



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 FARIA
AUTOR	WAGNER DAMIAO DE SOUZA
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
16396 715	05/09/2018 00:54	DOCUMENTOS.	Outros Documentos
16396 716	05/09/2018 00:54	Procuração	Procuração
16396 717	05/09/2018 00:54	Pront. João XXIII	Outros Documentos
16396 718	05/09/2018 00:54	Pront. João XXIII.	Outros Documentos
16396 719	05/09/2018 00:54	pront.....	Outros Documentos
16396 722	05/09/2018 00:54	pront...	Outros Documentos
16396 724	05/09/2018 00:54	pront..	Outros Documentos
16396 725	05/09/2018 00:54	pront.	Outros Documentos
16396 727	05/09/2018 00:54	pront	Outros Documentos
16825 913	26/09/2018 12:46	Despacho	Despacho
18624 492	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**
Vitima: **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 médica-hospitalar não conclusivo

Pág. 00675/00676 - carta_03 - INVALIDEZ

00660338


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.

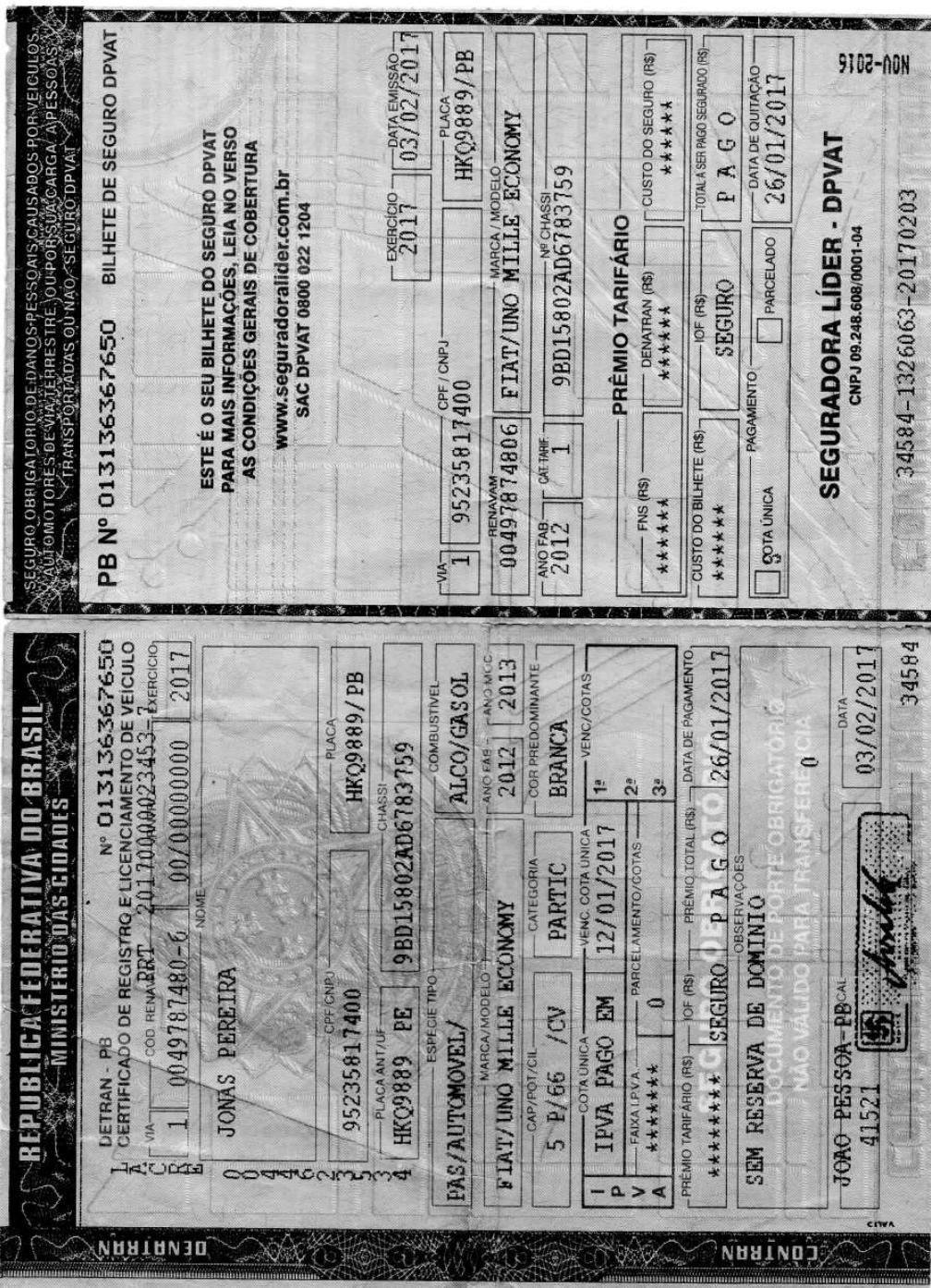
Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar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

