



Número: **0802539-79.2018.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição: **31/08/2018**

Valor da causa: **R\$ 8369.0**

Processo referência: **0809550-96.2017.8.15.0001**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	MARCONI ACIOLI SAMPAIO
AUTOR	EMANUEL ALMEIDA COSTA
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12687 578	22/02/2018 10:22	<a href="#">PROCURAÇÃO - EMANUEL</a>	Procuração
12687 589	22/02/2018 10:22	<a href="#">DOC. PESSOAL</a>	Documento de Identificação
12687 611	22/02/2018 10:22	<a href="#">Comprovante de residência</a>	Documento de Comprovação
12687 650	22/02/2018 10:22	<a href="#">declaração SAMU</a>	Documento de Comprovação
12687 668	22/02/2018 10:22	<a href="#">boletim de ocorrência</a>	Documento de Comprovação
12687 681	22/02/2018 10:22	<a href="#">ATESTADOS, NOTAS MEDICAMENTOS e PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO</a>	Documento de Comprovação
12687 708	22/02/2018 10:22	<a href="#">FOTOS</a>	Documento de Comprovação
12687 721	22/02/2018 10:22	<a href="#">PRONTUÁRIO - 1 A 15</a>	Documento de Comprovação
12687 742	22/02/2018 10:22	<a href="#">PRONTUÁRIO - 16 A 30</a>	Documento de Comprovação
12687 762	22/02/2018 10:22	<a href="#">PRONTUÁRIO - 31 A 45</a>	Documento de Comprovação
12687 779	22/02/2018 10:22	<a href="#">PRONTUÁRIO - 46 A 50</a>	Documento de Comprovação
12805 440	01/03/2018 04:14	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
16319 919	31/08/2018 11:58	<a href="#">Mandado</a>	Mandado
16319 935	31/08/2018 11:58	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
18364 969	14/12/2018 10:28	<a href="#">Despacho</a>	Despacho

PROCURAÇÃO "AD-JUDICIA"

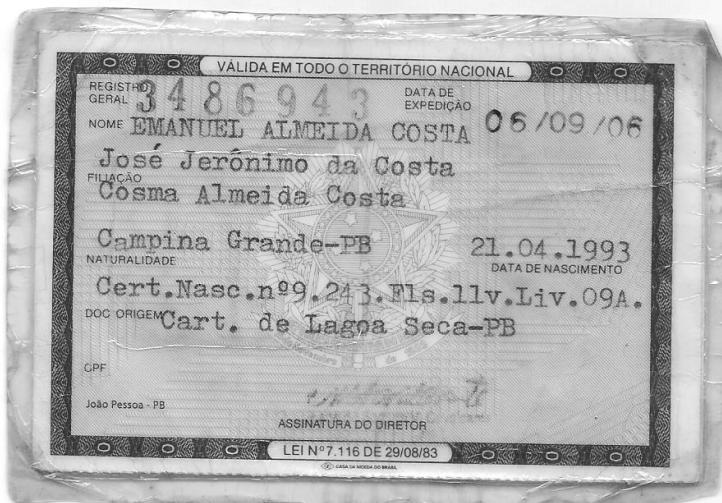
O U T O R G A N T E: **EMANUEL ALMEIDA COSTA**, brasileiro, solteiro, comerciário, inscrito no CPF sob o nº: 104.919.984-73, RG nº 3.486.943 SSP/PB, residente e domiciliada na Travessa Frei Clementino, nº 119, bela Vista, município de Lagoa Seca - PB, CEP: 58.119-000.

Aos 19 dias do mês de julho de dois mil e dezesseis, o outorgante, acima qualificado e abaixo assinado, constitui seus procuradores e advogados: **Sandro Andrey Oliveira Santos**, brasileiro, casado, advogado, OAB/PB 19.255, **Andreina Pinto de Almeida**, brasileira, solteira, advogada, OAB/PB 22.282 e o **Bel Marconi Acioli Sampaio**, brasileiro, casado, RG 2.107.295 - SSP-PB, com endereço profissional na Rua José Caetano de Andrade, 305 - 1º Andar, Centro, Lagoa Seca - PB - CEP: 58.117-000, para representá-lo com todos os poderes da **cláusula ad judicia et extra**, podendo interpor ação civil, penal, administrativa e trabalhista, e ainda fazer defesa civil, criminal administrativa, trabalhista, impetrar *habeas corpus*, confessar, transigir, desistir, acordar, renunciar direitos, renunciar foro, contraditar testemunhas, arguir suspeições, revogar procurações, substabelecer, atuar como defensor ou assistente de acusação em ações criminais, trabalhistas, propor queixa crime (ação penal privada), impetrar mandado de segurança, apelar, receber importâncias e valores, emitir e endossar cheques, dar quitação, enfim, praticar todos os atos previstos no art. 105 do Código de Processo Civil, com redação dada pela Lei n.º 13.105, de 16.03.2015 e art. 5º, § 2º da Lei n.º 8.906, de 04.07.94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

Emmanuel Almeida Costa

Nome: **EMANUEL ALMEIDA COSTA**

Rua José Caetano de Andrade, 305 - 1º Andar, Centro, Lagoa Seca - PB - CEP: 58.117-000  
Tel.: 3366-1926; Cel.: 99939-2908 / 99172-2707 - E-MAIL: [advocaciaoliveiraesantos@gmail.com](mailto:advocaciaoliveiraesantos@gmail.com)





**JOSE JERONIMO DA COSTA**  
T/FREI CLEMENTINO, 119 - CENTRO  
LAGOA SECA/PB CEP: 58117000 (AG: 401)

**energisa**

ENERGISA BORBOREMA, DISTRIBUIDOR DE ENERGIA S/A  
Emissao: 20/09/2017 Referencia: Set/2017 BR230 - KM 158 - Alga Sudeste - Três Irmãs - Campina Grande/PB - CEP 58423-700  
Casse/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO  
Ruteiro: 11 - 402 - 267 - 2300 Nº medidor: N1008160137

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°000124016  
Cód. para Déb. Automático: 000000091036

**Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2017	20/09/2017	20/10/2017	79300227734 Insc. Est:

**UC (Unidade Consumidora):** 4/89103-6

**Canal de contato**

Acessar [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br) resolve tudo o que precisa com agilidade e facilidade. São vários serviços disponíveis, como segunda via da conta, mudança de titularidade, religação, consulta a débitos, entre outros.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
21/08/17	19037	20/09/17	19153	1
				116
				30

**Demonstrativo**

CCl	Descrição	Quantidade	Tarifa cl	Valor Base Calc	Aliq. Icms(R\$)	Base Calc Pis(R\$)	Base Calc Cofins(R\$)			
				Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS Pis/Cofins(R\$)	(0,813%)(3,746%)			
0601	Consumo em kWh	116,000	0,824010	72,38	72,38	27	19,54	72,38	0,69	2,71
0601	Adic. B. Vermelha			1,66	1,66	27	0,45	1,66	0,01	0,08
0601	Adic. B. Amarela			2,27	2,27	27	0,61	2,27	0,02	0,08

**LANÇAMENTOS E SERVIÇOS**

0807 CONTRIB ILUM PÚBLICA	10,57	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DE MORA 08/2017	0,09	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 MULTA 09/2017	1,76	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCl: Código de Classificação do item TOTAL 88,72 76,31 20,80 76,31 0,62 2,85

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
89	27/09/2017	R\$ 88,72

**Histórico de Consumo (kWh)**

128	108	101	90	88	100	81	58	99	89	83	94
Ago/17	Jul/17	Jun/17	Mar/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16	Out/16	Set/16

**RESERVADO AO FISCO**  
88b0.50b5.a23f.6d1e.ec00.bd55.6d93.2513.

**Indicadores de Qualidade** 7/2017 - Alto Branco

Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
5,55	0,00	NOMINAL	220
DIC MENSAL			
DIC TRIMESTRAL	11,10		
DIC ANUAL	22,21		
FIC MENSAL	3,42		
FIC TRIMESTRAL	6,85		
FIC ANUAL	13,70		
DMIC	3,20		
DICRI	12,22		

**Composição do Consumo**

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/BO	17,98	20,28
Compra de Energia	28,04	29,35
Serviço de Transmissão	1,00	1,13
Encargos Setoriais	7,22	8,14
Impostos Diretos e Encargos	36,48	41,12
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>88,72</b>	<b>100,00</b>

Valor do EUSD (Ref. 7/2017) R\$22,63



Estado da Paraíba  
**Município de Alagoa Nova**  
Prefeitura Municipal



Endereço: Centro Administrativo Municipal "Prefeito Rogério Martins da Costa" - Praça Santa Ana, s/n - Alagoa Nova - PB - CEP. 58.125.000

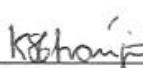
Adm. "É assim que se faz"  
Secretaria Municipal de Saúde  
Coordenação SAMU

### Declaração

Declaro para os devidos fins que **Emanuel Almeida Costa, RG 3486943, CNS: 707401071378471** foi atendido no SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) no dia 10 de Julho de 2016, às 19 horas e 01 minuto, na PB 097, vítima de Acidente de moto, o mesmo encontrava-se consciente, orientado, sinais vitais preservados, Glashow 15, apresentando provável fratura fechada de Bacia, fratura aberta de patela e tornozelo esquerdo, escoriações em MMII e MMSS, realizado immobilizado em protocolo, curativo compressivo, AUC com 02 SRL, oxigênio terapia e encaminhado para hospital de trauma sob regulação.

Alagoa Nova, 13 de Julho de 2016.

Atenciosamente,

  
Kécia Hortêncio de Araújo  
Coordenadora SAMU – Alagoa Nov



GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA MUNICIPAL DE LAGOA SECA -

R. José Jerônimo da Costa, 412 - Centro - Lagoa Seca - PB PC01 - 58117-000 - 83-3310-9300

OCORRÊNCIA Nº 000981/16

**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 000981/16 registrada em 10/08/2016, que passo a transcrever na íntegra: Aos dez dias do mês de agosto do ano de 2016, nesta cidade de Lagoa Seca - PB PC01, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA MUNICIPAL DE LAGOA SECA - PB, quando encontrava-se presente o Bel. LUCIANO MENDONÇA CAVALCANTI, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 16:28 horas, compareceu o Sr. EMANUEL ALMEIDA COSTA, com 23 anos de idade, filho de JOSE JERONIMO DA COSTA e COSMA ALNEIDA COSTA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteiro, escolaridade Médio Completo, profissão MECÂNICO DE AUTO, portador da Cédula de Identidade Nº 3486943, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 10491998473, residindo à rua FREI CLEMENTINO, 119, CASA, bairro CENTRO, na cidade de Lagoa Seca - PB PC01 - PB, fone 9-.

