

29/12/2017



ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº:1571033 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 29/12/2017
Boleto de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Cláudia Bezerra Lacerda

PACIENTE: OSVALDO DA SILVA CEP:58400002 Nascimento:23/08/1974

LIMA Sexo:M Telefone: 33350001

Endereço:AURIA MOURA RIBEIRO

Cidade:Campina Grande

Nome da Mãe: CREUSA DA SILVA LIMA

Responsável: MARTA DA SILVA CPF: Profissão:VENDEDOR

Estado Civil:Divorciado(a) Data de Atend:29/12/2017 CNS:700408906368640

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X Hora: 19:45:47 CONVÉNIO:SUS

Especialidade:

Médico:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abração
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Coração
15. F. Cortante
16. F.Corto-contuso
17. F.Perfur-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingratamento Venoso
23. Lacerção
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico-paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parésia
32. Paresthesia
33. Queimadura
34. Rincragia
35. Sinal de laquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID: Poli trauma

HTCG-Painel Administrativo

EXAM PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de poli trauma no cérebro de 30 min, colisão moto-comunhão, compõe-se este serviço sendo prestado pelo SAMU. Paciente hemodinamicamente estável, nega cintos ou maissos. Pode operar dor no joelho.

ALERGIA:

negs

MEDICAMENTOS:

negs

PATOLOGIAS:

HAB

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreatentes () Isocôricas () Anisocôricas

Glasgow 15 PA HGT: Sat02

TOCOPERRALIA
RAIO X
20/12/17

RAIO X
20/12/17

ULTRASSONOGRAFIA

Realizada em:
29/12/17

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: ortopedia 20 dias às 20:00 Dia / /

Especialista: / / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Internamento p/ Hto cirúrgico	
2	T112ti 40mg LAO EV	Denise Lima Santos TÉC DE ENFERMAGEM COREN-PB 102.159
3	Oxymz 2ml DAO EV	
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dra. Denise Lima Santos
TÉC DE ENFERMAGEM
COREN-PB 102.159
L... Valéria Duarte Melo
Universidade Federal da Paraíba
CRM 210978
CIRURGIÃO - CRM 210978



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

Ficha de Acolhimento

Nome:	OSVALDO da Silva Lima		
End:	Rua Avenida Phoenix Ribeiro	Bairro:	Catiguera
Data de Nascimento:	23/08/74	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acidente trânsito	Data do Atend.:	29/12/17 Hora: 16:37 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

de moto

Classificação de Risco

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

Estratificação

MOD. 110

~~evições~~
() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

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

Waleska
Assinatura e carimbo do profissional



Assinado eletronicamente por: MICHELL VINICIUS DE ANDRADE SILVA - 24/02/2019 17:17:21
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19022417154021700000018903781
Número do documento: 19022417154021700000018903781



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

PACIENTE: OSVALDO DA SILVA LIMA

DATA DO EXAME: 29.12.2017

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO

- Múltiplos traços de fraturas com extensão intra-articular na tibia proximal.
- Traço de fratura na fibula proximal sem desvio.

RADIOGRAFIA DE TORAX

- Transparéncia pulmonar normal.
- Mediastino e seios costofrênicos sem alterações.
- Coração de dimensões normais;


Dr. Raiff R. Cavalcanti
CRM/PB: 6320

Dra. Miriam Albino
CRM/PB: 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB: 6550

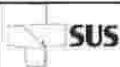
Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramonê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101



