
Art. 44. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação da doença possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.



FORMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA A TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES

A transfusão de hemocomponentes (sangue) tem o objetivo de repor um ou mais dos seguintes constituintes do sangue: glóbulos vermelhos, plaquetas e fatores de coagulação, por meio dos concentrados de hemácias, de plaquetas, plasma fresco congelado e crioprecipitado. A transfusão está indicada quando o paciente tem necessidade dos constituintes acima mencionados por causa de hemorragia, ou durante procedimentos cirúrgicos ou preventivamente a procedimentos cirúrgicos devido ao potencial de sangramento.

Riscos:

Apesar a transfusão de hemocomponentes apresentar benefícios, ela também apresenta riscos. Esta relação risco/benefício é avaliada pelo médico ao solicitar transfusão. Os hemocomponentes são preparados e testados de acordo com alguns dos mais rigorosos estabelecidos pela ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, complementados por normas da Agência Internacional de Transfusão, mas mesmo assim ainda existe uma pequena chance de haver transmissão de doenças relacionadas à transfusão. Essas doenças normalmente são leves e facilmente tratadas, mas em raros casos elas podem ser fatais. Apesar dos testes sorológicos atuais apresentarem altíssima sensibilidade, ainda existe um mínimo risco de transmissão de alguns microorganismos pela transfusão, que pode não ser detectado, por uma infecção durante muitos meses ou anos. Mesmo com estes testes de última geração, existe a possibilidade de transmissão de vírus da hepatite, com risco teórico aproximado de 1 em cada 1 milhão de transfusões com plasma fresco congelado e de 1 em cada 2 milhões de transfusões.

Consentimento

Após ter recebido as informações acima, dou o consentimento ao Serviço de Hemoterapia do Hospital Antonio Targui, e declaro de meu conhecimento e concordância a administração de hemocomponentes durante minha internação até o curso completo desse sistema de tratamento.

Minha legítima:



PACIENTE

Assinatura: _____



RESPONSÁVEL TRANSFUSÃO

Assinatura de parentesco: _____

Assinatura: _____

Carimbo: _____

Horas: _____

Se o paciente não puder assinar este termo de consentimento, por favor, indique a razão: _____

Circunstâncias de Emergência / Necessidade de Vida: Consentimento Informado não Dado

Devido ao estado clínico do paciente, ou à emergência/caso de vida, não foi possível fornecer ao paciente as informações necessárias para a assinatura deste Consentimento Informado. Foi realizada transfusão de hemocomponentes em quantidade suficiente para manutenção da circulação clínica.

Nome do médico responsável: _____

CRM: _____

Horas: _____

Carimbo: _____





GOVERNO
DA PARAÍBA

Data: 26/05/2019

Hora: 15:15

Médico(a) Dr. Marcos Wagner De Sousa Penteado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

N. do paciente: 2021345 Paciente: ENILDO VITOR DA SILVA Idade: 60

Nome de Mãe: MARIA DO CARLOS CHAVES DA SILVA Data de Nascimento: 07/07/1956 Sexo: M

Clínica: NEUPROTECO Internação: 4 Leito: 4 Diagnóstico:

Data: 26/05/2019

MÉDICO(A): Alysson Galvão das Paixões / MÉDICO(A): Eldimar Soares De Araújo /

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA BRANCA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. FRASCO 8h/8h	
3	DIPIRINA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA 8h/8h	
4	TRIMETAMOL CETOCLOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. AMPOLA 8h/8h	
5	KONDANSETRONA CLORIDRATO 1 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA FAZER SE NECESSÁRIO	
6	GLICOSE 5,5% 10 ML E.V. AMPOLA FAZER SE NECESSÁRIO	
7	SETRIMETAMOL	
8	CAPTANIL 25 MG V.O. 1 COME FAZER SE NECESSÁRIO	
9	SEPARADO DE SANGUE	
10	DECUBITO PREVENÇÃO	
11	DECUBITO EVITADO A 32 GRAUS	
12	EXAMES GERAIS - SINAIS VITAIS	



Nome: ENILDO VITOR DA SILVA

ID: 0000457122

Médico: Dr(a).

Data: 29/10/2019

Exame: TC CRÂNIO

ID Ex.: 0071204625

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

TÉCNICA:

Realizada aquisição volumétrica em equipamento multislice, com 0,8 mm de espessura no plano axial.

DESCRIÇÃO:

Evidenciamos pequena contusão cerebral córtico/subcortical no aspecto lateral do lobo frontal esquerdo.

Coleção subdural frontotemporoparietal direita, medindo aproximadamente 1.0 cm no diâmetro transversal e 4.0 cm no eixo cefalocaudal.

Sistema ventricular com características morfológicas, volumétricas e topográficas normais.

Cisternas encefálicas basais bem delineadas.

Ausência de desvio significativo das estruturas encefálicas da linha média.

Calcificações dos plexos coróides e glândula pineal.

Perda de definição dos sulcos corticais e fissuras nos lobos frontal e parietal à direita.

Não visualizamos sinais de fraturas.

Hemossinus no seio esfenoidal esquerdo.