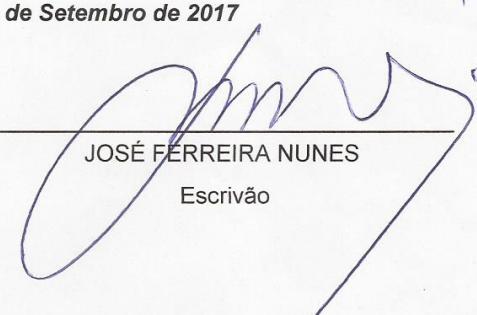
**Declarou que:**

QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO - QUE O CONDUTOR TEM CNH DE Nº 05914819061 - NO DIA 10/07/2016 POR VOLTA DE 20:22 HORAS DEU ENTRADA NO HOSPITAL DE TRAUMAS DE CAMPINA GRANDE/PB, QUE UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO BATEU DE FRENTES QUANDO IA CHEGANDO NO FLORIANO - DISTRITO DE LAGOA SECA/PB, QUE A VITIMA PILOTAVA O SEGUINTE VEICULO TIPO: HONDA CB 300 R DE COR VERMELHA ANO:2013/13, DE PLACA: OGA 5446/PB CÓD. RENAVAM: 00546914-8 CHASSI: 9C2NC4910DR016286 - QUE O MOTORISTA QUE BATEU NA VITIMA AINDA NÃO FOI IDENTIFICADO - QUE SOCORREU A VITIMA FOI O SAMU DA CIDADE DE ALAGOA NOVA/PB, NO DIA 10/07/16, POR VOLTA DE 19 HORAS NA PISTA; QUE QUEBROU O TORNOZELO, A "BACIA", E O JOELHO ESQUERDO E TEVE VARIAS LESÕES PELO CORPO - COM FRATURAS - COPIA EM ANEXO - QUE APRESENTOU DUAS TESTEMUNHAS: ARTUR ALCANTARA DA SILVA RG DE Nº 3530895 SSPPB E JANAINA LIMA DE SANTANA RG DE Nº 3276651 SSPPB. 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.

Lagoa Seca - PB PC01, Sexta-feira, 1 de Setembro de 2017

  
EMANUEL ALMEIDA COSTA

Declarante

  
JOSÉ FERREIRA NUNES

Escrivão



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes**

**ATESTADO**

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A): Emanuel Almeida  
Custo \_\_\_\_\_ PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. \_\_\_\_\_

SÉRIE \_\_\_\_\_ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A  
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 592/582 NO CID. DURANTE  
O PERÍODO DE 16/10/16 À 19/10/16 NECESSITANDO DE  
120 (cento, vinte) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande, 19/10/16

Ass. do Médico - Nº. do CRM

*Hallissor Bento de Almeida  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB*

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo o  
Dr., \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico  
codificado CID ou por extenso neste atestado médico

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

**ATESTADO**

Sr. (a) Emmanuel Almeida Costa Atestamos para os devidos fins que o  
encontra-se INTERNADO (A) nesta Unidade Hospitalar, submetendo-se a tratamento especializado  
desde 10 / 07 / 16

Campina Grande, 16 / 07 / 16

Hallissay Barros de Almeida  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 9592

Ass. Do Médico - Nº do CRM

MOD. 104



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

**ATESTADO MÉDICO**

ATESTO que

Enival Amorim Lote

foi atendido(as) hoje, às 80 (Manhã)  
horas, necessitando de 30 (Manhã)  
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S72/S83/S30

Campina Grande,

27/10/16

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: Av. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOD. 004



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

**ATESTADO MÉDICO**

ATESTO que

Emmanuel Almeida Costa

foi atendido(as) hoje, às 60 (60)  
horas, necessitando de 60 (60)  
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID 572 / 582-6

Campina Grande, 27/11/17

Dr. Eduardo Braga Moraes  
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB. 6588

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: Av. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOD. 004



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



### ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Emanuel A. Costa

foi atendido (às) hoje, às \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
horas, necessitando de 180 ( Costa + ORTHOPA )  
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID 532 / 82

Campina Grande, 24 / 03 / 17

Eduardo S. de Araújo  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1332

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOD. 004

FARIAS COM. VIREJ. DE MED. LTDA - SAUDE PHARMA  
RUA CICERO FAUSTINO DA SILVA, 163 CENTRO  
CEP:58117-000 F: (83)3366-1262 LAGOA SECA - PB  
CNPJ:04.923.396/0001-58  
IE: 16.134.883-1  
IM:010/2002

16/10/2016 11:54:06V CCF:298087 COD:373526

**CUPOM FISCAL**

ITEM	CÓDIGO	DESCRÍCION	QTD.	UN.	VL UNIT (R\$)	ST	VL ITEM (R\$)
1	78968230103	SEPFRED T SPRAY 50ML 10% FT	1		14,79		
002	7896902212190	SORO FISIOLOGICO 500ML FARMAX					
			30UN X 0,50	F1	12,00G		
3	7896172861214	ADURA NEVE 15X1,8L 4UNX3,00 F1	12,00G				
004	7898283814321	COMP GASE 10UNID					
			30UN X 1,50	F1	45,00G		
					30,00		
						68,79	
						-8,79	
						60,00	

desconto -15,00

Subtotal R\$ 68,79

desconto -8,79

TOTAL R\$ 60,00

DINHEIRO

MD5: 9170545577447F251C08BD2362F0EE34

Val Aprox. Trib: R\$15,10 (25,18%)Fonte: IBPT

PARAIBA LEGAL - RECEITA CÍDADA

TORPEDO PREMIUM:

04923356000158: 16102016 60

Você Economizou: R\$ 23,79

Vendedor: RINILDO - Venda: 0000438564

AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR!!!

CBPHTFOC JGQC LET BST CEZG 64MC59MA A8HC2DEF5TOU

BEMATECH MP-400 TH FI ECF-IF

VERSÃO:01.00.02 ECF:002 LJ:0001

QQQQQQQQYDEQLRQ01 16/10/2016 11:56:23V

FAB:BE09111010011229890

BR

FARIAS COM. VIREJ. DE MED. LTDA - SAUDE PHARMA  
RUA CICERO FAUSTINO DA SILVA, 163 CENTRO  
CEP:58117-000 F:(83)3366-1262 LAGOA SECA - PB  
CNPJ:04.923.316/0001-58  
IE:16.134.883-1  
IM:010/2002

11/10/2016 11:37:48V CCF:297072 COD:372221  
**CUPOM FISCAL**  
ITEM CODIGO DESC(1) QTD UN. VL UNIT( R\$) ST VL ITEM( R\$)  
007 789828381/321 COMP GASE TOUNID  
10UN X 1,50 F1 15,00€  
desconto -5,00 10,00  
TOTAL R\$ 10,00  
DINHEIRO 10,00  
MDS: 917054557447F251C08BD2362FDEE34  
Val Aprox Tril: R\$3,21 (32,09%)Fonte:IBPT  
PARAIBA LEGAL - RECEITA CIDADADA  
TORPEDO PREMI/DO:  
0492335600015: 11102016 10  
Você Economizou: R\$ 5,00  
Vendedor: FAB DLA - Venda: 0000437451  
AQUI TEM FARMACIA POPULAR!!!  
107K9AG8 GFSU18RU WZ1ZLTTM FJG1Y9E6 77JDC15IRKIN  
BEMATECH MP-4100 TH FI ECF-IF  
VERSAO:01.00.12 ECF:002 LJ:0001  
000000000Y00010PR 11/10/2016 11:37:53V  
FAB:BE0911101/0011229890

BR

FARIAS COM. VIREJ. DE MED. LTDA - SAUDE PHARMA  
RUA CICERO FAUSTINO DA SILVA, 163 CENTRO  
CEP:58117-000 F:(83)3366-1262 LAGOA SECA - PB  
CNPJ:04.923.316/0001-58  
IE:16.134.883-1  
IM:010/2002

12/08/2016 11:59:14V CCF:284127 COD:355632  
**CUPOM FISCAL**  
ITEM CODIGO DESC(1) QTD UN. VL UNIT( R\$) ST VL ITEM( R\$)  
007 789807060/772 BI PROFENID 150MG 10CPR  
1UN X 0,95 F1 50,00€  
desconto -0,95 50,00  
TOTAL R\$ 50,00  
DINHEIRO 50,00  
MDS: 917054557447F251C08BD2362FDEE34  
Val Aprox Tril: R\$16,05 (32,09%)Fonte:IBPT  
PARAIBA LEGAL - RECEITA CIDADADA  
TORPEDO PREMI/DO:  
0492335600015: 12082016 50  
Você Economizou: R\$ 0,95  
Vendedor: SILMARA - Venda: 0000423155  
AQUI TEM FARMACIA POPULAR!!!  
BGS971G IPV61 FHV NQPSLFN 8BNJGGGE 9AP6F871C600  
BEMATECH MP-4000 TH FI ECF-IF  
VERSAU:01.00.12 ECF:002 LJ:0001  
000000000YR11WY10 12/08/2016 11:59:18V  
FAB:BE0911101/0011229890

BR

FARIAS COM. VIREJ. DE MED. LTDA - SAUDE PHARMA  
RUA CICERO FAUSTINO DA SILVA, 163 CENTRO  
CEP:58117-000 F:(83)3366-1262 LAGOA SECA - PB  
CNPJ:04.923.316/0001-58  
IE:16.134.883-1  
IM:010/2002

12/08/2016 11:05:55V CCF:284119 COD:355622  
**CUPOM FISCAL**  
ITEM CODIGO DESC(1) QTD UN. VL UNIT( R\$) ST VL ITEM( R\$)  
007 789828381/321 COMP GASE TOUNID  
10UN X 1,50 F1 15,00€  
desconto -5,00 10,00  
Subtotal R\$ 10,00  
TROCO 20,00  
R\$ 10,00  
MDS: 917054557447F251C08BD2362FDEE34  
Val Aprox Tril: R\$3,21 (32,09%)Fonte:IBPT  
PARAIBA LEGAL - RECEITA CIDADADA  
TORPEDO PREMI/DO:  
0492335600015: 12082016 10  
Você Economizou: R\$ 5,00  
Vendedor: CIBI RG - Venda: 0000423139  
AQUI TEM FARMACIA POPULAR!!!  
FRC MPET9E4 HSVDDE4J 84QFQDPA D0GEC24Q7FMR  
BEMATECH MP-4100 TH FI ECF-IF  
VERSAO:01.00.12 ECF:002 LJ:0001  
000000000Y00010PR 12/08/2016 11:06:02V  
FAB:BE0911101/0011229890

BR

FARIAS COM. VIREJ. DE MED. LTDA - SAUDE PHARMA  
RUA CICERO FAUSTINO DA SILVA, 163 CENTRO  
CEP:58117-000 F:(83)3366-1262 LAGOA SECA - PB  
CNPJ:04.923.316/0001-58  
IE:16.134.883-1  
IM:010/2002