Carta nº 12990934

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





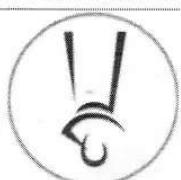
Declaro que o Sr. Wagner Damiao de Souza portador do RG: 2811250 SSP/PB e CPF: 07163146493 esteve internado neste nosocomio no periodo de 24 a 25 de Fevereiro de 2018 para realizagao de procedimento cirrgico. No ato da internagao a repcionista de plantao admitiu o paciente com erro em seu, estando nos registras de prescrigao medica o nome Wagner Damiel de Souza.

DECLARACAO

Campina Grande, 14 de Março de 2018.

07.678.950/0001-19

atendimento@hospitaisjabaquara23.com.br





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



OCORRÊNCIA 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:

Informo 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 Damiao de Souza
WAGNER DAMIÃO DE SOUZA

Declarante

José Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante:

Sr. Wagner Domingos de Souza,
brasileiro, casado, advogado, portador(a) RG nº 2833250, CPF nº
073633464-53, residente e domiciliado(a) no(a) Catavento Frei Domingos n° 57/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 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 Domingos 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 Tomás de Souza
brasileiro, Resende, apresente; portador(a) do RG
nº 2833250, CPF nº 071631464-93, residente e
domiciliado(a) no(a) Setoramento fei Tomás
57N - Centro, Alagoa Nova - PB;

E como **CONTRATADO**, 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: israelfariasadv@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 Tomás de Souza
CONTRATADO: _____

TESTEMUNHAS: _____

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Wagner Damião de Souza, portador(a) brasileiro(a), Cidade, agricultor, de RG n.º 2811250, CPF n.º 071631464-93, residente e domiciliado(a) na Letreiro Frei Damião, n.º 3/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 Damião de Souza
Declarante

PACIENTE				
MATERIAIS	MANHA	TARDE	NOTÉ	AUDITOR
MATERIAL DESCARTAVEIS POSTO 100	CONVENIO	APTO	03/03/2013	
Agulha de insulina				
Agulha desc. p/glicemia				
Bolsa de colostomia				
Bureta (microfrix)				
Cateter nasal				
Coleter de urina (sist. Fechoado)				
Coleter de urina (para incont. Masculina)				
Equipos de Microgotas				
Equipos de PVC (pvcofix)				
Esparradapo				
Faixa Crepon (10cm)				
Faixa Crepon (15cm)				
Gaze (pacote)				
Intracath				
Jelco (angiocath)				
Luva estéril				
Luva procedimento				
Scalp 19,021 e 23				
Seringa descartavel (3ml)				
Seringa descartavel (5ml)				
Seringa descartavel (10 ml)				
Seringa de insulina				
Sonda Enferal				
Sonda Nasogastrica				
Sonda Retal				
Troméria de 3 vias				
Vaseline				
Xilocaina Gel (p/sonda)				
Xilocaina (p/sonda p/ passar cateter)				
Fio de Sutura nº				
Fio para tubo				
Faixa p/tubo				
Outros				



NOME DO PACIENTE:	Wagner D. L. Souza	Prontuário:	
Data da Operação:	23/02/18	Enf.:	Leito:
Operador:	Dra. Fidela	1º Auxiliar:	
2º Auxiliar:	..	3º Auxiliar:	Instrumentador
Anestesista:	Dra. Vanessa	Tipo de Anestesia:	
Diagnóstico pré-operatório:	# fles	leu	
Tipo de Operação:	DA FT # fles		
Diagnóstico Pós Operatório:	Onc		
Relatório Imediato do Patologista:	OK		
Exame Radiológico no Ato:	OK		
Acidente durante a Operação:			

Descrição da Operação

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

- ① Acesso + curto + empilhado
- ② Acesso lat. Corte
- ③ Drenagem plena + histotórax
- ④ Red. fístula
- ⑤ Fase 1 + placa f.g.s + B30 fles
- ⑥ Sut. plena + curvatura

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

~~Dr. Fidela G. 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 nosocomio 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 Fármico da Silva
ASSISTENTE SOCIAL
CRESS/PB 3492

