



Número: **0800375-21.2018.8.15.0041**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **Vara Única de Alagoa Nova**

Última distribuição : **05/09/2018**

Valor da causa: **R\$ 13500.0**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	ISRAEL DE SOUZA FARIAS
AUTOR	WAGNER DAMIAO DE SOUZA
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
16396715	05/09/2018 00:54	DOCUMENTOS.	Outros Documentos
16396716	05/09/2018 00:54	Procuração	Procuração
16396717	05/09/2018 00:54	Pront. João XXIII	Outros Documentos
16396718	05/09/2018 00:54	Pront. João XXIII.	Outros Documentos
16396719	05/09/2018 00:54	pront.....	Outros Documentos
16396722	05/09/2018 00:54	pront...	Outros Documentos
16396724	05/09/2018 00:54	pront..	Outros Documentos
16396725	05/09/2018 00:54	pront.	Outros Documentos
16396727	05/09/2018 00:54	pront	Outros Documentos
16825913	26/09/2018 12:46	Despacho	Despacho
18624492	14/01/2019 11:07	Expediente	Expediente

Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **WAGNER DAMIAO DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180278744**
Vítima: **WAGNER DAMIAO DE SOUZA**
Data do Acidente: **17/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ISRAEL DE SOUZA FARIAS**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180278744**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00675/00676 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12990934

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 WAGNER DAMIAO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 2811250 SSP PB

CPF
 071.631.464-93 DATA NASCIMENTO
 09/06/1986

FORMAÇÃO
 DAMIAO BERTOLDO DE
 SOUZA
 CACILDA RICARDO DE
 SOUZA

Nº REGISTRO
 05120240350

PERMISSÃO
 ACC CALHAIA
 AC

VALIDADE
 17/02/2022

1ª HABILITAÇÃO
 11/01/2011

OBSERVAÇÕES

LOCAL
 CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
 21/02/2017

17391153335
 PB033981582

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1410676796

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1410676796

Jussara Damiano da Silva
ASSISTENTE SOCIAL
CRESS/PB 3492

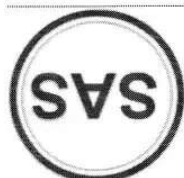
Declaramos para os devidos fins de direito que o **Sr. Wagner Damião de Souza** portador do **RG: 2811250 SSP/PB** e **CPF: 07163146493** esteve internado neste nosocômio no período de 24 a 25 de Fevereiro de 2018 para realização de procedimento cirúrgico. No ato da internação a recepcionista de plantão admitiu o paciente com erro em seu, estando nos registros de prescrição medica o nome **Wagner Daniel de Souza**.

DECLARAÇÃO

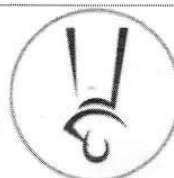
Campina Grande, 14 de Março de 2018.

07.678.950/0001-19

atendimento@hospitaljoao23.com.br



Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saúde





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS -
R. Raimundo Nonato de Araujo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9319



OCCORRÊNCIA Nº 000418/18

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000418/18 registrada em 20/04/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte dias do mês de abril do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - CG, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 09:26 horas, compareceu o Sr. WAGNER DAMIÃO DE SOUZA, com 31 anos de idade, filho de DAMIÃO BERTOLDO DE SOUZA e CACILDA RICARDO DE SOUZA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de PARAIBA - PB, Casado, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 2811250, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 07163146493, residindo à rua LOTEAMENTO FREI DAMIÃO, S/N, bairro CENTRO, na cidade de ALAGOA NOVA - PB.

Declarou que:

Informa o declarante, que na manhã do dia 17.02.2018, estava trafegando por uma estrada vicinal localizada no Sítio Angelim, área rural de Alagoa Nova/PB, conduzindo o veículo tipo FIAT/UNO MILLE ECONOMY, ano/modelo 2012/2013, de cor branca, chassi nº 9BD15802AD6783759, de placas HKQ-9889/PB, licenciado em nome de Jonas Pereira, quando nas proximidades do Engenho Macaíba perdeu o controle de direção, saiu da estrada e capotou várias vezes, sendo jogado para fora do veículo, caindo em um riacho, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, os Policiais Militares do BPTRAN não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o boletim de acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o declarante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou fé.

Campina Grande, Sexta-feira, 20 de Abril de 2018

WAGNER DAMIÃO DE SOUZA

Declarante

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante:

Sr. Wagner Domício de Souza,
brasileiro, Casado, Agricultor,
portador(a) RG nº 2833250, CPF nº
073633464-83, residente e domiciliado(a)
no(a) Coteamento Frei Domício nº 5/N -
Centro, Alagoa Nova - PB; E-mail:

Outorgado:

ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB/PB sob nº 25.670, com escritório profissional na Rua Manoel Araújo, nº 70, Centro, Alagoa Nova-PB, CEP: 58125.000, Endereço Eletrônico: israelfariasadv@gmail.com, fone: (83) 98116.7741, (83) 99631.8671;

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu bastante procurador o advogado supra, a quem confere amplos e gerais poderes para o foro em geral com a cláusula "ad Judicia", conforme art. 38 parte final do CPC, **COM FIM ESPECIAL DE ENTRAR NA JUSTIÇA COMUM COM AÇÃO DE COBRANÇA PARA FINS DE RECEBIMENTO DO SEGURO DPVAT**. Podendo o outorgado, confessar, assinar, desistir, propor acordo, receber intimações, dar quitações, transigir, apresentar réplica, oposições, firmar, apresentar recurso e contra razões, e ainda requerer seguro de vida, junto bem como, substabelecer esta com ou sem reservas de poderes, podendo e acompanhar todo processo até o final do julgamento, representado ainda o outorgante, para fins dos dispostos dos artigos 447 e 448 do Código de Processo Civil, podendo finalmente, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. **Os honorários advocatícios, em não havendo contrato que os regule, serão pagos a base de 30% (trinta por cento), sobre o valor da condenação final, apurado em liquidação de sentença, sem prejuízo dos honorários de sucumbências, conforme aqui pactos através do presente Instrumento.**

Alagoa Nova /PB, 17 / 08 /2018.

Wagner Domício de Souza
OUTORGANTE

*Isento de reconhecimento de Firma, em face da Lei 8.952 de 13/12/1994, que dá nova redação ao artigo 38 do CPC.