03/09/2016 17:10:41V CCF:288859 COD:358655  
**CUPOM FISCAL**  
ITEM CODIGO DESC(1) QTD UN. VL UNIT( R\$) ST VL ITEM( R\$)  
007 789807060/772 BI PROFENID 150MG  
1UN X 0,95 F1 50,00€  
desconto -0,95 50,00  
Subtotal R\$ 50,00  
desconto 0,00  
TOTAL R\$ 50,00  
DINHEIRO 50,00  
TROCO R\$ 0,00  
MDS: 917054557447F251C08BD2362FDEE34  
Val Aprox Tril: R\$14,76 (32,09%)Fonte:IBPT  
PARAIBA LEGAL - RECEITA CIDADADA  
TORPEDO PREMI/DO:  
0492335600015: 03092016 46  
Você Economizou: R\$ 4,95  
Vendedor: SILMARA - Venda: 0000428388  
AQUI TEM FARMACIA POPULAR!!!  
8BNJCEF8 PTV2 EEC AJTJBFR 55LN9BD6 GLM2272  
BEMATECH MP-4100 TH FI ECF-IF  
VERSAO:01.00.12 ECF:002 LJ:0001  
000000000Y00010PR 03/09/2016 17:11:04V  
FAB:BE0911101/0011229890

BR

MERCANTIL DE CALCADOS E CONF. E ELETRODOM. LTDA  
RUA MARQUES DO HERVAL, 66 10ANDAR CENTRO  
CEP:58400-087 F:(83)3321-4332 CAMPINA GRANDE-PB  
CNPJ:09.217.787/0001-12  
IE:16.000.006-8  
IM:000.542-6

02/09/2016 09:46:19 CCP:177465 COD:315980

**CUPOM FISCAL**

ITEM CODIGO DESCRIÇÃO QTD UN VL UNIT( R\$) SI VL ITEN( R\$)

001 7874 TORNUZELLEIRA P/MUSCULACAO 2,0Kg 711-0 -

MINNELLUM

1PR X 38,00 T18,00% 38,00\$

TOTAL R\$ 38,00

Dinheiro 38,00

CNPJ/CPF: 0

Nome: Jesus

MD:5-723AB01C749EDA97C3904120E43587A2DAV328401

PARAIBA LEGAL - RECEITA CIDADÃ

TORPEDO PREMIADO: 160000068 02092016 315980 3800

Val. Aprox. Impostos: R\$ 15,50(40,79%) Fonte:IBPT

Vend.: 65 Doc.: 1115370

Deus tem poder!

BGNOKDÉR ILVOSHIV 5FDYCTIS 8F1FCDDK EJTF0AFN15IN

BEMATECH MP-2100 TH FI ECF-IF

VERSÃO:01.01.01 ECF:003 LJ:0001

QQQQQQQW010101WW 02/09/2016 09:46:30

FAB:BE05111756 10000104229

BR

FARIAS COM. VIREJ. DE MED. LTDA - SAUDE PHARMA  
RUA CICERO FAUSTINO DA SILVA, 163 CENTRO  
CEP:58117-000 F:(83)3366-1262 LAGOA SECA - PB  
CNPJ:04.923.336/0001-58

IE:16.134.883-1

IM:010/2002

13/10/2016 10:48:49V CCP:297448 COD:372672

**CUPOM FISCAL**

ITEM CODIGO DESCRIÇÃO QTD UN VL UNIT( R\$) SI VL ITEN( R\$)

001 7898283871321 COMP GASE TORNADO

20UN X .50 F1 30,00\$

desconto -10,00 20,00

2 7898172861214 ITADURA NEVE 15X1,8M 2UNX3,00 F1 6,00\$

TOTAL R\$ 28,00

DINHEIRO 26,00

MD5: 917054557447F251C08BD2362FDEE34

Val. Aprox. Tril: R\$8,34 (32,09%) Fonte:IBPT

PARAIBA LEGAL - RECEITA CIDADÃ

TORPEDO PREMIADO:

0492335600015K 13102016 26

Você Economizou: R\$ 10,00

PV: 0000437851 Vendedor: SILMARA

AQUI TEM FARMACIA POPULAR!!!

5CFREKJG JNS21001 F0QMSFOP 250CY1RE AFJ2B69E9HL

BEMATECH MP-4/00 TH FI ECF-IF

VERSÃO:01.00.12 ECF:002 LJ:0001

QQQQQQQW010101WW 13/10/2016 10:48:54V

FAB:BE091110140011229890

BR

FARMACIA DIAS  
FARMACIA DIAS LTDA  
AV MANOEL TAVARES,774 - JARDIM TAVARES  
CAMPINA GRANDE-PB, 58402-068  
CNPJ: 07.275.031/0019-23 IE: 16.228.588-4  
19/07/2016 18:07:31 COD:178844

**CUPOM FISCAL**

ITEM CODIGO DESCRIÇÃO QTD UNI UNIT P/B ST A/T M/ ITEM R\$  
001 07898148291984 CIPROFLORACENO 50 50X54,99 F1 274,95  
desconto -150,45 124,50  
002 07897411610538 LORONIN 60MG 15CPR 20X25,67 F1 51,34  
desconto -9,24 42,10  
003 07896112123033 CLINDAMICINA 30 12UNDx63,89 F1 766,68  
desconto -252,96 513,72  
004 07891106007047 XIPRELO 10MG 30C 20X280,07 F1 560,14  
desconto -100,82 459,32  
**TOTAL R\$ 1139,64**

Cartao 1139,64  
MD5: IB65A85CF8E0A566F31022504DEAC412  
PV0000252295

PARAIBA LEGAL - RECEITA CIDA  
TORPEDO PREMIADO:  
162285884 19072016 178844 113964  
Trib aprox R\$153,29 Fed e 0,00 Est e 0,00 Mun Fo  
nte: IBPT 9a13aC  
VOCE ECONOMIZOU: R\$ 513,47

versao: 1.0.0  
data: 2016-07-19 10:00:00  
mensagem: Nao Programada  
001: ARBAC 07.275.031/0019-23 F6 469115 4AB8C 3041E 9C7  
DARUMA AUTOMACAO MACH 2  
ECF-IF VERSAO:01.00.00 ECF:001 L1:  
JJJJJJJJJC8BDEHBF 19/07/2016 18:09:26  
FAB:DR0914BR000000417084

FARMACIA DIAS  
FARMACIA DIAS LTDA  
AV MANOEL TAVARES,774 - JARDIM TAVARES  
CAMPINA GRANDE-PB, 58402-068  
CNPJ: 07.275.031/0019-23 IE: 16.228.588-4  
19/07/2016 18:09:31 GNF:066540 COD:178845  
CDC:0038

**NÃO É DOCUMENTO FISCAL**  
**COMPROVANTE CRÉDITO OU DÉBITO**  
**Cartao**  
**1ª VIA**

COD do documento: 178844  
Valor da compra R\$ 1139,64  
Valor da pagamento R\$ 1139,64

REDE  
HIPERCARD  
COMPR:753292898 VALOR: 1139,64  
ESTAB:049930354 FARMACIA DIAS 25  
19.07.16-18:25:36 TERM:PV839269 100085  
NUMERO PARCELAS : 10  
CARTAO: xxxxxxxxxxxx8572  
AUTORIZACAO: 025274  
ARQC:8FB800DE71B9C5CB  
TRANSAÇÃO AUTORIZADA MEDIANTE  
USO DE SENHA PESSOAL.

(S1Tef)

REDE  
HIPERCARD  
COMPR:753292898 VALOR: 1139,64  
ESTAB:049930354 FARMACIA DIAS 25  
19.07.16-18:25:36 TERM:PV839269 100085  
NUMERO PARCELAS : 10  
CARTAO: xxxxxxxxxxxx8572  
AUTORIZACAO: 025274  
ARQC:8FB800CDC71B9C5CB  
TRANSAÇÃO AUTORIZADA MEDIANTE  
USO DE SENHA PESSOAL.

(S1Tef)

ATACADAO S.A  
AV MANOEL TAVARES  
CNPJ: 75.315.401-0001-09  
161596139

13.072016 09:07:09  
TRANSAÇÃO

BRNFE-NFC-e Documento Auxiliar  
da Nota Fiscal Eletrônica para Consumidor Final  
Não Permite acúmulo de crédito de ICMS

Item Cod	Descrição	Qtd Un	Valor Unit	Valor Total
001 26851902	SACUA INSTITUCIONAL	1X1UND		
2 UND	X	0,20	0,40	
002 49377952	FRALDA GRL COTIDIAN	1X7UND		
1 UND	X	11,40	11,40	
003 49377952	FRALDA GRL COTIDIAN	1X7UND		
1 UND	X	11,40	11,40	

QTD. TOTAL DE ITENS	4
VALOR TOTAL R\$	23,20
FORMA DE PAGAMENTO	Valor Pago
Dinheiro	24,00
TROCO	0,80

Informações dos Tributos Totais e Incidentes  
(Lei Federal 12.741/2012)  
Vlr Aprox.Tributos Federal: R\$2,19 (9,44%)  
Vlr Aprox.Tributos Estados: R\$2,59 (11,16%)

ÁREA DE MENSAGEM FISCAL  
Número: 000078085 Série: 503  
Emissão: 13/07/2016 09:07:09  
Consulte a Chave de Acesso em <http://www.receita.fazenda.gov.br/nfce>

CHAVE DE ACESSO  
25160775315333008940650530000780851048579170

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



TPLinux - AT.10.e02 - Unisys Brasil Ltda

4610-DR2 VERSAO:16.05 PDI:003 LJ:089  
OPR:Rosalia F. Henrique 13/07/2016 09:07:09

Massa

Nova Razão Social: ATACADAO

ORTOPEDIA CAMPINENSE  
MARICLEIDE BARBOSA DINIZ  
RUA DOM PEDRO II, 119 LOJA 02 B1 TERREO - CENTRO  
CEP: 58400-062 CAMPINA GRANDE - PB  
(NPJ): 01.056.551/0001-30 IE: 16.164.596-0  
14/07/2016 08:26:33 CCF:021398 COD:047358  
**CUPOM FISCAL**  
ITEM COD100 DESCRICAO QTD UN. UN. UNIT R\$ ST A/T VL. ITEM R\$  
001 32 FURACAO INEL CX 000 FECHADO A UN 117,00% 176,00  
Subtotal R\$ 176,00  
DESCONTO -32,00  
**TOTAL R\$ 144,00**  
CARTAO REDECARD 144,00  
PARAIBA LEGAL - RECEITA CIGADA  
TURPEDD PREMIADO:  
61645950 14072016 047358 14400  
REDECARD HIPERCARD  
\*\*\*\*\*8572 TERM:DR061642  
2332168 AUTO:085889 14/07/16  
VENDA PARC. ESTAB. EM 04 PARCELAS  
Operador: MASTER  
RU-5:381A2701223AE046657848A9B09B7974  
Sistema Comercial Geracao 4  
060 5A637.066E7 CB200E 00 100086 36401 315F0 0CF  
DARUMA AUTOMACAO FS700 M  
ECF-IF VERSAO:01.01.00 T:011 L:001  
HHHHHHHHHHHHCF1FJL0 14/07/2016 08:28:13  
FAB:DR0611BR000000290270 BR



