

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **GILIARD LIMA SANTOS**
Nº Sinistro: **3180329714**
Vitima: **GILIARD LIMA SANTOS**
Data do Acidente: **15/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **WEBER DA CUNHA REGO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180329714**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **GILIARD LIMA SANTOS**

Nº Sinistro: **3180329714**
Vitima: **GILIARD LIMA SANTOS**
Data do Acidente: **15/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **WEBER DA CUNHA REGO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180329714**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **GILIARD LIMA SANTOS**

Nº Sinistro: **3180329714**
Vitima: **GILIARD LIMA SANTOS**
Data do Acidente: **15/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador **WEBER DA CUNHA REGO**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180329714**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **15/11/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL CPF da Vítima Nome completo da vítima
046.903.734-88 Gilson Lima Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Gilivaldo Lima Santos	CPF titular da conta	019.901.434-18	Profissão	Agricultor
Endereço	Sít São dos Campos	Número	42	Complemento	
Bairro	Área Rural	Cidade	Solânea	Estado	PB
Email	molinodpvat@gmail.com				Telefone (DDD) 83) 98888-0329

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0088		53994	9
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

José professor 03 de Agosto de 2018
Local e Data

Geliond Leima Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180471373
Nome do(a) Examinado(a): Giliard Lima Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Saco dos Campos, 42 Casa
Area Rural Solanea PB CEP: 58225-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SP] 509043380
Data local do acidente: [15/11/2017]
Data local do exame: [25/10/2018] Campina Grande [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE T12

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: ARTRODESE DE COLUNA TORACO-LOMBAR

Complicações: SEM COMPLICAÇÕES

Data da Alta: 15/01/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

PRESença DE CICATRIZ EXTENSA EM REGIÃO TORACO LOMBAR, EXAME NEUROLOGICO NORMAL, LIMITAÇÃO PARA FLEXO-EXTENSÃO DA COLUNA.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim **() Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **() Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

PERDA DE PARTE DOS MOVIMENTOS DA COLUNA TORACO-LOMBAR

Caso a resposta do item V seja "'Não'", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

SEGMENTO TORÁCICO DA COLUNA VERTEBRAL

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**

(X) 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

SEGMENTO LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**

(X) 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**

() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**

() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

- VIII.(*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Dr. Schubert Luigi Costa Rodrigues
Carimbo com Nome e CRM
SaudeSEG
CRM/PB - 5523

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2018
Ocorrência nº. 268/2018

Aos NOVE dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de SOLÂNEA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **PABLO EVERTON MACEDO DO NASCIMENTO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 10h:00min, compareceu a **PESSOA a seguir qualificada:**

GILIARD LIMA SANTOS, conhecido(a) por GILIARD, Identidade nº 50.904.338-0-SSP/SP, CPF nº 074.901.734-18, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de José Pereira Dos Santos E Edneide Lima Santos, natural de Solânea/PB, nascido(a) em 09/05/1987 (30 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Saco Dos Campos, tendo como ponto de referência: próximo à entrada do trevo de Casserengue/PB, na cidade de SOLÂNEA/PB, fone(s) para contato: (83) 98888-0129.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) Data do Fato:** 15 de novembro de 2017;
- 3) Horário do fato:** 15h:00min;
- 4) Local do fato:** Pista da Barra, em Solânea/PB;
- 5) Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital de Trauma em Campina Grande/PB;
- 6) O comunicante/vítima conduzia o veículo? NÃO;**
- 7) Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** ;
- 8) O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com sua obrigações tributárias?**
- 6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:**

Ford Pampa, ano/modelo 1997/1997, cor prata, placa MYQ 7466, chassi 9BFZZ554VB965015

- 7) Testemunha(s) do fato/acidente:**

- 8) Breve resumo do fato:**

QUE o comunicante estava na cadeira do carona do veículo identificado acima, quando o motorista ao tentar ultrapassar outro veículo, acabou perdendo o controle do carro, ocasionando então o capotamento; QUE o comunicante foi atendido por uma unidade de ambulância pertencente ao hospital regional de Solânea/PB e encaminhado ao hospital de trauma da cidade de Campina Grande/PB.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Não consta.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Giliard Lima Santos

GILIARD LIMA SANTOS

Comunicante

Escrivã(o)/Agente/Delegado
Matrícula nº 181824-4

COMPREV
COMPREV SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA SOCIAL

2 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2018
Ocorrência nº. 268/2018

Aos NOVE dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de SOLÂNEA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **PABLO EVERTON MACEDO DO NASCIMENTO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 10h:00min, compareceu a **PESSOA a seguir qualificada:**

GILIARD LIMA SANTOS, conhecido(a) por GILIARD, Identidade nº 50.904.338-0-SSP/SP, CPF nº 074.901.734-18, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de José Pereira Dos Santos E Edneide Lima Santos, natural de Solânea/PB, nascido(a) em 09/05/1987 (30 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Saco Dos Campos, tendo como ponto de referência: próximo à entrada do trevo de Casserengue/PB, na cidade de SOLÂNEA/PB, fone(s) para contato: (83) 98888-0129.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) Data do Fato:** 15 de novembro de 2017;
- 3) Horário do fato:** 15h:00min;
- 4) Local do fato:** Pista da Barra, em Solânea/PB;
- 5) Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital de Trauma em Campina Grande/PB;
- 6) O comunicante/vítima conduzia o veículo? NÃO;**
- 7) Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** ;
- 8) O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com sua obrigações tributárias?**
- 6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:**

Ford Pampa, ano/modelo 1997/1997, cor prata, placa MYQ 7466, chassi 9BFZZ554VB965015

- 7) Testemunha(s) do fato/acidente:**

- 8) Breve resumo do fato:**

QUE o comunicante estava na cadeira do carona do veículo identificado acima, quando o motorista ao tentar ultrapassar outro veículo, acabou perdendo o controle do carro, ocasionando então o capotamento; QUE o comunicante foi atendido por uma unidade de ambulância pertencente ao hospital regional de Solânea/PB e encaminhado ao hospital de trauma da cidade de Campina Grande/PB.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Não consta.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Giliard Lima Santos

GILIARD LIMA SANTOS

Comunicante

Escrivã(o)/Agente/Delegado
Matrícula nº 181824-4

COMPREV
COMPREV SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA SOCIAL

2 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2018
Ocorrência nº. 268/2018

Aos NOVE dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de SOLÂNEA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **PABLO EVERTON MACEDO DO NASCIMENTO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 10h:00min, compareceu a **PESSOA a seguir qualificada:**

GILIARD LIMA SANTOS, conhecido(a) por GILIARD, Identidade nº 50.904.338-0-SSP/SP, CPF nº 074.901.734-18, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de José Pereira Dos Santos E Edneide Lima Santos, natural de Solânea/PB, nascido(a) em 09/05/1987 (30 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Saco Dos Campos, tendo como ponto de referência: próximo à entrada do trevo de Casserengue/PB, na cidade de SOLÂNEA/PB, fone(s) para contato: (83) 98888-0129.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) Data do Fato:** 15 de novembro de 2017;
- 3) Horário do fato:** 15h:00min;
- 4) Local do fato:** Pista da Barra, em Solânea/PB;
- 5) Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital de Trauma em Campina Grande/PB;
- 6) O comunicante/vítima conduzia o veículo?** NÃO;
- 7) Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** ;
- 8) O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com sua obrigações tributárias?**
- 6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:**

