

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

BOLETIM DE Ocorrência
Nº00018.01.2018.2.00.420



OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):
Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO
Data da Ocorrência: 15/12/2017 Hora: 19:35:00
Forma da Comunicação: Verbal
Endereço: Avenida Floriano Peixoto, Malvinas, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

	COMUNICANTE
Nome:	Maria Valéria Miguel de Assis%
Conhecido por:	Não informado
Filiação:	Maria de Lourdes de Assis Machado e Cícero Miguel da Silva
Idade:	32
Data de Nascimento:	04/02/1985
Identidade de Gênero:	feminino
Nacionalidade:	brasileira
Naturalidade:	Campina Grande
Estado Civil:	união estável
Escolaridade:	Não informado
Profissão:	Do Lar
Documentos(s) de Identificação:	CPF nº 083.600.294-66
Endereço:	Travessa Oito de Dezembro, 82, Catolé, Campina Grande, PB
Complemento:	Não informado
Telefone:	(83) 98651-2705

	VITIMA
Nome:	Ricardo Márcio Fernandes
Conhecido por:	Não informado
Filiação:	Ana Maria Ernesto Clemente e Carlos Antonio Fernandes
Idade:	34
Data de Nascimento:	29/03/1983
Identidade de Gênero:	masculino
Nacionalidade:	brasileira
Naturalidade:	Campina Grande
Estado Civil:	união estável
Escolaridade:	Não informado
Profissão:	Servente
Documentos(s) de Identificação:	CPF nº 040.237.354-50
Endereço:	Travessa Oito de Dezembro, Catolé, Campina Grande, PB
Complemento:	Não informado
Telefone:	(83) 98651-2705

 2ª Delegacia de Notas de Campina Grande - PB
Substituída: Maria de Fátima Leal Cavalcanti
Praça da Bandeira, 105, Centro - Campina Grande - PB

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. (Art. 426 - III do CPC)

Campina Grande - PB 30/01/2019

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Selo Digital: ACJ61921-SC05

Emc: R\$2,38 ISS R\$0,12 Farpem R\$0,28 Fepj R\$0,44 MP R\$0,04


Célia Maria Barbosa
2ª Tab. Substituta

Procedimento Policial: 00018.01.2018.2.00.420





TESTEMUNHA	Nome: Fabricio Salvador da Silva
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Valdira Maria dos Santos e Fernando Salvador da Silva
	Idade: 29 Data de Nascimento: 12/11/1988 Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
	Estado Civil: casado(a)
	Escolaridade: Não informado Profissão: Estudante
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 083.600.284-94
	Endereço: Travessa Oito de Dezembro, 89, Catolé, Campina Grande, PB
	Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98837-1761	

TESTEMUNHA	Nome: Edilson Rosa de Jesus Silva
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Tereza de Jesus Santos e Virgilio Rosa da Silva
	Idade: 45 Data de Nascimento: 23/09/1972 Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Itaporanga D'ajuda
	Estado Civil: casado(a)
	Escolaridade: Não informado Profissão: Pedreiro
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 269.439.878-28
	Endereço: Rua Ariús, 65, Catolé, Campina Grande, PB
	Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98666-4919	

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa a comunicante que a vítima, que no dia, hora e local já descritos, ia de pé no momento em que estava juntado reciclagem, quando foi atingida (Atropelada), por um Veículo de sinais e condutor não identificado, que não prestou socorro a vítima após ter atropelado se evadindo do local do acidente, logo a vítima caiu ao solo e sofreu fratura do Fêmur na perna esquerda, tendo esta sido socorrida pelo SAMU e encaminhado ao hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Célia Maria Barbosa
2ª Tab. Substituta

Procedimento Policial: 00018.01.2018.2.00.420



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



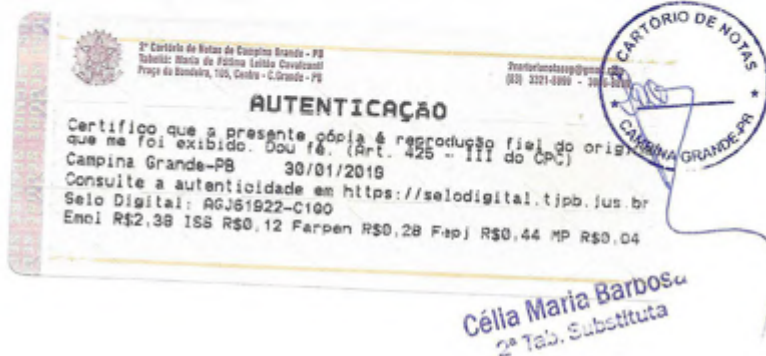
Campina Grande/PB, 26 de janeiro de 2018.

LUCIANO BEZERRA SERRA SECA
Delegado(a) de Polícia Civil

MARIA VALÉRIA MIGUEL DE ASSIS

Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia



Procedimento Policial: 00018.01.2018.2.00.420





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG – 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA:	15/12/2017	HORA:	19:35 HS	ID Nº:	1658902
NOME:	RICARDO MARCIO FERNANDES				
QUEIXA:	ATROPELAMENTO				
LOCAL:	AV. FLORIANO PEIXOTO - MALVINAS				
COMPLEMENTO:					
CIDADE:	CAMPINA GRANDE/PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma					

Campina Grande, 19 de janeiro de 2018.


Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191





Nota Fiscal / Cúpo de Energia Elétrica Nº 0014 902
Cód. para Dth. Automático: 0000003+198

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jan / 2018	05/01/2018	02/02/2018	48905445420

UC (Unidade Consumidora): 4/3119-5

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

• Compartilhe sua energia conosco também nas redes sociais. Estamos presentes no facebook.com/brianteleco e no Twitter (@energiaib). sempre que precisar de gente Queremos estar sempre próximos!