()

Buscar no site

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.**

### SINISTRO 3170583340 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** EMANUEL ALMEIDA COSTA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

**BENEFICIÁRIO** EMANUEL ALMEIDA COSTA

**CPF/CNPJ:** 10491998473

#### Posição em 27-11-2017 22:55:24

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 2.531,25

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
-------------------	----------------------	------------------	-------------

27/11/2017	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25
------------	--------------	----------	--------------

### ACESSIBILIDADE



[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](#)



[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](#)

A

A

A



### COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas [\(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](#)

Documentos Invalidez Permanente [\(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](#)

Documento Morte [\(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](#)

Dicas Indispensáveis [\(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](#)



### PAGUE SEGURO

Como Pagar [\(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](#)



<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?optconsultasemsinistro=true>

1/2

27/11/2017

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)  
Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

#### ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)



#### ASSINE NOSSA NEWSLETTER

Nome	
E-mail	
AC	Cidade

(<https://novosite.seguradoralider.com.br>)

(<https://www.seguradoralider.com.br/Processo/Indenizacao/IndenizacaoOficial>)  
trk=tyah&trkInfo=clickedVertical:company%2cclickedEntityId:10845224%2cidx:2-  
1-  
2%2ctarId:1467409339633%2ctas:Seguradora%20l%C3%ADder)

#### Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

#### Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Autoatendimento (/Seguro-DPVAT/autoatendimento)

#### Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › SAC DPVAT (/Contato/Sac-DPVAT)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Denúncia de Fraudes (/Contato/Denuncia-de-Fraudes)

#### Assine nossa Newsletter

Nome
E-mail
AC









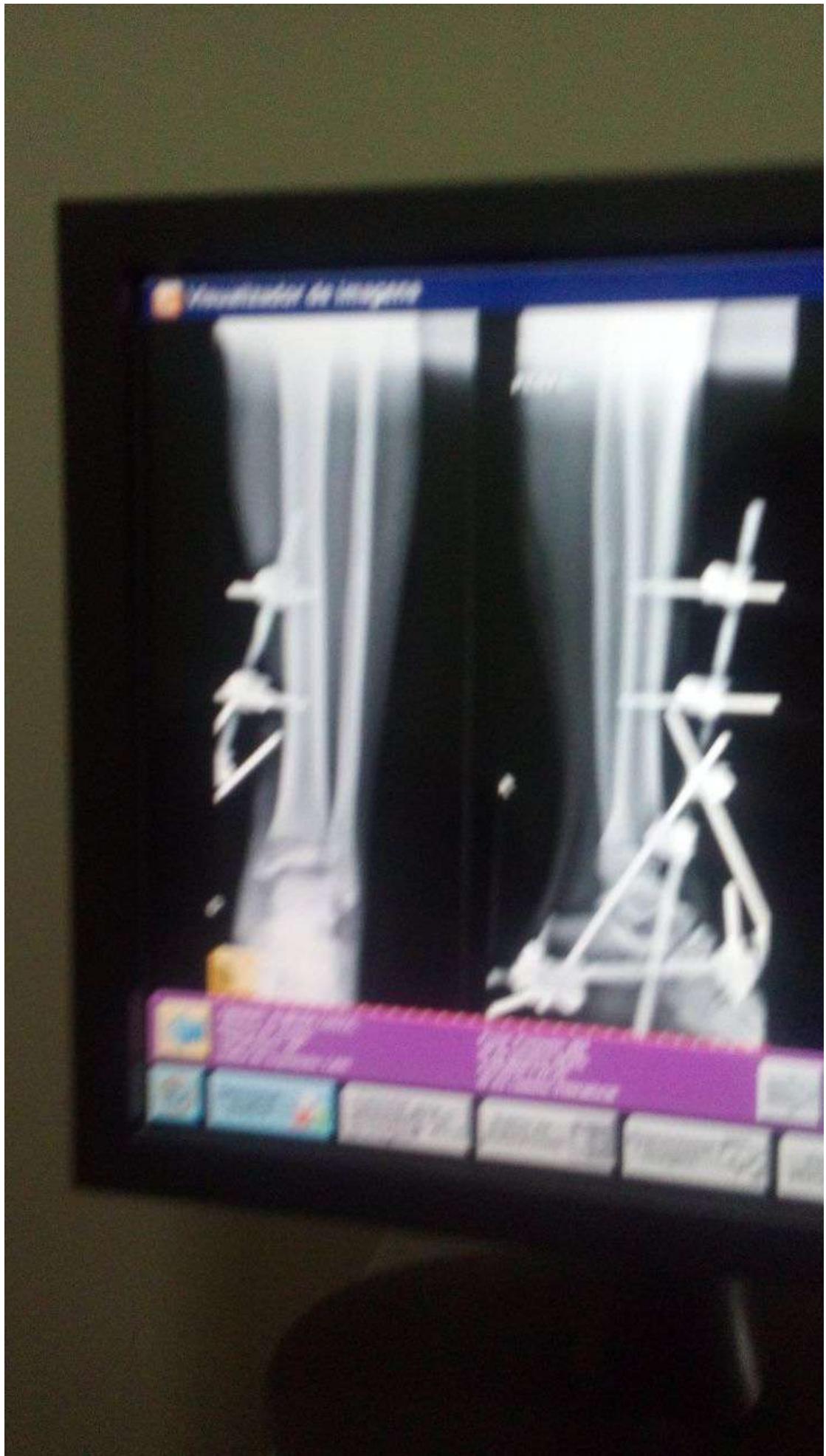












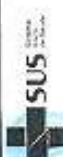
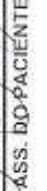








*Chaveiros*

<b>GOVERNO DA PARAÍBA</b>  <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b>		<b>NATUREZA DA CONSULTA</b> Consulta Básica (PB); <i>Lucas / Oto-olig. 01/02/2016</i> Consulta Especializada:	
<b>PROCEDIMENTO</b>			
<b>UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO</b> Código da Unidade: 00023671 Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAÍBA UF: PB			
<b>DADOS DO PACIENTE</b> PRONTUÁRIO Nº: 314687 EMANUEL ALMEIDA COSTA Nome e sobrenome RG: 08911111-0 Documento: CNPJ: 08-778.268/0001-60 Endereço: Rua 08, 5647 Bairro: Centro Cidade: CAMPINA GRANDE Município: CAMPINA GRANDE Estado: PB Data de nascimento: 20/07/2016 Documento: 210411623 Queixas: Acidente de Motociclo		<b>TIPO DE ATENDIMENTO</b> <input type="checkbox"/> 01 - URGENCIA, <input type="checkbox"/> 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA; <input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO; <input type="checkbox"/> 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO; <input type="checkbox"/> 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS	
<b>RAÇA/COR</b> <input type="checkbox"/> 1 - BRANCA <input type="checkbox"/> 2 - FRETA <input type="checkbox"/> 3 - PARDAS <input type="checkbox"/> 4 - AMARELA <input type="checkbox"/> 5 - INDÍGENA <input type="checkbox"/> 99 - SEM INFORMAÇÃO		<b>ENCAMINHAMENTO</b> <input type="checkbox"/> 01 - PRESCRITA <input type="checkbox"/> 02 - APLICADA <input type="checkbox"/> 03 - OBSERVAÇÃO <input type="checkbox"/> 04 - OUTRO HOSPITAL <input type="checkbox"/> 05 - CRITICO <input type="checkbox"/> 06 - INTERNACAO <input type="checkbox"/> 07 - OUTROS	
<b>ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:</b> Anamnese: <i>Acidente de trânsito com lesão na face e membro superior direito. Foi levado para o hospital de emergência. Foi submetido a cirurgia de desbridamento e sutura. Foi encaminhado para a UPA de Campina Grande. Foi encaminhado para a UPA de Campina Grande.</i> Exame Físico: <i>Exame Físico: Pélvis: fratura de sacro ilíaco com deslocamento e instabilidade. Pernas: lesão na face anterior da panturrilha com edema e hemorragia. Mão: lesão na face anterior com edema e hemorragia. Foi encaminhado para a UPA de Campina Grande.</i>			
<b>EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE</b> Exames: <i>Tomografia da face e crânio.</i>		<b>SERVICOS REALIZADOS:</b> Código / Procedimento: <i>Tomografia da face e crânio.</i>	
<b>RESULTADOS</b> Resultados: <i>Tomografia da face e crânio.</i>		<b>ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AIS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)</b>  Dr. Luciano Chaves Assessor Clínico de Serviços Tomografia da face e crânio 10/07/16	
<b>MATERIAIS / MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS</b> Materiais: <i>Tomografia da face e crânio.</i> 1. <i>Uso de óculos</i> 2. <i>Uso de óculos</i> 3. <i>Uso de óculos</i> 4. <i>Uso de óculos</i>		<b>ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO</b> Ass. do paciente: <i>Lucas / Oto-olig. 01/02/2016</i> Tomografia da face e crânio 10/07/16	
<b>DIAGNÓSTICO / CID:</b> Diagnóstico: <i>Pelvis fratura de sacro ilíaco.</i>		Nro. 014	

GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

ULW  
VIAZ  
VIAZ  
VIAZ  
VIAZ

W

ICD-10

10/04/16  
Data

Dr. Valti Menezes Guimarães  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PB 6326 / EOR 15.090  
Médico

SAT  
5000-5  
IM  
F

Assinatura e carimbo do profissional

Vermelho - atendimento imediato  
 Amarelo - atendimento até 1 hora

Verde - atendimento até 4 horas

Carimbo

Estratificação

Mod 110

Desambulágao: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca

Desgêm de HG:

Desgêm de HG:

Pressão arterial:

Temperatura axilar:

Freqüência cardíaca:

Freqüência respiratória:

Nível de consciência: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo

Aspecto: ( ) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente

Carimbo

Classificação de Risco

Acidente de trabalho? ( ) Sim ( ) Não

Quícler:  Data do Atendimento: 10-04-16 Hora: 10:23 Documento:

Nome:  Data de Nascimento: 01-04-93 Documento de identificação:  Bairro:

End:  Bairro:

Nome:  Data de Nascimento: 01-04-93 Documento de identificação:  Bairro:

End:  Bairro:

Nome:  Data de Nascimento: 01-04-93 Documento de identificação:  Bairro:

End:  Bairro:

Nome:  Data de Nascimento: 01-04-93 Documento de identificação:  Bairro:

End:  Bairro:

Nome:  Data de Nascimento: 01-04-93 Documento de identificação:  Bairro:

End:  Bairro:

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

GOVERNO  
DA PARAÍBA





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Emanuel Colminda Soárez - Idade: 14  
Convênio: SUS - Data: 13/07/2016  
Procedimento: Tratamento Facc. Bicip.