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Por este instrumento particular de CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS, figurando como CONTRATANTE,

Wagner Domício de Souza,
brasileiro, solteiro, empresário; portador(a) do RG
nº 2833250, CPF nº 071631464-93, residente e
domiciliado(a) no(a) loteamento Frei Domício nº
51N - Centro, Alagoa Nova - PB;

E como CONTRATADO, o ADVOGADO, O Bel **ISRAEL DE SOUZA FARIAS**, brasileiro, inscrito na OAB/PB sob nº 25.670, com escritório profissional na Rua Manoel Araújo, nº 70, Centro, Alagoa Nova-PB, CEP: 58125.000, Endereço Eletrônico: israelariasadv@gmail.com, fone: (83) 98116.7741, (83) 99631.8671, têm entre si, justo e contratado, o que mutuamente aceitam e outorgam, mediante as cláusulas e condições seguintes:

1 - DO SERVIÇO JURÍDICO: O CONTRATADO, em face do presente instrumento contratual obriga-se a IMPETRAR NA JUSTIÇA COMUM, AÇÃO DE COBRANÇA PARA FINS DE RECEBIMENTO DE SEGURO DPVAT face a sinistro de trânsito;

2 - DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS: Pelos serviços prestados e especificados na cláusula 1, o CONTRATADO, receberá a título de honorários, 30% (TRINTA POR CENTO), sobre o valor bruto da condenação final, apurado em liquidação de sentença, sem prejuízo dos honorários de sucumbências (nos termos do art. 23 do EOAB, Lei 8.906/94), conforme aqui pactos através do presente instrumento.

3 - DA AÇÃO JUDICIAL IMPETRADA: Fica estabelecido que, iniciados os serviços especificados na cláusula 1, são devidos os honorários contratados por completo neste instrumento, ainda que em caso de desistência por parte do CONTRATANTE, ou se for cassado o mandato do CONTRATADO sem sua culpa, ou ainda, por acordo do CONTRATANTE com a parte contrária, sem a devida aquiescência do CONTRATADO, podendo este exigir os honorários de imediato.

Parágrafo Primeiro: Fica estabelecido que em caso de serviços de cobrança ou de execução, ou ainda de qualquer outra natureza, em que o CONTRATADO receba verba ou importância em nome do CONTRATANTE, este desde já, autoriza àquele, descontar os honorários advocatícios, da verba ou importância recebida, ficando obrigado o CONTRATADO a reembolsar o CONTRATANTE no valor correspondente ao saldo remanescente.

4 - DISPOSIÇÕES GERAIS: O presente contrato, com natureza de título executivo-extrajudicial, nos termos do art. 585, inciso II do Código de Processo Civil, obriga as partes e seus herdeiros e sucessores em todas as obrigações aqui assumidas;

5 - DO FORO DE ELEIÇÃO: As partes elegem o Foro da Comarca de Alagoa Nova-PB, como o competente para dirimir quaisquer dúvidas e/ou divergências que porventura venham a ocorrer em virtude do cumprimento do presente contrato, em detrimento de qualquer outro por mais privilegiado que se configure.

E, por estarem, assim, justos e contratados, firmam o presente instrumento, ASSINAM, na presença das testemunhas abaixo assinadas, que a tudo assistem.

Alagoa Nova - PB, 17/ 08 / 2018.

CONTRATANTE: Wagner Domício de Souza
CONTRATADO: _____

TESTEMUNHAS: _____

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Wagner Damiano de Souza,
brasileiro(a), casado, agricultor, portador(a)
de RG n.º 2243250, CPF n.º 073631464-83,
residente e domiciliado(a) na
Loteamento Frei Damiano, n.º S/N,
Centro, Município de Alagoa Nova - PB,
declaro, nos moldes do art. 1.º da Lei n.º 7.115, de 29 de agosto de 1983, com a
finalidade de obtenção do Benefício da Justiça Gratuita, conforme dispõe o
art. 4.º da Lei n.º 1.060/50, que minha situação econômica não me permite
pagar custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízos do meu
sustento próprio e da minha família.

Alagoa Nova /PB, 17 de 08 de 2018.

Wagner Damiano de Souza
Declarante

PACIENTE		MATERIAL DESCARTÁVEIS POSTO 100		
NOME DO PACIENTE		MANHA	TARDE	NOITE
MATERIAIS		AUDITOR		
Frasco para dente				
Agulha de insulina				
Agulha desc. p/glicemia				
Algodão Ortopédico				
Bolsa de colostomia				
Bureta (microfix)				
Cateter nasal				
Coletor de urina (sist. Fechado)				
Coletor de urina (para incont. Masculina)				
Equipo de Macrogotas				
Equipo de Microgotas				
Equipo de PVC (prevonfix)				
Equipo Fotosensível (branco/Laranja)				
Espadrapo				
Faixa Crepon (10cm)				
Faixa Crepon (15cm)				
Tira p/glicemia Advantage II				
Gaze (pacote)				
Intracath				
Jelco (angiocath)				
Luva esteril				
Luva Procedimento				
Micro pore				
Scalp 19,021 e 23				
Seringa descartável (3ml)				
Seringa descartável (5ml)				
Seringa descartável (10 ml)				
Seringa descartável (20 ml)				
Seringa de insulina				
Sonda Enteral				
Sonda Foley				
Sonda nasogástrica				
Sonda Retal				
Sonda uretral				
Torneira de 3 vias				
Água oxigenada (curativo/lavagem)				
Vaselina				
Soro fisiológico (para curativo)				
Xilocaina Gel (p/sonda)				
Xilocaina (p/sonda p/ passar cateter)				
Tubo endotraqueal nº				
Fio de Sutura nº				
Fio para tubo				
Faixa p/tubo				
Outros				

Num. 16396717 - Pág. 2

2.10.10

FICHA DE ANESTESIA

DR. VANESSA SILVA
CRM-PB 6536

Nome: Wagner Duarte da Silva Idade: 31 Sexo: ☒ M ☐ F
 Apto: ☐ Ent: ☐ Uti: ☐ LUT: ☐ Peso: 70kg

CONVÊNIO: Particular HOSPITAL: COOP XPM DATA: 24/02/15

COD. USU: 00 Nº DOC: 00

AV. PRÉ-ANESTÉSICA: Doenças Anteriores: N Drogas em uso: N
 Ing. Alimentar: Sim Tabagismo: N Etilismo: N Alergia: N
 Ap. Cardio-Vascular: N Ap. Respiratório: N Outros Dados: N

PRE-ANESTÉSICO: HORA: 11:30 VIA: IV

DIAG. PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de fêmur e (osteossintese)

OPERAÇÃO: 1) Abertura da ferida e
2) Osteossintese

CIRURGIÃO: Dr. Farias 1º AUX.: Dr. Farias 2º AUX.: Dr. Farias

EXAMES LAB: HEMOGLOBINA: 12.2 HEMATÓCRITO: 38.0 TS: 0.08 TC: 0.08 GRUPO SANG.: O+ LEUCÓCITOS: 10.000 PLAQUETAS: 200.000 GLICOSE: 100 CREATININA: 0.8 UREIA: 10 SÓDIO: 135 POTÁSSIO: 4.0 OUTROS: N