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	64,76	82,57	22,32	82,57	0,00	2,19
-------------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

Histórico de Consumo (kWh)

102	115	100	98	108	103	134	115	121	121	124	128
Dec17	Nov17	Oct17	Sep17	Aug17	Jul17	Jun17	May17	Apr17	Mar17	Feb17	Jan17

RESERVADO AO FISCAL
1cad.6cb2.c13f.d646.dde5.428e.ee9c.9ba0

Indicadores de Qualidade			Composição da Consumo		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		
CYC MENSAL	4,85	0,00			
CYC TRIMESTRAL	9,81		NOMINAL	220	
10 ANOS	10,50				
12 ANOS	9,77	0,00	CONTRATUA		
PIQ TRIMESTRAL	8,25		LIMITE INFERIOR	202	
PIQ ANUAL	12,75		LIMITE SUPERIOR	231	
DMC	2,77	0,00			
DISC	12,22				

Discriminação	Valor (R\$)	%
Servicos de Dist. de Energia/BO	11,80	19,37
Compra de Energia	12,42	20,79
Servico de Transmissao	1,76	2,92
Encargos Setoriais	6,80	9,56
Impostos Diretos e Encargos	32,09	49,64
Outros Servicos	0,00	0,00
Total	60,78	100,00

Valor de R\$/kWh (Ref. 11/2017) R\$ 13,05

ATENÇÃO

* Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um despesa de R\$23,76

Faturas em atraso

BOBBOREMA
Roteiro 2-401-166-434
Artículo 3119-2018-01-3

VENCIMENTO 12/01/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 64.78
---------------------------------	-----------------------------------

83670000000-0 64780147000-4 00031192018-5 01300401019-8



Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **RICARDO MARCIO FERNANDES**

Nº Sinistro: **3180130905**

Vítima: **RICARDO MARCIO FERNANDES**

Data do Acidente: **15/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o **número de sinistro 3180130905**, verificamos que, até o presente momento, não foram apresentados documentos que comprovem o término do tratamento e a existência de invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi encerrado.

Para prosseguimento da análise, será necessário apresentar documentação médica que comprove o término do tratamento e a existência de sequelas permanentes.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0128101282 - carta_07 - INVALIDEZ



Carta nº 12602392





Rua Tiradentes, 250, Centro, Campina Grande/PB. E-mail: stadvocacia@hotmail.com
Tel.: (83) 98824-0152 / (83) 99325-6299 / (83) 99635-6298 / 3077-6310.

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: RICARDO MARCIO FERNANDES, brasileiro, desempregado, casado, com cédula de identidade nº: 2.699.006 e CPF sob nº 040.237.354-50, residente e domiciliado a Rua Tv. 8 de dezembro, 82, catolé, Campina Grande, CEP: 58.410-304;

OUTORGADOS: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES, OAB/PB nº 18.251, JOSÉ LEANDRO OLIVEIRA TORRES, OAB/PB nº 18.368, MARLLON LAFFIT TORRES FEITOSA PASSOS, OAB/PE 44.485, KAIO DANILO COSTA GOMES DA SILVA, OAB/PB 20.250 com escritório profissional na Rua Cor. João Lourenço Porto, 86, Centro, Campina Grande/PB;

PODERES: Atraves do presente instrumento particular de mandato, o OUTORGANTES nomeia e constitui como seus procuradores os OUTORGADOS, concedendo-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedencia do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais, Municipais e órgãos da administração publica direta e indireta, praticar quaisquer instancias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

CONTRATO DE HONORARIOS: NESTE INSTRUMENTO, LIDO E FIRMADO ENTRE AS PARTES, O OUTORGANTE COMPROMETE-SE A PAGAR AOS OUTORGADOS O PERCENTUAL DE 30% A TITULO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS, CALCULADOS SOBRE O VALOR DA CONDENAÇÃO (APURADO EM LIQUIDAÇÃO DE SENTENÇA) OU SOBRE O ACORDO FIRMADO ENTRE OS LITIGANTES.

Campina Grande/PB, 05 de agosto de 2018.


OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Eu, **RICARDO MARCIO FERNANDES**, brasileiro, desempregado, casado, com cédula de identidade nº: 2.699.006 e CPF sob nº 040.237.354-50, residente e domiciliado a Rua Tv. 8 de dezembro, 82, catolé, Campina Grande, CEP: 58.410-304; **DECLARO**, nos termos da Lei nº. 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do sustento meu e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Campina Grande/PB, 04 de julho de 2018.


RICARDO MARCIO FERNANDES



HTCG-Panel Administration

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ às _____ : _____ hs.

() Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () A revelar
() Internação (setor) _____ A () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CRO

TRADE

		
---	--	---

projetoflog/impreurgencia.php?contar=1562773

25



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 24/07/2019 14:57:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072414574222700000022269113>
 Número do documento: 19072414574222700000022269113

Num. 22960103 - Pág. 2



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Ricardo Marcelo Fernandes		
End:	R. Nova	Bairro:	Flaúcio Peixoto
Data de Nascimento:	29.03.83	Documento de Identificação:	
Queixa:	Atropelamento	Data do Atend.:	15.12.17
		Hora:	19:44
		Documento:	
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

Classificação de Risco

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

Estratificação

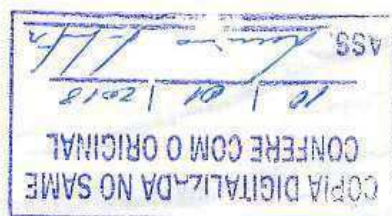
MOD. 110

- ☒ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

- ☐ Amarelo - atendimento até 1 hora
☐ Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional




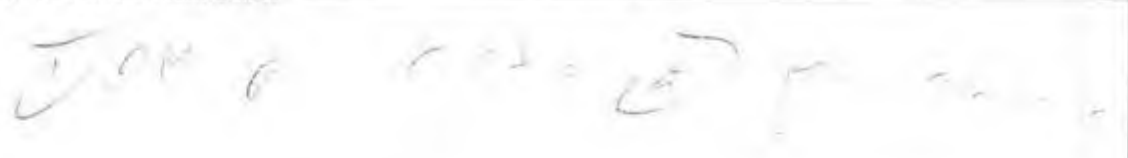

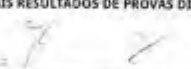
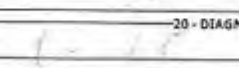
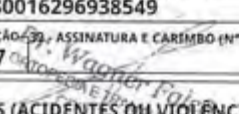
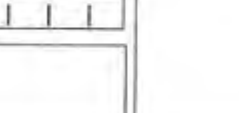