Rua Nilo Peçanha, 83 – Prata – CEP 58400-515 – Campina Grande – Paraíba - Brasil
Fone: (83) 2102-2323 – Fax: (83) 3321-8756



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	
ENDERECO COMPLETO RESIDENCIAL : R EUNIDIS LEITE CENTRO CAMPINA GRANDE ;			
DATA/HORA ENTRADA 24/02/2018 10:09			
DATA/HORA SAÍDA 25/02/2018 15:00	CONVÉNIO PACOTE	PLANO ENFERMARIA	COBRANÇA 87852
GUIAS AUTORIZADAS GUIA : INTERNACAO;GUIA : PACOTE	MÉDICO FIDIAS GOMES FERREIRA BORBOREMA		ACOMODAÇÃO 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

R47CCD



62878

Prontuário 34249	Nome do Paciente WAGNER DAMIAO DE SOUZA	Nascimento 09/06/1986	Idade 31	Sexo M	Cor	Naturalidade	Religião 1-CATOLICA
Estado Civil	CPF 71.531.464-93	RG 2811250 SSP PB	Grau de instrução	Profissão			
Filiação							
Mãe: CACILDA RICARDIO DE SOUZA							
Endereço R.EUNIDIS LEITE, - CENTRO, CAMPINA GRANDE-PB CEP:							

Atendimento	Data/Hora Atend.	Data/Hora Prev.	Setor
62878	24/02/2018 10:09	26/02/2018 10:00	121710-RECEPÇÃO EMERGÊNCIA / ELETIVA - CNV
Médico Atendente			

331414-FIDIAS GOMES FERREIRA BORBOREMA

Plano / Convênio
13-PACOTE/ENFERMARIA

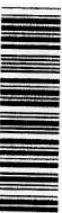
Nº Carteira
Nº CNS

Validade

Posto

Acomodação

Leito



34249

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Stou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico abaixo.

CAMPINA GRANDE , 24 de Fevereiro de 2018

ROSANA FERREIRA DOS SANTOS

Responsável pelo Atendimento

Responsável WAGNER DANIEL DE SOUZA
Endereço R.EUNIDIS LEITE, Centro, CAMPINA GRANDE-PB
Telefone 981595167

WAGNER DANIEL DE SOUZA
Responsável pelo Paciente



SISTEMA DE ASSIST. SOCIAL E DE SAUDE HOSPITAL JOAO 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 RICARDO 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 CONVÉNIO

Convenio / Plano: PARTICULAR / PARTICULAR

Nº. Carteira/C.N.S: _____ Validade: _____

DADOS DA INTERNAÇÃO

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

INTERNAUTE

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

TERMO DE RESPONSABILIDADE

No caso de paciente admitido por convênio, o internante se responsabilizará 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...).

W. gernere gonalves s. Souza
Assinatura do Internante

ALTA

Motivo: _____

TRANSFERÊNCIA
MEDICA
A PEDIDO
ÓBITO

Fortaleza, ____/____/____

Assinatura do Responsável (RG/CPF)

r4310i_lar

RUA NILO PEÇANHA 83, PRATA, CAMPINA GRANDE-PB CEP: 58.400-515

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

24/6/2018

Padrinho
Síndrome
febre

Dr. Fidias G. F. Borborema
CRM-PB: 6098
CRM-PE: 14654
SBOT: 9876

23/12/18 febre

Alucinação

EEG normal

Alucinação

P/ 14 HF

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



Nome Wagner O. de Souza

Convênio

Nº de Atendimento Fidias G. F. Borborema
CRM-PB: 5395
CRM-PE: 14654
SBOT: 9876

SOLICITAÇÃO PROVISÓRIA DA ENFERMAGEM
DE ACORDO COM A PRESCRIÇÃO MÉDICA ANTERIOR Nº

Nº 006121

Data 25/02

Hora

Quarto/Leito

QUANTIDADE

PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM

HORÁRIO

①

D. Deite

| | | | |

②

Telsitil 40 mg

| | | | |

③

Dipirona 3 gr 4x6hr

11:10 | | | | |

④

Clindamicina 600 mg 4x6hr

10:10 | | | | |

⑤

Amox 400 mg 4x6hr

| | | | |

⑥

Stoforb - 1000 ml

08 | | | | |

⑦

Doxorubicina 06 - 150 mg 4x6hr

| | | | |

30 min antes de banho

| | | | |

⑧

Tramadol 200 + 200 mg 4x6hr

| | | | |

Clexane 50 mg 1x6hr

| | | | |

⑨

EVAS RETIRAR DRENOS + TROCAR CURATAS

10:11 | | | | |

INICIAZ DESTINAR SORTE JESKAL // RETIRAR MÉDIO DIA. 14 HS e deverá ser
Esta medicação foi autorizada por Dr(a) Dr. Fidias G. F. Borborema às 14 HS hs. do dia 1/1 e deverá ser
transcrita posteriormente para a prescrição médica.