* Exame documentado em 02 películas fotográficas.
pc-


Dr. ARFÍARDO DA MATTÁ R. SOBRINHO
RADIOLOGISTA
CRM-PB 33901

Acesse seus exames através do nosso site: Protocolo: 1026681906 | Senha: 8457122

UNIDADE I

Rua Capitão João Alves de Lira, 742 - Prata
Fone (83) 3310 3000

UNIDADE II

Av. Floriano Peixoto, 804 - Centro
Fone (83) 3315 7000

UNIDADE III

Clinica Santa Clara
Fone (83) 3310 3000

Campina Grande - PB

www.clinicadrwanderley.com.br

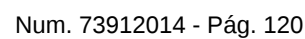


- O EXAME MOSTRA MARGENS DE CONDUTAÇÕES INTERIORES A COMPROMETER AMBOS OS FILMÕES.

- COAGULACAO E VASOS DA BASE DENTRO DOS 14 DIAS COM A NORMALIDADE.

Wife:CCD

Wife:CCD



2014-2015
2015-2016
2016-2017
2017-2018
2018-2019
2019-2020
2020-2021
2021-2022
2022-2023
2023-2024
2024-2025
2025-2026
2026-2027
2027-2028
2028-2029
2029-2030
2030-2031
2031-2032
2032-2033
2033-2034
2034-2035
2035-2036
2036-2037
2037-2038
2038-2039
2039-2040
2040-2041
2041-2042
2042-2043
2043-2044
2044-2045
2045-2046
2046-2047
2047-2048
2048-2049
2049-2050
2050-2051
2051-2052
2052-2053
2053-2054
2054-2055
2055-2056
2056-2057
2057-2058
2058-2059
2059-2060
2060-2061
2061-2062
2062-2063
2063-2064
2064-2065
2065-2066
2066-2067
2067-2068
2068-2069
2069-2070
2070-2071
2071-2072
2072-2073
2073-2074
2074-2075
2075-2076
2076-2077
2077-2078
2078-2079
2079-2080
2080-2081
2081-2082
2082-2083
2083-2084
2084-2085
2085-2086
2086-2087
2087-2088
2088-2089
2089-2090
2090-2091
2091-2092
2092-2093
2093-2094
2094-2095
2095-2096
2096-2097
2097-2098
2098-2099
2099-2100
2100-2101
2101-2102
2102-2103
2103-2104
2104-2105
2105-2106
2106-2107
2107-2108
2108-2109
2109-2110
2110-2111
2111-2112
2112-2113
2113-2114
2114-2115
2115-2116
2116-2117
2117-2118
2118-2119
2119-2120
2120-2121
2121-2122
2122-2123
2123-2124
2124-2125
2125-2126
2126-2127
2127-2128
2128-2129
2129-2130
2130-2131
2131-2132
2132-2133
2133-2134
2134-2135
2135-2136
2136-2137
2137-2138
2138-2139
2139-2140
2140-2141
2141-2142
2142-2143
2143-2144
2144-2145
2145-2146
2146-2147
2147-2148
2148-2149
2149-2150
2150-2151
2151-2152
2152-2153
2153-2154
2154-2155
2155-2156
2156-2157
2157-2158
2158-2159
2159-2160
2160-2161
2161-2162
2162-2163
2163-2164
2164-2165
2165-2166
2166-2167
2167-2168
2168-2169
2169-2170
2170-2171
2171-2172
2172-2173
2173-2174
2174-2175
2175-2176
2176-2177
2177-2178
2178-2179
2179-2180
2180-2181
2181-2182
2182-2183
2183-2184
2184-2185
2185-2186
2186-2187
2187-2188
2188-2189
2189-2190
2190-2191
2191-2192
2192-2193
2193-2194
2194-2195
2195-2196
2196-2197
2197-2198
2198-2199
2199-2200
2200-2201
2201-2202
2202-2203
2203-2204
2204-2205
2205-2206
2206-2207
2207-2208
2208-2209
2209-2210
2210-2211
2211-2212
2212-2213
2213-2214
2214-2215
2215-2216
2216-2217
2217-2218
2218-2219
2219-2220
2220-2221
2221-2222
2222-2223
2223-2224
2224-2225
2225-2226
2226-2227
2227-2228
2228-2229
2229-2230
2230-2231
2231-2232
2232-2233
2233-2234
2234-2235
2235-2236
2236-2237
2237-2238
2238-2239
2239-2240
2240-2241
2241-2242
2242-2243
2243-2244
2244-2245
2245-2246
2246-2247
2247-2248
2248-2249
2249-2250
2250-2251
2251-2252
2252-2253
2253-2254
2254-2255
2255-2256
2256-2257
2257-2258
2258-2259
2259-2260
2260-2261
2261-2262
2262-2263
2263-2264
2264-2265
2265-2266
2266-2267
2267-2268
2268-2269
2269-2270
2270-2271
2271-2272
2272-2273
2273-2274
2274-2275
2275-2276
2276-2277
2277-2278
2278-2279
2279-2280
2280-2281
2281-2282
2282-2283
2283-2284
2284-2285
2285-2286
2286-2287
2287-2288
2288-2289
2289-2290
2290-2291
2291-2292
2292-2293
2293-2294
2294-2295
2295-2296
2296-2297
2297-2298
2298-2299
2299-2300
2300-2301
2301-2302
2302-2303
2303-2304
2304-2305
2305-2306
2306-2307
2307-2308
2308-2309
2309-2310
2310-2311
2311-2312
2312-2313
2313-2314
2314-2315
2315-2316
2316-2317
2317-2318
2318-2319
2319-2320
2320-2321
2321-2322
2322-2323
2323-2324
2324-2325
2325-2326
2326-2327
2327-2328
2328-2329
2329-2330
2330-2331
2331-2332
2332-2333
2333-2334
2334-2335
2335-2336
2336-2337
2337-2338
2338-2339
2339-2340
2340-2341
2341-2342
2342-2343
2343-2344
2344-2345
2345-2346
2346-2347
2347-2348
2348-2349
2349-2350
2350-2351
2351-2352
2352-2353
2353-2354
2354-2355
2355-2356
2356-2357
2357-2358
2358-2359
2359-2360
2360-2361
2361-2362
2362-2363
2363-2364
2364-2365
2365-2366
2366-2367
2367-2368
2368-2369
2369-2370
2370-2371
2371-2372
2372-2373
2373-2374
2374-2375
2375-2376
2376-2377
2377-2378
2378-2379
2379-2380
2380-2381
2381-2382
2382-2383
2383-2384
2384-2385
2385-2386
23