OXIMETRIA: Anest. (X) ☒ Monitoração ☒ ECG ☒ Esfigmomanômetro ☐ Estetoscópio esofágico ☐ Estetoscópio precordial ☐ Cateter venoso central

LIQUIDOS: A - Soro Glic. 5%: 1 B - Soro Fisológico: 1 C - Ringer: 1 D - Soro Total: 1 E - Conc. de Hemácias: 1 F - Outros: N

INDUÇÃO: Sonda N.º: 20 Sonda N.º: 20 Sonda N.º: 20 Sonda N.º: 20

BLOQUEIOS: RAQUI: Sim PÉRIODICA: Sim SIMPLES: Sim CONTÍNUA: Sim Caudal: Sim Intercostal: Sim Outros: N

PROG. UTILIZADAS: 1 - Fluoroscopia 2 - Fluoroscopia 3 - Fluoroscopia 4 - Fluoroscopia 5 - Fluoroscopia 6 - Fluoroscopia 7 - Fluoroscopia 8 - Fluoroscopia 9 - Fluoroscopia 10 - Fluoroscopia 11 - Fluoroscopia 12 - Fluoroscopia 13 - Fluoroscopia 14 - Fluoroscopia 15 - Fluoroscopia 16 - Fluoroscopia 17 - Fluoroscopia 18 - Fluoroscopia 19 - Fluoroscopia 20 - Fluoroscopia 21 - Fluoroscopia 22 - Fluoroscopia 23 - Fluoroscopia 24 - Fluoroscopia 25 - Fluoroscopia 26 - Fluoroscopia 27 - Fluoroscopia 28 - Fluoroscopia 29 - Fluoroscopia 30 - Fluoroscopia

Observações: N

Transfêrindo para: N

TOTAL: N

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: ISRAEL DE SOUZA FARIAS
 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=1809050052065590000015978684
 Número do documento: 1809050052065590000015978684



NOME DO PACIENTE:	Vagner D. de Souza			Prontuário:
Data da Operação:	23/02/18	Enf.:	Leito:	
Operador:	Dr. F. Borborema	1º Auxiliar:		
2º Auxiliar:		3º Auxiliar:	Instrumentador:	
Anestesista:	Dr. A. V. V. V.	Tipo de Anestesia:		
Diagnóstico pré-operatório:	# 1234 5678			
Tipo de Operação:	24 56 78 90			
Diagnóstico Pós Operatório:	0 0 0 0			
Relatório Imediato do Patologista:				
Exame Radiológico no Ato:	OK OK			
Acidente durante a Operação:				

Descrição da Operação

Vias de Acesso – Tática e Técnica –Ligadura- Drenagem-Sutura-Material empregado - AspectoVisceras

- 1) Anestesia + ant coagulação
- 2) Aberto lat. cava
- 3) 12 pontos planos + histologia
- 4) Red. fucina
- 5) Tese 11 + placa 4.5 + 120 pontos
- 6) Sot. Plan + Curvatura

Dr. F. F. Borborema
CRM-PB: 5395
CRM-PE: 14654
SBOT: 9876

Dr. F. F. Borborema
CRM-PB: 5395
CRM-PE: 14654
SBOT: 9876



Campina Grande, 14 de Março de 2018.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **Sr. Wagner Damião de Souza** portador do **RG: 2811250 SSP/PB** e **CPF: 07163146493** esteve internado neste nosocômio no período de 24 a 25 de Fevereiro de 2018 para realização de procedimento cirúrgico. No ato da internação a recepcionista de plantão admitiu o paciente com erro em seu, estando nos registros de prescrição medica o nome Wagner Daniel de Souza.


Jussara Fátima da Silva
ASSISTENTE SOCIAL
CRESS/PB 3492



ATENDIMENTO 62878	PRONTUÁRIO 34249	NOME DO PACIENTE WAGNER DANIEL DE SOUZA	DT NASCIMENTO 09/06/1986
RG/IDENTIDADE 2811250 SSP PB	CPF 7163146493	RESPONSÁVEL WGNER DANIEL DE SOUZA	
ENDEREÇO COMPLETO RESIDENCIAL : R EUNIDIS LEITE CENTRO CAMPINA GRANDE ;			TELEFONES RES:981595167 - TRAB:
DATA/HORA ENTRADA 24/02/2018 10:09	DATA/HORA SAÍDA 25/02/2018 15:00	CONVÊNIO PACOTE	PLANO ENFERMARIA
GUIAS AUTORIZADAS GUIA : INTERNACAO;GUIA : PACOTE		MÉDICO FIDIAS GOMES FERREIRA BORBOREMA	CARTÃO/CARTEIRA COBRANÇA 87852
		ACOMODADO POSTO 100 - APTO 108/ LEITO 1	

DATA : 24/02/2018

CIRURGIAS (RECEPÇÃO EMERGÊNCIA / ELETIVA - CNV)

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANTIDADE	VL UNITÁRIO	VALOR
60070020	FRATURA FEMUR	1.0000	1,500.00	1,500.00
	FIDIAS GOMES FERREIRA BORBOREMA (CIRURGIAO) (H)		1,500.00	
TOTAL DE CIRURGIAS (RECEPÇÃO EMERGÊNCIA / ELETIVA - CNV) :				1,500.00
TOTAL DATA : 24/02/2018 :				1,500.00
SUB-TOTAL DA CONTA :				1,500.00
TOTAL DE TAXA DE SERVIÇO :				0.00
TOTAL DA CONTA :				1,500.00

26/02/18

[Assinatura]

R47CCD



62878

Prontuário	Nome do Paciente	Nascimento	Idade	Sexo	Cor	Naturalidade	Religião
34249	WAGNER DAMIAO DE SOUZA	09/06/1986	31	M			1-CATOLICA
Estado Civil	CPF	RG	Grau de Instrução	Profissão			
	71.631.464-93	2811250 SSP PB					
Filiação	Mãe: CACILDA RICARDIO DE SOUZA	Pai:					
Endereço	REUNIDIS LEITE, - CENTRO, CAMPINA GRANDE-PB CEP:	Complemento	Endereço				

Atendimento	Data/Hora Atend.	Data/Hora Prev.	Sector	Tipo Atendimento
62878	24/02/2018 10:09	26/02/2018 10:00	121710-RECEPÇÃO EMERGÊNCIA / ELETIVA - CNV	5-INTERNAÇÃO CIRURGICA
Médico Atendente				Motivo Atendimento
331414-FIDIAS GOMES FERREIRA BORBOREMA				4-INTERNAÇÃO/URGÊNCIA
Plano / Convênio		Nº Carteira	Validade	Nº CNS
13-PACOTE/1-ENFERMARIA				
Posto		Acomodação	Leito	
Guia				
INTERNAÇÃO	Procedimento			
	9699666 INTERNAÇÃO : 60070020 ORTO - FRATURA FEMUR			



34249

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Paciente (ou responsável), Sr(a) WAGNER DAMIAO DE SOUZA, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente _____ CRM _____, Estado do(a) PB, para realizar as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestésias, transfusões de sangue, ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instituições que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a imprevistos oriundos da eventualidade ou da não observância das orientações médicas.