Assinatura e Carimbo do(a) Enfermeiro(a)

Destino

Recebido por

Nome Wagner O. de SouzaConvênio Português

Nº de Atendimento

DE ACORDO COM A PRESCRIÇÃO MÉDICA ANTERIOR Nº

Nº 006120

Data 24/02

Hora

Quarto/Leito

QUANTIDADE

PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM

HORÁRIO

①

D. Deite 30g q. 4x6hr

OKU | | | | |

②

Stoforb - 2000 ml

18:00 | | | | |

③

Clindamicina 600 mg 4x6hr

10:10 | | | | |

④

Dipirona 1 gr 4x6hr

11:10 | | | | |

⑤

Telsitil 40 mg 1x6hr

18 | | | | |

⑥

Amox 400 mg 4x6hr

06 | | | | |

⑦

Doxorubicina 06 - 150 mg 4x6hr

| | | | |

30 min antes de banho

14:30 | | | | |

⑧

Tramadol 200 + 200 mg 4x6hr

15:00 | | | | |

Clexane 50 mg 1x6hr

12:10 | | | | |

⑨

Dipirona 40 mg 1x6hr

21 | | | | |

INICIAZ DESTINAR SORTE JESKAL // RETIRAR MÉDIO DIA. 15:00 e deverá ser
Esta medicação foi autorizada por Dr(a) Dr. Fidias G. F. Borborema às 15:00 hs. do dia 1/1 e deverá ser
transcrita posteriormente para a prescrição médica.

CRM-PB: 5395

CRM-PE: 14654

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: NOOR NOOR Dorni

QUARTO/LEITO N00

DATA ADMISS.: 24/10/02

CONVÉNIO: Poujuda

PRONTUÁRIO: 34249

DATA	HORAS	PA(mmHg)	T.C	R(imp)	P(bpm)	SPO2	DIETA	DIURESE	FEZES	HGT	V.INSULINA	DRENO	ASS.TEC ENFERM+COREN
24/10/02	00:00	150x80	-	-	-	-	+	800ml	-	-	-	-	Padrão - 1154655
25/10/02	10:00	170x40	36	20	80	-	-	2000ml	-	-	-	-	Padrão - 1254589
25/10/02	14:00	120x70	362	18	93	94%	+	-	-	-	-	-	-

CONTROLE DE OXIGÉNIO													
CONTÍNUO ()	CONTÍNUO ()	CONTÍNUO ()	CONTÍNUO ()	CONTÍNUO ()	CONTÍNUO ()	CONTÍNUO ()	CONTÍNUO ()	CONTÍNUO ()	CONTÍNUO ()	CONTÍNUO ()	CONTÍNUO ()	CONTÍNUO ()	CONTÍNUO ()
\ DATA	HORAS	LTS	\ DATA	HORAS	LTS	\ DATA	HORAS	LTS	\ DATA	HORAS	LTS	\ DATA	HORAS
LIGADO		LIGADO	LIGADO		LIGADO	LIGADO		LIGADO	LIGADO		LIGADO	LIGADO	
DESLIG:		DESLIG:	DESLIG:		DESLIG:	DESLIG:		DESLIG:	DESLIG:		DESLIG:	DESLIG:	
\ DATA	HORAS	LTS	\ DATA	HORAS	LTS	\ DATA	HORAS	LTS	\ DATA	HORAS	LTS	\ DATA	HORAS
LIGADO		LIGADO	LIGADO		LIGADO	LIGADO		LIGADO	LIGADO		LIGADO	LIGADO	
DESLIG:		DESLIG:	DESLIG:		DESLIG:	DESLIG:		DESLIG:	DESLIG:		DESLIG:	DESLIG:	
\ DATA	HORAS	LTS	\ DATA	HORAS	LTS	\ DATA	HORAS	LTS	\ DATA	HORAS	LTS	\ DATA	HORAS
LIGADO		LIGADO	LIGADO		LIGADO	LIGADO		LIGADO	LIGADO		LIGADO	LIGADO	
DESLIG:		DESLIG:	DESLIG:		DESLIG:	DESLIG:		DESLIG:	DESLIG:		DESLIG:	DESLIG:	

CONTÍNUO ()													
\ DATA	HORAS	LTS	\ DATA	HORAS	LTS	\ DATA	HORAS	LTS	\ DATA	HORAS	LTS	\ DATA	HORAS
LIGADO		LIGADO	LIGADO		LIGADO	LIGADO		LIGADO	LIGADO		LIGADO	LIGADO	
DESLIG:		DESLIG:	DESLIG:		DESLIG:	DESLIG:		DESLIG:	DESLIG:		DESLIG:	DESLIG:	
\ DATA	HORAS	LTS	\ DATA	HORAS	LTS	\ DATA	HORAS	LTS	\ DATA	HORAS	LTS	\ DATA	HORAS
LIGADO		LIGADO	LIGADO		LIGADO	LIGADO		LIGADO	LIGADO		LIGADO	LIGADO	
DESLIG:		DESLIG:	DESLIG:		DESLIG:	DESLIG:		DESLIG:	DESLIG:		DESLIG:	DESLIG:	



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

112 GONZALEZ

三

Diagnóstico

ORTOPEDIA 1

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

LEITO 1-4
Paciente MAGNANI, Maria, 31 Alojamento Leito Convênio LEITO 1-4

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA 1

LEITO 1-4

Paciente WAGNER DAMIÃO DE SOUZA, 31

Alojamento **Leito** **Convênio**

LEITO 1-4

FX DIÁFISE FÉMURE

Data

2/2

Horário

Evolução Médica

1 DIETA LIVRE

ote

5º DI

2 SF0,9% 1500ML EV 24H

ote

5º DI

3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H

ote

5º DI

4 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8h SN

ote

5º DI

5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN

ote

5º DI

6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEUM

ote

5º DI

7 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H

ote

5º DI

8 CLEVANE 40MG SC 1xDIA

ote

5º DI

9 DIAZEPAM 10MG 1 CP VO A NOITE SE INSONIA

ote

5º DI

10 MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H

ote

5º DI

11 SSVV+CCGG

ote

5º DI

12

ote

5º DI

13

ote

5º DI

14

ote

5º DI

**Willy de Paiva Câmara
ORTOPEDISTA
CRMPB 41007**

**Willy de Paiva Câmara
ORTOPEDISTA
CRMPB 41007**



**GOVERNO
DA
PARAÍBA**

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA 1

LEITO 1-4

FX DIÁFISE FÉMUR E

Paciente **WAGNER DAMIÃO DE SOUZA, 31**

Alojamento

Leito

Convênio

LEITO 1-4

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

23/2

1 DIETA LIVRE

6:00 12:00 18:00

7:00

12:00

18:00

2 SF0,9% 1500ML EV 24H

12:00 18:00

7:00

12:00

18:00

3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H

12:00 18:00

7:00

12:00

18:00

4 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8h SN

12:00 18:00

7:00

12:00

18:00

5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN

12:00 18:00

7:00

12:00

18:00

6 OMERAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEUM

12:00 18:00

7:00

12:00

18:00

7 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H

12:00 18:00

7:00

12:00

18:00

8 CLEXANE 40MG SC 1xDIA

12:00 18:00

7:00

12:00

18:00

9 DIAZEPAM 10MG 1 CP VO A NOITE SE INSÔNIA

12:00 18:00

7:00

12:00

18:00

10 MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H

12:00 18:00

7:00

12:00

18:00

11 SSWV4-CCGG

12:00 18:00

7:00

12:00

18:00

12

12:00 18:00

7:00

12:00

18:00

13

12:00 18:00

7:00

12:00

18:00

14

12:00 18:00

7:00

12:00

18:00

Wagner
Damião de Souza

CD: VPRM
Reverteu unha

Wagner Damião de Souza
ORTOPEDICO

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 Gonçalo dos Santos Souza ^{RC: 3.521.591}
pessoa responsável pelo doente Walney Damião 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 Gonçalo 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



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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	WAGNER DAMIÃO 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:

Trama e fac

MATERIAL A EXAMINAR:	
----------------------	--

EXAMES SOLICITADOS:	
RX de fac } ADP de mandíbula ; } Pequim ; } Satural obligado ; } Des paciente } fractura de } ferimento de } face 647	
URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>
DATA: 27/02/18	HORA DA SOLICITAÇÃO:
Carimbo e Assinatura do Médico	