21/10/2019

HTCC-Plan. Administrativo

Data da internação: 21/10/2019 Horas: 08:44

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		7 - CNES 2362856	
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		8 - CNES 2362856	
3 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 5 - NOME DO PACIENTE SEM DOCUMENTOS		6 - Nº de prontuário 2020345	
4 - Nº de Cartão SUS 11 - NOME DO CÔNUGO RESPONSÁVEL 12 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA 13 - Nº de telefone de residência		9 - DATA DE NASCIMENTO 10/12/1969 14 - SEXO M 15 - TIPO DE LAUDO 16 - TIPO DE LAUDO 17 - TIPO DE LAUDO	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
18 - HISTÓRICO DE DOENÇAS PREVIAS HSA + Glaucoma, PTH, Diabetes 4 meses			
19 - CONDIÇÃO DE SAÚDE AO INÍCIO DA INTERNAÇÃO TCE + U			
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRINCIPAIS EXAMES DE LABORATÓRIO TCE de Córneo + TCE. / 11/10/19			
21 - DIAGNÓSTICO TCE			
22 - PROCEDIMENTO SOLICITADO 23 - Nº de protocolo de internação 988416788022859			
24 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 25 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 26 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 27 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 28 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 29 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 30 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 31 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 32 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 33 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 34 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 35 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 36 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 37 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 38 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 39 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 40 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 41 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 42 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 43 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 44 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 45 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 46 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 47 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 48 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 49 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 50 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 51 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 52 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 53 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 54 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 55 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 56 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 57 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 58 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 59 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 60 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 61 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 62 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 63 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 64 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 65 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 66 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 67 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 68 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 69 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 70 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 71 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 72 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 73 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 74 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 75 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 76 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 77 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 78 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 79 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 80 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 81 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 82 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 83 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 84 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 85 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 86 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 87 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 88 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 89 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 90 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 91 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 92 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 93 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 94 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 95 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 96 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 97 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 98 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 99 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			

F0.1.3.148projeto/compromissamento: http://contas=2020345

3/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2023 16:52:41

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052616524087400000069662869

Número do documento: 23052616524087400000069662869

Num. 73912014 - Pág. 123

21/10/2019

HTCC-Painel Administrativo

Data da internação: 21/10/2019 Hora: 16:38:44

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		2 - CYES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE ENILDO VITOR DA SILVA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 2028345	
7 - CARTÃO DO SUS 160541611500018		8 - DATA DE NASCIMENTO 07/07/1986	
9 - NOME DA VAI DO RESPONSÁVEL MARIA DO CEU CHAVES DA SILVA		10 - SEXO Masculino ☒ Feminino ☐	
11 - ENDEREÇO IMPLANTADO JOAO MIRANDA, 52, CENTRO		12 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO 83	
13 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO Qualmedas		14 - UF PR	
15 - CEP 257250		16 - CEP 58475000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS 			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO 			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS 			
20 - DIA DA INTERNAÇÃO INICIAL TCR			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
21 - DISCRICÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 		22 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 	
23 - CLÍNICA 02		24 - NÚMERO DO DOCUMENTO 980016288022859	
25 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE ALFREDO DANIEL DE SOUSA NETO		26 - DATA DA SOLICITAÇÃO 21/10/2019	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
27 - TIPO DE ACIDENTE 34 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		28 - Nº DO REGISTRO 	
29 - Nº DO REGISTRO 		30 - Nº DO REGISTRO 	
31 - Nº DO REGISTRO 		32 - Nº DO REGISTRO 	
33 - Nº DO REGISTRO 		34 - Nº DO REGISTRO 	
AUTORIZAÇÃO			
35 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 		36 - Nº DO REGISTRO 	
37 - Nº DO REGISTRO 		38 - Nº DO REGISTRO 	
39 - Nº DO REGISTRO 		40 - Nº DO REGISTRO 	

10.1.1.148/projetoNog/imprentamemento.php?contnr=2020345

1/1



NOME:

Evilino

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

SEXO:

COR:

PESO:

ALTURA:

CLÍNICA:

ENF:

LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

Amoia de molo

RAIO X
REALIZADO EM:
20/10/19

EXAME SOLICITADO:

Ex Urina AA - Ex Urinael perfil

JRCÊNCIA:



ROTINA:



DATA:

20/10/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:

Silvia Medson M. Ribeiro
MÉDICO RESIDENTE
CLÍNICA GERAL
CRM: 13.773 - C.R.M. 21.850

20/05/2019

**GOVERNO
DO ESTADO DA PARAIBA**

HOSPITAL DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADA EM DOENÇAS INFANTIS E DO ADOLESCENTE
Av. Mel. Ruyter de Azevedo, 400 - Vila Nova, CEP: 58052-009 - João Pessoa/PB
Data: 20/05/2019

Data: 20/05/2019

Paciente: ENILDO DE ASSIS OLIVEIRA - Idade: 02/01/2019 - Nº Atendimento: 2019614

ACIDENTE DE TRABALHO: NÃO
DATA: 20/05/2019 HORA: 21:02:21

ESPECIALIDADE: **NEFROLOGIA**
MOTIVO: ACIDENTE DE TRABALHO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: Queda de muro

SINAIS VITAIS:
HTA: SATUR: PA: TEMPO: HL: FR: P/SO:

DIABETES () SÍNDROME () HAS () RIM () MÃO
DEF. MOTORA () SEM () NÃO

ALERGIAS:
MEDICAÇÃO EM USO:
ESTADO GERAL:
AVELIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONTINÊNCIA () CONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() TRISTE () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIABETES () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÃO VISUAL
() ANAFILAXIA () FALCITE () INERTEZ () ALTERAÇÃO VISUAL
() EPIDERMITE () CONJUNTIVITE () INFLAMAÇÃO () SÍNDROME () TOSSA



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Controle Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

HORA PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COHEM	DO

OS SINAIS VITAIS
ENFERMEIRO/COHEM
em 10/15 02:00L

10/15 02:00L
SUELIO MOREIRA TORRES
de Enfermagem
em 10/15 02:00L
Osteodermatologista



International Humanist Ethics

CONTENTS: JOBS SIMULATIONS

Balance: 20,000,000,000,000,000

100



100

44:23: 1:13

2007-08-22

68:26-32

20/05/2014

EXAME SECUNDÁRIO / FAREJER MÉDICO

HIT: Q-Primal Ativo/Prévio

DIAGNÓSTICO DO PACIENTE _____

1. Identificação do

Interlocutor (seu)

2. Contato com o Setor de Hospitais

(Valor Temporal / (Máscara

(Decisão Máscara

(Idêntico

Suelio Moreira Torres da Silva
Ass. do paciente ou responsável quando necessário

SERVIÇOS REALIZADOS

CODIGO/CONDIÇÃO/EXATO

C-60

70/20





☒ SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
---	------------------------------	---------------------------	---	--------------

1 - Identificação do Estabelecimento de Saúde (NOME DO ESTAB. HOSPITALAR SOLICITANTE)		2 - CNES	
3 - ENDEREÇO ESTAB. HOSPITALAR COMPLETO		4 - CID-10	
5 - Identificação do Paciente 1 - NOME DO PACIENTE Ferreira		6 - ID DO PACIENTE	
7 - CATEGORIA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DO LAUDO	
9 - NOME DO FISCAL DO HOSPITAL		10 - NOME DO RESPONSÁVEL	
11 - ENDEREÇO DO FISCAL		12 - ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL	
13 - ENDEREÇO DO HOSPITAL		14 - CID-10 DO PACIENTE	
15 - ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL		16 - CID-10 DO PACIENTE	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			

18 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO		19 - CID-10 DO PROCEDIMENTO ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR		21 - CID-10 DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		23 - CID-10 DO PROCEDIMENTO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		25 - CID-10 DO PROCEDIMENTO	

26 - SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		27 - CID-10 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		29 - CID-10 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		31 - CID-10 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - CID-10 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	

34 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
Atenção: Verificar se o paciente possui condições de ser atendido em ambulatório, caso contrário, solicitar a internação hospitalar.	

35 - PROFISSIONAL SOLICITANTE		36 - DATA DE SOLICITAÇÃO	
37 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		38 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
39 - ENDEREÇO DO PACIENTE		40 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
41 - ENDEREÇO DO PACIENTE		42 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
43 - ENDEREÇO DO PACIENTE		44 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
45 - ENDEREÇO DO PACIENTE		46 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
47 - ENDEREÇO DO PACIENTE		48 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
49 - ENDEREÇO DO PACIENTE		50 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
51 - ENDEREÇO DO PACIENTE		52 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
53 - ENDEREÇO DO PACIENTE		54 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
55 - ENDEREÇO DO PACIENTE		56 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
57 - ENDEREÇO DO PACIENTE		58 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
59 - ENDEREÇO DO PACIENTE		60 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
61 - ENDEREÇO DO PACIENTE		62 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
63 - ENDEREÇO DO PACIENTE		64 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
65 - ENDEREÇO DO PACIENTE		66 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
67 - ENDEREÇO DO PACIENTE		68 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
69 - ENDEREÇO DO PACIENTE		70 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
71 - ENDEREÇO DO PACIENTE		72 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
73 - ENDEREÇO DO PACIENTE		74 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
75 - ENDEREÇO DO PACIENTE		76 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
77 - ENDEREÇO DO PACIENTE		78 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
79 - ENDEREÇO DO PACIENTE		80 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
81 - ENDEREÇO DO PACIENTE		82 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
83 - ENDEREÇO DO PACIENTE		84 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
85 - ENDEREÇO DO PACIENTE		86 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
87 - ENDEREÇO DO PACIENTE		88 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
89 - ENDEREÇO DO PACIENTE		90 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
91 - ENDEREÇO DO PACIENTE		92 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
93 - ENDEREÇO DO PACIENTE		94 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
95 - ENDEREÇO DO PACIENTE		96 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
97 - ENDEREÇO DO PACIENTE		98 - ENDEREÇO DO PACIENTE	
99 - ENDEREÇO DO PACIENTE		100 - ENDEREÇO DO PACIENTE	