Estou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico abaixo.

Responsável: WAGNER DANIEL DE SOUZA
Endereço: R EUINIDIS LEITE, Bairro CENTRO, CAMPINA GRANDE-PB
Telefone: 981595167

ROSANA FERREIRA DOS SANTOS
Responsável pelo Atendimento

WAGNER DANIEL DE SOUZA
Responsável pelo Paciente

CAMPINA GRANDE 24 de Fevereiro de 2018

R43101



SISTEMA DE ASSIST. SOCIAL E DE SAÚDE HOSPITAL JOÃO XXIII
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 34249	Paciente: WGNER DANIEL DE SOUZA		
Cor:	Sexo: MASCULINO	Nascimento: 09/06/1986	Idade: 31
Estado Civil:	CPF: 71.631.464-93	RG: 2811250 SSP PB	
Naturalidade:	Profissão:		
Filiação: CASILDA RICARDIO DE SOUZA			
Endereço: R. EUNIDIS LEITE, Nr. , CENTRO, CAMPINA GRANDE - PB CEP:			
Fone Residencial: 981595167	Fone Trabalho:	Celular:	

DADOS DO ATENDIMENTO

Admissão: 62878	Data: 24/02/2018	Hora: 10:9	Setor: 121710 - RECEPÇÃO EMERGÊNCIA / ELETIVA - CNV
Médico: FIDIAS GOMES FERREIRA BORBOREMA - CRM 5395			

DADOS DO CONVÊNIO

Convênio / Plano: PARTICULAR / PARTICULAR

Nº. Carteira/C.N.S.:

Validade:

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto: POSTO 100
Acomodação: 121818 POSTO 100 - APTO 108
Leito: 1

INTERNANTE

Nome: WGNER DANIEL DE SOUZA
RG: 2811250 SSP PB
Endereço: R. EUNIDIS LEITE, Nr. , CENTRO, CAMPINA GRANDE - PB CEP:
Fone Residencial: 981595167
Fone Trabalho:
Celular:
Parentesco: SEGURADO
CPF: 071.631.464-93

TERMO DE RESPONSABILIDADE

No caso de paciente admitido por convênio, o internante se responsabiliza por todas as despesas não incluídas no convênio.
Nos internamentos particulares, o internante se responsabilizará por todas as despesas de internação (diárias, medicação, exames, honorários médicos, etc...).

gerlane goncalves s. souza
Assinatura do Internante

ALTA

Motivo:

☐ TRANSFERÊNCIA
☐ MÉDICA
☐ A PEDIDO
☐ ÓBITO

Fortaleza, ____/____/____

Assinatura do Responsável (RG/CPF)



r4310i_lar



RUA NILO PEÇANHA 83, PRATA, CAMPINA GRANDE-PB CEP: 58.400515

Fone: (83) 21022323 Fax: (83) 33218756
E-mail: andrea@sistemadesaude.org.br

Operador Responsável: ROSANA FERREIRA DOS SANTOS Data/hora: 24/02/2018 10:03:56

EVOLUÇÃO	
24/6	Amo P. adu. 11 78 em # de juiz
	Dr. Edias G. F. Borborema CRM-PB: 5395 CRM-PE: 14654 SBOT: 9876
23/12/18	Amo Amo Et. 1000 After 100 P/ 14/16
	Dr. Edias G. F. Borborema CRM-PB: 5395 CRM-PE: 14654 SBOT: 9876

 Centro Hospitalar João XXIII SISTEMA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DE SAÚDE				IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Nome <i>Wagner O. de Souza</i> Convênio N° de Atendimento <i>Fidias G. F. Borborema</i> CRM-PB: 5595 CRM-PE: 14654 SBOT: 9076	
SOLICITAÇÃO PROVISÓRIA DA ENFERMAGEM					
DE ACORDO COM A PRESCRIÇÃO MÉDICA ANTERIOR N°					
N° 006121		Data 25/02		Hora	
QUANTIDADE		PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM		HORÁRIO	
1	D. Lenele				
2	Tilatil 40 cu				
3	Diphen 1 gr cu 6/6 h		11:10		
4	Clindamicina 600 cu 6/6 h		11:10		
5	Amel pep 40 cu 1x dia				
6	5for 1 - 1000ml		08:1		
7	Oxamun 06 - 1FR cu 8/8 h				
	30 min antes de tomar				
8	Trommel 200 + 200 - 2 5for 1 cu 8/8 h				
9	Oxamun 40 (2) 1x dia				
10	RETIRAR DRENO + TROCAR CURATIVO		10:1		
INICIA A DESMAME SÓDA JESKAL RETIRAR MÊD. DIA.					
Esta medicação foi autorizada por Dr(a) <i>Alto</i> às <i>14 HS</i> hs, do dia <i>1</i> / <i>1</i> e deverá ser transcrita posteriormente para a prescrição médica.					
Assinatura e Carimbo do(a) Enfermeiro(a)				Destino	
				Recebido por	

 Centro Hospitalar João XXIII SISTEMA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DE SAÚDE				IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Nome <i>Wagner O. de Souza</i> Convênio <i>Particular</i> N° de Atendimento	
SOLICITAÇÃO PROVISÓRIA DA ENFERMAGEM					
DE ACORDO COM A PRESCRIÇÃO MÉDICA ANTERIOR N°					
N° 006120		Data 24/02		Hora	
QUANTIDADE		PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM		HORÁRIO	
1	D. grande ops q. anestesica		OK		
2	5for 1 - 2000ml		18:01		
3	Clindamicina 600 cu 6/6 h		18:01		
4	Diphen 1 gr cu 6/6 h		18:01		
5	Tilatil 40 cu 1x dia		18:1		
6	Amel pep 40 cu 1x dia		06:1		
7	Oxamun 06 - 1FR cu 8/8 h				
	30 min antes de tomar		14:30		
8	Trommel 200 + 200 - 2 5for 1 cu 8/8 h		15:00		
9	Branco 3mg - 01 (2) muito		22:1		
10	Clindamicina 40 (2) 1x dia		22:1		
11	5for 1 + 2000				
Esta medicação foi autorizada por Dr(a) <i>Dr. Fidias G. F. Borborema</i> às <i>14 HS</i> hs, do dia <i>1</i> / <i>1</i> e deverá ser transcrita posteriormente para a prescrição médica.					
CRM-PB: 5595 CRM-PE: 14654					