MOD. 002



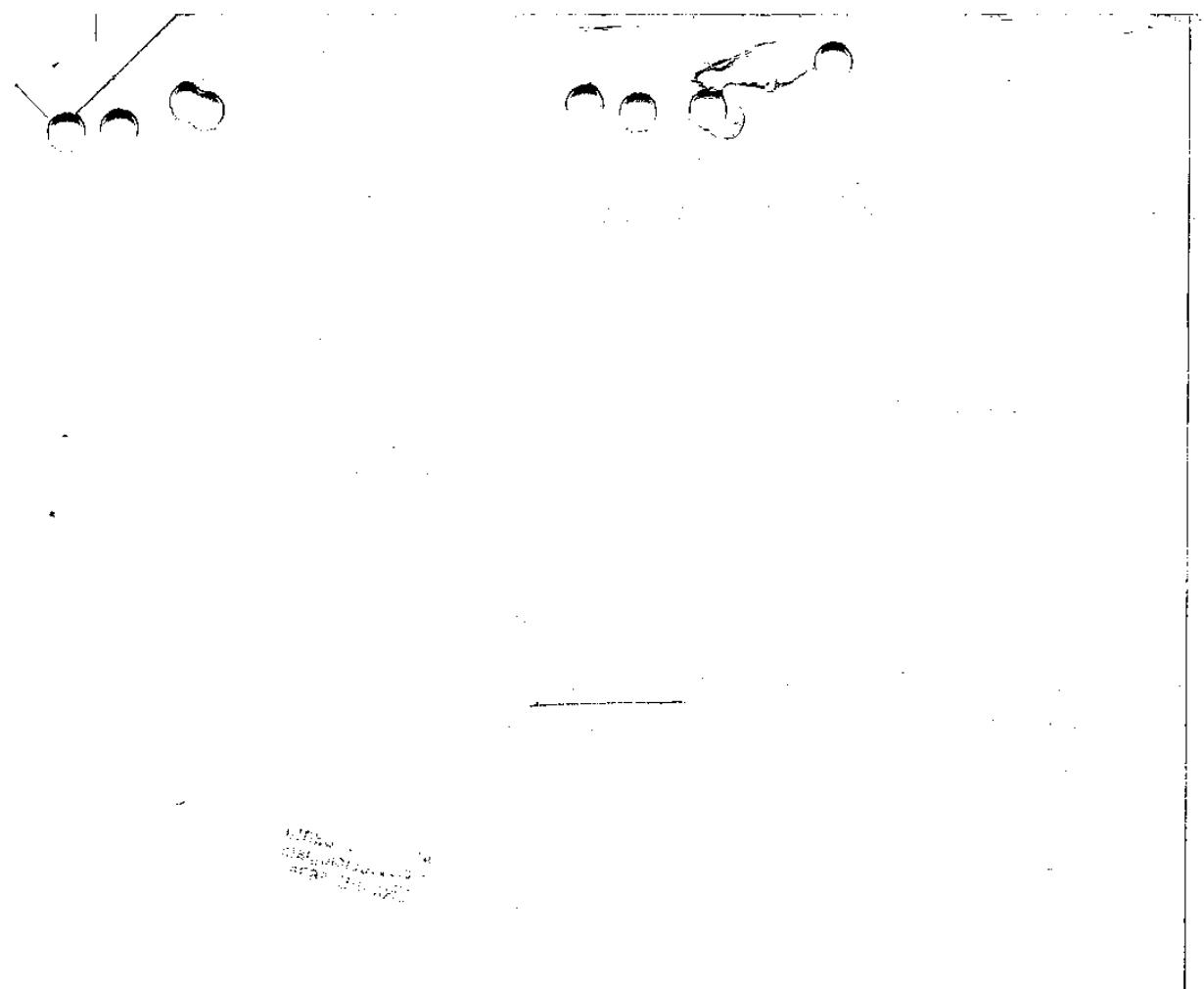
GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	<i>Magnel Damiao de Souza</i>								PRONTUÁRIO:	
IDADE:	32	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:		
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>								
DADOS CLÍNICOS: <i>Polifronteia</i>										
MATERIAL A EXAMINAR:										
EXAMES SOLICITADOS: <i>luz</i>										
<i>Rx cervical AP</i>		<i>Rx de punha E AP</i>								
<i>Rx torax AP</i>		<i>Rx coluna lombor AP</i>								
<i>Rx bacia AP</i>										
URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>		REALIZADO EM: 17/02/18							
DATA: 17/02/18		HORA DA SOLICITAÇÃO:		Carimbo e Assinatura do Médico						
MOD. 002										