NOME:

EMILIO

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

laurela de 1000

MATERIAL A EXAMINAR:

RAIO X
REALIZADO EM:
20/10/19

EXAME SOLICITADO: RX lateral e AP - RX Unilateral Perfil

- RX Perfil AP

URGÊNCIA: ☒

ROTINA: ☐

DATA:

20/10/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Suelio Moreira da Rocha
Médico Residente
Cirurgia em Ortopedia e Traumatologia
RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO



SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLINICA:	EMP:	LEIT:

DADOS CLÍNICOS:

Teste de Rubeola

Ob: Rubeola no colo da pele para rubeola

3º teste do exame III

EXAME SOLICITADO: R/X om3no @ AP + Penail de

escapula @

+ Axilar

URGÊNCIA: ☐ ROTINA: ☐

DATA: 22/10/11

HORA DA SOLICITAÇÃO:

ERICSSON A. Marques
 ORTODONTIA E TRAUMATOLOGIA
 CLÍNICA ESPORTIVA
 CREA 42711-1/PR
 Rua - Curitiba Grande - PR
 Tel. (83) 3341 - 4006



Data da Interação: 21/05/2019 Hora: 16:38:44

SUS Sistema Único da Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		2- CNES 2362856	
Nome do Estabelecimento de Saúde HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		3- CNES 2362856	
Identificação do Paciente SEM DOCUMENTOS		4- Nº de Registro do Paciente 2020345	
1- Nome do Paciente SEM DOCUMENTOS		5- Data de Nascimento 31/07/1969	
6- Sexo M ☒ F ☐		7- Estado Civil C ☐ S ☐ V ☐	
8- Endereço Completo R. 10		9- Município Curitiba	
10- UF PR		11- Data de Internação 21/05/2019	
12- Justificativa da Internação Hgta e Glaucoma, DTH, Hemorria 4 meses.			
13- Diagnóstico Clínico TC de Crânio + Febre.			
14- Procedimento Solicitado TCE			
15- Nome do Profissional Solicitante ALFREDO DANIEL DE SOUSA NETO			
16- Assinatura do Profissional Solicitante [Assinatura]			
17- Nome do Profissional Autorizador SUELIO MOREIRA TORRES			
18- Assinatura do Profissional Autorizador [Assinatura]			
19- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
20- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
21- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
22- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
23- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
24- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
25- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
26- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
27- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
28- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
29- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
30- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
31- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
32- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
33- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
34- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
35- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
36- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
37- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
38- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
39- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
40- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
41- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
42- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
43- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
44- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
45- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
46- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
47- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
48- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
49- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
50- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
51- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
52- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
53- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
54- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
55- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
56- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
57- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
58- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
59- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
60- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
61- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
62- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
63- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
64- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
65- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
66- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
67- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
68- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
69- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
70- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
71- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
72- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
73- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
74- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
75- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
76- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
77- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
78- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
79- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
80- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
81- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
82- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
83- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
84- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
85- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
86- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
87- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
88- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
89- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
90- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
91- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
92- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
93- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
94- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
95- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
96- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
97- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
98- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			
99- Nome do Profissional Avaliador SUELIO MOREIRA TORRES			
100- Assinatura do Profissional Avaliador [Assinatura]			



Paciente: ENILDO VITOR DA SILVA

Data do Exame: 26/10/2019

Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio

Técnica: Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado.

Análise:

- Pequenos focos corticais hiperdensos, com halo hipodenso de edema, em região frontal e temporal esquerda, sem efeito de massa, sugerindo contusões cerebrais em resolução.
- Pequena coleção subdural hipodensa em região frontal bilateral, com espessura inferior a 0,5 cm, sugerindo hígromas subdurais.
- Fratura cominutiva em osso temporal à direita, sem desalinhamento, comprometendo a porção osecamosa e mastóidea, associando-se material no interior das células aéreas da mastóide, indicando hemotímpano.
- Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.
- Estruturas da fossa posterior preservadas.
- Aspecto anatômico das cisternas basais.
- Não há evidência de processo expansivo neoplásico intracraniano ou do osso de estruturas da linha média.