Cirurgião: Walter - Auxiliar: - Anestesista: Dr. B. J. B.  
Início: 22:30 - Término: 00:30 - Anestesia: Analgésico

**Observações:**

45 03:15 h comunicado ao NCE sobre o parecer  
solicitado pela ombudsman, o mesmo informou  
que iria responder ao parecer da manha  
no intepedimento. (1)

45 03:15 comunicado ao diretor geral dos  
servicos solicitado a mesma solicitar que chamasse  
o intepedista, feito o qual reagiu falor com dire  
Valdir Menezes. O mesmo no entanto no respondeu  
nem na sala de audiamento nem a tarde de os  
legadores, Dr. José Paulo veio no B.C. em 04:50 soem  
e alegou. Venceller solicita a presenca do staff (1)

### Assinatura Anestesista

## Circulante

## *Relatório de Operações*



**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**

Critério para alta de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0		
Movimenta 2 membros = 1		2
Movimenta 3 membros = 2		
Apnéia - 0		2
Respiração Limitada, Dispnéia = 1		
Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0		
PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1		2
PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0		
Sat 02 > 90 com oxigênio = 1		2
Sat 02 < 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0		
Despertado ao chamado = 1		2
Completamente acordado = 2		
<b>TOTAL DE PONTOS</b>		10

*Valelilene Abreu*

Assinatura Anestesista



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Nome do Paciente <b>EMANUEL ALMEIDA COSTA</b>		Nº Prontuário
Data da Operação <b>10/07/16</b>	Enf.	Leito
Operador <b>Dr. VALTIT</b>	1º Auxiliar	
<b>2º Auxiliar</b>	<b>3º Auxiliar</b>	Instrumentador <b>JOSÉ</b>
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório: Disjunção do sínfise púbica + fixação condilo lateral do fêmur (E) + lesão parcial dos tendões do quadríceps. Tipo de Operação: + luxação e fixação do fêmur (E) No cíngulo		
Diagnóstico Pós-Operatório: O mesmo		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato: It		
Acidente Durante a Operação		

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
01. Descolamento dorsal sob anestesia. 02. artéria e autoneura. 03. campo estéril. 04. redução inicia da disjunção da sínfise púbica + fixação externa. 05. desbravamento de tecidos desvitalizados no berço do fêmur e do tím (E). 06. irrigações c/ soro, abundante. 07. em tempo: lesão grave de partes moles, grande de substância do vasto lateral, alto grau de contaminação + lesão parcial dos tendões do quadríceps, decidido por no cíngulo definitiva do fêmur em 2º tempo. 08. tenotomia dos tendões do quadríceps. 09. redução de luxação do fêm (E) + fixação com contratorno. 10. sutura dos tendões. 11. ao drama metanoso local LCP, LCA e LCA, suturas.

Mod. 01a

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VINE

12. No final do procedimento não conseguí palpar pulso distal, parecia c/ boa perfusão distal, solicito parecer do anestesista responsável.

13. Concluído

Dr. Valth Menezes Guimarães  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PB 6326 / TEOT 15.090

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Ortopedia - Neurologia - Buco

**PEDIDO DE FATURAMENTO**

Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE  
CEP: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com  
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 9452.1153

Nº 0991

NOME DO HOSPITAL

CIDADE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AL.H

TEL / FAX / E-MAIL

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÉNIO

HOSPITAL DE TRAUMA  
C. GRANDE

EMANUEL ALMEIDA ROSA

1314687

PROCEDIMENTO REALIZADO

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

FIXADOR EXTERNO IJALVA

02

DATA DA UTILIZAÇÃO  
10/07/2016  
OSSERVAÇÕES

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

Dr. WALT

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		INFERNARIA	LEITO	N° PRONTO-SUCHE			
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Evarand Almeida Braga</i>		DATA <i>23/07/16</i>	SEXO <i>M</i>	COL. <i>M</i>			
DATA <i>10-07-16</i>		PRESSÃO ARTERIAL <i>120/80</i>	PULSO <i>90</i>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TPO SANGUÍNEO		HEMÁTICAS	HEMOGLOBINA	HEMATOCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS		
		URINA							
AP-RESPIRATÓRIO						ASMA	BRONQUITE		
AP-CIRCULATÓRIO						ELETROCARDIOGRAMA			
AP-DIGESTIVO						ALIMENTAR			
ESTADO MENTAL <i>Alerta</i>						ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO <i>Fratura exposta L2 e Bacia e Fractura</i>						ESTADO FÍSICO <i>III</i>	RISCO <i>II</i>		
ANESTESIAS ANTERIORES									
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA:	AS	EFEITO			
Anestesia / Injetar / Soro						INDUÇÃO			
LÍQUIDOS						Satisf. _____ Expir. _____ Tosses _____			
						Laringo espasmo _____ Lenta _____			
						Náuseas _____ Vômitos _____			
						Outros _____			
						MANUTENÇÃO <i>Apneia 2/3</i>			
						<i>- Tussa forte</i>			
						<i>- Estimulante</i>			
						ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____			
						Não, por quê? _____			
						DESPERTAR			
						Reflexos na SO: _____			
						Obstr.: _____ Do: _____ Expir: _____			
						Náuseas: _____ Vômitos: _____			
						Outros: _____			
						Com cânula: _____			
						Paro o Leito: Sim _____ Não _____			
						CONDICÕES: _____			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES									
POSIÇÃO									
AGENTES		<i>Neopane 3.82 18-11-19-06</i>							
TÉCNICA		<i>Agar e Ol 4-5-3-05</i>				CÁNULAS			
OPERAÇÃO		<i>Tratamento Angina</i>							
CIRURGIÕES		<i>R. Walker + L. João Pires</i>							
ANESTESISTAS		<i>R. Carlos Bento 3914</i>							
OBSERVAÇÕES									
ANOTAR NO VÉRTICE AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS						PERDA SANGUÍNEA			

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

## PERDA SANGUÍNEA

RESUMO DE ALTA  
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME:	Emmanuel Almeida Costa	DN:	PRONT. N°:
NATURALIDADE:			
ADMISSÃO:	10/07/16	PROCEDÊNCIA:	
		ALTA:	19/07/16

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

Fator de trauma C1 deformidade em braço  
+ deformidade 1 ferida em tmg (E) + gelo (E)

2. Resultado dos principais exames

R- X anamnese ex. Fisico

3. Evolução e complicações

6

4. Terapêutica realizada

Fixador externo de braço  
Resinco + fix. ext. scutum + frangim curvapie  
Osteomartes em joelho (E)

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

Disjunções de superfice pubica  
fx exposta joelho (E)  
lux expost. tmg (E)

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

alta e orientações + retorno ambulat-  
orial + antimissivos + analgésicos + fisioterapia + X-ray  
1 vez / 60 dias

7. Condições de alta

Curado

A pedido

Óbilo

Melhorado

Inalterado

Transferido para: \_\_\_\_\_

Hab. J. Barros de Almeida  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Sr(a): EMANUEL ALMEIDA COSTA  
 Dr(a): HALLISSON BARROS DE ALMEIDA  
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000286472  
 Data: 11/07/2016 15:42  
 Idade: 23 anos

RG: NÃO INFORMADO  
 Origem: CLÍNICA ORTOPÉDICA  
 Destino: ENER - L 02

## HEMOGRAMA

(DATA DA COLETA: 11/07/2016 15:54)

## Resultados

Valores de referência

## SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos	2.55 milhões/mm <sup>3</sup>	4,2 a 6,1 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina	7,4 g/dL	12,1 a 16,1 g/dL
Hematócrito	22 %	40,0 a 52,5 %
V.C.M.	87 fL	80,0 a 92,0 fL
H.C.M.	29 pg	27,0 a 31,7 pg
C.H.C.M.	33 g/dL	30,5 a 34,7 g/dL

## SÉRIE BRANCA

	5.900 /mm <sup>3</sup> (%)	5.000 a 10.000 /mm <sup>3</sup> (/mm <sup>3</sup> )
Neutrófilos	0	0
Pró-mielócitos	0	0
Mielócitos	0	0
Metamielócitos	0	0
Bastonetes	6,0	354
Segmentados	78,0	4.602 40,0 a 92,0 % = 1.800 a 3.500 /mm <sup>3</sup>
Eosinófilos	0	0 0,5 a 1,0 % = 200 500 /mm <sup>3</sup>
Basófilos	0	0 0 a 2,0 % = 000 100 /mm <sup>3</sup>
Linfócitos		
Tipicos	15,0	885 10,0 a 41,0 % = 1.000 a 3.100 /mm <sup>3</sup>
Atípicos	0	0
Monócitos	1,0	59 2,0 a 10,0 % = 400 1.000 /mm <sup>3</sup> 140.000 a 400.000/mm <sup>3</sup>
CONTAGEM DE PLAQUETAS	119.000/mm <sup>3</sup>	

## OBSERVAÇÕES

Contagens repetidas e confirmadas.

  
 Ana Claudia Barroso  
 Biomedica  
 CRBM - 5793

Sr(a): EMANUEL ALMEIDA COSTA Protocolo: 0000286472 RG: NÃO INFORMADO  
Dr(a): HALLISSON BARROS DE ALMEIDA Data: 11-07-2016 15:42 Origem: CLINICA ORTOPEDICA  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 23 anos Destino: ENF 05 - L. 02

HEMATOCRITO, DETERMINACAO DE ..... 22,2 %

(DATA DA COLETA: 11/07/2016 15:09)

(Data da Referência: 27 - 07 - 2016)

Material: Sangue

Metodo: Microtubo

  
Ana Claudia Barroso  
Biomédica  
CRBM - 5793



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(e): EMANUEL ALMEIDA COSTA      Protocolo: 0000286472      RG: NÃO INFORMADO  
Dra(a): HALLISSON BARROS DE ALMEIDA      Data: 11-07-2016 15:42      Origem: CLÍNICA ORTOPÉDICA  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES      Idade: 23 anos      Destino: ENFERMAG - L02

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 1'30"

DATA DA COLETA: 11/07/2016 15:30  
Material: Sangue  
Método: Duke

Valores de Referência:  
De 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULAÇÃO

DATA DA COLETA: 11/07/2016 15:30  
Material: Sangue  
Método: Rec-White

7'00" min

Valores de Referência:  
De 5 a 11 minutos

Ana Claudia Barroso  
Biomedica  
CRBM-6793



PNCQ  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade

CRM-PB: 6320  
Medico Radiologista  
Dr. Raíff Ramalho Cavalcanti

congruências sugrem para indagação de alta hospitalar buscando-se opções no resultado negativo da ultrassonografia  
descrição: Bexillares a bexa sensitividade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e viscerais, não havendo critérios

Na form evidencia das lesões viscerais relacionadas ao trauma.

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

#### ANÁLISE:

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

#### METODOLOGIA:

#### ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

PACIENTE:	Enniva / 61	ACMILDA COL/11	DATA DO EXAME:	10/07/2016
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE CAMPINA GRANDE - PARÁ SISTEMA DE PAGAMENTO DE FARMACIA SISTEMA DE PAGAMENTO DE FARMACIA				



## MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento  
5684

Hospital: Universidad Tijuana Código: \_\_\_\_\_  
Procedimiento: Primer Trámite Cód. Procedimiento: \_\_\_\_\_

Paciente: Ismael DNI: 33.123.456-7 Fecha: 10/05/2023

Cirurgião: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ ( ) Reposição ( ) Caixa Pronta

## DESCRICA DE PRODUTOS UTILIZADOS

## ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

						Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº	33					
	Qtd	00					
	Cód						
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº						
	Qtd						
	Cód						
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº						
	Qtd						
	Cód						
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº						
	Qtd						
	Cód						
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº	40					
	Qtd	00					
	Cód						
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº						
	Qtd						
	Cód						

OBS: O PREENCHIMENTO DO PONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

#### Condições de Pagamento:

Faturar N.F para:

Cód. do consultor: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

Bio-Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodólico Teles, 2458 - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05  
Fone/Fax: (88) 3521-4801 \* [www.bio-implants.com.br](http://www.bio-implants.com.br)





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Emmanuel Almeida | Registro: | Leito: 9-3 | Setor Atual:

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: lpm; 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:  Isocônicas ( ) Anisocônicas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midráticas

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

Linguagem: ( ) Qual? ( ) Distonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria

Obs:

##### OXIGENAÇÃO

Respiração:  Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T  
( ) VMNI ( ) VMI TOT n° Comissura labial n° FiO2 % PEEP cmH2O

Eupnêia; ( ) Taquipnêia ( ) Bradipnêia ( ) 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 PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> 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 ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida,	Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos, ( ) Turgência jugular: ( )
Drogas vasoativas: ( ) Quais? _____	Précordialgia ( )
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: _____ Data da punção: / /
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações: _____	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo sómático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.	
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> NVO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Galactosemia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: _____ Data: / /	
Alterações: <input checked="" type="checkbox"/> Inapetência ( ) Distefagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros: _____	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros: _____	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros: _____	
Eliminação urinária: ( ) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD: Débito ml/h.	
Aspecto: ( ) Outros: _____ Observações: _____	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro: _____	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservado	
Condições das mucosas: ( ) Umidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( )	
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: _____ Curativo em: / /	
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: / /	
Ulceras de pressão: ( ) Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: / /	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações: _____	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acomodado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro: _____	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
( ) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações: _____	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo: ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita. ( ) Outros: _____	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações: _____	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
Canibio e Assinatura do Enfermeiro: _____	
Tânia Cláudia S. Marinho Enfermeira COREN-PB 351542 - Enf.	
DATA: 18/07/16 HORA: _____ 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: Emanuel Almeida | Registro: | Leito: 9.3 | Setor Atual:

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: lpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %  
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: (X) Local: MIE | 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:  Isocônicas (  Anisocônicas (  D>E (  E>D (  Fotorreagentes (  Mioticas (  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

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

(  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 type="checkbox"/> < 3 segundos. <input type="checkbox"/> > 3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordialgia <input type="checkbox"/>	
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>ASD</i> Data da punção: <i>16/10/10</i>	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
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 checked="" type="checkbox"/> NHO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <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 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:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA.</b>	
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictírica <input type="checkbox"/> Gianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Umidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input checked="" type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curalivo em: <i>15/10/10</i> h	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: _____	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: _____	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
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:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
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:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>[Assinatura]</i>	
DATA: <i>15/10/10</i> HORA: _____ 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: Emanuel Almeida da Costa | Registro: 9-3 | Leito: 9-3 | Setor Atual: Ortopedia

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 90; P: 60 bpm; FR: 18 lpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 70 bpm; SPO2: 98%  
HGT: 175 cm; Peso: 75 Kg; Altura: 1,75 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): 15 | Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fatorreagentes () 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 () Ayra/Tubo T  
() VMINI () VMI TOT nº 1 | Comissura labial nº 1 | FIO2 0,4 % | PEEP 5 cmH2O

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

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

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Impredutiva () Produtiva | Expectoração: () Quantidade e aspecto:

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

Data da inserção do dreno: 10/01/2024 | Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH 7,45 | PCO<sub>2</sub> 35 | PO<sub>2</sub> 95 | HCO<sub>3</sub> 24 | EB 0,8 | SpO<sub>2</sub> 98 | Data: 10/01/2024 | Hora: 10:00

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Allergia: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar | Observação:

##### SEGURANÇA FÍSICA

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

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: () 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 ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo		
Cateter vascular: (x) Penílico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: _____	Data da punção: / /	
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações: <i>fixador estéril MIG e curativo p/ D</i>		
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b> <i>fixador estéril MIG e curativo p/ D</i>		
Type somático: ( ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.		
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.		
Alimentação: (x) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT. Hora: _____	Data: / /	
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:		
Abdômen: ( ) Normotensão ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:		
RHA: ( ) Normoalvos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados		
Eliminação intestinal: (x) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:		
Eliminação urinária: (x) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD: Débito ml/h.		
Aspecto: ( ) Outros: Observações: _____		
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>		
Condição da pele: ( ) Integra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas (x) Escoriações ( ) Outro:		
Coloração da pele: (x) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservado		
Condições das mucosas: ( ) Umidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( )		
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: _____	Curativo em: / /	
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: _____	Débito: _____ Retirado em: / /	
Úlcera de pressão: ( ) Estágio: _____	Local: _____ Descrição: _____	Curativo: / /
<b>CUIDADO CORPORAL</b>		
Cuidado corporal: ( ) Independente (x) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:		
Higiene corporal: (x) Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória		
Limitação física: (x) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:		
<b>SONO E REPOUSO</b>		
(x) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrumpido. Observações:		
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>		
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>		
Comunicação: (x) Preservada ( ) Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: (x) Cooperativo ( ) Medo:	
( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:		
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>		
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>		
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:		
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>		
<i>14/07/16 às 18:30h pde em pós operatório imediato, sem queixas no momento. Sigue medicado CPM, com auxílio da equipe. <i>Porto</i></i>		
<i>Karola R. L. Porto Enfermeira C.C. 111111111111</i>		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Porto</i>	DATA: 14.07.16	HORA: 18:30 h
FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal, Porto Alegre (2009).		

Paciente: **Emmanuel Almeida da Costa**

DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO			CARACTERÍSTICAS DEFINidorAS		
1	Constipação	Diuréticos ( )	Desidratação ( )	Estresse ( )	Outro ( )	Audíome distorcido ( )	Dor à evacuação ( )
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Hábitos de evacuação irregulares ( )	Lesão neurologica ( )	Anorexia ( )	Dor abdominal ( )	Cavidade bucal fenda ( )	Diarreia ( )
3	Déficit no auto cuidado para banho	Fatores biológicos ( )	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ( )	Cavidade bucal fenda ( )	Dor abdominal ( )	Mucosas palpebras ( )	Outro ( )
4	Dor aguda	Fatores psicológicos ( )	Outro ( )	Dor ( )	Frequêza ( )	Incapacidade de acessar o banheiro ( )	Cadro ( )
5	Hipertermia	Prejuízo neuromuscular ( )	Outro ( )	Outro ( )	Outro ( )	Incapacidade de lavar o corpo ( )	Outro ( )
6	Integridade da pele prejudicada	Ansiedade ( )	Ansiedade ( )	Ansiedad ( )	Ansiedad ( )	Alterações na pressão sanguínea ( )	Outro ( )
7	Mobilidade Física prejudicada	Agentes lesivos (Ex: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ( )	Outros ( )	Outros ( )	Outros ( )	Relato verbal de dor ( )	Outro ( )
8	Padrão respiratório ineficaz	Outros ( )	Outros ( )	Outros ( )	Outros ( )	Aumentar na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ( )	Outro ( )
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Anestesia ( )	Desnutrição ( )	Trauma ( )	Outro ( )	Taquipneia ( )	Outro ( )
10	Risco de infecção	Aumento da taxa metabólica ( )	Outro ( )	Outro ( )	Outro ( )	Destruição de camadas da pele ( )	Invasão de estruturas do corpo ( )
11	Risco de queda	Extremos de idade ( )	Circunstância prejudicada ( )	Outro ( )	Outro ( )	Fortalecimento da superfície da pele ( )	Outro ( )
12	Padrão de sono prejudicado	Hipotermia ( )	Imobilização física ( )	Outro ( )	Outro ( )	Fortalecimento para virar-se ( )	Dispremia ao esterço ( )
13	Outro	Ansiedade ( )	Desconforto ( )	Rigidez articular ( )	Outro ( )	Movimentos descontrolados ( )	Outro ( )
14	Outro	Dor ( )	Fadiga ( )	Desuso ( )	Outro ( )	Alterações na profundidade respiratória ( )	Outro ( )
		Ascite ( )	Quêmiduras ( )	Vômito ( )	Diarreia ( )	Batimento de asa de nariz ( )	Outro ( )
		Drenos ( )	Outros ( )	Outro ( )	Outro ( )	Outro ( )	Outro ( )
		Aumento da exposição ambiental à patogénos ( )	Defesas primárias inadequadas ( )	Outro ( )	Outro ( )	Outro ( )	Outro ( )
		Procedimentos invasivos ( )	Outro ( )	Outro ( )	Outro ( )	Medicações ( )	Outro ( )
		Mobilidade física prejudicada ( )	Outro ( )	Outro ( )	Outro ( )	Outro ( )	Outro ( )
		Extremos da idade ( )	Agitação/Desorientação ( )	Outro ( )	Outro ( )	Outro ( )	Outro ( )
		Falta de privacidade/controle do sono ( )	Outro ( )	Outro ( )	Outro ( )	Outro ( )	Outro ( )
		Ruido ( )	Imobilização física ( )	Outro ( )	Outro ( )	Outro ( )	Outro ( )
		Outro	Outro	Outro	Outro	Outro	Outro





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Emmanuel Almeida de Souza | Registro: \_\_\_\_\_ | Leito: 09/03 | Setor Atual: Ortopedia

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 90; P: 70 bpm; FR: 23 lpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 70 bpm; SPO2: 95%  
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: ( ) Local: \_\_\_\_\_ | Obs: \_\_\_\_\_

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

#### 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLOGICA

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

Pupilas:  Isocônicas  Anisocônicas  D>E  E>D  Fotorreagentes  Mióticas  Midriáticas

Mobilidade Física:  Preservada  Paresia  Plegia  Parestesia Local: \_\_\_\_\_

Linguagem:  Qual?  Disfonia  Afasia  Disfácia  Disartria.