JO
Cirurgião-Dentista
CRM-PB 5635

Carimbo e Assinatura do Médico





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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:		Wagner Damiao 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: Palitoxima									
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

ULTRASSOM
Realizada em 17/02/18

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: ISRAEL DE SOUZA FARIAS
<http://pje.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=1809050052336030000015978689>
Número do documento: 1809050052336030000015978689

Num. 16396722 - Pág. 2



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

PACIENTE:	WAGNER
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 viscerais 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 PARAÍBA
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
Dr(a): EDUARDO N CAMPOS
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000386880
RG: NÃO INFORMADO
Data: 17-02-2018 16:59 Origem: ÁREA AMARELA
Idade: 31 anos Destino: ÁREA 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
Hematórito.....	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)	
Neutrofílos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	5,0	755	
Segmentados.....	73,0	11.023	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm ³
Eosinófilos.....	0	0	0,5 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfocitos			
Típicos.....	20,0	3.020	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos.....	0	0	
Monocitos.....	2,0	302	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
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



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



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] Valores de Referência:
Material: sangue De 1 a 3 minutos

Método: Duke

TEMPO DE COAGULACAO 9'00'' min

[DATA DA COLETA: 17/02/2018 17:36] Valores de Referência:
Material: Sangue De 5 a 11 minutos

Método: Lee-White


Ana Cássia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

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



 PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



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: **ÁREA AMARELA**
Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES** Idade: **31 anos** Destino: **ÁREA AMARELA**

HEMOGRAMA

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

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.53 milhões/mm³	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 /mm³ (%)	5.000 à 10.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrofílos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	5,0	755
Segmentados.....	73,0	11.023
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfocitos		
Típicos.....	20,0	3.020
Atípicos.....	0	0
Monocitos.....	2,0	302
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	233.000 mm³	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³ 140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... **Contagens repetidas e confirmadas.**

Ana Cássia Miguel Agra

Biomédica
CRBM 6411



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Wagner Damiao | 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: Estomago Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

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 ORGÃOS DOS SENTIDOS

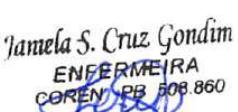
Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.		
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>		
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? _____		
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arrítmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo		
Cateter vascular: <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: MSD Data da punção 20/09/18		
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:		
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)		
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.		
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.		
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrografia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____		
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:		
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:		
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados		
Eliminação intestinal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input checked="" type="checkbox"/> Constipado há 4 dias <input type="checkbox"/> Outros:		
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;		
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: _____ Observações:		
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA		
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:		
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado		
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>		
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____/____/____		
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____/____/____		
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____		
CUIDADO CORPORAL		
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:		
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.		
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:		
SONO E REPOUSO		
() Preservado <input checked="" type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono Interrompido. Observações:		
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS		
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL		
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:		
() Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:		
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS		
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE		
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:		
INTERCORRÊNCIAS		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:		
 Jamile S. Cruz Gondim ENFERMEIRA COREN/PR 500.860 <i>Jamile</i>	DATA: 21/09/18	HORA: 10:10 h

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



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Dagner Domião* | 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 PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: Isocôricas Anisocôricas D>E E>D Fotorreagentes Mióticas Midriáticas

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 ORGÃOS DOS SENTIDOS

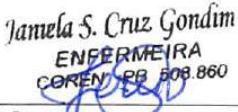
Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? _____	
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arrítmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: MSD Data da punção: 20/02/18	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input type="checkbox"/> V.O. <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrografia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> N.P.T; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
R.H.A: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input checked="" type="checkbox"/> Constipado há 4 dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> S.V.D: Débito ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto:	Curativo em: ____/____/____
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto:	Débito: _____ Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio:	Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUSO	
Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo: <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
 Jamela S. Cruz Gondim ENFERMEIRA COREN - PR 608.860	
DATA: 21/02/18 HORA: 10:10 h	
FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).	