Data da internação: 15/12/2017 Hora: 21:43:56

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				2 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
RICARDO MARCIO FERNANDES				1562851	
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
704105111622973		29/03/1983		Masc <input checked="" type="checkbox"/> 11 fem <input type="checkbox"/> 13	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO	
ANA MARIA ERNESTO CLEMENTE				83	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)					
FLORIANO PEIXOTO, 0, MALVINAS					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - COÓRDE MUNICÍPIO	
Campina Grande				250400	
				15 - UF	
				PB	
				16 - CEP	
				58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
<p style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">DOM em COTA (E) pós trauma</p>					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
<p style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">Necessidade de TTO Cirúrgico</p>					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
<p style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">Rx - X</p>					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
<p style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">fratura de fêmur</p>					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO	
		02		(X) CNS () CPF	
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				980016296938549	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
WAGNER DE MELO FALCAO				15/12/2017	
				32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				<p style="text-align: center;"> Wagner de Melo Falcao Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia CRM - PB 1373 </p>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - COD. ORGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
() CNS () CPF					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
<p style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">/ /</p>					
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					



Data da internação: 15/12/2017 Hora: 21:43:56

 SUS 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		2 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
RICARDO MARCIO FERNANDES		1562851	
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	
704105111622973	29/03/1983	Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
ANA MARIA ERNESTO CLEMENTE		83	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BATIDO)			
FLORIANO PEIXOTO, 0, MALVINAS			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF
Campina Grande		250400	PB
		16 - CEP	58400002
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
	02	(X) CNS () CPF	980016296938549
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
WAGNER DE MELO FALCAO		15/12/2017	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			38 - SÉRIE
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA
			41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
/ /			
		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	



Diagnóstico

ORTOP
LEITO 9-2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

FX DIAFISE FEMUR E

ALA ORTOPEDICA

LEITO 9-2

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34		Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica		
29/12	1 DIETA LIVRE	18:30	1º DP 0		
	2 SE 0,9% 1500ML EV p/f 24H	18:30	2º DP 0		
	3 CLINDAMICINA 600MG + ABD EV 6/6H	18:30	3º DP 0		
	4 GENTAMICINA 240MG + ABD EV 1x DIA LENTO	18:30	4º DP 0		
	5 DIFERONA 1g + ABD EV 6/6H	18:30	5º DP 0		
	6 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H	18:30	6º DP 0		
	7 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR	18:30	7º DP 0		
	8 TRAMAL 100MG + 100ML SE 0,9% EV 8/8H	18:30	8º DP 0		
	9 NAUSEOBON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h 5H	18:30	9º DP 0		
	10 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV 7 JERIM	18:30	10º DP 0		
	11 XARELTO 15MG 1 CP VO DIA	18:30	11º DP 0		
	12 CURATIVO 1 X DIA	18:30	12º DP 0		
	13 SSVV+CCGG	18:30	13º DP 0		
	Clonazepam 2mg VO noite	18:30	14º DP 0		
	Nezine 6mg VO	18:30	15º DP 0		
	Dr. Wagner Luiz Ribeiro Sales	18:30	16º DP 0		
30/12	Alta hospitalar	18:30	17º DP 0		
	Curativo	18:30	18º DP 0		
	Dr. Wagner Luiz Ribeiro Sales	18:30	19º DP 0		
		18:30	20º DP 0		
		18:30	21º DP 0		
		18:30	22º DP 0		
		18:30	23º DP 0		
		18:30	24º DP 0		
		18:30	25º DP 0		
		18:30	26º DP 0		
		18:30	27º DP 0		
		18:30	28º DP 0		
		18:30	29º DP 0		
		18:30	30º DP 0		
		18:30	31º DP 0		
		18:30	32º DP 0		
		18:30	33º DP 0		
		18:30	34º DP 0		
		18:30	35º DP 0		
		18:30	36º DP 0		
		18:30	37º DP 0		
		18:30	38º DP 0		
		18:30	39º DP 0		
		18:30	40º DP 0		
		18:30	41º DP 0		
		18:30	42º DP 0		
		18:30	43º DP 0		
		18:30	44º DP 0		
		18:30	45º DP 0		
		18:30	46º DP 0		
		18:30	47º DP 0		
		18:30	48º DP 0		
		18:30	49º DP 0		
		18:30	50º DP 0		
		18:30	51º DP 0		
		18:30	52º DP 0		
		18:30	53º DP 0		
		18:30	54º DP 0		
		18:30	55º DP 0		
		18:30	56º DP 0		
		18:30	57º DP 0		
		18:30	58º DP 0		
		18:30	59º DP 0		
		18:30	60º DP 0		
		18:30	61º DP 0		
		18:30	62º DP 0		
		18:30	63º DP 0		
		18:30	64º DP 0		
		18:30	65º DP 0		
		18:30	66º DP 0		
		18:30	67º DP 0		
		18:30	68º DP 0		
		18:30	69º DP 0		
		18:30	70º DP 0		
		18:30	71º DP 0		
		18:30	72º DP 0		
		18:30	73º DP 0		
		18:30	74º DP 0		
		18:30	75º DP 0		
		18:30	76º DP 0		
		18:30	77º DP 0		
		18:30	78º DP 0		
		18:30	79º DP 0		
		18:30	80º DP 0		
		18:30	81º DP 0		
		18:30	82º DP 0		
		18:30	83º DP 0		
		18:30	84º DP 0		
		18:30	85º DP 0		
		18:30	86º DP 0		
		18:30	87º DP 0		
		18:30	88º DP 0		
		18:30	89º DP 0		
		18:30	90º DP 0		
		18:30	91º DP 0		
		18:30	92º DP 0		
		18:30	93º DP 0		
		18:30	94º DP 0		
		18:30	95º DP 0		
		18:30	96º DP 0		
		18:30	97º DP 0		
		18:30	98º DP 0		
		18:30	99º DP 0		
		18:30	100º DP 0		