Dr. Arthur José Ventura de Nóbrega
CRM/PB: 8481





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do processo: 73912014 - Paciente: ENILIO MOREIRA DA SILVA - Idade: 63

Nome da Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA - Data de Nascimento: 07/07/1955 - Sexo: M

Clinica: NEUROSUSC - Telefone: 4 - Celular: 4 - Diagnóstico:

Data: 19/05/2019

Médico: Dr. Alexandre Antonio Pereira da Silva Filho

Item	Prescrição	Assinatura
1	DIETA BRANDA	OK
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML - E.V. FRASCO, 500ML	OK
3	DIPYRONA SÓDICA 500MG/ML 2ML - E.V. AMPOLA, 500ML	OK
4	IRONETAGOL CETOCOROLACO 30MG/ML 1ML - E.V. AMPOLA, 500ML	OK
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 3MG/ML 2ML - E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	OK
6	HAZOPRIMOL 5MG/ML 1ML - E.V. USO IMEDIATO	OK
7	FRONITAZINA CLORIDRATO 50MG/ML 1ML - E.V. AMPOLA, USO IMEDIATO	OK
8	CLORSELA 50% 10ML - E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	OK
9	SEPTOL 100MG/ML - E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	OK
10	DECUBITO ELEVADO	OK
11	DECUBITO ELEVADO A 30 GRAUS	OK
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	OK

T.E.

Evolui Capto e desorientado

afetado

Glauco - 15

Microprosa frequente de - lerão plaus

Ag. e. e. e.

Dr. Alexandre Antonio Pereira da Silva Filho
Médico



GOVERNO
DO PARANÁ

CNPJ: 15.848.190/0001-15

Data: 28/05/2019

Hora: 08:15:48

Medico (a) Diária: Edilaine Soares De Araujo

EVOLUÇÃO MÉDICA**DADOS DO PACIENTE:**

Nº do prontuário: 2020345 Paciente: ENILTON VILTOR DA SILVA Idade: 933

Nome da Mãe: MARIA DO CEU CHAVES DA SILVA Data de Nascimento: 07/07/1906 Sexo: M

Admissão: 21/05/19 DIH - 7

CIE: 00-NEUROLOGICO Enfermarias: 4 Leitos: 4 Diagnósticos: Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 28/05/2019 HORA: 08:13:13

ORTOPEDIATOM APÓS QUITA DE MOITO
FRATURA EM OMBRO D?T?D?PACIENTE EM LEITO, AGRESSIVO.
DESORIENTADO E AGITADO.
DOR ???
FEBRE ???

SOLICITO REAVALIAÇÃO DA NCR

ASSINATURA + CARIMBO
Edilaine Soares De Araujo

GOVERNO
DE PERNAMBUCO

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 27/05/2019

Hora: 16:30:02

Médico (a): Dr. Daniel Pereira Dean Ramos

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº da prescrição: 2020345 Paciente: ENILDO VITOR DA SILVA Idade: 63 Sexo: M

Nome da Mãe: MARTA DO CARU CHAVES DA SILVA Data de Nascimento: 03/07/1956 Endereço: 21/462519 DUTRA

Clínica: NEUROBUCCO Leito: 4 Simulação:

DATA: 27/05/2019

MÉDICO(A): Daniel Pereira Dean Ramos

Item	Prescrição	Assinatura
1	DIETA BRANDA	
2	SORTIMENTO LOGÍSTICO 0,9% 500ML E.V. TIRASCO, 8h/24h	
3	DIPYRIDA SÓDICA 300 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, 4h/24h	
4	OMEPRAZOL INJ 40MG E.V. TIRASCO, 24h/24h TUMAS 6h	
5	ONDANSÉTRON CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
6	SE VÔMITOS	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
8	SE DOR REFRATÁRIA	
9	GLICOSE A 50% 10 ML E.V. AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
10	SE HÍPERGlicEMIA	
11	PARACETOL 25 MG VO, 100MG, FAZER SE NECESSÁRIO	
12	SE PA > 180 X 110 MMHG	
13	DECUBITO EL EVADO	
14	DECUBITO ELEVADO A 30 GRAUS	
15	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 27/05/2019 HORA: 16:25:57

NR

TCE APÓS QUEDA DE MOTO

CLINICOW 14, PPR, MORTEIZANDO 4 MEMBROS

TCC: HSAT

LIBERADO PARA A ORTOPEDIA

FRATURA EM OMBRO DIREITO. OMBRO FLEXANTE

AGUARDA CIRURGIA COM A ORTOPEDIA

ASSINATURA: DANIEL PEREIRA DEAN RAMOS
Daniel Pereira Dean Ramos

GOVERNO
DE PERNAMBUCO

CN 12: 10.844.190.0001-33

Data: 26/10/2019

Hora: 08:11:57

Médico (a) Diarista: Daniel Pereira Degas Ramos

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº de inscrição: 9025645 Paciente: ENILDO VITOR DA SILVA Idade: 023 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DO CEU OLIVEIRA DA SILVA Data de Nascimento: 07-07-1956 Admissão: 21-10-2019 DEB - 7

Clínica: NEUROLOGIA Enfermarias: 4 Leito: 3 Diagnóstico:

DEB 26/10/2019

MÉDICO(A): Daniel Pereira Degas Ramos

Item	Prescrição	Agrazamento
1	DIETA BRANCA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. FRASCO 808P	
3	DIPIRIDINA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA 4 808P	
4	ONDANSERTRON CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA FAZER SE NECESSÁRIO SE VÔMITOS	
5	OMEPRAZOL 40 MG E.V. FRASCO 24h/24h (ADM AS 06)	
6	PARALIBOL CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA FAZER SE NECESSÁRIO SE DOR REFRACTÁRIA	
7	GLICOSE A 50% 10 ML E.V. LAMPOLA FAZER SE NECESSÁRIO SE SGT AUMENTAR	
8	CAPTOPRIL 25 MG S.C. 1x COM FAZER SE NECESSÁRIO SE DOR AUMENTAR	
9	DEGLUTO ELEVADO DEGLUTO ELEVADO A 200 CALORIAS	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