Data da internação: 29/12/2017 Hora: 21:04:30

 Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE OSVALDO DA SILVA LIMA			6 - N.º DO PRONTUÁRIO 1571075	
7 - CARTÃO DO SUS 700408906368640		8 - DATA DE NASCIMENTO 23/08/1974	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL CREUSA DA SILVA LIMA			11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 N.º DE TELEFONE 33350001	
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º,BAIRRO) AURIA MOURA RIBEIRO , 163 , CATINGUEIRA		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande	14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 250400	15 - UF PB
			16 - CEP 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Amigdala aumentada, dor no tórax, febre, dor abdominal.</i>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Trauma na face e no tórax.</i>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exames de sangue e urina.</i>				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura exposta.</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL <i>F01</i>	22 - CID 10 SECUNDÁRIO <i></i>	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <i></i>
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i></i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i></i>		
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (<input checked="" type="checkbox"/> CNS) (<input type="checkbox"/> CPF)	29 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 706509310860293	30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE JULIO CESAR RIBEIRO DE CA
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 29/12/2017	32 - ASSINATURA E CÁRIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Julio Cesar Ribeiro de Castro CRM PB 8855</i>	33 - N.º DO BILHETE <i></i>	34 - SÉRIE <i></i>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
33 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE DE TRANSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA <i></i>	37 - N.º DO BILHETE <i></i>	38 - SÉRIE <i></i>	
34 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA <i></i>	40 - CNAE DA EMPRESA <i></i>	41 - CBOR <i></i>	
35 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA (<input type="checkbox"/>) EMPREGADO. (<input type="checkbox"/>) EMPREGADOR	(<input type="checkbox"/>) AUTÔNOMO	(<input type="checkbox"/>) DESEMPREGADO	(<input type="checkbox"/>) APOSENTADO	(<input type="checkbox"/>) NÃO SEGURADO
AUTORIZAÇÃO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <i></i>		44 - COD. ORGÃO EMISSOR <i></i>	45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i></i>	
45 - DOCUMENTO (<input type="checkbox"/> CNS) (<input type="checkbox"/> CPF)	46 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <i></i>	47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>1 / 1</i>	48 - ASSINATURA E CÁRIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <i></i>	



Sr(a): OSVALDO DA SILVA LIMA
 Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000377310 RG: NÃO INFORMADO
 Data: 30-12-2017 09:36 Origem: CLINICA ORTOPEDICA II
 Idade: 43 anos Destino: ENF 03 - L 03

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 30/12/2017 10:08]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.7 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	14,2 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	42 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	90 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	30 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	34 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	9.000 /mm ³ (%)	5.000 à 10.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrofílos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bástonetes.....	3,0	270
Segmentados.....	79,0	7.110 40 à 70 % = 1.800 à 8.500 / mm ³
Eosinófilos.....	0	0,5 à 6,0 % = até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0 à 2,0 % = até 100 / mm ³
Linfocitos		
Tipicos.....	16,0	1.440 20 à 45 % = 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos.....	0	0
Monocitos.....	2,0	180 2,0 à 10 % = até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	183.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Geraldo R. Fonseca Neto
Biomédico
CRBM 5010

Emissão : 30/12/2017 10:34 - Página 1 de 2





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	OSVALDO DA SILVA LIMA	Protocolo:	0000377310	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	SEM IDENTIFICACAO MEDICA	Data:	30-12-2017 09:36	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	43 anos	Destino:	ENF 03 - L 03

TEMPO DE SANGRAMENTO 2'00''

[DATA DA COLETA: 30/12/2017 10:10]

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

Material: sangue

Método: Duke

TEMPO DE COAGULACAO 6'30'' min

[DATA DA COLETA: 30/12/2017 10:10]

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

Material: Sangue

Método: Lee-White

Geraldo R. Fonseca Neto
Biomédico
CRBM 5010

Emissão: 30/12/2017 10:34 - Página 2 de 2



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: MICHELL VINICIUS DE ANDRADE SILVA - 24/02/2019 17:17:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19022417154021700000018903781>
Número do documento: 19022417154021700000018903781

Num. 19427313 - Pág. 8



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Leandro de Souza Lameira IDADE: 43 SEXO: M
IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 30/12/17

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

Assintomática Sintomática Oligossintomática

SINTOMAS:

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cefalácia | <input type="checkbox"/> Tontura | <input type="checkbox"/> Sincopse |
| <input type="checkbox"/> Dispnéia de esforço | <input type="checkbox"/> Grande | <input type="checkbox"/> Pequena |
| <input type="checkbox"/> Palpitações | <input type="checkbox"/> Média | <input type="checkbox"/> Orthopneia |
| <input type="checkbox"/> Dor Precordial | <input type="checkbox"/> Tosse Seca | <input type="checkbox"/> Expectorção |
| Relacionada <input type="checkbox"/> Esforço | <input type="checkbox"/> Tipica | <input type="checkbox"/> Atípica |
| | <input type="checkbox"/> Emoções <input type="checkbox"/> Frio | <input type="checkbox"/> Pós-prandial |

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

Hipertensão Arterial Sistêmica Diabetes Mellitus N Arritmias Hipertensão Pulmonar Insuf. Cardiaca Congestiva N Insuf. Renal DPOC Outros Insuficiência Coronariana Aguda Crônica N

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

Alergia a Medicamentos: migra Tabagismo N
 Etilismo N Sedentarismo Dislipidemia Outros
 Cirúrgico p/ fratura mio Outros