Dr. Wagner Luiz Ribeiro Sales
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9965

MOD. 915



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
29/12 17	12					100% 60	Razão T. normal concomitante melhora gato curativo em 12 de que os cuidados de enfermagem facilitam	
29/12 2017					100x80		Pto em BZG. quinta - bi di adrenocortical sem aumento da urina, sem problemas na CPX	dieta



Diagnóstico

ORTOP
LEHMANFOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO
ALA ORTOPEDICA

PRE OP

FX DIAFISE FEMUR E

LEITO 9-2

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34
----------	------------------------------

Alojamento

Leito

Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28/12	1 DIETA LIVRE		
	2 SF 0,9% 1500ML EV p/ 24H	00:00	
	3 CLINDAMICINA 600MG + ABD EV 6/6H	18:00	
	4 GENTAMICINA 240MG + ABD EV 1x DIA LENTO	18:00	
	5 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H	18:00	
	6 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H	18:00	
	7 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR	18:00	
	8 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H	18:00	
	9 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN	18:00	
	10 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEJUM	18:00	
	11 XARELTO 15MG 1 CP VO DIA	18:00	
	12 CURATIVO 1 X DIA	18:00	
	13 SSIV+CCGG	18:00	

* DIH

#GRATOPEDIA

Pei procedimentos cirurgias
ortopedicas em intercorrências

co. Rx control

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 193.946

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 193.946



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
29/10/17	18:00				100 /40		Paula recebeu salina de 100ml amido de milho clorado com me frutidos medica seguiu o cuidado da enfermeira Jordana	



Diagnóstico

ORTOP
LEITO 9-2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

FX DIAFISE FEMUR E

ALA ORTOPÉDICA

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34	Alojamento	Leito	Convênio	LEITO 9-2
Data	27/12	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
1	DIETA LIVRE				
2	IEICO SALINIZADO				
3	DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H	12/12	12/12	* DIH #ORTOPEDIA	
4	TILATIL 20MG + AD EV 12/12H S/N			BEG. estável sem interferência	
5	TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR				
6	TRAMAL 100MG + 300ML SF 0,9% EV 8/8H S/N				
7	NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN				
8	OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEIUM	ok		# CD: VPM	
9	OLEXANE 40MG SC 1x/dia			Curva 2 - 2mm/h2 Solicite reserve CH	
10	500V+COGG				
Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/PB-9995		Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/PB-9995			

MOD. 018



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
29/12	08:00				110/80		Realizada limpeza da fixador, e preparado paciente para o teste	
	22:00				100/70			





GOVERNO
DA PARÁIBA

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

Diagnóstico

ORTOP
LEI 10.512

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP 015

FX DIAFISE FEMUR E

ALA ORTOPEDICA

Paciente RICHARDO MARCIO FERNANDES, 34

Alojamento

Leito

Convênio F110-9-2

Data 26/12

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

1. DIETA LIVRE

2. HETCO SATINIZADO

3. DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H

4. TILATIL 20MG + AD EV 12/12H S/N

5. TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6H SE DOR

6. TRAMMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8H S/N

7. NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H S/N

8. OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV 7/JEJUM

9. GLEKANE 40MG SC 1X/DIA

10. SSN+CCGG

11. DIH

#ORTOPEDIA

BEG. estável

Sem intercorrências

#CD: YPM

Dr. Julio Cesar Castro

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PP-8866

Dr. Julio Cesar Castro

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PP-8866

Dr. Julio Cesar Castro

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PP-8866

Dr. Julio Cesar Castro

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PP-8866

Dr. Julio Cesar Castro

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PP-8866

Dr. Julio Cesar Castro

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PP-8866

Dr. Julio Cesar Castro

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PP-8866

Dr. Julio Cesar Castro

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PP-8866

Dr. Julio Cesar Castro

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PP-8866

Dr. Julio Cesar Castro

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PP-8866

Dr. Julio Cesar Castro

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PP-8866

Dr. Julio Cesar Castro

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PP-8866

Dr. Julio Cesar Castro

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PP-8866

Dr. Julio Cesar Castro

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PP-8866

Dr. Julio Cesar Castro

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PP-8866

Dr. Julio Cesar Castro

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PP-8866

Dr. Julio Cesar Castro

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PP-8866

Dr. Julio Cesar Castro

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PP-8866

Dr. Julio Cesar Castro

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PP-8866

Dr. Julio Cesar Castro

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PP-8866

Dr. Julio Cesar Castro

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PP-8866

Dr. Julio Cesar Castro

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PP-8866

Dr. Julio Cesar Castro

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PP-8866

Dr. Julio Cesar Castro

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PP-8866

Dr. Julio Cesar Castro

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PP-8866

Dr. Julio Cesar Castro

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PP-8866

Dr. Julio Cesar Castro

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PP-8866

Dr. Julio Cesar Castro

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PP-8866

Diagnóstico

ORTOP 1
LEITO 9.2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

FX DIAFISE FEMUR E

ALA ORTOPEDICA

~~LEITO 9-2~~

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34	Alojamento	Leito	Convento	LEITO 9-2
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica		
25/12	1 DIETA LIVRE 2 SF 0,9% 1500ML EV pr/ 24H 3 DIIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H 4 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H S/N 5 TYLEX 30MG 3 CP VO 6/6 H SE DOR 6 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H S/N 7 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H S/N 8 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEIUM 9 CLEXANE 40MG SC 1x/DIA 10 SSVV+CCGG Mudança de dieta 1/2 h.	18:00 SU SU SU SU 16:00 (18:00)	* DIH ORTOPEDIA BEG. escavação, sf o'spasmica. DIIPIRONA (+) ANTIEMETICO (L) CD: VPM Aguarda cirurgia		