Obs: \_\_\_\_\_

##### OXIGENAÇÃO

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

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 PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> 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 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"/> Turgescência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? _____	Precordialgia <input type="checkbox"/>
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <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: _____	Data da punção: _____
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face. <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
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 checked="" type="checkbox"/> V.O. <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <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 type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoalivos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input 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:
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoavações <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: _____
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
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:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" 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:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____	
Dr. Valuska, Dina de Carvalho ENFERMEIRA COREN - PB 358.001	
DATA: 13/07/2016 HORA: _____ h	

FONTE: BORO/INAC, 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 *12-07-16*

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Conrado Almeida da Costa* Leito: 5-2 Setor Atu: *Ortopedia*

#### 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:  Isocônicas  Anisocônicas  D>E  E>D  Fotoreagentes  Mióticas  Midriáticas

Mobilidade Física:  Preservada  Paresia  Plegia  Parestesia Local: *paralisada*

Linguagem:  Qual?  Disfonia  Afasia  Disfásia  Disartria.

Obs:

##### OXIGENAÇÃO

Respiração:  Espontânea  Cateter Nasal  Venturi %  Imin  Traqueostomia  Ayre/Tubo T  
( ) VMNI ( ) VMI TOT n° Comissura labial n° FIO2 % PEEP cmH2O

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 PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> 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

P脉:  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"/> Turgescência jugular: <input type="checkbox"/>		
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? _____		
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <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: <u>ASD/6cm</u> Data da punção: <u>/ /</u>		
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:		
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>		
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Cauquético <input type="checkbox"/> Obeso.		
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.		
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> NHO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: <u>/ /</u>		
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 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:		
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>		
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input checked="" 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: <u>Fracção externa lisonjante</u> Curativo em: <u>12/07/16</u>		
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: <u>/ /</u>		
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: <input type="checkbox"/>		
<b>CUIDADO CORPORAL</b>		
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"/> Acomodado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:		
<b>SONO E REPOUSO</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:		
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>		
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>		
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada   Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo: <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:		
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>		
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>		
Tipo: <u>Católico, digo</u> <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações: <u>Católico só por conta</u>		
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>		
<u>Solicitado e realizado CH, CRM.</u>		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: <u>12/07/16</u>	HORA: <u>17</u> h
		
FONTE: SORDINHÃO, R.C.: Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).		



GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Emmanuel Almeida da Costa* Registro: *05/02* Setor Atual: *Ortopédia*

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: *23.0m/97* °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: (X) Consciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro  
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (X) Isocônicas ( ) Anisocônicas ( ) 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 % Imin ( ) Traqueostomia ( ) Ayr/Tubo T  
( ) VMI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

(X) Eupneia: ( ) Taquipneia ( ) Bradipneia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

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

Ruidos adventícios: ( ) Roncos ( ) Síbilos ( ) 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 PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> 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 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? _____ Precordialgia <input type="checkbox"/>			
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: _____ Data de punção: ____/____/____			
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:			
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>			
Tipo somático: <input type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Enmagrecido <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"/> NVO <input type="checkbox"/> ISNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <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 type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:			
RHA: <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 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"/> ISVD: Débito ____ ml/h;			
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: _____ Observações:			
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>			
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 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 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: ____/____/____			
<b>CUIDADO CORPORAL</b>			
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 checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:			
<b>SONO E REPOUSO</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:			
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>			
<b>COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>			
Comunicação: <input checked="" 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:			
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>			
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>			
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:			
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:		DATA: 21/03/2016 HORA: ____ h	
			

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



SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

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

Diagnóstico

PO, ~~free~~ <sup>exp</sup> gels (C) + PO lux exp. hys

FULHA DE IRACAMBI, 1.º EDICA

## Government of America

Paciente	Alojamento	Convênio	8 AM	9 AM	Evolução Médica
Yannanuf H. medea					
	1 DIETALURE Prescrição Médica		Horário		
	2 SF0,9% 1500ml EV 7/24h		5:30		
	4 DIPRURINA 500mg/ml - Olamp. 1 ABD EV 6/6h		32 38 34 66		RCG absent at daturinosis
18/07	5 TILATEL 20 mg + AD - EV 12/12h - Swap		32 38 34 66		
	6 OMEPRAZOL 40mg -01 FA / 12h		32 38 34 66		FO: due to need of acidic secretion.
	7 NAZIDRON 8ml/ml - Lamp. + ABD EV 8/8h SN		32 38 34 66		
	8 TRAMAL 100mg/ml - Olamp. + SEO, 9% 100ml EV 8/8h SN		32 38 34 66		
	9 CLOXATE 40 UI - SC - 1x/24h - Swap - 1/8h		32 38 34 66		
D8	10 CLOXA 800mg EV 8/8h		32 38 34 66		APN, dc
	11 GENTIX 200 mg EV IX /DIA		32 38 34 66		
D5	12 DECADUR 8mg EV 8/8h		32 38 34 66		
	13 Parcer C. Gencof		32 38 34 66		CD: VPM C. Gencof: pt c/ necrosis de AT & EV when si suggere no ANP Secto ANC
	14		32 38 34 66		ORTUGOS - SVA/2000 pt. FSSM
	15		32 38 34 66		
	16		32 38 34 66		
	17		32 38 34 66		
	18 Alter hospitalizar - Vida		32 38 34 66		
	19		32 38 34 66		
	20		32 38 34 66		
	21		32 38 34 66		
	22		32 38 34 66		
	23		32 38 34 66		
	24		32 38 34 66		
	25		32 38 34 66		









2011-06-01 00:00

PA = 120x80 P = 7b Sut = 37%  
Pabellón creativo. Pote cárquido/panelado  
y gabinetes artí o momentos. Sutos one-  
diseños x el G.Galván. En la Galería de la Universidad de Valencia

36104126 23:00

$$PA = 280 \times 70 \quad P = 92$$

Yello - 3rd grade 1/2 grades,  
plus Melodies in 2 and 3  
grades. *W. D. B.* 1914

SOMMERTAG

ANSWER: *NONSENSE* is the word that is missing.

DIAGNÓSTICO

**DIAGNOSTICO**

卷之三

15-07-16  
PA-120x80  
Paciente estava num  
quarto de dia no  
momento.  
Realizados exames de  
informação m.c.p.m  
*Atf*

21hs - PA: 140 x 80 mmHg. Valores  
normais

19214.69 42 cm H2O no fundo  
2020 52 cm H2O (normal)  
22168.12 63 cm H2O (normal)  
2421 40 ~ 42 cm H2O (normal)

1621

abnormal? sim  
normais sim



~~Oct 20 1961~~ ~~Oct 20 1961~~ ~~Oct 20 1961~~

Parece volvi istan  
no pas andarico realizarlo  
curativo no un supurante  
migrante con granme frustracion  
medica segun los estadisticos  
de enferma causa

147. *Pyrrhura* *soemeri*

include higher than 50%  
per cent indicate no  
increased incidence  
of any disease

Tracy 270

for the first time  
in 1975, and  
from 1976 to  
1978, the  
percentage  
of the  
population  
with  
a  
primary  
education  
increased  
from 30.5  
to 40.5.

Te.º 00001 de 00000  
Tec. Engenheiro  
COREN-PB 103216

**2º GOVERNO - SECRETARIA DE SAÚDE**  
2º DA PARAÍBA HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONÇALVES FERNANDES

D. *h. boninae*

DIAGNÓSTICO

→  $\beta_3 \rightarrow \alpha_3$

Exhibit 7-2

卷之三

CIVILIZZAZIONI DI FRATERNITÀ | 147

卷之三

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
	30/06/2016	22/07/2016		
1. Dieta <u>3000 cal</u> 2: <u>ondever</u> .				30/06/2016
2. SRI 1500ml EV/24h	SFI 500ml			
3. Dipirona 02ML+AD EV 06/06h				
4. Tilitil 20mg + AD EV 12/12h				
5. Omeprazol 40mg EV/jejum				
6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN				
7. Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SN				
8. Clorazane 40mg SC/dia				
9. Sennos 100mg				

Decadum 8 on FA EU 81.81  
Chlorine 600 EU 46.6  
Gentec 240 EU 31.66  
02 Chemmies 0 EU 0  
en. Flows are 7000.

3173

Linear decachord

1

卷之三

卷之三

4500000000

323 *ml. Chik*  $\rightarrow$   $\text{p}_{1,1} \rightarrow$   $\text{p}_{1,2} \rightarrow$  *ASO*

total infections: 1,000 32%

卷之三

卷之三

111

100

111

18-04-16

SB.07.16  
Pta. Transversal da enfermaria (5-2) para a enfermaria (9-2)  
no final da tarde, onde aguarda intervenção cirúrgica na MIE  
descrição das pei realizados procedimento cirúrgico, que seguiu  
o residente do ortopédia Halden Burns, a ~~residente~~ <sup>pele</sup> Transversal  
longitudinal trans sido realizada tarde, e por isso motivo  
procedimento não foi realizado hoje. <sup>pele</sup> Burns 120721  
181

Trasado acceso Museo

13.07.16 22a Ph. 120x60 mm. Salina

Per apresenta various descobertas  
open todo o corpo, d nativa em paço STRONG var ver ver ro  
J. M. E. o mesmo mas apresentou quebras ou  
interrupções. descrito o plantio, M. C. P. M.

Valerie

三

Po fix horário

**DIAGNÓSTICO**

→ fx ex. ferim diaf. E  
ORO → Po. Lux exp frig. E

DIÁRIO DE TRAUMATOLOGIA

Émerson Francisco

Paciente

Alojamento:

5

Leito:

2

Convenio:

**Prescrição Médica**

Data	Dieta	Princ	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
2.5.01	1500ml EV/24h			24 06 06	20 DI H 1 24 DRC.
3.5.01	02 ML + AD EV 06/06h			12 06 06	
4.5.01	Tilatil 20mg + AD EV 12/12h			24 06	PTF REGISTRO CLINICO
13/07	5.omeprazol 40mg EV/8h			06 06	higocorecels (2) 4t)
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	
				06 06	
				18 06	
				21 06	
				24 06	

12/04/16

PA = 120 x 80

T: 34

Paciente apresenta varicosidades per todo o corpo  
em MS e MI, maior gábea  
lateral com dorres, humor inalterado

PA

12/04/2016

20:30

PA = 130x80

PA

QNTD. 500 ml 500 ml 500 ml 500 ml

RCI

Assinatura



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

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO ICA**  
**EMANUEL ALMEIDA**