ENCERRADO

DATA: 26/10/2019 HORA: 08:31:08

ASS

TCR APOS QUEDA DE MOTO

GLAUCOMA 14, PERD, MOBILIZANDO 4 MEMBROS

TETRAPIRAT

Vip

ASSINATURA + CARIMBO
Daniel Pereira Degas Ramos

Otorrinolaringologista

D. O. M. 2.000.000.000

Dr. Daniel Pereira Degas Ramos

CV: Aguardar cirurgia





HOSPITAL DE BASE - SÃO PAULO

CNES 310318190000127

Data: 26/10/2019

Emiss: 08:31:27

Módulo: Imp. Diária - Daniel Pereira Dean Ramos

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2020443 Paciente: ENILDO VITOR DA SILVA Idade: 732 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA PRISCILA CHAVES DA SILVA Data de Nascimento: 07/07/1956 Admissão: 20/07/2019

Clínica: NEUROLÓGICA Internação: 4 Casa: 1 Diagnóstico:

DIA: 26/10/2019

MÉDICO(A): Daniel Pereira Dean Ramos

Item	Prescrição	Aproximando
1	DIETA BRANCA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML EV. ITROSCO, 8h/d	
3	DIPLOXIA SÓDICA 300 MG/ML 2 ML EV. ITROSCA, 6h/d	
4	ONDANSÉTRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML EV. ITROSCA, FAZER SE NECESSÁRIO SE VÔMITOS	
5	OMETRAZOL 100 MG EV. ITROSCA, 24h/d (ADM AS 06h)	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML EV. ITROSCA, FAZER SE NECESSÁRIO	
7	GLICOSE A 50% 10 ML EV. ITROSCA, FAZER SE NECESSÁRIO	
8	CAPTOPRIL 25 MG VO, 1 COMP, FAZER SE NECESSÁRIO	
9	BECCURITO ELEVADO	
10	CUIDADOS DE ENFERMAGEM - SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 26/10/2019 HORA: 08:10H

At:

TCE APOS QUEDA DE MOTO

GLASGOW 14, PPR, MORTEZANDO 4 MEMBROS

TCC INSAT

vpm

ASSINATURA + CARIMBO
Daniel Pereira Dean Ramos

enferm. 200 OCT.

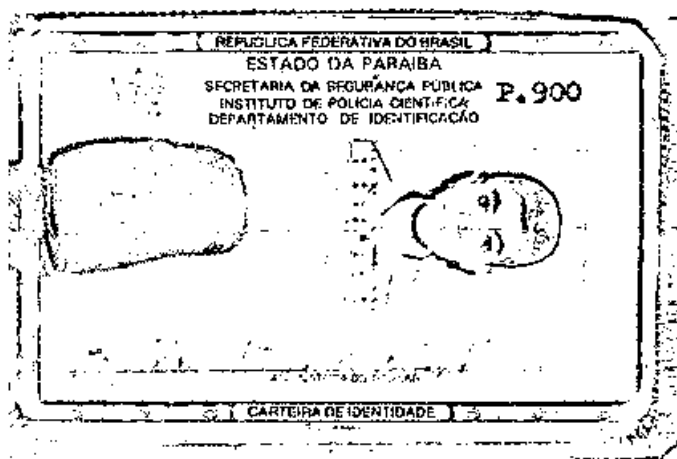
At: Carlos Roberto

DOR em ombro (D)

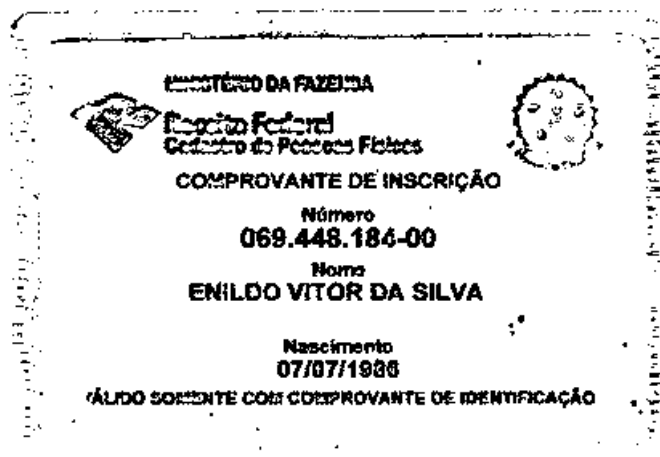
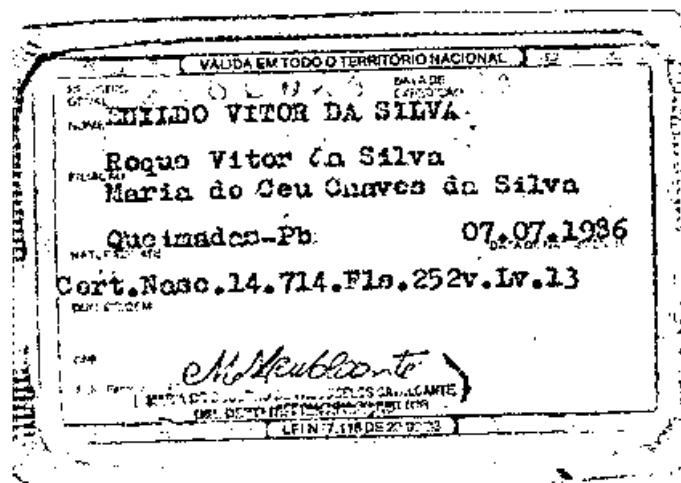
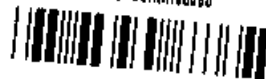
Dx: ombro flutuante