Ford Pampa, ano/modelo 1997/1997, cor prata, placa MYQ 7466, chassi 9BFZZ554VB965015

- 7) Testemunha(s) do fato/acidente:**

- 8) Breve resumo do fato:**

QUE o comunicante estava na cadeira do carona do veículo identificado acima, quando o motorista ao tentar ultrapassar outro veículo, acabou perdendo o controle do carro, ocasionando então o capotamento; QUE o comunicante foi atendido por uma unidade de ambulância pertencente ao hospital regional de Solânea/PB e encaminhado ao hospital de trauma da cidade de Campina Grande/PB.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Não consta.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Giliard Lima Santos

GILIARD LIMA SANTOS

Comunicante

Escrivã(o)/Agente/Delegado
Matrícula nº 181824-4

COMPREV
COMPREV SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA SOCIAL

2 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILIARD LIMA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00038

CONTA: 000000053997-9

Nr. da Autenticação 1ACFA9ED4A4A4307

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DE SOLÂNEA
Rua Profª Alaide Silva, 131 - Fone: (83) 3363-2257

ENCAMINHAMENTO PARA OUTROS SERVIÇO HOSPITALAR

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

UNIDADE DE ORIGEM: Hosp. Distrital de Solânea

NOME DO PACIENTE: Giliard Lima Santos 30

PROCEDÊNCIA: Solânea

Colisão com fonoendoscópio na
região dorsal (S1/C) PA=140X90mm Hg, HCT=93%
mg/dL Traum. Torácico?
Solicito avaliação.

Dra. Rosalba Fernandes da Silva
CRM: 1067
CPF: 204.310.842-72
CNS: 206790120300467



Solânea (PB), 15 / 11 / 20 17

1870
1871
1872
1873
1874



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1543770 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

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

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Gisele De Oliveira Lopes

PACIENTE: GILLIARD LIMA SANTOS CEP:58225000 Nascimento:09/05/1987

Endereço:SAO DOS CAMPOS

Sexo:M

Idade:030

Bairro:ZONA RURAL

RG:

Nº,0

Profissão:AGRICULTOR

CPF:

CNS:708109652034540

Data de Atend:15/11/2017

CONVÉNIO:SUS

Motivo: ACIDENTE DE CARRO

Hora: 19:59:41

Especialidade:

CRM:

7-1

OBS FICHA: MECANISMOS DO TRAUMA

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

1. Abrasão

2. Amputação

3. Avulsão

4. Cortação

5. Crepitação

6. Dor

7. Edema

8. Empalhamento

9. Enfisema subcutâneo

10. Estrangulamento

11. Equimose

12.F.Arma branca

13.F.Arma de fogo

14.F.Corrifuso

15.F.Cortante

16.F.Corte-contuso

17.F.Penfuro-contuso

18.F.Penfuro-cortante

19.Fratura óssea fechada

20.Fratura óssea aberta

21.Hematoma

22.Irigutamento Vaginal

23.Laceração

24.Lesão tórdinia

25.Luxação

26.Mordedura

27.Movimento torácico parassocial

28.Objecto Encravado

29.Otorragia

30.Paralisia

31.Paroxia

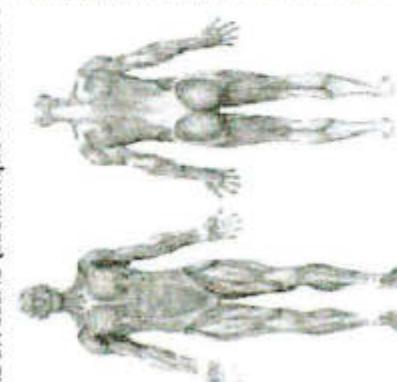
32.Paroxesia

33.Queimadure

34.Rinorrágia

35.Sinal de Isquemia

36.



*Locante usou o sistema de pagamento de emergências
para emitir o bilhete de urgência.
Relato: Dolor em todo o corpo.
Foi um choque.*

*Localizado dor intensa de origem
nervosa com dor de origem.
Relato: Dolor em todo o corpo.
Foi um choque.*

BAIXO X
*REALIZADO EM:
15/11/2017*

PROTÓCOLO
*DATA: 15/11/2017
PACIENTE: GILLIARD LIMA SANTOS
CRM: 708109652034540
NASCIMENTO: 09/05/1987
SEXO: Mas.*

EXAMES
*APISOCÓRICAS ()
APISOCÓRICAS ()
HST: ()
SEGUROS EFT: ()
SMPAREL: ()*

HORÁRIO REALIZADO

*20:44:28
20:44:28*

HORÁRIO REALIZADO

*20:44:28
20:44:28*

HORÁRIO REALIZADO

*20:44:28
20:44:28*

**TOMOGRAFIA
REALIZADA EM:**

15/11/17



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E 1^º RUAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome: Adriana Biazinho Santos
End: 85000-000 São Paulo Bairro: Jardim
Data de Nascimento: 09-05-87 Documento de Identificação:
Quelixa: Adriana Data do Atend.: 25-11-17 Hora: 25:56 Documento:
Acidente de trabalho? () Sim () Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente

Frequência respiratória:

Pressão arterial:

60

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

Estratificação

110

~~1 hora
atiorial~~

1

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

Assinatura e carimbo do profissional



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

15/3/2018

Diagnóstico

TLM - fract T12

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Gilberto

15/3/2018

Paciente	Gilberto	Alojamento	Leito	Convênio	Evolução Médica
Data	Prescrição Médica		Horário		
16/1/17	1- Metg laxatik	QD			
	2- Sf 2,01 N 24L	10:30-14:00			
	3- Diprostone Ag N 44C	09:00			
	4- Tramadol 100mg + Etomid N 1N				
	5- Repousos no leito.				
	6- End Manele.				
	Alexandre Marinho				
	CRM/PB 5444				
	CRF/PR/142.000-13				
	15/3/2018				
	AG. JOAQUIM PESSOA				
	PROTÓCOLO				
	COMITÉ DE SEGURANÇA E HIGIENE CLÍNICAS				
	MAR 2018				

2000' 2000'

2000'

2000' 2000'



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

014

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

Paciente:		AMARELA										AG. JOÃO PESSOA	
		Prescrição Médica										PROTOCOLO	
DIETA	V/V Lactose free												CMPEV SEGUROS - RENASCER - MATERIAIS
SF 0,9% 1500ML IV 24H													CMPEV
Dipirona 2ML + AD EV 6/6H													MAR. 2018
NAUSEDRON 8MG + AD EV 8/8H S/N													
OMEPRAZOL 40mg 1 amp + abd 10 mL IV ao dia.													
CAPTOPRIL 25MG VO 8/8H SE PA > 180 x 110													
CUIDADOS DE AMARELA OU ENFERMARIA													
CABECEIRA ELEVADA 30° ATENÇÃO!													
SSVV													
CCGG													
Paciente Admitido em Unidade													
Transferência de C. - Geral - Vida / Falecimento de paciente													
(PA) 16(110 x 80) 22(110 x 90) 24(110 x 40)													



SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hesitância de Emergência e Trauma De

Hospital da Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

NB 7-1

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Sociedade e Trauma

Hospital da Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

AG. JOAO PESSO

© MAR, 2018

COMPAGNA DE SEGUROS E HIREVOCION S/A

SEARCHED

Barniel Dear
NeurocircuitryLab
CRM 6602

18 10:00 RA: 110x80 Paciente consciente, orientado, decubulada
S1 S1 sujeita dieta, pescoço, braços, queixa-se
T: 37°C de dor ao levantar-se medicado con-
por me prescrevendo, feito acesso, recue-
dos cuidados de enfermagem

18/11/17 20hs P.A 120x80 Maria S. L. Guimaraes
Médica de Enfermagem
CRF/PE 00122261

Paciente consciente, orientado, decubulada,
aceita dieta, pescoço, braços, queixa-se
de dor ao levantar-se medicado con-
por me prescrevendo, feito acesso, recue-
dos cuidados de enfermagem

Lúcia de Fátima
Técnica em Enfermagem
CORPOLEN
CIP/PE





SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

NB 7-1

Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

卷之三

Daniel Dean
Neurocircuitry Lab
CRM 6602

COMPRA DE SEGURO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL
23 MAR. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

19. II. 2017

12:45

PA: JZ09G0004

Ti: 37°c

PD: 80 bpm

R: 20

Paciente condic和平e ótimo.
Estava acordado deitado, ate o momento tem
dúvidas. Nada de edema. Pressão normal.
Pulmões bons. Sopro de Enf.

Téc. de Enf:

Jaci Ferreira Lima
Tecnico de Enfermagem
COREN 820035

19. II. 2017

12:45

PA: 130/80 mmHg

Fr: 18 bpm

Jaci Ferreira Lima
Tecnico de Enfermagem
COREN 820035





SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

SEEKE IAKIA DU ESIABU DA JAUNE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonçalves Fernandes

NB 7-1

GILIARD LIMA SANTOS		TRM T12	
	Prescrição Médica		
Dielaxaliva			
SF0,9% 2000 mL ev 24h.			
Dipirona 1g + AD EV 6/6h			
Omeprazol 40mg 1 amp + abd 10 mL IV ao dia.			
Nauseotron 8mg + AD EV 8/8h SE NECESSÁRIO			
Captopril 25 mg VOse p/ maior igual a 180 x 110 mmHg.			
Tramadol 100mg + SF0,9% 100mL IV 8/8h ls n			
Catoproleno 100mg+SF0,9% 200mL IV 12/12h.			
PA P TAX			
Clexane 40mg SC 1x/dia			
Alteplase decúbito lateral e dorsal 2/2h.			

Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

20-11
08:00
 CH_3COCH_3
 $t = 36^\circ\text{C}$
Monobilly



SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

NB 7-1

GILIARD LIMA SANTOS		TRM T12		
	Prescrição Médica			
Diaita laxativa				ASIA E
SF0,9% 2000 ml. ev 24h,		1 ^o 2 ^o . 3 ^o 4 ^o		AGYARDA PROCEDIMENTO
Digoxina 1g + AD EV 6/6h		1 ^o 18 24 06		
Omeprazol 40mg 1 amp + abd 10 ml. IV ao dia.		06		
Nauseotiron 8mg + AD EV 8/8h SE NECESSÁRIO				
Captopril 25 mg VO se p/ maior igual a 180 x 110 mmHg.				
Tramadol 100mg + SF0,9% 100ml. IV 8/08h + n		18 06		
Cetoprofeno 100mg+SF0,9% 200mL IV 12/12h,				
PA P TAX		18		
Clexane 40mg SC /x/dia				
Allarmar decúbito lateral e dorsal 2/2h.				

卷之三

COMPRE SE JURU E PREVIDÊNCIA S/A
IMPRESA
21 MAR. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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

Mir Semelha

PACIENTE:	GILLIARD LIMA SANTOS
DATA DO EXAME:	15/11/2017

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

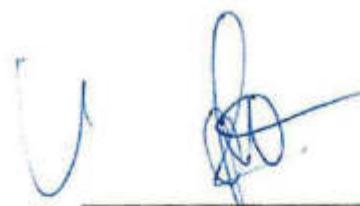
ANÁLISE:

Moderada quantidade de líquido livre intra-cavitário. Na dependência de condições hemodinâmicas favoráveis, a tomografia computadorizada poderá avaliar melhor possíveis lesões viscerais.

Não identificamos sinais de derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

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

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e viscerais ocas.



Dr. Diogo Araújo de Freitas
Médico Radiologista
CRM-PB: 7195





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

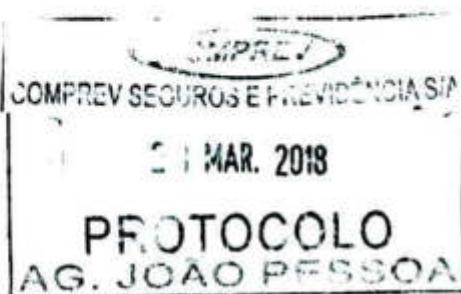
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Gilmar Ferreira Santos Registro: _____ Leito: 4-A Setor Atual: Nano

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: <u> </u> °C; P: <u> </u> bpm; FR: <u> </u> irpm; PA: <u> </u> mmHg; FC: <u> </u> bpm; SPO2: <u> </u> %
HGT: <u> </u> mg/dl; Peso: <u> </u> Kg; Altura: <u> </u> 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 () 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; () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispneia () Outros: _____

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuidos () 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

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> 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: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: MSE 15-20	Data da punção 18/11 / 17
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gástronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: / /	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto:	

INTEGRIDADE FÍSICA E SUTÂNEOS

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: Úmidas Secas | Manifestações de sede:

Manifestações de sede: ().

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: _____ / _____ / _____
 Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: _____ / _____ / _____
 Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: _____ / _____ / _____
 Cuidados corposos:

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: () Independente (✓) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:
Higiene corporal: (✓)Satisfatória ()Insatisfatória Higiene Corporal: ()Satisfatória ()Insatisfatória.
Limitação física: (✓)Acamado ()Cadeira de rodas ()Outro

SONO E PERCUSSO

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

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SOCIEDADE

COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: Preservada Prejudicada | Sentimentos e comportamentos: Cooperativo Medo: Ansiedade Ausência de familiaridade com o ambiente

() Ausencia de familiares/viajeros

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

ante () Não praticant

INTERVIEW

FUSION S. Nascimento Galvão
En. Simeira
COREN-PB 506357

~~COMPRA SEGURO E PREVIDÊNCIA S/A~~

Carimbo e Assinatura do Enunciado

DATA: 30/11/17 HORA: 13:00

1970
1970
1970
1970



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Cilene Lima Souto | Registro: | Leito: 7-1 | Setor Atual: Nurs

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: 25 irpm; PA: 10/80 mmHg; FC: 88 bpm; SPO2: 97 %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: () Local: | Obs.: TRM

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 () 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