MCC 035



Diagnóstico

ORTOP I
LEITO 9.2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO
ALA ORTOPÉDICA

PRE OP

FX DIAFISE FEMUR E

~~LEITO 9-2~~

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34
----------	------------------------------

Alojamiento	
-------------	--

Leito

LE
Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
24/11	1 DIETA LIVRE		* DIH
	2 SF O,9% 1500ML EV p/ 24H	500 500 500	<u>ORTOPEDIA</u>
	3 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H	12 18 24 06	BEG, ESTÁVEL, SI O'SPERMITAS
	4 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H S/N	SN	
	5 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR	SN	
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF O,9% EV 8/8H S/N	SN	Diagnose (+) evoluções (L)
	7 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN	SN	
	8 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEIUM	06	
	9 CLEXANE 40MG SC 1x DIA	06	CD: vpm
	10 SSVV + CCGG	06	





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

ORTOP I
LEITO 9.2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO ALA ORTOPEDICA

PRE OP

FX DIAFISE FEMUR E

LEITO 9-2

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34		Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica		
23/12	1. DIETA LIVRE	SND	B. DIH		
	2. SF 0,9% 1500ML EV p/ 24H	14:30	#ORTOPEDIA		
	3. DIIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H	14:30	REG. ESTÁVEL, S/ OSTEOMYELITIS		
	4. TILATIL 20MG + AD EV 12/12H S/N	SN			
	5. TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6H SE DOR	SN			
	6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H S/N	SN	DOR (1) EVOLUÇÃO (1)		
	7. NAUSEDRON 8mg/mL 1FA + ABD EV 8/8H S/N	SN			
	8. OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV 7/24H	SN			
	9. CLEXANE 40MG SC 1x/DIA	CO	CO: VPM		
	10. SSVV+CEGG	MTN	Aguarda cirurgia		
Dr. João Paulo Oliveira Sales			Dr. João Paulo Oliveira Sales		
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		
CRM-PB 9551			CRM-PB 9551		

MCO 035



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
23/12	8:50		73		100x60		Ref constante deitada colcheteado feto cuidados gerais medicados com feto curativo segue seu curso aos cuidados de enfermeira	
23/12	19:45		74		120x75	+	Ref segue medicação com remédio acerta dieta geral sem problemas aqueleto com olhos e ao cuidados de enfermeira	

23/12	19.45	74	120x75	+	<p> Pet bagu medicinal em com quilo aceite de azeite de o pomelo aquecido com o óleo de azeite e azeite de azeite </p>
-------	-------	----	--------	---	--



Diagnóstico

ORTOP
LEITO 9-2FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO
ALA ORTOPEDICA

PRE OP 015

FX DIAFISE FEMUR E

LEITO 9-2

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
RICARDO MARCIO FERNANDES, 34			
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
24/12	1. DIETA LIVRE		
	2. SF 0,9% 3500ML EV p/ 24H	18:30	
	3. DIFIRONA 1g + ABD EV 6/6H	18:30	9 - DIH #ORTOPEDIA
	4. TILATIL 20MG + AD EV 12/12H S/N		
	5. TVLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR		BEG. estavel sem intercorrência??
	6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H S/N		
	7. NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h S/N		
	8. OMEPRAZOL 40mg - DILUENTE EV / JEIUM		# CD: VPM
	9. CLEXANE 40MG SC 1x/DIA		
	10. SSVV + ECGG		
	Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/RB-3505		Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/RB-3505

MOG 035



Diagnóstico

ORTOP I
LEHUY.2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP 041

~~FX DIAFISE FEMUR E~~

ALA ORTOPEDICA

LEITO 9-2

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34	Alojamento	Leito	Convênio
----------	------------------------------	------------	-------	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
29/12	1 DIETA LIVRE		
	2 SF 0.9% 3500ML EV 12/24H	500 500 500	
	3 DIPIRONA 1g + ABD EV 8/8H	12 13 24 08	6 - DIH
	4 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H S/N	SN	ORTOPEDIA
	5 TWLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR	SN	BEG estável
	6 THAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8H S/N	SN	Sem intercorrência
	7 NAUSEF 80MG 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN	SN	
	8 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEJUM	06	
	9 CLEXANE 40MG SC 1x DIA	08	# CD: VPM
	10 SSVV + CCGG	CT	Az + d2 a + v g 2

MCO. 035



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

30

OK

PRAT. H. A. H. H.
F. M. H.

Paciente: Ricardo Marcos Fernandes Alojamento: 30 Leito: 9-2 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1 - Dieta livre	30	Al. f. r. c. o. i. s.
	2 - S.R.L. 500 ml I.V. 12 / 12 h.	30	infusão
	3 - Dipirona 02 mL + S.F. 10mL I.V. 8 / 8 h (lentamente)	30	deu. p. v. s.
	4 - Cetoprofeno 100 mg I.V. + S.F. 0,9% 100mL I.V. 12 / 12 h. (correr em 20 min.)	30	card. f. h.
	5 - Omeprazol 40 mg I.V. pela manhã (lentamente).	30	comp.
	6 - C. C. Gerais	30	af
	7 - Cleisan 400 mg se.	30	
	IX H. A.		



Assis	Observações Enfermagem	Diurese	PA	R	P	T	Hora	Data
	<p>Get água no quarto de camareira para uso imediato de refresco água no copo.</p> <p>  20/12/17 Get água 15/ minutos depois de uma limpeza geral no banheiro </p>		<p>  20/12/17 </p>				<p>  20/12/17 21:00 </p>	<p>  20/12/17 21:00 </p>



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK

HIGH STATE
FERRY CO

Paciente	Li/ARW MARW	Alojamento	10	Leito		Convênio	
----------	-------------	------------	----	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1 - Dieta livre		Rebif
	2 - S R L 500 ml I.V 12 / 12 h.		a fauna expura
	3 - Dipirona 02 mL + S.F 10mL I.V 8 / 8 h (lentamente)		hca
	4 - Cetoprofeno 100-mg I.V + S.F 0,9% 100mL		de leve
	I.V 12 / 12 h. (correr em 20 min.)		exame OK
	5 - Omeprazol 40 mg I.V pela manhã (lentamente).		Apurcl
	6 - C. C. Gerais		ampl
	→ Cefazolin 1g IV 12h		9



[illegible]

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente

Alojamento

Leito

Convênio

that the
pen is

[illegible]

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

901

BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NOME: <u>Ricardo Marcio Fernandes</u>					
IDADE: <u>34</u>	SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: <u>29/03/83</u> às : h			
SETOR: <u>Amarela</u>		LEITO: <u>30</u>			
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Ortopedia</u>					
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:			
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:			
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:			
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:			
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/>				
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>			
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> EUPNEICO <input checked="" type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/>				
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/>				
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input type="checkbox"/> DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/> ACAMADO <input checked="" type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>				
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>				
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/>				
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>				
DADOS VITAIS:	PA: T: FR: FC: PESO:				
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:				
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <u>AUP em MSD</u>				
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:				
<input type="checkbox"/>	CD/FR:				
<input type="checkbox"/>	CD/FR:				
<input type="checkbox"/>	CD/FR:				
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA					
FR: FATOR RELACIONADO					
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA		
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.					
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.					
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATETER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.					
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).					
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.					
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.					
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.					
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).			<u>Sempre</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.			<u>contínuo</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.			<u>Sempre</u>		

Lenice Vieira das Mercês
Enfermeira
RTP 035-052

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL



[illegible]

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP: 978

Paciente	Queda Marcos	Alojamento	Leito	Convênio
77/12	<p>Prescrição Médica</p> <p>1 DIETA LIVRE</p> <p>2 JELCO SALINIZADO</p> <p>3 DIPIRONA 2ML EV 6/6H</p> <p>4 OMEPRAZOL 40MG EV JEJUM</p> <p>5 TRAMAL 100MG + 300ML SF 0,9 EV 8/8H S/N //</p> <p>6 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 SE DOR //</p> <p>7 NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H S/N //</p> <p>8 TRATIL 20mg + AD EV 12/12H S/N //</p> <p>9 CLEXANE 40 UI-SC 1x/DIA</p> <p>10 SSVV + COGG</p>	<p>Horário</p> <p>06</p> <p>07</p> <p>08</p> <p>09</p> <p>10</p> <p>11</p> <p>12</p> <p>13</p> <p>14</p> <p>15</p> <p>16</p> <p>17</p> <p>18</p> <p>19</p> <p>20</p> <p>21</p> <p>22</p> <p>23</p> <p>24</p>	<p>Evolução Médica</p> <p>#ORTOPEDIA# DSH</p> <p>BEG. estavel!</p> <p>Sem intercorrência</p> <p># CD: VPM</p>	

MAD. 639



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP:

Paciente	Ricardo Moxim	Alojamento		Leito		Convênio	
----------	---------------	------------	--	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
16/12	1 DIETA LIVRE	5h	
	2 JELCO SALINIZADO	et	
	4 DIPIRONA 2ML EV 6/8H	18 - 18 26.26	ORTOPEDIA - DSE
	5 OMEPRAZOL 40MG EV JEIUM	00	BEG, estável sem intercorrência
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9 EV 8/8H S/N		
	7 TYLEX 30MS 1 CP VO 6/6 SE DOR		
	8 NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H S/N		
	9 TILATE 20mg + AD - EV 12/12h S/N		PCV. VPM
	10 CLEXANE 40 UI - SC 1x/24h		
	11 SSVV = COGG		
	Dr. Julio Cesar Castro Médico do Trabalho CRM-1 - 9963 / Cuiabá - 8320		Dr. Julio Cesar Castro Médico do Trabalho CRM-1 - 9963 / Cuiabá - 8320

W03.035



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

(x) Distillation of water
(R) $\frac{1}{3}$ Distillation

Paciente	Ricardo Manoel Fernandes	Alojamento		Leito	30	Convênio	
----------	--------------------------	------------	--	-------	----	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
15/12	<p>1) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>2) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>3) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>4) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>5) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>6) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>7) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>8) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>9) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>10) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>11) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>12) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>13) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>14) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>15) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>16) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>17) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>18) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>19) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>20) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>21) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>22) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>23) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>24) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>25) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>26) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>27) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>28) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>29) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>30) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>31) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>32) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>33) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>34) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>35) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>36) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>37) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>38) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>39) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>40) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>41) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>42) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>43) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>44) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>45) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>46) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>47) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>48) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>49) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>50) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>51) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>52) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>53) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>54) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>55) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>56) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>57) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>58) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>59) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>60) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>61) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>62) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>63) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>64) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>65) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>66) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>67) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>68) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>69) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>70) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>71) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>72) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>73) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>74) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>75) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>76) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>77) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>78) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>79) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>80) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>81) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>82) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>83) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>84) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>85) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>86) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>87) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>88) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>89) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>90) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>91) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>92) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>93) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>94) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>95) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>96) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>97) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>98) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>99) Diltaz 60mg 1x/dia</p> <p>100) Diltaz 60mg 1x/dia</p>		<p>BEE, 14/12/11</p> <p>CD: VPH</p> <p>60% PPH</p> <p>Dr. Wagner Falc.</p> <p>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</p> <p>CRM - PR 15845</p>



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Lúcio Registro: 5 Leito: 2 Setor Atual: UTI

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT n° Comissura labial n° FIO2 % PEEP cmH2O

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Henrique Registro: 9 Leito: 1 Setor Atual: OUT
2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

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

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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


EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricarda Márcio Registro: 5 Leito: 1 Setor Atual: UTI

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Márcio Fernandes Registro: _____ Leito: 9-2 Setor Atual: ort 1