DATA:	HORAS:	EVALUAÇÃO (ASS. DO T.C. DE ENFERMAGEM + CARIMBO)
28.08.18	20:00	Paciente consciente e Orientado, pós de sutura de fêmur, com SVD e diurese de 800ml, mantendo venoclise, medicado conforme prescrição médica, aceito dieta, eliminado 800ml de diurese e exige os cuidados de enfermagem.
25.08	10:00	Pac. P.O. Evidu. Com quadro clínico estável. <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Uma vez mais, estado de saúde estável, com SVD e diurese de 800ml, mantendo venoclise, medicado conforme prescrição médica, aceito dieta, eliminado 800ml de diurese e exige os cuidados de enfermagem.</p> <p><i>Claudia Nunes Gomes</i> T.C. DE ENFERMAGEM COREN-PB 480294</p> </div> <div> <p><i>Patricia de Sousa</i> T.C. DE ENFERMAGEM COREN-PB 1134655</p> </div> </div>
		<p><i>Claudia Nunes Gomes</i> T.C. DE ENFERMAGEM COREN-PB 480294</p> <p><i>Claudia Nunes Gomes</i> T.C. DE ENFERMAGEM COREN-PB 480294</p>
25.08	14:00	Paciente de P.O. Evidu. Consciente e Orientado, pós de sutura de fêmur, com SVD e diurese de 800ml, mantendo venoclise, medicado conforme prescrição médica, aceito dieta, eliminado 800ml de diurese e exige os cuidados de enfermagem.
		<p><i>Patricia de Sousa</i> T.C. DE ENFERMAGEM COREN-PB 1134655</p> <p><i>Claudia Nunes Gomes</i> T.C. DE ENFERMAGEM COREN-PB 480294</p>



GOVERNO
DA PARAIBA

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

Diagnóstico

Dr. Diágora Farias

ORTOPEDIA 1

LEITO 1-4

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Wagner Farias, 31	Alojamento		Leito		Convênio		LEITO 1-4
----------	-------------------	------------	--	-------	--	----------	--	-----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
21/2	1 DIETA LIVRE		
	2 SFO, 9% 1500ML EV 24H	14:30	H = DIH
	3 CEFTRIAXONA 1G + ABD EV 12/12H (Suspenso)		BEG, estavel, s/d. deformos,
	4 TRAMAL 100mg + SFO, 9% 100ml EV 8/8h SN	SN	S. queixas
	5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN	SN	Durante (+) curac. (P)
	6 OMEPRAZOL 40MG + ABD EV 12/12H	14:30	
	7 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H		
	8 CLEXANE 40MG SC 1xDIA		
	9 MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H		
	10 CURATIVO DIÁRIO		
	11 SSV+CCGG		
12	Discharge Day 14 y 16 à noite.	14:30	CH: VPM
13			Aguardar cirurgia.
14			

Wagner Farias
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 116907

Wagner Farias
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 116907

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
21-02-18	13:00	36	2	-	120		<p>Portante, levante</p> <p>realizado limpeza</p> <p>no trocas e</p> <p>regue os</p> <p>cuidados de</p> <p>enfermagem.</p> <p>Enke Dullis: 3 páginas</p> <p>RECUPERAÇÃO ENFERMAGEM</p> <p>LUMEN: 08/001171690</p>	
21-02-18	21:00				520			

ORTOPEDIA 1

LEITO 1-4

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FX DIÁFISE FÊMUR E

Paciente	WAGNER DAMIÃO DE SOUZA, 31
----------	----------------------------

Alojamento

Leit

Convênio

LEITO 1-4

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
22/2	1 DIETA LIVRE		
	2 SFO,9% 1500ML EV 24H		
	3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H		
	4 TRAMAL 100mg + SFO,9% 100ml EV 8/8h SN		
	5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN		
	6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEIUM		
	7 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H		
	8 CLEXANE 40MG SC 1X/DIA		
	9 DIAZEPAM 10MG 1 CP VO A NOITE SE INSONIA		
	10 MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H		
	11 SSVV+CCGG		
	12		
	13		
	14		

Willy de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/SP 149907

Willy de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/SP 149907

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
22.02	08h	36 ⁴⁰			110x80		Paciente em Vencelase	
2018							medicado conforme presc- exatão médica, dando banho no local, realizando curativo no MTE mantendo as trocas O mesmo evolui bem Guixas no membro, aguçado procedimento emergencial Kátia	
							Paciente medicado	
							conforme prescrição	
							medico, evolui bem	
							Guixas no membro	
							Kátia	



GOVERNO
DA PARAIBA

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

Diagnóstico

ORTOPEDIA 1

LEITO 1-4

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente **WAGNER DAMIÃO DE SOUZA, 31**

Alojamento

Leito

Convênio

LEITO 1-4

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
23/2	1 DIETA LIVRE		
	2 SF0,9% 1500ML EV 24H		
	3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H		
	4 TRAMMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8h SN		
	5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN		
	6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEIUM		
	7 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H		
	8 CLEXANE 40MG SC 1xDIA		
	9 DIAZEPAM 10MG 1 CP VO A NOITE SE INSONIA		
	10 MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H		
	11 SSV+CCGG		
	12		
	13		
	14		

Wagner de Souza
ORTOPEDIA
CRANIO

Wagner de Souza
ORTOPEDIA
CRANIO

At: VPM
Atividade cirúrgica

BEG, estavel, S/d. deformidade,
SI quadras.
Diversa (+ curc. @)

4º DIA

FX DIÁFISE FÊMUR E



TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do tratamento,
comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado Gerlane Gonçalves dos Santos Souza ^{R.G. 3.521.596}
pessoa responsável pelo doente Wagner Alcântara de Souza
reconhece que o mesmo deixou o Hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento, assumindo
inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, 24 de fevereiro de 2019.

Gerlane Gonçalves dos Santos Souza
Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do Hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou qualquer
outro membro do Hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

MOD. 042



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	W	A	G	N	E	R		D	A	M	I	Ã	O		D	E			PRONTUÁRIO:
	S	O	U	Z	A														
IDADE:	SEXO		COR:		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF.:		LEITO:						
31	M	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>									

DADOS CLÍNICOS:

Trauma de face

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx de face } AP de mandíbula;
 } Perfil;
 } lateral oblíqua @;

Des. Paciente
fratura de
fêmur se fei
Foto 047

URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	Carimbo e Assinatura do Médico
DATA: 27/02/18	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

MOD. 002



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Wagner Damiano de Souza										PRONTUÁRIO:
IDADE:	31	SEXO:	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	COR:	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:	