() Eupnêia; () Taquipnêia () Bradipnêia () 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 checked="" 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"/> Ritmica <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>braço</i> Data da punção ____/____/____	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrografia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input 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 checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há ____ dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input 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 checked="" type="checkbox"/> Independente <input 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 REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input 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	
<p style="text-align: center;"><i>IMPACTO</i> <i>COMPRA, SEGURO E PREVIDÊNCIA S/A</i> <i>31 MAR. 2018</i> PROTÓCOLO <u>AG. JOÃO PESSOA</u></p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Recita Mortenice de Araujo</i> <i>ENFERMEIRA</i> <i>COREN-PB 195729</i>	DATA: <u>18/11/17</u> HORA: <u>13:30</u> h

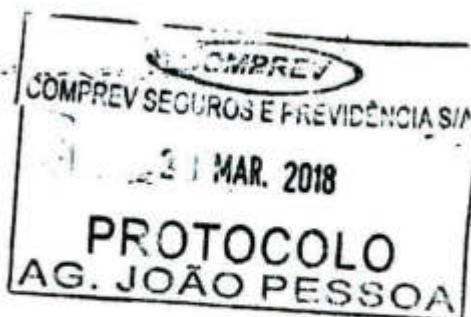


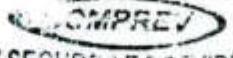
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM				17 81 11	
NOOME:	<i>Giliane Jaime</i>				
IDADE:	80	SEXO:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
DATA DE NASCIMENTO:	/ /	às	12:00 h		
SETOR:	LEITO:				
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>	
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>	
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>	
SIST. GAS. RONENTAL: (DIETA)	VO <input type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>	
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
RISCO DE QUEDA	CD/FR: <i>excesso de medo</i>				
RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:				
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <i>processo inflamatório</i>				
RISCO DE DESEQUILÍBRIOS DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:				
RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:				
RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/>	CD/FR:			
RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:				
NÁUSEA	CD/FR:				
DOR AGUDA	DOR CRÔNICA <input type="checkbox"/>	CD/FR:			
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR: <i>compreensão e evitá-la</i>				
MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:				
DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/>	PARA BANHO <input type="checkbox"/>	CD/FR:		
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:				
	CD/FR:				
	CD/FR:				
	CD/FR:				
Eliete da Silva ENFERMEIRA		CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
		FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PROTÓCOLO		<i>AB. JOÃO PESSOA</i>			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA		
MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<i>108</i>	<i>JF</i>		
REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.					
ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
INSTALAR CATETER DE 02 A 04 ML/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.					
AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).					
ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.					
POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45º.					
MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.					
MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).		<i>continua</i>	<i>11</i>		
ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.					
REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE					
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE		4	<i>JF</i>		

RESULTADOS ESPERADOS									
REGISTROS									
DATA	HORA	PA	T	FC	FR	HGT	DIURESE	AVALIAÇÃO	ASSINATURA / CARIMBO
INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA									
INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA									
<p style="text-align: center;">  COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIA S/A 21 MAR. 2010 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA </p>									

013.ROBSON FERREIRA DA SILVA
CNPJ: 30.380.943/0001-57
CNS: 50074C150300867




COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

21 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

15/11/17 | Cirurgia Genef
22:30h |

Negar dor abdominal

Urga para: Náuseas ou náusea lâng. ligeira

Relato de acide prévia

FC 74, PA 120x80, Nonconrado

e Abd: indolor e sem irritação perif.

R-X: Espondilolistese T12?

Qd: TC Coluna Vértebra
TC Abd nom cl. Compre Vértebra

O Dínamo test

2) Itens comuns São 3 (3)

3) fisionomia da ameaça

Obscuridade momentânea

DESTINO DO PACIENTE

1 / 1 as : hs.

1) Centro cirúrgico

1) Internação (setor)

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

~~Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)~~

1:30h | Cirurgia S-D
TC Abd. Acide, Fígado / Rins / rins
Nenhum

Col: Vdo NCZ
23/11/2017 Cirurgia Geral
Anestesiologia & Monitorização
OU se PAS 100 mHg

Dr. Gabriel Ribeiro
Gurgel do Trauma
CRM-PB: 7.983

Dr. Gabriel Ribeiro
Gurgel do Trauma
CRM-PB: 7.983

1) Alta hospitalar / 1) A revelia
1) Decisão Médica

COMPREV	
SEGURAS E PREVIDÊNCIAS	
21 MAR. 2018	
PROTÓCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

IDADE

180

1) Centro cirúrgico	1) Alta hospitalar / 1) A revelia
1) Internação (setor)	1) Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL	() Óbito
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)	

Dr .Anuar Murad Filho

Clinica Médica

C.R.M-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

O paciente Giliard Lima dos Santos é portador do CID : S 29 + T 07 ocasionado por acidente de automóvel . A lesão teve como seqüela uma limitação de 50 % dos movimentos do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

13-06-2018

Dr Anuar Murad Filho
Médico
C.R.M-PB:8.742



Eco Medical Center Carfaxo (C.N.P.J : 29.055.582/0001-41)

Rua : Antônio Rabelo Júnior N - 170 (Miramar - João Pessoa) CEP : 58032-090

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DE SOLÂNEA
Rua Profª Alaide Silva, 131 - Fone: (83) 3363-2257

ENCAMINHAMENTO PARA OUTROS SERVIÇO HOSPITALAR

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

UNIDADE DE ORIGEM: Hosp. Distrital de Solânea

NOME DO PACIENTE: Giliard Lima Santos 30

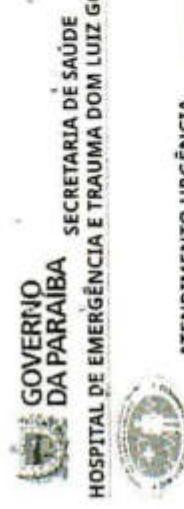
PROCEDÊNCIA: Solânea

Colisão com fonoendoscópio na
região dorsal (S1/C) PA=140X90mm Hg, HCT=93%
mg/dL Traum. Torácico?
Solicito avaliação.

Dra. Rosalba Fernandes da Silva
CRM: 1067
CPF: 204.310.842-72
CNS: 206790120300467



Solânea (PB), 15 / 11 / 20 17



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1543770 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

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

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Gisele De Oliveira Lopes

PACIENTE: GILLIARD LIMA SANTOS CEP:58225000 Nascimento:09/05/1987

Endereço:SAO DOS CAMPOS

Sexo:M

Idade:030

Bairro:ZONA RURAL

RG:

Nº,0

Profissão:AGRICULTOR

CPF:

CNS:708109652034540

Data de Atend:15/11/2017

CONVÉNIO:SUS

Motivo: ACIDENTE DE CARRO

Hora: 19:59:41

Especialidade:

CRM:

7-1

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

MECANISMOS DO TRAUMA

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

1. Abrasão

2. Amputação

3. Avulsão

4. Cortação

5. Crepitacção

6. Dor

7. Edema

8. Empalhamento

9. Enfisema subcutâneo

10. Estrangulamento

11. Equimose

12.F.Arma branca

13.F.Arma de fogo

14.F.Corrifuso

15.F.Cortante

16.F.Corte-contuso

17.F.Penfuro-contuso

18.F.Penfuro-cortante

19.Fratura óssea fechada

20.Fratura óssea aberta

21.Hematoma

22.Irigutamento Vaginal

23.Laceracção

24.Lesão tórdinia

25.Luxação

26.Mordedura

27.Movimento torácico parassocial

28.Objecto Encravado

29.Otorragia

30.Paralisia

31.Paroxia

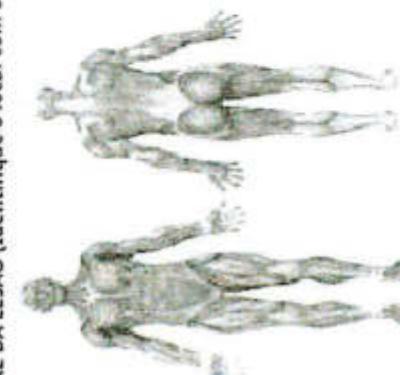
32.Paroxesia

33.Queimadure

34.Rinorrágia

35.Sinal de Isquemia

36.



OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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

1. Abrasão

2. Amputação

3. Avulsão

4. Cortação

5. Crepitacção

6. Dor

7. Edema

8. Empalhamento

9. Enfisema subcutâneo

10. Estrangulamento

11. Equimose

12.F.Arma branca

13.F.Arma de fogo

14.F.Corrifuso

15.F.Cortante

16.F.Corte-contuso

17.F.Penfuro-contuso

18.F.Penfuro-cortante

19.Fratura óssea fechada

20.Fratura óssea aberta

21.Hematoma

22.Irigutamento Vaginal

23.Laceracção

24.Lesão tórdinia

25.Luxação

26.Mordedura

27.Movimento torácico parassocial

28.Objecto Encravado

29.Otorragia

30.Paralisia

31.Paroxia

32.Paroxesia

33.Queimadure

34.Rinorrágia

35.Sinal de Isquemia

36.

Localizado no tórax. O esterno é lento. Existe um nódulo na parede torácica. Pode haver dor em tórax. Nódulo em tórax.

BAIXOX
REALIZADO EM:
05/11/2017

ALÉRGIA: ()

MEDICAMENTOS: ()

PATOLOGIAS: mag.

EXAME FÍSICO

PUPILAS ()Fotorreagentes ()Isocôricas ()Anisocôricas

Glasgow _____ PA _____

Sat02 _____

HST: 2018-05-05

SMPAREL: 2018-05-05

SUSCERVIOS: 2018-05-05

EXAMES SOLICITADOS: ()Ultrassomograma ()Radiografia:

()Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO: → TQAD

Especialista: NC

Especialista: /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

1. Lipiodol 500mg/lme - 1 FA + A 9 EV 20:44:42

2. Lipiodol 40 mg + EV

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

13.

14.

15.

16.

17.

18.

19.

20.

21.

22.

23.

24.

25.

26.

27.

28.

29.

30.

31.

32.

33.

34.

35.

36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = %
DIAGNÓSTICO / CID: Pol. Trauma

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

TOMOGRAFIA
REALIZADA EM:

15/11/17



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

PROTÓCOLO	AG. JOÃO PESSOA
27 MAR. 2018	COMPRÉS SEGUROS E HIGIÉNICA/SIA
CNPJ/EI	

Ficha de Acolhimento

Nome:	<i>Edvaldo Binoz Souto</i>	Bairro:	<i>Jardim</i>
End:	<i>Rua São José Jardim</i>	Documento de identificação:	
Data de Nascimento:	<i>07-05-87</i>	Data do Atend.:	<i>25-11-17</i>
Queixa:	<i>Dolor</i>	Hora:	<i>21:56</i>
Acidente de trabalho?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input checked="" type="checkbox"/> Calmo <input checked="" type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Freqüência respiratória:	
Pressão arterial:	
Dosagem de HGT:	
Deambulação: <input checked="" type="checkbox"/> Livre <input checked="" type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	Mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida

Estratificação

<input type="checkbox"/> Vermelho - atendimento imediato	<input checked="" type="checkbox"/> Amarelo - atendimento até 1 hora
<input type="checkbox"/> Verde - atendimento até 4 horas	<input checked="" type="checkbox"/> Azul - atendimento ambulatorial

Mod. 110

Amarelo - atendimento até 1 hora
Mod. 110
Mod. 110

Assinatura e carimbo do profissional



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

15/3/2018

Diagnóstico

TLM - fract T12

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Gilberto

Paciente	Gilberto	Alojamento	Leito	Convênio	Evolução Médica
Data	Prescrição Médica		Horário		
16/11/17	1- Metg laxatik	QD			
	2- Sf 2,01 N 24L	10:30-14:00			
	3- Diprostone Ag N 44C	09:00			
	4- Tramadol 100mg + Etomid N 1N				
	5- Repousos no leito.				
	6- End Manele.				
	Alexandre Marinho				
	CRM/PB 5444				
	CRF/PR/142.000-13				
	AG. JOAQUIM PESSOA				
	PROTÓCOLO				
	COMITÉ DE SEGURANÇA E HIGIENE CLÍNICA				
	MAR 2018				
	CONFIDENCIAL				

2000' 2000'

2000

2000' 2000'



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

014

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

Paciente:		AMARELA										AG. JOÃO PESSOA	
		Prescrição Médica										PROTOCOLO	
DIETA	V/V Lactose free												CMPEV SEGUROS - RENASCER - MATERIAIS
SF 0,9% 1500ML IV 24H													CMPEV
Dipirona 2ML + AD EV 6/6H													MAR. 2018
NAUSEDRON 8MG + AD EV 8/8H S/N													
OMEPRAZOL 40mg 1 amp + abd 10 mL IV ao dia.													
CAPTOPRIL 25MG VO 8/8H SE PA > 180 x 110													
CUIDADOS DE AMARELA OU ENFERMARIA													
CABECEIRA ELEVADA 30° ATENÇÃO!													
SSVV													
CCGG													
Paciente Admitido em Unidade													
Transferência de C. - Geral - Vida / Falecimento de paciente													
(PA) 16(110 x 80) 22(110 x 90) 24(110 x 40)													



SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
Homenagem à Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

NB 7-1

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital da Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernando		VISÃO: 01/01/2017	
Paciente: GILJARD LIMA SANTOS		TRM T12	
Prescrição Médica			
18/11/2017			
Dietra laxativa			
SF0 9% 2000 ml. ev 24h,			
Dipirona 1g + AD EV 6/6h			
Omeprazol 40mg 1 amp + adit 10 ml. IV 40 das.			
Nasodron 8mg + AD EV 8/8h SE NECESSARIO			
Captopril 25 mg VO se pô maior igual a 180 x 110 mmhg.			
Tramadol 100mg + SF0 9% 100ml. IV 8/8H s/n			
Cetoprofeno 100mg+SF0 0,9% 200mL IV 12/12h,			
PA P TAX			
Cleane 40mg SC. 1x/dia			
Alotonar desculito lateral e dorsal 2/2h,			

卷之三

Bianet Deen
Neuroclimbing CRM 6602

AG. JGAO PESSOA
PROTÓCOLO
01 MAR. 2018
COMPRÉV SECURIS HIRMES GOMES S/A
SIMPREF

© MAR, 2018

18 10:00 RA: 110x80 Paciente consciente, orientado, decubulada
S1 S1 sujeita dieta, pescoço, braços, queixa-se
T: 37°C de dor ao levantar-se medicado con-
por me prescrevendo, feito acesso, recue-
dos cuidados de enfermagem

18/11/17 20hs P.A 120x80 Maria S. L. Guimaraes
Médica de Enfermagem
CRF/PE 00122261

Paciente consciente, orientado, decubulada,
aceita dieta, pescoço, braços, queixa-se
de dor ao levantar-se medicado con-
por me prescrevendo, feito acesso, recue-
dos cuidados de enfermagem

Lúcia de Fátima
Técnica em Enfermagem
CORPOLEN
CIP/PE



19. II. 2017

12:45

PA: JZ0XGQW4H

Ti: 37°c

PD: 80 bpm

R: 20

Paciente condic和平e ótimo.
Estava acordado deitado, ate o momento tem
dúvidas. Nada de edema. Pressão normal.
Pulmões bons. Sopro de Enf.