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Wagner Damiao 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: Estomago Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (x) Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: (x) Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: (x) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH₂O

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

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

Ruidos 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 ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais?	
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arrítmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <i>msn</i> Data da punção <i>20/02/18</i>	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastroenterologia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tensão <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há _____ dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto:	(<input type="checkbox"/> Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: (<input type="checkbox"/>).	
Incisão cirúrgica:	(<input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: ____/____/____
Dreno:	(<input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão:	(<input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (<input type="checkbox"/> Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUÇO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado (<input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
<input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo:	(<input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS	
<i>Paciente se traca no m. I.E. m. C. P. m. Segue as cuidados da Enfermagem</i>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>J. Souza</i> DATA: <i>23/02/18</i> - HORA: _____ h	

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



GOVERNO
DA PARÁIBA
SÉCETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Wagner Damão de Souza

Wagner Damão de Souza

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Wagner Damão Souza

OK

OK

Diagnóstico

Fractura Femoral tibial

Paciente

Alojamento

Leito

Convênio

Data Prescrição Médica Horário Evolução Médica

17/09/2014

DIETAS

12h00

18h00

5h00

Pré - op

28/09/2014

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

04/10/2014

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

11/10/2014

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

18/10/2014

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

25/10/2014

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

01/11/2014

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

08/11/2014

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

15/11/2014

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

22/11/2014

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

29/11/2014

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

06/12/2014

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

13/12/2014

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

20/12/2014

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

27/12/2014

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

03/01/2015

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

10/01/2015

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

17/01/2015

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

24/01/2015

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

31/01/2015

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

07/02/2015

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

14/02/2015

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

21/02/2015

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

28/02/2015

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

07/03/2015

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

14/03/2015

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

21/03/2015

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

28/03/2015

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

04/04/2015

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

11/04/2015

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

18/04/2015

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

25/04/2015

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

02/05/2015

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

09/05/2015

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

16/05/2015

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

23/05/2015

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

30/05/2015

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

06/06/2015

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

13/06/2015

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

20/06/2015

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

27/06/2015

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

04/07/2015

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

11/07/2015

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

18/07/2015

DIETAS

12h00

18h00

12h00

OK

25/07/2015

DIETAS

12h00

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis



GOVERNO
DA PARAÍBA

**SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA**

A E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDESS

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

91

FX DIAF FÉMUR E

Paciente WAGNER DAMIÃO DE SOUSA, 31

Alojamento 9 Leito

Convênio

19/2	<p>1 DIETA LIVRE</p> <p>2 JELCO SALINIZADO</p> <p>3 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H</p>
------	---

12. ~~89~~ 90

2.2 DIH

— 5 NAUSEBDRON 8mg/ml 1FA + ABD-EV 8/8h-SN
— 6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE-EV-EM-FUT
— 7 CLEXANE 40MG SC 1X/DIA

W

Bélg, Estavel, S/ distorsions,
SI queixing.
Diverse (+) evitc. (f)

9 MUDANÇA DE DECUBITO 2/2H
10 SSVV + CCGG
11

Ch: Yannick
Agendas en ligne.

13
14
15 *Wif* ORION

de Paiva Câmara
PEDIATRA E TRAUMATOLOGISTA
DRM/PB 10907

Willy de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRMESP 41.000

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
19/10/18		—	—	—	—	—	Padinhas cinturinhas anais quebradas juntinhos 10 procedimento 2 med adulto de acordo com a pavimentação muralha só com fundadores de cunhambrinhas Tecnicó de Enfermagem COREN-PB 1227760-1E	



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK
9/04

FX DIAF FÉMUR E

Paciente	WAGNER DAMIÃO DE SOUSA, 31	Alojamento	J	Leito	4	Convênio
----------	----------------------------	------------	---	-------	---	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
20/2	1 DIETA LIVRE	5 AM	
	2 JELCO SALINIZADO	6H	3 = DIA
	3 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H	12H	
	4 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SN	18H	
	5 NAUSEFRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN	24H	
	6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEJUM		
	7 CLEXANE 40MG SC IX DIA		
	8 MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO C/ O PACIENTE		
	9 MUDANÇA DE DECUBITO 2/2H		
	10 SSWV + CCGG		
11	Willy de Paiva Câmara	CT	
12	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		
13	CRM/PB 11907		
14	Willy de Paiva Câmara		
15	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		
	CRM/PB 11907		



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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Wagner Damiao de Souza		
End:	R: Antônio Vieira da Paixão, 923 Bairro: Centro - Olinda - Pernambuco		
Data de Nascimento:	09/06/1986	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. Carro. Data do Atend.: 17/10/2018. 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

Márcia Yanna Carvalho Sá

COLEGIADO DENTISTA FPE

Assinatura e carimbo do profissional



DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ às _____ : _____ hs.		DATA <u>17/02/18</u> HORA <u>11:03h</u>		CRM <u>BMF</u> Paciente vítima de acidente	
<p>Primitiva vítima de cedolamento, motorista de veiculo, sem uso de cinto de segurança, fóf' 12 h. Atonia para movimentação com queixa de dor em face e limitação de abertura de boca e dor em H1 e onda oposta</p>					

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 COMPARCER 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.