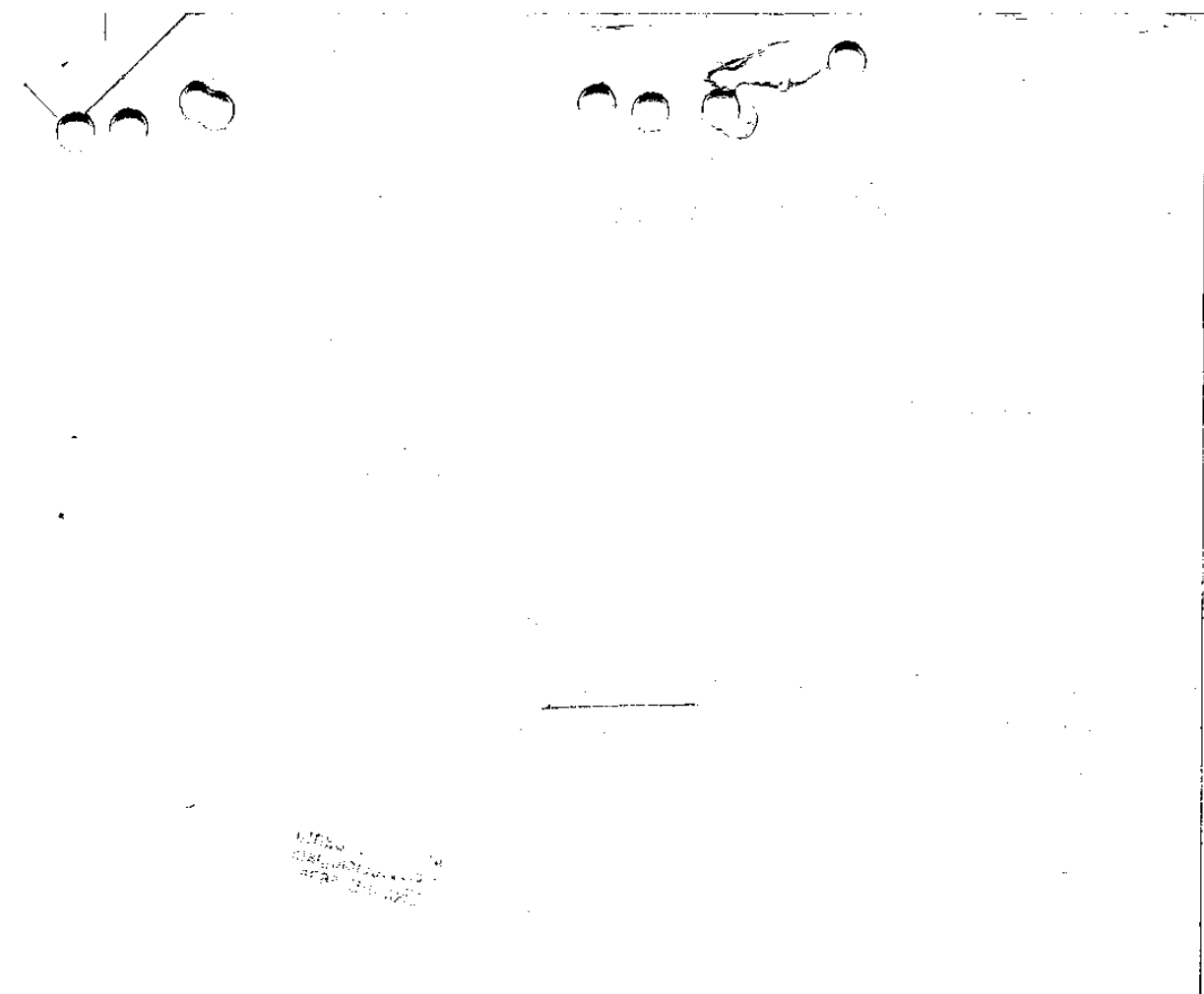
DADOS CLÍNICOS:
Policitemia

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:	
Rx cervical AP	Rx de punha (E) AP
Rx torax AP	Rx coluna lombar AP
Rx bacia AP	

URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	Carimbo e Assinatura do Médico
DATA: 17/02/18	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

MOD. 002





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Wagner Damiano de Souza										PRONTUÁRIO:			
IDADE:	31		SEXO:	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	COR:	B <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

Politrauma

MATERIAL A EXAMINAR:


EXAMES SOLICITADOS:

USG Fast de abdome

URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	Jocelino S. Dantas Coloproctologista CRM-PB 5635
DATA: 17/02/18	HORA DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo e Assinatura do Médico		

MOD. 002

20090500523360300000015978689
20090500523360300000015978689
20090500523360300000015978689

		SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CAMPINA GRANDE - PARAIBA
PACIENTE:	WAGNER [assinatura]	
DATA DO EXAME:	17/02/2018	

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.


ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.

Não foram evidenciadas lesões viscerais relacionadas ao trauma.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.



Dr. Raiff Ramalho Cavalcanti
Médico Radiologista
CRM-PB: 6320



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): WAGNER DAMIAO DE SOUZA Protocolo: 0000386880 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): EDUARDO N CAMPOS Data: 17-02-2018 16:59 Origem: AREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 31 anos Destino: AREA AMARELA

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 17/02/2018 17:35]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.53 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	14,9 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	45 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	99 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	33 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	15.100 /mm ³	5.000 à 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	5,0	755
Segmentados.....	73,0	11.023
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	20,0	3.020
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	2,0	302
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	233.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Ana Cássia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

Emissão : 17/02/2018 17:55 - Página 1 de 2





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): WAGNER DAMIAO DE SOUZA Protocolo: 0000386880 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): EDUARDO N CAMPOS Data: 17-02-2018 16:59 Origem: AREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 31 anos Destino: AREA AMARELA

TEMPO DE SANGRAMENTO 1'30''

[DATA DA COLETA: 17/02/2018 17:36]

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULACAO 9'00'' min

[DATA DA COLETA: 17/02/2018 17:36]

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos


Ana Cássia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

Emissão : 17/02/2018 17:55 - página 2 de 2





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): WAGNER DAMIAO DE SOUZA Protocolo: 0000386880 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): EDUARDO N CAMPOS Data: 17-02-2018 16:59 Origem: AREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 31 anos Destino: AREA AMARELA

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 17/02/2018 17:35]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.53 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	14,9 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	45 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	99 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	33 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	15.100 /mm ³	5.000 à 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos	0	0
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	5,0	755
Segmentados.....	73,0	11.023
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	20,0	3.020
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	2,0	302
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	233.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Ana Cássia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