Medicamentos em uso Não Sim lozartene

4 - EXAME FÍSICO:

Estado Geral Bom Regular Comprometido Precário Altura Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: ROR, ZT, DIP

FC: 75 b.p.m P.A.: 130 X 80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros inferiores - Comentários: fratura mid

5 - E.C.G.: CR. sinusel, monom, c/ interferencia

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

- Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
 Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
 Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
 Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

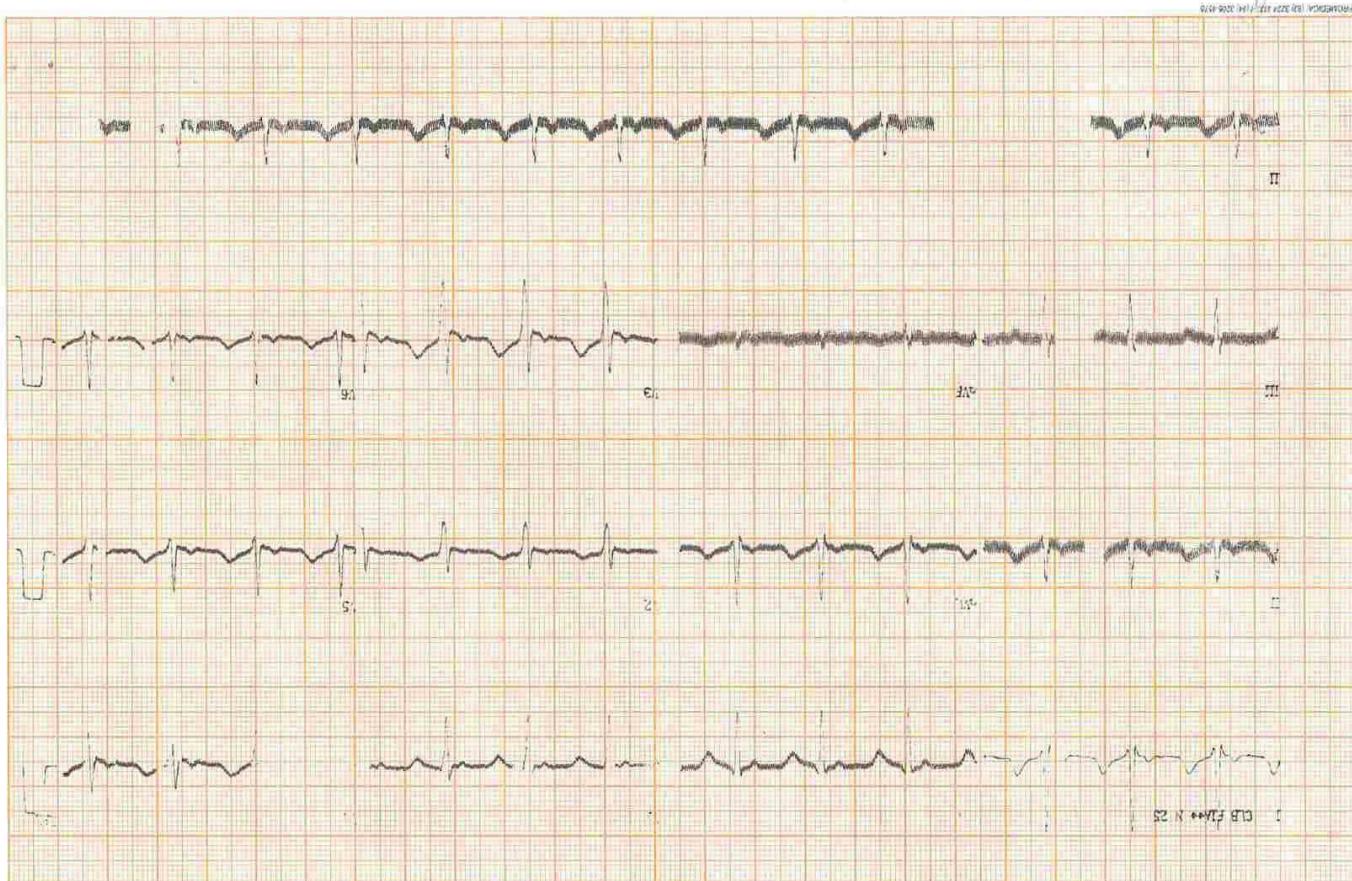
Obs.: _____

MEU: 04

Ass. do Médico

Doutor Barbosa
Cardiologista
CRM-PB 003



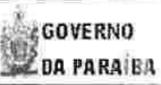


OSVALDO DA SILVA LIMA
43 ANOS
ORTOPEDIA 02
ENFERMERA 03
LEITO 03



Assinado eletronicamente por: MICHELL VINICIUS DE ANDRADE SILVA - 24/02/2019 17:17:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19022417154021700000018903781>
Número do documento: 19022417154021700000018903781