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

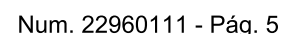
(✓) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Marcio Fernandes Registro: 82001 Leito: 9-2 Setor Atual: Ortop
Idade: 34 Sexo: M Cor: Estado Civil: União Naturalidade: Profissão:
Procedência: () Vermelha (X) Amarela () Verde () UTI () CC () Ala: () Residência () Outro
Data da internação hospitalar: / / Data da internação no setor: 20/12/17
Tem um cuidador/Responsável: () Quem?
Telefone: Tem acesso a uma UBS: () Qual:

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias: () Motivos: Alergias: () Qual:
Doenças: () HAS () DM () DPOC () Cardiopatia () Obesidade (X) Tabagista () Ex-tabagista () Neoplasia
() Alcoolismo () Drogadição () Outros: Medicamentos em uso:

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar): Acidente automobilístico

4. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente (X) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):
Pupilas: (X) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas
Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia. Local: Prejudicada
Linguagem: Alteração: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O
(X) Eupnéia* () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E
Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:
Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:
Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E: () Selo d'água
Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:
Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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



SEGURANÇA FÍSICA	
<input checked="" type="checkbox"/> Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:	
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR	
Pulso: <input checked="" type="checkbox"/> Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme <input checked="" type="checkbox"/> Cheio.	
Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia: ()	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>USD</u> Data da punção: <u>20/12/17</u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT Hora: Data: / /	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos: () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h:	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas Manifestações de sede: () <u>MI E</u>	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: <u>Pré-operatório / 12/12/17</u> Curativo em: / /	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada. Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>ERSantos</u> DATA: <u>20/12/17</u> HORA: <u>17:50</u> h	
Elisângela Rosendo dos S. Almeida ENFERMEIRA COREN-PE 173385	

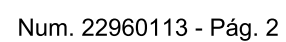
FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM							
NOME:	<u>Ricardo Marcio Fernandes</u>						
IDADE:	<u>31 anos</u>	SEXO:	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:	<u>/ /</u>	às	n
SETOR:	<u>Amarula</u>			LEITO:	<u>(90)</u>		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:							
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:					
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:					
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:					
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:					
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/>						
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>						
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA <input type="checkbox"/> EUPNEIA <input checked="" type="checkbox"/> BRADIPNEIA <input type="checkbox"/>						
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE):	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/>						
MOBILIDADE:	DUSÚRIA <input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/>						
	DEÂMBULA <input type="checkbox"/> DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/> ACAMADO <input checked="" type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>						
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>						
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA):	VOX <input checked="" type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/>						
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> CADUÉTICO <input type="checkbox"/>						
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM							
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA				CD/FR:	<u>amb. com excesso de umidade</u>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO				CD/FR:			
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO				CD/FR:	<u>pele ressecada</u>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal				CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL				CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA				CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO				CD/FR:			
<input type="checkbox"/> NAUSEA				CD/FR:			
<input checked="" type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA				CD/FR:	<u>relato verbal da dor</u>		
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ				CD/FR:			
<input checked="" type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA				CD/FR:	<u>Diagnóstico</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input checked="" type="checkbox"/> PARA BANHO				CD/FR:	<u>Incapaz de lavar as mãos</u>		
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA				CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA				CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUO				CD/FR:			
				CD/FR:			
				CD/FR:			
				CD/FR:			
				CD/FR:			
				CD/FR:			
				CD/FR:			
				CO: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
				FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL							
PRSCRIÇÃO DE ENFERMAGEM				APRAZAMENTO		ASSINATURA	
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.				<u>30 x 2</u>			
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.							
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.							
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O ₂ A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.							
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUÍDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).							
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.							
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.							
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.							
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA.							
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.							
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE							
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA							



INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA

Sr(a): RICARDO MARCIO FERNANDES Protocolo: 0000375203 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA Data: 16-12-2017 11:31 Origem: ÁREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 34 anos Destino: Leito - 10

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 16/12/2017 12:05]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.3 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	12,8 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	38 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	89 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	30 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	6.800 /mm ³	5.000 à 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	2,0	136
Segmentados.....	74,0	5.032
Eosinófilos.....	1,0	68
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	21,0	1.428
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	2,0	136
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	210.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Lille Marcianne L. M. Martins
Lille Marcianne L. M. Martins
CRF-PB 1463

Emissão : 16/12/2017 13:27 - Página 1 de 1






Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Ricardo Mario Fernandes:</u>	Idade: <u>34 ans.</u>
Convênio: <u>SUS:</u>	Data: <u>28/01/12</u>
Procedimento: <u>Tratamento de Fratura do Fêmur.</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Yuri</u>	Auxiliar: <u>Dr. Julio</u>
Anestesista: <u>Dr. Taylah</u>	
Início: <u>14:20:</u>	Término: <u>16:00:</u>
Anestesia: <u>Raqui</u>	

[illegible][illegible]

Observações:


Tayana Tavares da S. Oliveira
Médica CRMPB 8611
CPF: 075.162.124-23

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		


Tássia Tássia de S. Oliveira
MÉDICA ANESTESIA 0811
CPF: 015.192.194-23

Assinatura do anestesista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Ricardo Marcos Fernandes DN 29-03-1983

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
			34 anos	1562773
CIRURGIA	TTO Urg. Fêmur		CIRURGIÃO	Dr Yuri + Dr Julia
ANESTESIA	Raqui		ANESTESIA	Dr Taylor
INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM	
Rebeca	28-12-17	14:20	16:00	

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostomia	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calef. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Cotonóide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Morquina 0,2% ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Nubain amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
01	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparradrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
01	Quinticin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.	H ₂ O ₂ ml		Mononylon	
	Thionembatal ml	Intracath Adulto	03	Mononylon	2.0
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
03	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
81	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0	02	Vicryl Sertix	1
02	Enfemina amp.	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Polifix			
	Paracetol ml	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml	PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Karakion amp.	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotilnazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml	04	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
	Stuptanon amp.	Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogástrica		T.M.	
		Sonda Uretral nº			
		Sterydrem ml			
		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28	Latece			
01	Agulha desc. 3 x 4,5				
05	Alcool de Enfermagem				
04	Alcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

EQUIPAMENTOS

(X) Oxímetro de Pulso

(X) Serra

() Desfibrilador

() Foco Frontal

() Fonte de Luz

(X) Foco Auxiliar

(X) Eletrocautério

() Oxícapiógrafo

(X) Cardiomonitor

(X) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL



RECEBUE HONORARIO PERMANENTE 12/2018

EFFETUADO

DEBEMOS PAGAR 12/2018

DEBEMOS PAGAR 12/2018

DEBEMOS PAGAR 12/2018

12/2018

DEBEMOS PAGAR 12/2018

12/2018

12/2018

12/2018

12/2018

12/2018

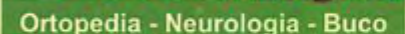
12/2018

12/2018

12/2018

DEBEMOS PAGAR 12/2018





Nº 2968

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMA

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL

C. GRANDE

NOME DO PACIENTE

RICARDO MATEO FERNANDES

Nº DO PRONTUÁRIO

N° AL H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

1562773

PROCEDIMENTO REALIZADO

FRACTURA DE FEMUR (E)

DATA DA UTILIZAÇÃO	DATA DA COMUNICAÇÃO	MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM
28.12.2017		DR AMALO JORGE

OBSERVAÇÕES

e.g. 4.5 SIMPLICES $N=40$

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

REBECA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Ricardo Márcio Fernandes</u>			IDADE: <u>34a.</u>	SEXO: <u>M</u>	COR
DATA: <u>25/12/17</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL: <u>xyum > sh</u> <u>LOTE</u>			ATÁRAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA: <u>nada</u>	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO: <u>2</u>	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO		
LIQUIDOS					Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
CÓDIGOS VP: ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX: ANESTESIA: O - OPERAÇÃO					MANUTENÇÃO		
					<u>neo cou ra</u> 1 <u>di morl</u> 1 <u>clazodina</u> 2 <u>di pi rona</u> 2 <u>nauxedron</u> 1 <u>antak</u> 1 <u>ti late l</u> 1 <u>jentami l.</u> 1 ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	14h00 → 15h00				DESPERTAR		
POSIÇÃO					Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
AGENTES	<u>neocaina 20mg + di morl 80ug</u>				Com cânula:		
TÉCNICA	<u>raqui + sedação 925 13/4 Q</u>				Pare o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES:		
OPERAÇÃO	<u>Fratura de fêmur</u>				CÂNULAS <u>CN O2</u>		
CIRURGIÕES	<u>Yuri</u>						
ANESTESISTAS	<u>Taylah</u>						
OBSERVAÇÕES					PERDA SANGÜÍNEA		
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					FOLHA DE ANESTESIA - SRPB		



TRAUMA - CG

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

[illegible]



Nome do Paciente <i>RICARDO MARCIO FERNANDES</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>28/12/17</i>	Enf. <i>onlop. I</i>	Leito <i>9.2</i>	
Operador <i>Dr Amaro Jorge</i>		1º Auxiliar <i>Dr HALLISON (MRC)</i>	
2º Auxiliar <i>Dr Yury (MRC)</i>	3º Auxiliar <i>Dr Jilva (MRC)</i>	Instrumentador <i>PRISCILA</i>	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fx Fêmur Distal (E)</i>			
Tipo de Operação <i>Osteossíntese</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>0 Mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>φ</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>NÃO</i>			
Acidente Durante a Operação <i>NÃO</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) <i>Pré-Op em DOL 5013 Anestesia</i>
2) <i>Assepsia + Antissépsia + Campos Estéreis</i>
3) <i>Incisão em forma U invertida de 4cm (E) + Dissociação por plano + Hemostasia</i>
4) <i>Remoção completa de fratura</i>
5) <i>Osteossíntese com placa de 10cm + 8 parafusos</i>
6) <i>Ligadura do f. e/ s. a. l.</i>
7) <i>Fechamento por planos</i>
8) <i>Curativo</i>

Yury de Oliveira Costa
ORTEDISTA - R. C. O. 1000
CRM/RS 1000

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





**Poder Judiciário da Paraíba
6ª Vara Cível de Campina Grande**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0817663-68.2019.8.15.0001

DESPACHO

Vistos,

Recebo a inicial, porque satisfeitos os requisitos.

Diante da comprovação da hipossuficiência financeira da autora, defiro a gratuidade judiciária pleiteada, nos termos do art. 98 do CPC.

Considerando o advento do novo CPC, que tem em sua essência privilegiar a mediação e a conciliação entre as partes, entendo que, infelizmente, desde que passou a vigorar, em março de 2016, as partes, principalmente, as empresas, não estão ancoradas no mesmo espírito conciliador dos legisladores. Por estas razões, a conciliação prévia, prevista no novo CPC, está se tornando inócua e onerosa às partes e ao Poder Judiciário, atentando, inclusive, aos Princípios da Celeridade e da Razoável Duração do Processo e ao manifesto desinteresse do promovente na realização de tal ato processual, postergo sua designação para futura data, a requerimento das partes.

Destarte, considerando, ainda, não haver quaisquer prejuízos às partes, determino a citação da parte promovida, nos termos do art. 344 do CPC, no prazo e termos legais.

Contestada a ação, dê-se vista ao autor, para no prazo de 15 dias, impugnar a contestação.

Contestada e impugnada a ação, intimem-se as partes para que informem se há a possibilidade de acordo; caso contrário, que especifiquem as provas que ainda pretendem produzir, justificando a necessidade de sua produção, no prazo de 15 (quinze) dias.

Havendo qualquer incidente processual, retornem-me os autos conclusos, para adoção das medidas cabíveis.



Campina Grande-PB, data e assinatura pelo sistema.

JUÍZA DE DIREITO