Emissão : 17/02/2018 17:55 - Página 1 de 2





BOLETIM DE ENFERMAGEM							
NOME: Wagner Demônio de Sousa							
IDADE:	31	SEXO:	M	F	DATA DE NASCIMENTO:	09/06/86	às : h
SETOR:	Amarela	LEITO:	89				
DIAGNÓSTICO MÉDICO: Ortopedia							
ALERGIAS:	SIM	NÃO	X	QUAIS:			
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM	NÃO	X	QUAIS:			
DOENÇA CRÔNICA:	SIM	NÃO	X	QUAIS:			
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM	NÃO	X	LOCAL:			
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO	NORMOPOTENSO	X	HIPERTENSO			
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE	INCONSCIENTE		ORIENTADO			
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO	TAQUIPÊNICO		EUPNEÚICO			
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL	POLÚRIA		OLIGÚRIA			
	DUSÚRIA	CISTOSTOMIA		ANÚRIA			
MOBILIDADE:	DEÂMBULA	DEÂMBULA C/ APOIO		ACAMADO			
	TETRAPLEGIA	HEMIAPLEGIA		PARESIA			
SIST. GAS. ROINTEATINAL: (DIETA)	VO	SNG		SNE			
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO	DESNUTRIDO		OBESO			
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM							
RISCO DE QUEDA				CD/FR:			
RISCO DE ASPIRAÇÃO				CD/FR:			
X RISCO DE INFECÇÃO				CD/FR:	AVP em MSE Gelco Solu 700		
X RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal				CD/FR:			
RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL				CD/FR:			
RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	RETENÇÃO URINÁRIA			CD/FR:			
RISCO DE SANGRAMENTO				CD/FR:			
NÁUSEA				CD/FR:			
DOR AGUDA	DOR CRÔNICA			CD/FR:			
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ				CD/FR:			
MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA				CD/FR:			
DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	ALIMENTAR-SE PARA BANHO			CD/FR:			
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA				CD/FR:			
RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA				CD/FR:			
RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO				CD/FR:			
				CD/FR:			
				CD/FR:			
				CD/FR:			
				CD/FR:			
Marcella Rosado de Sá				CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
ENFERMEIRO COREN				FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL							
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM				APRAZAMENTO	ASSINATURA		
X MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.				8/18 hrs	H		
REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.							
ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.							
INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.							
AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUÍDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).							
ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.							
POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.							
MANter a cabeça do paciente lateralizada, quando recomendado.							
X MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA.				sempre	H		
X ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.				continua	H		
REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS REPOSTAS DO PACIENTE				sempre	H		

MOD 125

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Wagner Damiano de Souza</u>			
IDADE: <u>35</u>	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: <u>/ /</u> às <u>:</u> h	
SETOR: <u>Amarela</u>		LEITO: <u>9</u>	
DIAGNÓSTICO MÉDICO:			
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/> TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/> EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/> BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DUSÚRIA <input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
	DEÂMBULA <input type="checkbox"/> DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/> ACAMADO <input checked="" type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>		
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VG <input checked="" type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/>		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>		
DADOS VITAIS:	PA: T: FR: FC: PESO:		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA		CD/FR: <u>Fratura de Fêmur</u>	
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> NÁUSEA		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ		CD/FR:	
<input checked="" type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO		CD/FR:	
		CD/FR:	
		CD/FR:	
		CD/FR:	
		CD/FR:	
<p><u>Raquel dos Anjos Cunha</u> ENFERMEIRA COREN 357.347 ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL</p>		<p>CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO</p>	
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<u>sempre</u>	
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.			
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).			
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTO CUIDADO.		<u>sempre</u>	
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.		<u>sempre</u>	

[illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Wagner Damiano Registro: _____ Leito: 1.4 Setor Atual: _____

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %

HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: (☒) Local: Estômago Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (☒) Consciente (☒) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: (☒) Isocóricas (☒) Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: (☒) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 % PEEP cmH2O

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

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

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

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

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

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

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

PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (☒) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Wagner Domício Registro: _____ Leito: 1.4 Setor Atual: 9101
2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %

HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (☒) Consciente (☒) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: (☒) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: (☒) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FiO2 % PEEP cmH2O

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

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

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (☒) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Wagner Damiano Registro: Leito: 1.4 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: (x) Local: Estômago Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (x) Consciente (/) Orientado (/) Confuso (/) Letárgico (/) Torporoso (/) Comatoso (/) Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (2) Isocóricas (2) Anisocóricas (/) D>E (/) E>D (/) Fotorreagentes (/) Mióticas (/) Midríaticas

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

Linguagem: (/) Qual? (/) Disfonia (/) Afasia (/) Disfasia (/) Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (2) Espontânea (/) Cateter Nasal (/) Venturi % l/min (/) Traqueostomia (/) Ayre/Tubo T

(/) VMNI (/) VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

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

Ausculat pulmonar: Murmúrio vesicular presente: (/) Diminuídos (/) D (/) E

Ruídos adventícios: (/) Roncos (/) Sibilos (/) Estridor (/) Outros:

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (2) Regular (/) Irregular (/) Impalpável (/) Filiforme (/) Cheio.

Pele: (X) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>MSN</u> Data da punção <u>20/02/18</u> .	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (X) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: (X) Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: (X) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: (X) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (X) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: (X) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: (X) Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: ____/____/____	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente (X) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: (X) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
(X) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<u>Paciente e/ou família em M.I.E. M.C.P.M. Segue</u>	
<u>as cuidados de Enfermagem</u>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>[Assinatura]</u> DATA <u>23/02/18</u> HORA: ____ h	

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

Wagner Damasceno de Souza

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Fratura distal de fêmur

Paciente: Wagner Damasceno de Souza Acolhimento: 9 Leito: 9 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
17	Dietas livres		Sd. Pré-op.
2	800g. de leite no dia		
	Dipirona 1g + 4h de 6/6h		ITE + Captação
	Paracetamol 1g, no dia 12/12/12h (5m)		
	Antipirético 40-9 no dia		
	Clotroxol 40-9 3x dia		
	Reposo no leito		
	Cath. 55m		

Wagner S. de Araújo
Coordenador de Enfermagem
CRM: 11502

[illegible]

Wagner, David; et al

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK

Hy Diaphyse Femur (a)

Paciente	Unigerson Brito de Jesus, 31	Alojamento	9	Leito		Convênio	
----------	------------------------------	------------	---	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica
18/02	1. DIETA LIVRE	CE			19.05.14
	2. JEICO SALINIZADO	CE			BEG, ESTÁVEL, SI O.S.TENEMOS.
	3. DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H	CE			CI. BOM TOUO.
	4. TRAMAL 100MG + 100ML SE EV 8/8H SN	CE			Digestão (+) Eutrofia (+)
	5. NAUSEDRON 8mg/ml 1EA + ABD EV 8/8h SN	CE			Trays + Coluna de
	6. OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEIUM	CE			CD: VDM
	7. TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H	CE			Hidratação adequada.
	8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA	CE			
	9. SSVV+CCGG	CE			
	10. Proclamação de Decisão 2/24	CE			
	11.				