Téc. de Enf:

Jaci Ferreira Lima
Tecnico de Enfermagem
COREN 820035

19. II. 2017

12:45

PA: 130/80 mm Hg

Jaci Ferreira Lima
Tecnico de Enfermagem
COREN 820035





SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

SEEKE IAKIA DU ESIABU DA JAUNE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

NB 7-1

GILIARD LIMA SANTOS		TRM T12	
	Prescrição Médica		
Dielaxaliva			
SF0,9% 2000 mL ev 24h.			
Dipirona 1g + AD EV 6/6h			
Omeprazol 40mg 1 amp + abd 10 mL IV ao dia.			
Nauseotron 8mg + AD EV 8/8h SE NECESSÁRIO			
Captopril 25 mg VOse p/ maior igual a 180 x 110 mmHg.			
Tramadol 100mg + SF0,9% 100mL IV 8/8h s/n			
Catoproleno 100mg+SF0,9% 200mL IV 12/12h.			
PA P TAX			
Clexane 40mg SC 1x/dia			
Alteplase decúbito lateral e dorsal 2/2h.			

Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

20-11
08:00
 CH_3COCH_3
 $t = 36^\circ\text{C}$
Monobilly



SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

NB 7-1

GILIARD LIMA SANTOS		TRM T12	
	Prescrição Médica		
Dieta laxativa			ASIA E
SF0,9% 2000 mL ev 24h.			AGYARDA PROCEDIMENTO
Digoxina 1g - AD EV 6/6h			
Omeprazol 40mg 1 amp + abd 10 mL IV ao dia.	1 ^a 12: 5 ^a 4: 1 ^a 18 24 06 06		
Nauseadron 8mg + AD EV 8/6h SE NECESSÁRIO			
Captopril 25 mg VO se p/ maior igual a 180 x 110 mmHg.			
Tramadol 100mg + SF0,9% 100mL IV 8/8H s/n	18 06		
Cetoprofeno 100mg+SF0,9% 200mL IV 12/12h,	18		
PA P TAX	18		
Citaxane 40mg SC 1x/dia			
Alternar decubito lateral e dorsal 2/2h.			

卷之三

A tilted document page featuring a large circular stamp in the center. The stamp contains the text "COMPREV SEGUROSE PREVIDÊNCIAS" around the top edge, "IMPREV" in the middle, and "AG. JOÃO PESSOA" at the bottom. Handwritten text on the page includes "2 J MAR. 2018" and "PROTÓCOLO".



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

Mir Semelha

PACIENTE:	GILLIARD LIMA SANTOS
DATA DO EXAME:	15/11/2017

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

ANÁLISE:

Moderada quantidade de líquido livre intra-cavitário. Na dependência de condições hemodinâmicas favoráveis, a tomografia computadorizada poderá avaliar melhor possíveis lesões viscerais.

Não identificamos sinais de derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

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

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e viscerais ocas.

Dr. Diogo Araújo de Freitas
Médico Radiologista
CRM-PB: 7195





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

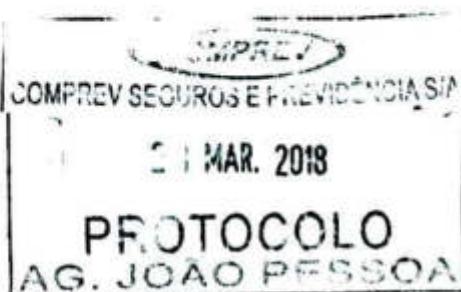
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Gilmar Ferreira Santos Registro: _____ Leito: 4-A Setor Atual: Nano

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: <u> </u> °C; P: <u> </u> bpm; FR: <u> </u> irpm; PA: <u> </u> mmHg; FC: <u> </u> bpm; SPO2: <u> </u> %
HGT: <u> </u> mg/dl; Peso: <u> </u> Kg; Altura: <u> </u> 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 () 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; () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispneia () Outros: _____

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuidos () 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

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"/> 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: NSE 13-20 Data da punção 18/11/17	
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 checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há _____ dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: ____/____/____	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo: <input 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	
<p>Paciente evolui bem intercorrências</p> <p>FISILO M.S. Nascimento Galvão Enfermeira COREN-PB 506357</p>	
<p>IMPACTO</p> <p>COMPRA SEGURO E PREVIDÊNCIA SIA</p> <p>- 1 MAR. 2018</p> <p>PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA</p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: 20/11/17
	HORA: 13:00 h

1000
1000
1000
1000
1000



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Cilene Lima Souto | Registro: | Leito: 7-1 | Setor Atual: Nurs

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: 25 irpm; PA: 10/80 mmHg; FC: 88 bpm; SPO2: 97 %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: () Local: | Obs.: TRM

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 () 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

() Eupnêia; () Taquipnêia () Bradipnêia () 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 checked="" 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>braço</i> Data da punção ____/____/____	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há ____ dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input 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 checked="" type="checkbox"/> Independente <input 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 REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input 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	
<p style="text-align: center;"><i>IMPACTO</i> <i>COMPRA, SEGURO E PREVIDÊNCIA S/A</i> <i>31 MAR. 2018</i> PROTÓCOLO <u>AG. JOÃO PESSOA</u></p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Recita Mortenice de Araújo</i> <i>ENFERMEIRA</i> <i>COREN-PB 195729</i>	DATA: <u>18/11/17</u> HORA: <u>13:30</u> h



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

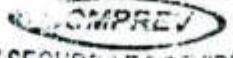
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM				17 81 11	
NOOME:	Dianel Jaime				
IDADE:	30	SEXO:	M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> DATA DE NASCIMENTO: / /	às 12:00 h	
SETOR:	LEITO:				
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGURIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>	
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input checked="" type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>	
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>	
SIST. GAS. RONENTATINAL: (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>	
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
RISCO DE QUEDA	CD/FR: EXCEÇÃO DE MOB.				
RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:				
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: PROCEDIMENTOS				
RISCO DE DESEQUILÍBRIOS DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:				
RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:				
RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/>	CD/FR:			
RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:				
NÁUSEA	CD/FR:				
DOR AGUDA	DOR CRÔNICA <input type="checkbox"/>	CD/FR:			
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR: COMPROMISSO SEGURO E FAVORÁVEL				
MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:				
DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/>	PARA BANHO <input type="checkbox"/>	CD/FR:		
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:				
	CD/FR:				
	CD/FR:				
	CD/FR:				
Eliete da Silva ENFERMEIRA		CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
		FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
Eliete da Silva		APRAZAMENTO		ASSINATURA	
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM					
MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		-08			
REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.					
ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
INSTALAR CATETER DE 02 A 04 ML/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.					
AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).					
ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.					
POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45º.					
MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.					
MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDEMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).		contínuo			
ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		11			
REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE					
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE		4			