Paciente	Alojamento	05	Leito	02	Convênio	
1 DIETA LIVRE						
Data	2 SFG:9% 1500ML EV P/24h	Prescrição Médica				
01/07	4 DIPRITONA 500mg/ml -11amp. + ABD EV 5/5h					
	5 OMEPRAZOL 40mg -01 FA /JEJUM					
	6 NAUSEDRON 8mg/ml -1amp + ABD EV 8/8h (S/ev)					
	7 TRAMAL 100mg/ml -01amp + SFG 9% 100ml EV 8/8h (S/ev)					
	8 CLEXANE 40 UI -SC 1x/DIA					
	9 CLINDA 600mg EV 6/6h					
	10 GENTA 240mg EV 1X/3x/A					
	11 CURATIVO					
	12 SSV + CCGG					
	13	05 EV 10ml/500ml				
	14	05 EV 10ml/500ml				
	15	05 EV 10ml/500ml				
	16					
	17					
	18					
	19					
	20					
	21					
	22					
	23					
	24					
	25					





SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

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

Diagnóstico

卷之三

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	ALOJAMENTO	MANEDEA COSTA	Prescrição Médica	Horário	# Orto pedra	Evolução Médica
01/07/16	Bruxa leve mas crônico	Prescrição Médica	<p>SEPOY 500mg 1x/dia</p> <p>SAT 1x/dia, 1x/24h</p> <p>Clinical: 600mg + SEPOY 1000mg 1x/dia, 1x/24h. em 30' 06</p> <p>Gentamicina 240mg + SEPOY 1000mg 1x/dia, 1x/24h</p> <p>tit. a 1/2 hora, 1x/dia</p> <p>Dipirona 150mg, 1x/dia, 1x/24h</p> <p>Tramadol 50mg + SEPOY 1000mg 1x/dia, 1x/24h S/N</p> <p>Clorazepato 10mg 1x/dia, 1x/24h S/N</p> <p>Clorfeniramina 8mg 1x/dia, 1x/24h S/N</p> <p>Neurofármaco 8mg 1x/dia, 1x/24h S/N</p> <p>Saudade 10mg 1x/dia, 1x/24h S/N</p> <p>Anticon. DA NCR</p> <p>Protecra DA Cimicida VASCULAR</p> <p>100mg + 100mg</p>			<p>Medicamento medicamentoso + frax. de distensão do fáscia palpebral</p> <p>medicamento frax. da luxação dos tendões e desbridamento</p> <p>2 horas e 15 min. de</p> <p>função ex parte dos tendões</p> <p>lateral dos olhos</p> <p>ação de contra-irritantes</p> <p>garantir a fixação dos tendões</p> <p>fixação dos tendões 2: tempo.</p>



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Nome do Paciente	EMANUEL ALVAREZ		Nº Prontuário
Data da Operação	Enf.	Leito	
Operador	14.7.16	1º Auxiliar	Leandro
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	la. Rafael		
Diagnóstico Pré-Operatório	n/a		
Tipo de Operação	tbc		
Diagnóstico Pós-Operatório	n/a		
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

PCTE 100% sob anestesia.

Aspira + furo - Aspira M.E.

Em vez de esterilis.

Aspira de 30mm ou 30cm (pt. anterior de goteiro)

Dissolução por goteiro.

Linfaga - Desbridamento de tec. Desvitalizado;

Redução - Juxar o parafuso 4,5mm - 6,5mm -

Observada queda de tecido osteodermático (Tróclea Glenoidea)

Foram 80g.

Utriculização.

Sutura - suturas

1500	1000	500	250	100	50	25	10	5	2	1	0,5	0,25	0,1	0,05	0,02	0,01	0,005	0,002	0,001
------	------	-----	-----	-----	----	----	----	---	---	---	-----	------	-----	------	------	------	-------	-------	-------



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:	Emanuel Almeida Costa - 01/04/1993			GOVERNO DA PARAÍBA
QI	LEITE	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO
			23	1314687
CIRURGIA	Trat. En. em pxaos Gang. Latral	CIRURGIAO	Dr. Edimilson	
ANESTESIA	Roso. bloqueio sp. nervos Dr. Rajane	ANESTESIA		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
INSTRUMENTADORA	DATA	INICIO	FIM	
	14/07/16.	08:30 hrs	11:40 hrs	

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Bolsa Colostoma		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Calet, p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp:	Calet, De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Dimorf amp.	Compreessa Grande ...		Catgut cromado Sertix	
	Dolantina amp.	Compreessa Pequena		Catgut Simples	
01	Epinefrina	Cotonoida		Catgut Simples Sertix	
01	Fenegaxamp.	Dreno		Catgut Simples Sertix	
01	Fenacil	Dreno Karr n°		Catgut Simples Sertix	
01	Inova ml	Dreno Penrose n°		Cera p/ ossos	
02	Levof. ml	Dreno Pezzer n°		Elhobond	
01	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Elhobond	
	Alperona	Equipo de Macrogotas		Elhobond	
	Mercalina % ml	Equipo de Macrogotas		Elhobond	
	Nubatin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Proligmine amp.	Espadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca	
	Rapifen amp.	H.O. ml	03	Mononylon 20	... . . .
	Thiobembutal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi n° 24	Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11	Prolene Sertix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15	Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	01	Luvas 7.0 .	Vicryl Sertix	
	Flaxicôl amp.		Luvas 7.5	Vicryl Sertix 0. . .	
	Flêbocortid amp.	02	Luvas 8.0 ..	Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5	Vicryl Sertix	
	Glicose amp.		Óxigênio l/m		
	Glucos de Cálcio amp.		Poliifix		
	Haimaceal ml		PVP Degemante ml		
	Heparema ml.		PVP Tópico ml.		
	Kanakion amp.	0.5	Sabão Antiséptico	SOROS	
	Lasix amp.		Saco coletor	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Medrotinazol.	01	Seringa desc. 10 ml	SG Gelado fr 500 ml	
	Prasil amp.	02	Seringa desc. 20 ml ..	SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml	SG Ringr fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda	SG fr 500 ml	
	Stupitanon amp.		Sonda Foley		
	02		Sonda Nasogástrica		
	02		Sonda Uretral n° 10		
			Steridrem ml		
			Tornairinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaseline ml		
02	Aquilha desc. 25 x 10 x 12		Gelcon 18		
	Aquilha desc. 28 x 28		Latese		
01	Aquilha desc. 3 x 4.5	05	05 eletrodeos		
0.5	Aquilha p/ raque n° 22				
0.5	Alcool de Enfermagem	40%			
02	Alcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon ..				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

- EQUIPAMENTOS
- Oxímetro de Pulso
  - Foco Auxiliar
  - Serra
  - Eletrocautério
  - Desfibrilador
  - Oxicapnógrafo
  - Foco Frotal
  - Cardiomonitor
  - Fente de foco
  - Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

MOB 066



# PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

## COMARCA DE CAMPINA GRANDE

#### 4<sup>a</sup>. VARA CÍVEL

PJE n. 0802539-79.2018.8.15.0001

Vistos, etc.

1. A parte autora ajuizou, em 02/06/2017, ação judicial contra o mesmo promovido, com a mesma causa de pedir e o mesmo pedido contido na presente ação, que tramitou perante a 10ª Vara Cível desta Comarca (processo nº 0809550-96.2017.815.0001).
  2. Compulsando os sobreditos autos eletrônicos, verifica-se que a ação foi extinta sem resolução do mérito pela desistência, em sentença prolatada em 03/10/2017.
  3. Em 22/02/2018, a parte autora promoveu a presente ação, idêntica à anterior, ignorando, contudo, a regra de distribuição por dependência prevista no art. 286, II do CPC, que assim dispõe:

*Art. 286. Serão distribuídos por dependência as causas de qualquer natureza:*

*II- quando, tendo sido extinto o processo sem resolução do mérito, for reiterado o pedido, ainda que em litisconsórcio com outros autores ou que sejam parcialmente alterados os réus da demanda.*

4. Sendo assim, chamo o feito à ordem e, com base nos artigos 42, 43 e 286, II, todos do CPC, **determino a remessa imediata dos presentes autos à 10ª Vara Cível desta Comarca**, a quem caberá o processamento e julgamento do feito até os seus ulteriores termos.
  5. Intime-se a parte autora do teor desta decisão.

Campina Grande, 01 de março de 2018

*Audrey Kramy Araruna Gonçalves*

## *Juíza de Direito*



**4ª Vara Cível de Campina Grande**

( )

Nº do processo: 0802539-79.2018.8.15.0001

Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)

Assunto(s): [ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO]

**MANDADO DE INTIMAÇÃO DE ADVOGADO(A)**

O MM. Juiz de Direito da vara supra INTIMA a parte autora acerca da decisão retro.

, em 31 de agosto de 2018.

De ordem, HENRIQUE DANTAS ALVES  
Mat.



Poder Judiciário da Paraíba  
4ª Vara Cível de Campina Grande

---

Número do Processo: 0802539-79.2018.8.15.0001  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)  
Assunto: [ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO]  
Polo ativo: AUTOR: EMANUEL ALMEIDA COSTA  
Polo passivo: RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

### CERTIDÃO

Certifico e dou fé que, nesta data, faço remessa dos autos ao juízo competente, nos termos da decisão retro.

, 31 de agosto de 2018  
HENRIQUE DANTAS ALVES



**PODER JUDICIÁRIO  
ESTADO DA PARAÍBA  
COMARCA DE CAMPINA GRANDE – 10ª VARA CÍVEL**

**Processo nº 0802539-79.2018.8.15.0001**

**DESPACHO**

Visto etc.

1. Defiro os benefícios da Justiça Gratuita.

2. Tendo em vista que demandas desta natureza normalmente exigem a produção de prova pericial para que as partes encontrem estímulos para se conciliar, à luz do princípio da duração razoável do processo e da eficiência, art. 5º, XXXVI, da CF e art. 8º cc. 139, II, ambos do NCPC, deixo de designar a incontinenti audiência de conciliação do art. 334 do NCPC, que poderá ser aprazada em outro momento, na forma do art. 139, V, deste Diploma.

3. **CITE-SE** a parte requerida, por carta com AR, para contestar no prazo de 15 (quinze) dias, nos termos do art. 335 do NCPC, sob pena, não o fazendo, ser considerada revel (art. 344 do NCPC). Voltando o AR negativo, cite-se por oficial de justiça, uma vez recolhidas as custas respectivas, se for o caso, inclusive intimando-se para tanto, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de indeferimento da inicial.

4. **Apresentada contestação**, a parte autora deve ser **intimada** para que se manifeste no prazo de 15 (quinze) dias, conforme os arts. 350 e 351 do NCPC, podendo, inclusive, corrigir eventual irregularidade ou vício sanável no prazo de 30 (trinta) dias, nos termos do art. 352 do NCPC.

5. **Após a apresentação da impugnação**, ou esgotado o prazo, as partes devem **especificar as provas** que pretendem produzir, nos termos do art. 370 do NCPC, justificando-as, sob pena de indeferimento, conforme o art. 370, parágrafo único, do NCPC. Na mesma oportunidade, as partes deverão informar se existe interesse na tentativa de conciliação. **Assinalo o prazo de 05 (cinco) dias.**

Diligências necessárias.

Campina Grande, data eletrônica.

**Wladimir Alcibiades Marinho Falcão Cunha**

**Juiz de Direito**