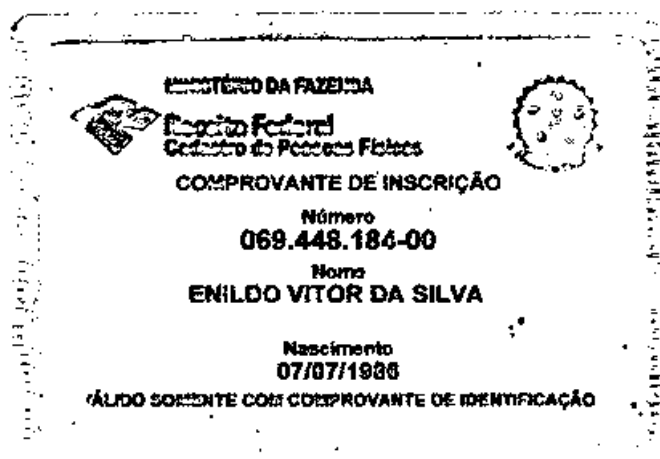
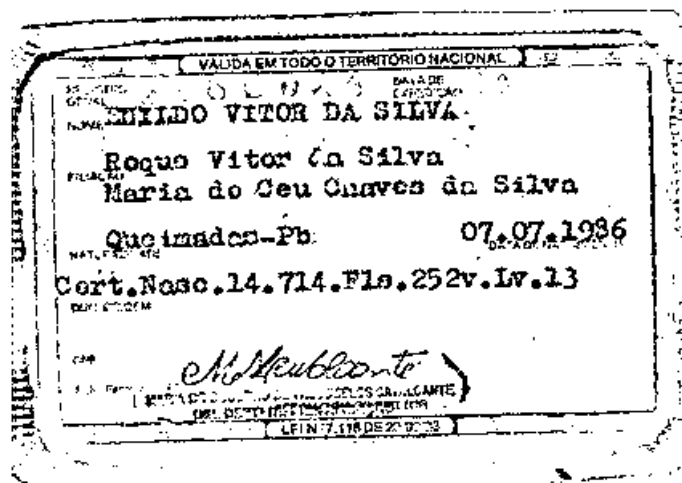
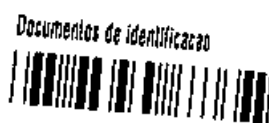
Dx: Agudizar o ombro





Documentos de identificação





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PB Nº **015099907729**
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 D048448B57-0 00/00000000 2019

0037800439

05639741414 OFD8186/PB

NOVO PB 9C2ND0910CR016379

PAS/MOTOCICLETA/APLIC GASOLINA

HONDA/XRE 300 2012 2012

2 9/291 /CI PARTIC ANUL

COTA ÚNICA 0076670000 1ª

IPVA 0 PARCELAMENTO / COTAS 2ª 3ª

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

Veículo com Restrição RENA 0

CAMPINA GRANDE - PB 03/09/2019

33375 1431480

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
ADQUIRIDORES DE VEÍCULO NO ATIVO POR SUA CARTELA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU EM SEGURO DPVAT

PB Nº 015099907729 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradorelider.com.br
SAC DPVAT 0800 012 1204

2019 03/09/2019

05639741414 OFD8186/PB

0048448B570 HONDA/XRE 300

2012 9C2ND0910CR016379

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO 30/08/2019

SEGURO LÍDER - DPVAT
CNPJ 06.242.400/0001-44

1431480-1151351-20190903

DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN - PB Nº 015099907729
CERTIFICADO DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO DE VEÍCULO

VIA 1 0048448857-0 00/00000000 2019

JOSELITO DO NASCIMENTO

05639741414 OFD8106/PB

NOVO 9C2ND0910CR016379

BAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/XRE 300 2012 2012

2 2/26T 7CT PARTIAL AZUL

COTA ÚNICA 00/00/0000 1º VENC / COTAS

PAV 0 PARCELAMENTO / COTAS 2º 3º

SEGURO 1º 2º 3º 00/08/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

Veículo com Restrição RENA 0

CAMPINA GRANDE-PB 03/09/2019

33375 1451480

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 015099907729 BILHETE DE SEGURO DPVAT

LEIA O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
CAC DPVAT 0000 022 1204

2019 03/09/2019

05639741414 OFD8106/PB

00484488570 HONDA/XRE 300

2012 9C2ND0910CR016379

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO

SEGURO LIDER - DPVAT

CNPJ 08.242.802/301-04

1451480-1151351-20190903