Num. 19427313 - Pág. 10



Paciente: Osvaldo da Silva Lima

Data do Exame: 30/12/2017

Exame: Tomografia Computadorizada do Joelho Direito

Técnica: Estudo tomográfico computadorizado do joelho direito realizado em em

Indicação: Antecedente de fratura de platô tibial. Necessita de TC para programação cirúrgica.

Análise:

- Fratura cominutiva da região intercondilar com extensão para o platô lateral, sem afundamento significativo.
- Lipohemartrose no recesso suprapatelar.
- Edema subcutâneo.

Dra. Milena Veiga
Médica Radiologista
CRM-PB 9117

2 VIA





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

PACIENTE:	Osvaldo da Silva Lima
DATA DO EXAME:	29/12/2017

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-peritoneal, pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, ou bexiga identificáveis ao método.

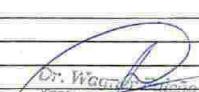
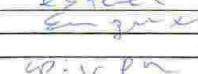
DR. Tiago Népomuceno
CRM 6723





FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

Paciente	Dr. Juliano Cesar Castro	Alojamento:	2	Leito	15	Convênio
Data	Prescrição Médica		Horário			Evolução Médica
9/11/14	1. Dieta líquida 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG		ct XV XV XV XV SIN SIN Falta ct	XV XV XV XV XV XV XV XV XV	PE PE PE PE PE PE PE PE PE	P-2 G1, 1972 reb CD: VPA
9/11/14						 Dr. Wagner Henrique Nefrologista e Traumatologista UFSC - Pel 8042
9/11/14	11 D. o. 0,5 ligeiro 21 Jel 6 11 Dipirona 1FA + AD EV 6/6h 61 Tilatil 20mg + AD EV 12/12h SN SN 51 Tamadol 100mg + 100ml SF EV 8/8h SN SN 61 Clexane 40mg SC 1x Falt 71 SSVV + CCGG					 Dr. Juliano Cesar Castro Oftalmologista e Traumatologista UFSC - Pel 9865



31/12/114 04:00 PA: 150x90 T:36°C

Rota onto trachea em soltos. Sutura regular
estavel presente, evitando o risco de
susto, com falso amnio resgatado SSV.
medidas de reanimação segundas pressões
depois de 20 segundos via Esgang
Enfermagem

Raely Casimiro Carvalho de Oliveira
Técnica de Enfermagem
COREN-PB 1.115.854

31/12/114 PA: 140x80
21:00 H

Paciente mulher em rea CCR & Tavol
rigida com auscultação normal

04/10/2018 04:00 PA: 110x40 T:36°C.

Paciente trachea em soltos. Sutura regular estavel
presente, sutura com falso amnio resgatado SSV, medidas de
reanimação segundas pressões. Aguardando cirurgia
depois de 20 segundos via Esgang

Raely Casimiro Carvalho de Oliveira
Técnica de Enfermagem
COREN-PB 1.115.854

01/10 20:00 P.A: 142x60

Paciente com rigidez total
rigidez



31/12/114 04:00 PA: 150x90 T:36°C

Rota oral com bolhas em solutas alimentação regular
estendido horizontalmente, levantado das costas de no
suto, com falso amontoado na gola SSV
medidas de pressão de sangue segundas pressões
depois de 10 minutos de intervalo entre elas
Enfermeira

Raely Casimiro Carvalho de Oliveira
Técnica de Enfermagem
COREN-PB 1.115.854

31/12/114 PA = 140x80
21:00h

Pulso pulso em rea C.R & Tavol
Regular - 80 mm Hg na diária de momento

04/10/2018 04:00 P.A: 110x40 T:36°C.

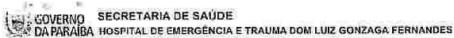
Rota oral com bolhas alimentação regular estendido
horizontalmente, levantado das costas de no suto, com falso amontoado na gola SSV, medidas de
pressões de sangue segundas pressões Aguardando resultados
depois de 10 minutos de intervalo entre elas
Enfermeira

Raely Casimiro Carvalho de Oliveira
Técnica de Enfermagem
COREN-PB 1.115.854

01/10 20:00 P.A: 142x80

Paciente com dor intensa no abdômen
Mai dolorosa





DIAGNÓSTICO

$f + P_{1077} \text{ (D)}$

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO



~~30-32-14~~ 8.000
PA = 330 x 80 BAH-91
Pode ser feita com menor
medida, só que o resultado
não pode ser menor que
o resultado da operação.





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

Receituário Simples

Eresmender fl
ortepse e l
fl Dr. Júlio
em Dr. VML

MOD. 001

Características: IEO-16263
Dr. Agnaldo Lins
Dr. Agnaldo Lins
Dr. Agnaldo Lins

— Data —

— Médico —





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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

fx plots fibiz D

Dr. Julianne Castro

Dr. Jijo
Proprietary
Chennai

MOD-002



Assinado eletronicamente por: MICHELL VINICIUS DE ANDRADE SILVA - 24/02/2019 17:17:22
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19022417155175100000018903782>
Número do documento: 19022417155175100000018903782

Num. 19427314 Pág. 5



Assinado eletronicamente por: MICHELL VINICIUS DE ANDRADE SILVA - 24/02/2019 17:17:22
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19022417155175100000018903782>
Número do documento: 19022417155175100000018903782

Num. 19427314 - Pág. 6



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Wesaldo da S. Lima | Registro: 2 | Leito: 1 | Setor Atual: ORJ

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: (A) Consciente (O) Orientado (C) Confuso (L) Letárgico (T) Torporoso (C) Comatoso (N) Outro
GLASGOW(3-15): | Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (I) Isocôricas (A) Anisocôricas (D>E) (E>D) (F) Fotorreagentes (M) Mióticas (M) Midriáticas

Mobilidade Física: (H) Preservada (P) Paresia (B) Plegia (P) Parestesia Local:

Linguagem: (L). Qual? (D) Disfonia (A) Afasia (D) Disfasia (D) Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

(E) Eupnênia; (T) Taquipnêia (B) Bradipnêia (D) Dispneia (O) Outros:

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

Ruidos adventícios: (R) Roncos (S) Sibilos (E) Estridor (O) Outros:

Tosse: (I) Improdutiva (P) Produtiva | Expectoração: (Q) 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: (V) Visão (A) Audição (T) Tato (O) Olfato (P) Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(T) Tranquilo (A) Agitado (A) Agressivo. (R) Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: (R) Regular (I) Irregular (I) Impalpável (F) Filiforme (C) 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 () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: MSD Data da punção: 21/02/18

Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: (X) 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 (X) Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:

RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:

Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:

Coloração da pele: () 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: ____/____/____

CUIDADO CORPORAL

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:

SONO E REPOUSO

() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

Religião / Religiosidade e/oupiritualidade

Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: *Gisilda S. Ruposo
ENFERMEIRA
BOLE 46 499-693*

DATA: 02/01/18 HORA: 10:30

FONTE: BOBDINHÃO, 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: *Oswaldo da Silva* | Registro: | Leito: *33* | Setor Atual: *0702*

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):Pupilas: Isocôricas Anisocôricas D>E E>D Fotorreagentes Mióticas MidriáticasMobilidade 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

 Eupnênia; () Taquipnênia Bradipnênia Dispneia Outros:Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos D ERuídos adventícios: () Roncos Sibilos Estridor Outros:Tosse: () Improdutiva Produtiva | Expectorado: () 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"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro: Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <i>MSC</i> Data da punção: <i>30/12/17</i>	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: ____/____/____	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUZO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: <i>30/12/17</i> HORA: <i>15:55 h</i>	
 FONTE: BORDINHÃO, R. et al. <i>Construção de dados por meio de grupo focal</i> . Porto Alegre (2009).	



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente Osvaldo da Silva Lima
reconhece que o mesmo deixou o Hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento, assumindo
inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, 03 de janeiro de 2018

X Osvaldo da Silva Lima
Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: Eduardo F. de Oliveira

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

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

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

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

MOD. 042





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

Diagnóstico

ORTOPEDIA 1				LEITO 2-1	
FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO				FX PLATÔ TIBIAL (D)	
Paciente	OSVALDO DA SILVA LIMA, 43	Alojamento	Leito	Convênio	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica		
2/1	1 DIETA LIVRE 2 JELCO SALINIZADO 3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H 4 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8h S/N 5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN 6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEUM 7 TILATIL 20MG + ABD EV 8/8H 8 CLEXANE 40MG SC 1XDIÁ 9 MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H 10 SSVV+CCGG 11 Losantone 50 mg ev qd vo p/le mentr. 12 13 14	12:15:28 05/02/2019	<p>4 - DIH - PO: OK</p> <p>BEG, estável, s/ distensões, s/ queixas.</p> <p>Diversas (+) evacuações (4)</p> <p>ct: VPR Aguardando cirurgia.</p> <p>15:15:28 05/02/2019</p>		
Mod. 035					





30/08/2018

NFS-e Prefeitura Municipal de Campina Grande - NFS-e

 <p>P. M. Campina Grande SECRETARIA DE FINANÇAS NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA Código de Verificação 9839.6E1F.7C22.B291.9419.67C1.2401.87EC Competência: 08/2018</p>	Número da Nota 43136			
	RPS: Data de Emissão 30/AGO/2018 10:18:38			
PRESTADOR DE SERVIÇOS				
Razão Social / Nome: SISTEMA DE ASSISTENCIA SOCIAL E DE SAUDE LTDA				
CNPJ / CPF: 07.678.950/0001-19	Inscrição Municipal: 437040	Inscrição Estadual:		
Endereço: RUA NILO PECANHA 83	CEP: 58400-515			
Bairro: PRATA	Complemento: Não Informado			
Município: CAMPINA GRANDE	UF: PB	País: Brasil		
TOMADOR DE SERVIÇOS				
Razão Social / Nome: OSVALDO DA SILVA LIMA				
CNPJ / CPF: 979.940.814-87	Inscrição Estadual:			
Endereço: RUA SAMUEL ARAUJO DINIZ 178A	CEP: 58000-000			
Bairro: PRESIDENTE MÉDICE	Complemento: Não Informado			
Município: CAMPINA GRANDE	UF: PB	País: BRASIL		
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS				
REFERENTE DESPESAS HOSPITALARES DE PROCEDIMENTO DE FATURA DE TÍBIA DE PACIENTE OSVALDO DA SILVA LIMA				
VALOR TOTAL DA NOTA = R\$950,00				
Código do Serviço	86101001 ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR, EXCETO P			
Item da Lista	04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambula...			
INSS (R\$) - % 0,00	IRRF (R\$) - % 0,00	CSLL (R\$) - % 0,00	PIS (R\$) - % 0,00	COFINS (R\$) - % 0,00
Base de Cálculo do ISS(R\$) 950,00	Alíquota(%) 3,50	Valor do ISS(R\$) 33,25	Valor Líquido(R\$) 950,00	
OUTRAS INFORMAÇÕES				
O ISSQN desta NF-e será recolhido pelo PRESTADOR MENCIONADO ACIMA. Para verificar a veracidade da Nota Fiscal entre no site da prefeitura e clique no link NFS-e.				
A autenticidade desta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Campina Grande na Internet, no Endereço: http://www.campinagrande.pb.gov.br e clique no link NFS-e		Código de Verificação: 9839.6E1F.7C22.B291.9419.67C1.2401.87EC		
RECEBEMOS DA EMPRESA SISTEMA DE ASSISTENCIA SOCIAL E DE SAUDE LTDA OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA		Número da Nota: 43136		
Local	Data	Assinatura		

http://campinagrande.giap.com.br/apex/cgrande/f?p=355:32:11107543297008::NO::P32_ID:5210271&cs=30F50DD4BC496611A51423BCFF973... 1/1



Assinado eletronicamente por: MICHELL VINICIUS DE ANDRADE SILVA - 24/02/2019 17:17:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19022417162130900000018903787>
 Número do documento: 19022417162130900000018903787

Num. 19427319 - Pág. 1



Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saúde



R E C I B O

R\$ 950,00

Recebi do (a) senhor (a) OSVALDO DA SILVA LIMA, a importância acima de **R\$ 950,00** (NOVECENTOS E CINQUENTA REAIS) referente a despesas hospitalares do mesmo para procedimento de FRATURA DE TÍBIA, realizado no dia 03 de Janeiro de 2018 e com alta no dia 04 de Janeiro de 2018. Pelo que passo o presente recibo de quitação.

Campina Grande, 04 de Janeiro de 2018.

Osvaldo da Silva

SAS – Sistema de Assistência Social e de Saúde
Setor Financeiro



Assinado eletronicamente por: MICHELL VINICIUS DE ANDRADE SILVA - 24/02/2019 17:17:25
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19022417163778300000018903790>
Número do documento: 19022417163778300000018903790

Num. 19427323 - Pág. 1