RESULTADOS ESPERADOS									
REGISTROS									
DATA	HORA	PA	T	FC	FR	HGT	DIURESE	AVALIAÇÃO	ASSINATURA / CARIMBO
INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA									
INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA									
<p style="text-align: center;">  COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIA S/A 21 MAR. 2010 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA </p>									

013.ROBSON FERREIRA DA SILVA
CNPJ: 30.380.943/0001-57
CNS: 50074C150300867




COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

21 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

15/11/17
22:30h

Cirurgia Genef

1:30h / Cirurgia S.D
TC Abd. Ascit. Fígado / Rins / Nefro.

Nega dor abdominal

Usa farr: hidroalcool gel sobre lâmpa lime

Relato de acide pré:

FC 74, PA 120x80, Nonconrado

e Abd: indolor e sem irritação

R-X: Espontâneos T12?

Pd: TC Coluna Tóraco. Lombar

TC Abd nom cl. Compre Vértebro (Urtigânia)

O Diametro

2) Itens comuns São 3^{as} → 23 foto3) Exceção para 4^{as} (in)

Obscuridade momentânea

DESTINO DO PACIENTE

Dr. Gabriel Ribeiro
Gurgel do Trauma
CRM-PB: 7.983

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS
21 MAR. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Gabriel Ribeiro
Gurgel do Trauma
CRM-PB: 7.983