VYV de Pávia Câmara
 ORTODONTOLÓGICA
 CRP-12.1907

VYV de Pávia Câmara
 ORTODONTOLÓGICA
 CRP-12.1907

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FX DIAF-FÉMUR E

Paciente	WAGNER DAMIÃO DE SOUSA, 31	Alojamento	3	Leito		Convênio	
----------	----------------------------	------------	---	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
19/2	1 DIETA LIVRE 2 JEICO SALINIZADO 3 DÍPIRONA 1g+ABD EV 6/6H 4 TRAMAL 100MG + 100ML SE EV 8/8H SN 5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN 6 OMEPRAZOL 40MG + DIUENTE EV EM JEIUM 7 CLEXANE 40MG SC 1X DIA 8 MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO C/ O PACIENTE 9 MUDANÇA DE DECUBITO 2/2H 10 SSVV + CCGG 11 12 13 14 15	12 18 21 06	<u>2^a DIA</u> BEG, Espal, s/d. deformans, SI queixas. Divers (+) curc. (+) Ct: VPM Aguarda cirurgia.
	Ymy de Paiva Câmara ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM/PB 10907		Ymy de Paiva Câmara ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM/PB 10907

[illegible]

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FX DIAF FÊMUR E

Paciente **WAGNER DAMIÃO DE SOUSA, 31** Ajoamento **9** Leito **4** Convênio

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
20/2	1 DIETA LIVRE	SNP		3 ^a DIA BEG, Estável, S/d. deformada, S/ alterações. Diversa (+) Evac. (+)
	2 JELCO SALINIZADO	ST		
	3 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H	ST		
	4 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SN	ST		
	5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN	ST		
	6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEIUM	ST		
	7 CLEXANE 40MG SC 1X DIA	ST		
	8 MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO C/ O PACIENTE	ST		
	9 MUDANÇA DE DECUBITO 2/2H	ST		
	10 SSVV + CCGG	ST		
	11			4 ^a DIA Aguarda cirurgia
	12			
	13			
	14			
	15			

Wagner de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 11907Wagner de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 11907

[illegible]



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Wagner Damiano de Souza		
End:	R: Antônio Vieira de Azeite, 923	Bairro:	Centro - Lagoa Nova
Data de Nascimento:	09/06/1986	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. Carro	Data do Atend.:	17/02/18
		Hora:	09:19
		Documento:	
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

MOD. 110

Cirurgião
☒ Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Maryanna Carvalho Sá
COBEN 10500709-1

Assinatura e carimbo do profissional



17/02/2018

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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1599659

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Matinhas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 17/02/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Arthur Mathheus Almeida Mendonça

PACIENTE: WAGNER DAMIAO DE SOUZA

CEP: 58125000 Nascimento: 09/06/1986

Endereço: ANTONIO BIEIRA DE ALAIDE

Sexo: M Telefone: 81595165

Cidade: Alagoa Nova

Idade: 031 Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: CACILDA RICARDO DE SOUZA

RG: Nº: 923 Profissão: AGRICULTOR

Responsável:

CPF: CNS: 701001817125195

Estado Civil: Casado(a)

Data de Atendimento: 17/02/2018 CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE CARRO

Hora: 09:14:10

Médico:

CRM: Especialidade:

5. FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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

6. 0

19,6

1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Der
7. Edema
8. Empalhamento
9. Entesismo subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injeção de venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorrágia
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Paratetania
33. Queimadura
34. Rinoirragia
35. Sinais de isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNOSTICO / CID: pele trauma

HTCG-Panel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS

Resposta verbal e de compreensão há 1h, a um ano de início de recuperação. Foi um local de queda em 11 com ajuda de salvador em ambiente privado, humidade e chuva e nível de oxigênio

A-VAR, Do nível a pulso
B- Eupneico do nível a pulso
C- Hiperreflexia e hiperreflexia

ALERGIA:

ULTRASSONOGRAFIA

MEDICAMENTOS:

Realizada em 17/02/18

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow 15 PA 110x80 HGT: 132 SatO2 98%

FC: 103

TONOGRAFIA

REALIZADA EM: 17/02/18

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia: FAST

() Gasometria arterial () Radiografias: Cervical, Tórax, Pelvis, MMII

() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: BMF, ORTOPEDIA

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

1. SRL-1000ml, C.V., ag

2. /

3. /

4. /

5. /

6. /

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Joselino S. Gonçalves
Coloproctologista
CRM-PB 5626

CIN

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

() Centro cirúrgico
() Internação (setor)
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

DESTINO DO PACIENTE _____ às _____ hs.

SERVIÇOS REALIZADOS:

CODIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

Cirurgia Geral # 17/02/18 # 11:03h

Paciente vítima de capotamento, moribunda de viúva, com uso de cinto de segurança, 60+ 12 h. 2ª Terna para reavaliar com quize de dor em face e limitação de abertura da boca e dor em HIC onde apresenta postura de fêmur.

Apresenta pulmonar e Rx de T com anormalidades. USC FAST sem evidência de líquido livre intrabdominal ou pneumotórax.

Ed: Dipirona 1g + AD, 6

Tilatil 40mg + AD, 6

Solicito avaliação de BNF e ortopedia

→ ALTA da cirurgia qual

BNF Paciente vítima de acidente automobilístico, moribunda, 47/02/18

avistado, e queimado de uma região da região mandibular D. Ex. Física: não-oclusão dentária:

Ed: Solicito Rx de face

Reavaliar BNF,

Robert Pinheiro
Bucco - Maxilo - Facial
Cirurgia PB 8288

Em tempo, Rx de face sem evidência de deformidade do corpo em virtude da deformidade do posicionamento do paciente.

Ed: Solicito TC de face / Reavaliar BNF,

Ed: tempo, TC e imagem

de condilo

Ed: Ref cirurgia eldora BNF

Dr. Brenda Lamb
Cirurgia Geral
CRM-PB 8443

Em tempo, TC e imagem de condilo

HTCC-Planal Administrativo

17/02/2018
Cirurgia PB 4389
EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO
ROBERTO PINHEIRO
Bucco - Maxilo - Facial
Cirurgia PB 8288

R. H.

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade requerida.

Nos termos do art. 334, do Novo Código de Processo Civil, agende-se audiência de conciliação.

Cite-se o réu para audiência designada com o prazo mínimo de 20 (vinte) dias de antecedência.

Intime-se a parte autora, através de seu advogado.

O réu poderá apresentar contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, cujo termo inicial será a data da audiência de conciliação.

Cumpra-se.

Juiz de Direito

Data e assinatura digital.

FICA DESDE JÁ INTIMADO O ADVOGADO DO AUTOR, PARA COMPARECER AO FÓRUM LOCAL, DIA 17 DE MAIO DO ANO EM CURSO, ÀS 11:00H, E PARTICIPAR DA AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO RELATIVO A ESTE PROCESSO, DEVENDO PORÉM, TRAZER SEU CONSTITUINTE, INDEPENDENTE DE INTIMAÇÃO.

ALAGOA NOVA, 14.01.2019.