IDADE

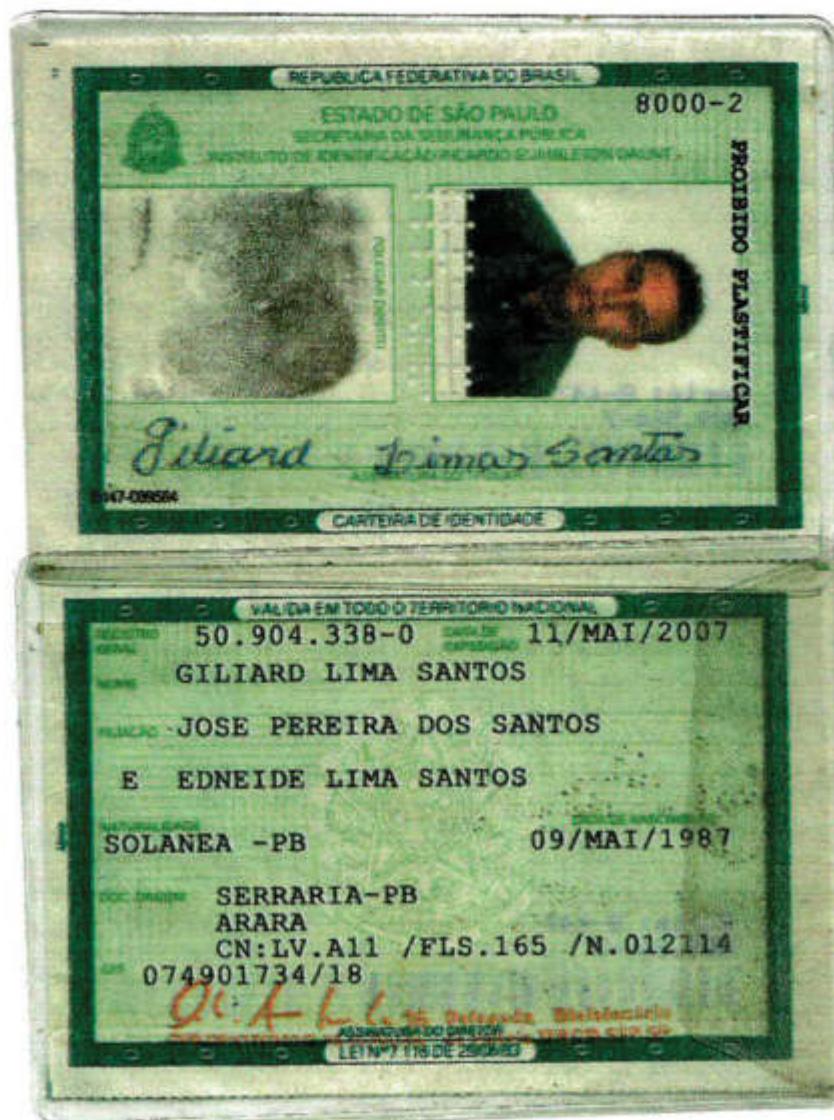
() Centro cirúrgico _____

() Internação (setor) _____

() Óbito

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

~~Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)~~

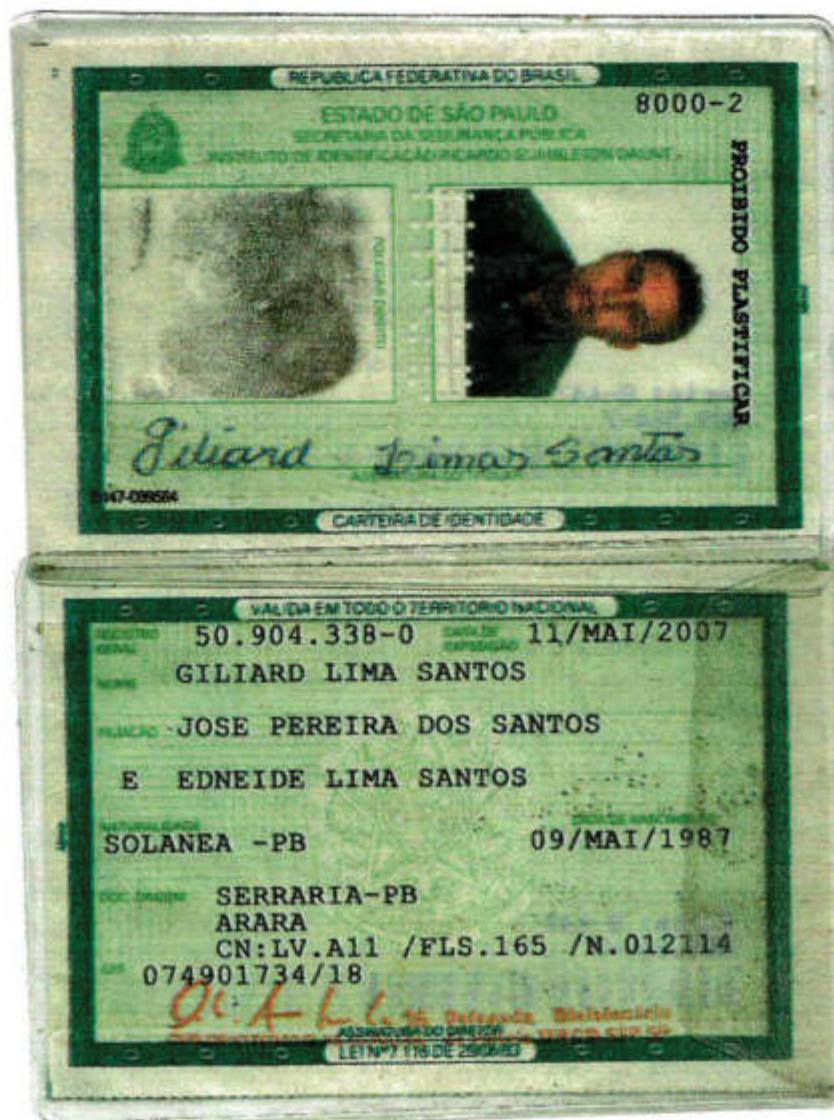


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIÉADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME WEBER DA CUNHA REGO		
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSÃO MF 1207482 SSP PB		
CH 569.951.994-72 DATA NASCIMENTO 01/03/1968		
PESO _____ FRAÇÃO VICENTE DA CUNHA REGO		
PERMISSÃO ACC CAIXAS _____ _____ B		
Nº REGISTRO 02849644421 VALIDADE 12/12/2018 1ª HABILITAÇÃO 21/01/1998		
VALIDA EM TUTTO D TERRITÓRIO NACIONAL		
OBSERVAÇÕES _____		
<i>Weber da Cunha Rego.</i> ASSINATURA DO PORTADOR		
LOCAL JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 12/12/2013		
<i>Rodrigo Carvalho</i> ASSINATURA DO EMISSOR 06085645137 PB027623637		
DEIRAN PE (PARAIBA)		

DODDIO PLASTIFICAR
881588025



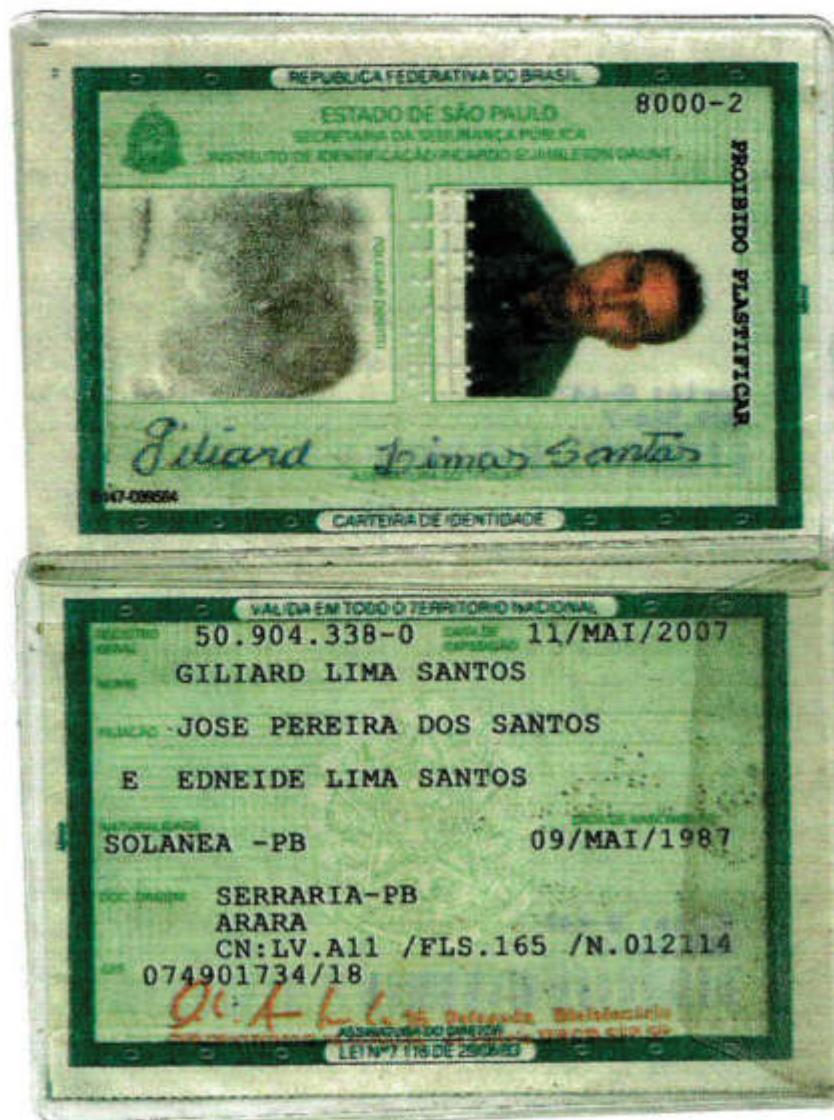


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIÉADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME WEBER DA CUNHA REGO		
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSÃO MF 1207482 SSP PB		
CH 569.951.994-72 DATA NASCIMENTO 01/03/1968		
PESO _____ FRAÇÃO VICENTE DA CUNHA REGO		
PERMISSÃO ACC CAIXAS _____ _____ B		
Nº REGISTRO 02849644421 VALIDADE 12/12/2018 1ª HABILITAÇÃO 21/01/1998		
VALIDEZ EM TUTTO D TERRITÓRIO NACIONAL		
OBSERVAÇÕES _____		
<i>Weber da Cunha Rego.</i> ASSINATURA DO PORTADOR		
LOCAL JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 12/12/2013		
<i>Rodrigo Carvalho</i> ASSINATURA DO EMISSOR 06085645137 PB027623637		
DEIRAN PE (PARAIBA)		

DODDIO PLASTIFICAR
881588025





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIÉADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME WEBER DA CUNHA REGO		
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSÃO MF 1207482 SSP PB		
CH 569.951.994-72 DATA NASCIMENTO 01/03/1968		
PESO _____ FRAÇÃO VICENTE DA CUNHA REGO		
PERMISSÃO ACC CAIXAS _____ _____ B		
Nº REGISTRO 02849644421 VALIDADE 12/12/2018 1ª HABILITAÇÃO 21/01/1998		
VALIDEZ EM TUTTO D TERRITÓRIO NACIONAL		
OBSERVAÇÕES _____		
<i>Weber da Cunha Rego.</i> ASSINATURA DO PORTADOR		
LOCAL JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 12/12/2013		
<i>Rodrigo Carvalho</i> ASSINATURA DO EMISSOR		
06085645137 PB027623637		
DEIRAN PE (PARAIBA)		

DODDIO PLASTIFICAR
881588025



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180471373 **Cidade:** Solânea **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILIARD LIMA SANTOS **Data do acidente:** 15/11/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE T12

Descrição do exame médico pericial: PRESENÇA DE CICATRIZ EXTENSA EM REGIÃO TORACO LOMBAR, EXAME NEUROLOGICO NORMAL, LIMITAÇÃO PARA FLEXO-EXTENSÃO DA COLUNA.

Resultados terapêuticos: BOA CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA, SEM DÉFICIT NEUROLOGICO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO SEGMENTO TORÁCICO DA COLUNA VERTEBRAL E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO SEGMENTO LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/10/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Schubert Luigi Costa Rodrigues

CRM do médico: 5523

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico: