

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 C'cero Miguel da Silva
	Idade: 32
	Data de Nascimento: 04/02/1985
	Identidade de Gênero: feminino
	Nacionalidade: brasileira
	Estado Civil: união estável
	Escolaridade: Não informado
	Profissão: Do Lar
VITIMA	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
	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
VITIMA	Nacionalidade: brasileira
	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



2º Cartório de Notas da Campina Grande - PB  
Endereço: Rua da Pátria, 105, Centro - C.Grande - PB  
Praça da Bandeira, 105, Centro - C.Grande - PB

2º CARTÓRIO DE NOTAS  
(03) 3221-4000  
0321-4000

**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: AGJ61921-SC05  
Enviado: R\$2,38 ISS R\$0,12 Farpen R\$0,28 Fapj R\$0,44 MP R\$0,04



Célia Maria Barbosa  
2º Tab. Substituta

Procedimento Policial: 00018.01.2018.2.00.420

1/3



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 24/07/2019 14:57:38

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072414573728300000022269094>

Número do documento: 19072414573728300000022269094

Num. 22959784 - Pág. 1

<b>TESTEMUNHA</b>	<p>Nome: Fabricio Salvador da Silva Conhecido por: Não informado Filiação: Valdira Maria dos Santos e Fenmando 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</p>
<b>TESTEMUNHA</b>	<p>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</p>

#### 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 sinal 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.

Céllia Maria Barbosa  
2º Tabel. Substituta

Procedimento Policial: 00018.01.2018.2.00.420

2/3



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**

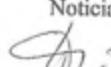
**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social



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

3/3



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 24/07/2019 14:57:38  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072414573728300000022269094>  
Número do documento: 19072414573728300000022269094

Num. 22959784 - Pág. 3



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:

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



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 24/07/2019 14:57:38  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072414573827900000022269097>  
Número do documento: 19072414573827900000022269097

Num. 22959787 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 24/07/2019 14:57:39  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072414573902100000022269099>  
Número do documento: 19072414573902100000022269099

Num. 22959789 - Pág. 1



---

Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **RICARDO MARCIO FERNANDES**

Nº Sinistro: **3180130905**

Vitima: **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](http://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





Rua Tiradentes, 250, Centro, Campina Grande/PB. E-mail: [steadvocacia@hotmail.com](mailto:steadvocacia@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, MARILLON LAFFIT TORRES FEITOSA PASSOS, OAB/PE 44.485, KAIJO DANILLO 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 estabeleccido no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabeleccer, 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.

*Ricardo marcio fernandes*  
OUTORGANTE





Rua Cor. João Lourenço Porto, 86, Centro, Campina Grande/PB. E-mail:  
[stadvocacia@hotmail.com](mailto:stadvocacia@hotmail.com)  
Tel.: (83) 98824-0152 / (83) 99325-6299 / (83) 99635-6298 / 3077-6310.

### 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*  
RICARDO MARCIO FERNANDES



15/12/2017

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

ATENDIMENTO URGÊNCIA  
PRONT (B.E) Nº:1562773 CLASS. DE RISCO: VERMELHO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/12/2017  
Boleto de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Vanessa Patrícia Sales Do Nascimento  
PACIENTE: RICARDO MARCIO FERNANDES CEP: 58400002 Nascimento: 29/03/1983  
Endereço: FLORIANO PEIXOTO  
Cidade: Campina Grande  
RG: 2699006 N°: 0  
Nome da Mãe: ANA MARIA ERNESTO CLEMENTE CPF: Profissão:  
Responsável: TRAZIDO PELO SAMU Data de: CNS: 704105111622973  
Estado Civil: Atend: 15/12/2017 CONVÉNIO: SUS  
Motivo: ATROPELAMENTO POR CARRO Hora: 19:46:41 Especialidade:  
Médico: CRM:  
OBS FICHA:  
MECANISMOS DO TRAUMA  
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abração
2. Amputação
3. Avultação
4. Causação
5. Crençação
6. Dor
7. Edema
8. Empaixamento
9. Erisíma subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Corte
15. F. Cortante
16. F. Furo-cortante
17. F. Furo-cortante
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingestamento Venoso
23. Lacerção
24. Lesão tóxica
25. Luxação
26. Nodulosa
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Entravado
29. Ossificação
30. Paralisia
31. Paroxismo
32. Paroxismo
33. Quântica
34. Rinciação
35. Síndrome de Izquierdo
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:  
Superfície corporal lesada = 5% Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau  
DIAGNÓSTICO / CID: *Vanessa Sales*

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO	DADOS CLÍNICOS	
<i>Acidente de trânsito com impacto em MVE, vista lato da gla que perdeu parte de um de seus dedos, sem nenhuma lesão com o resto da extremidade.</i>		
<b>RAID X</b> REALIZADO EM: <i>15/12/17</i>		
ALEGRIA:	<i>S</i>	
MEDICAMENTOS:	<i>S</i>	
PATOLOGIAS:	<i>S</i>	
EXAME FÍSICO		
PUPILAS	<input checked="" type="checkbox"/> Fotorreagentes <input type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/>	
Glasgow	<i>15</i>	
PA	<i>120/80 mmHg</i>	
HGT	<i>98</i>	
Sat02	<i>98%</i>	
<i>As res postura permanente</i>		
<i>BD MVE em AN</i>		
<i>Cl. Homem jovem com lesão de dedo</i>		
<i>SE Glau 15</i>		
<i>GTS 5</i>		
EXAMES SOLICITADOS:		
<input type="checkbox"/> Laboratoriais <input checked="" type="checkbox"/> Ultrassonografia:		
<input type="checkbox"/> Gasometria arterial <input checked="" type="checkbox"/> Radiografias:		
<input type="checkbox"/> Tomografia Computadorizada <input checked="" type="checkbox"/> I		
SOLICITAÇÃO DE PARCER MÉDICO:		
Especialista:	<i>Vanessa Sales</i>	
Especialista:	<i>Vanessa Sales</i>	
MÉDICO SOLICITANTE		
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:		
Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>Alça de Cr. cord</i>	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: *Vanessa Sales*

15/12/2017

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ / _____ às _____ ; _____ hs.		SERVIÇOS REALIZADOS:																	
<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico _____ <input type="checkbox"/> Internação (setor) _____ <input type="checkbox"/> Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____		<input type="checkbox"/> Alta hospitalar / <input type="checkbox"/> A revista / <input type="checkbox"/> Decisão Médica <input type="checkbox"/> Óbito																	
<i>Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)</i>		<table><thead><tr><th>CÓDIGO/PROCEDIMENTO</th><th>CBO</th><th>IDADE</th></tr></thead><tbody><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr></tbody></table>			CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE																	
_____	_____	_____																	
_____	_____	_____																	
_____	_____	_____																	
_____	_____	_____																	

projetohtcg/impreurgencia.php?contar=1562773

2/2



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

### Ficha de Acolhimento

Nome: <u>Ricardo Henrique Fernandes</u>		Bairro: <u>Florenó Peixoto</u>
End:	<u>R: Nova</u>	Documento de Identificação:
Data de Nascimento:	<u>29.03.83</u>	Data do Atend.:
Queixa:	<u>Atropelamento</u>	Hora: <u>19:44</u> 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:	
Pressão arterial:	Frequência cardíaca:
Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input checked="" type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input checked="" type="checkbox"/> Maca	

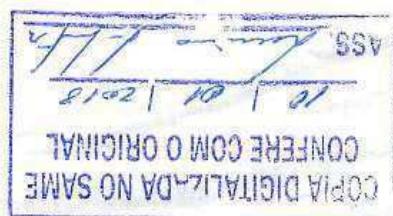
### Estratificação

MOD. 110

- Vermelho - atendimento imediato  
 Verde - atendimento até 4 horas

*Assinatura e carimbo do profissional*





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=1907241457422270000022269113>  
Número do documento: 1907241457422270000022269113

Num. 22960103 - Pág. 4

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		
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>				
2 - CNES <b>2362856</b>				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>				
4 - CNES <b>2362856</b>				
<b>Identificação do Paciente</b> 5 - NOME DO PACIENTE <b>RICARDO MARCIO FERNANDES</b>				
6 - N° DO PRONTUÁRIO <b>1562851</b>				
7 - CARTÃO DO SUS <b>704105111622973</b>		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>29/03/1983</b>	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>ANA MARIA ERNESTO CLEMENTE</b>				
11 - TELEFONE DE CONTATO DDD <b>83</b> N° DE TELEFONE				
12 - ENDEREÇO (RUA, N°,BAIRRO) <b>FLORIANO PEIXOTO , 0 , MALVINAS</b>		14 - CÓD.ÍGREGO MUNICÍPIO <b>250400</b>	15 - UF <b>PB</b>	16 - CEP <b>58400002</b>
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b> 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Dom em. C2+2 (6) P3's trauma</i>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessidade de TTO Cirúrgico.</i>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>X - X</i>				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>tx flumin (6)</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL <i>tx flumin (6)</i>	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b> 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO				
26 - CLÍNICA <b>02</b>		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO <b>02</b>	28 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFESSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>980016296938549</b>
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>WAGNER DE MELO FALCAO</b>		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>15/12/2017</b>		
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Wagner Falcão</i>				
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b> 33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 36 - CNPJ DA SEGURODORA 37 - N° DO BILHETE 38 - SÉRIE				
39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNAE DA EMPRESA 41 - CBOR				
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO				
<b>AUTORIZAÇÃO</b> 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - COD. ORGÃO EMISSOR 45 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF 46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>1562851</b>				
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <b>15/12/2017</b>				
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>/ /</i>				
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <b>1562851</b>				



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

<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>			
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>						
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>				2 - CNES <b>2362856</b>		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>				4 - CNES <b>2362856</b>		
<b>Identificação do Paciente</b>						
5 - NOME DO PACIENTE <b>RICARDO MARCIO FERNANDES</b>				6 - N.º DO PRONTUÁRIO <b>1562851</b>		
7 - CARTÃO DO SUS <b>704105111622973</b>			8 - DATA DE NASCIMENTO <b>29/03/1983</b>	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>ANA MARIA ERNESTO CLEMENTE</b>				11 - TELEFONE DE CONTATO DDD <b>83</b> N.º DE FONE		
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) <b>FLORIANO PEIXOTO , 0 , MALVINAS</b>			13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Campina Grande</b>	14 - CÓDIGO MUNICÍPIO <b>250400</b>	15 - UF <b>PB</b>	16 - CEP <b>58400002</b>
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>						
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  <i>Doença de 670 cm -</i>						
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  <i>Acidente de 670 cm -</i>						
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  <i>78</i>						
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>						
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			25 - CÓDIGO DO PROCEIMENTO			
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <b>02</b>	28 - DOCUMENTO ( <input checked="" type="checkbox"/> CNS) ( <input type="checkbox"/> CPF)	29 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>980016296938549</b>		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>WAGNER DE MELO FALCAO</b>			31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>15/12/2017</b>			
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>						
33 - ( <input type="checkbox"/> ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURODORA			37 - N.º DO BILHETE	38 - SÉRIE	
34 - ( <input type="checkbox"/> ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO						
35 - ( <input type="checkbox"/> ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ EMPRESA			40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBDR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( <input type="checkbox"/> ) EMPREGADO      ( <input type="checkbox"/> ) EMPREGADOR	43 - AUTÔNOMO      ( <input type="checkbox"/> ) DESEMPREGADO			44 - APOSENTADO	45 - NÃO SEGURADO	
<b>AUTORIZAÇÃO</b>						
46 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			47 - COD. ORGÃO EMISSOR			
48 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
50 - ASSINATURA E CARAMBÔ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)			51 - ASSINATURA E CARAMBÔ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)			



Diagnóstico

ORTOP  
LEITO 9-2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO  
ALA ORTOPEDICA

PRE OP

FX DIAFISE FEMUR E

LEITO 9-2

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
RICARDO MARCIO FERNANDES, 34			
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
29/12	1 DIETA LIVRE 2 SE 0,9% 1500ML EV p/f 24H 3 CUNDAMICINA 600MG + ABD EV 1X/DIA LENTO 4 GENTAMICINA 240MG + ABD EV 1X/DIA LENTO 5 DIPRORONA 1g + ABD EV 6/6H 6 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H 7 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR 8 TRAMAL 100MG + 100ML SE 0,05% EV 8/8H 9 NALISFORON 20mg/ml 1FLA + ABD EV 8/8H SN 10 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JERUM 11 XARELTO 15MG 1 CP VO DIA 12 CURATIVO 1 X DIA 13 SSIV+COGG	10:20 30 18:24:06 18:24:06 18:24:06 18:24:06 18:24:06 18:24:06 18:24:06 18:24:06 18:24:06 18:24:06 18:24:06 18:24:06	17:00 30 DIH BEG estavel sem intercorrências # CD: VPM Análise 2/12 amanhã
30/12	Alta hora flex curativo		Dr. Júlio César Castro Ortopedia e Traumatologia Ortopedia e Traumatologia CAMPB-9605

MOD. 936







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

## Diagnóstico

ORTOP  
LTD.

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO  
ALA ORTOPEDICA**

PRE OP

RICARDO MARCIO FERNANDES, 34

## Alziamiento

210

## LEITQ 9-2 Comenio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28/11/2	1 DIETA LIVRE	500 500	
	2 SE 0,9% 1500ML EV p/ 24H	18 06 06	2 DHH MORTOPEDIA
	3 CLINDAMICINA 600MG + ABD EV 1/2/DH	20 06 06	
	4 GENTAMICINA 240MG + ABD EV 1x/DIA LENTO	18 06 06	
	5 DIPRIRONA 1g + ABD EV 6/6H	18 06 06	
	6 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H	18 06 06	
	7 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR	18 06 06	
	8 TRAMAL 100MG + 100ML SE 0,9% EV 8/8H	18 06 06	
	9 NAUSEBIDRON 8mg/ml 1EA + ABD EV 8/8h SN	18 06 06	
	10 OMEPRAZOL 40mg + DLUENTE EV / 33UM	18 06 06	
	11 XARELTO 15MG 1 CP VO DIA	18 06 06	
	12 CURATIVO 1 X DIA	18 06 06	
	13 SS/IV+COGG	18 06 06	
			POI procedimento cirúrgico 2x/8h duração sem interrupção
			CO - Rx contínuo
			Dr. Julio Cesar Costa Ortopedia e Traumatologia CRMPS Goiás

Mr. Julio Cesar Castro  
operações de traumadose  
~RM 173-9065

Dr. Julio Gómez Gómez  
Centro de Neurología  
Calle 139B #9900  
Bogotá

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações	Enfermagem	Assis
28/07/2019	18:45								

de enfermagem sobre  
 os ouvidos dos  
 mudou de sonda  
 na pressão  
 de cada constela  
 anestésico na  
 sonda de gasa  
 mudou de sonda  
 de enfermagem

14  
10





## Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO ALA ORTOPEDICA		PRE OP	LEITO 9-2	
Paciente	2017 Meia N.º 76	Alojamento	Leito	Convenio
Data	1 DIETA LIVRE 2 JEICO SALINIZADO 3 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H 4 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H 5/5N 5 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR 6 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H 5/5N 7 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H 5/5N 8 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEJUM 9 CLEXANE 40MG SC INJIA Suspens 10 500ML C6666	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica FX DIAFISE FEMUR E # DIH # ORTOPEDIA BEG. estável Sem intercorrências # CD: VPM Cirurgia amanh Solicite reserva CM Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/PB-9985

MOD. 935





## Diagnóstico

ORTOPÍ  
LEI 10.945

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**  
ALA ORTOPÉDICA

PRE OP 015  
07

FX DIAFISE FEMURE	
Leito	Convênio

PACIENTE  
RICARDO MÁRCIO FERNANDES, 34

Alojamento  
Leito

Convênio  
Leito

Data  
26/12

Prescrição Médica  
Horário

Evolução Médica

1 DIETA LIVRE  
2 JETCO SANITIZADO

11º DIH

#ORTOPÉDIA

3 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H

JK

JK

JK

JK

JK

JK

JK

JK

JK

4 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H S/N

SIN

SIN

SIN

SIN

SIN

5 TYLEX 30MG 1 CP VD 6/6H SEDOR

SIN

SIN

SIN

SIN

SIN

6 TRAMAL 100MG + 100ML SE 0,9% EV 8/8H S/N

SIN

SIN

SIN

SIN

SIN

7 NAUSEDION 8mg/ml 1EA + ABD EV 8/8H S/N

SIN

SIN

SIN

SIN

SIN

8 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEJUM

JK

JK

JK

JK

JK

9 CLEXANE 40MG SC INJ/IA

JK

JK

JK

JK

JK

10 SS/N+CCGG

JK

JK

JK

JK

JK

Dr. Júlio Cesar Castro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PB-3605

Dr. Júlio Cesar Castro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PB-3605

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10





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

## Diagnóstico

MBB 023



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 24/07/2019 14:57:43  
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907241457432020000022269114>  
Número do documento: 1907241457432020000022269114

Núm. 22960104 - Pág. 4





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

## Diagnóstico

ORTOP 1  
LEITQ 9.2

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO  
ALA ORTOPEDICA**

PRE OP

## FX DIAFISE FEMURE

— FITO 9.2

Paciente RICARDO MARCIO FERNANDES, 34

### Alloggiamento

Leitp

LE  
Comisión

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
24/11/2012	1- DIETA LIVRE		
	2- SF 0,9% 1500ML EV p/ 24H	500 500 500	" DIH
	3- DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H	16 18 24 06	ORTOPEDIA
	4- TILATIL 20MG + AD EV 12/12H 5/N	SN	
	5- TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR	SN	
	6- TRAMAL 100MG + 100ML SE 0,9% EV 8/8H 5/N	SN	
	7- NAUSEDION 8mg/ml 1EA + ABD EV 8/8h SN	SN	Divulgação (+) evacuações (4)
	8- OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEJUM	06	
	9- CLEXANE 40MG SC 1xDIA	06	
	10- SSVV+CCGG	01	CD- VPM

2000-02



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 24/07/2019 14:57:43  
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907241457432020000022269114>  
Número de documento: 1907241457432020000022269114

Num. 22060104 Pág. 6





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

## Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO ALA ORTOPEDICA		PRE OP	FX DIAFISE FEMUR E	
RICARDO MARCIO FERNANDES, 34		Alojamento	Leito	Convênio
LEITO 9-2				
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
23/12	1 DIETA LIVRE	SN	B- DII ORTOPEDIA	
	2 SF 0,9% 1500ML EV B/24H	14/12/2012	REG, ESTÁVEL, S/ D. S/ FEVEREIRO	
	3 DIPIRONA 1g + ABD EV B/6H	15/12/2012	DURANTE (1) EVACUAÇÃO (1)	
	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 SE 0,9% EV 8/8H S/N	SN		
	7 NAUSEDRON 8mg/ml 1FL + ABD EV B/8H SN	SN		
	8 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEJUM	SN		
	9 CLEXANE 40MG SC 1x0IA	SN		
	10 SSVV+CCGG	M T N	CD: VPM Aquele cinquante	
<p style="text-align: center;">Dr. José Pedro Góes Ximenes ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9551</p> <p style="text-align: right;">Dr. José Pedro Góes Ximenes ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9551</p>				

140



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 24/07/2019 14:57:43  
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907241457432020000022269114>  
Número do documento: 1907241457432020000022269114

Num. 23060104 Pág. 8

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
23/12	8:50	73	100x60				Pet consciente óptimo coloraturo pet cuidados gerais medicados c/DM peto curativo segui seu quadro os cuidados de enfermagem	100
23/12	19:45	74	120x75	+ Pet regui medicado em repouso aceite de óleo gericin não pressiona aquecida comfir ortopédica aos cuidados de enfer				100





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

## Diagnóstico

ORTOP 1  
ECHO 2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ALA ORTOPEDICA

PRE OP 9/15

**FX DIAFISE FEMUR-E**

TEMPO 9-2

Paciente RICA

RICARDO MARCIO FERNANDES, 34

## Alloggiamento

100

Comunicações

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
24/12	1 DIETA LIVRE		
	2 SE 0,05% 1500ML EV p/ 24H	12/12/2012	
	3 DIFERONA 1g + ABD EV 8/8H	12/12/2012	7 * DIH
	4 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H S/N		
	5 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR		
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,0% EV 8/8H S/N		
	7 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN		
	8 OMEPRAZOL 40mg - DILUENTE EV / JEJUM	06	
	9 CLEXANE 40MG SC INDIA		# CD = VPM
	10 SSVV+CCGG		
	Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 9965		Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 9965

100



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 24/07/2019 14:57:43  
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907241457432020000022269114>  
Número do documento: 1907241457432020000022269114

Núm. 22960104 - Pág. 10





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

## Diagnóstico

ORTOPI LEITO 9-2		FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO ALA ORTOPEDICA		PRE OP 0/1	FX DIAFISE FEMUR E	
Paciente	RICARDO MÁRCIO FERNANDES, 34	Alojamento	Leito	Leito	Convênio	LEITO 9-2
Data	1 DIETA LIVRE	Prescrição Médica	Horário		Evolução Médica	
27/12	2 SF 0,9% 1500ML EV 1/2 24H	500 500 500	12 13 24 00	6 = DIH	ORTOPEDIA	
3	DIPIRONA 1g + ABD EV 6/8H	SN			BEG estável sem intercorrências	
4	5 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 0,9% EV 8/8H S/N	SN				
7	NAUSEDRON 8mp/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN	SN				
8	OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEJUM	00			# CD: VPM Agrad2 curva	
9	CLEXANE 40MG SC TDIA	00				
10	SSV/VCOG	CF				
 						

MOD. 035



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 24/07/2019 14:57:46  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072414574391900000022269117>  
 Número do documento: 19072414574391900000022269117

Num. 22960107 - Pág. 2



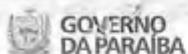


SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## Diagnóstico







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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

**Paciente**

**FOLHA DE TRATAMENTO E E**

## Alojamiento

Leito

## Diagnóstico

first star  
from the

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1 - Dieta livre	16/24	Rebif a fraca espuma
	2 - S.R.L 500 ml I.V 12 / 12 h.	16/23/06	11/09 18/24
	3 - Dipirona 02 ml + S.F 10ml I.V 8 / 8 h (lentamente)	16/24	18/24 18/24
	4 - Cetoprofeno 100 mg I.V + S.F 0,9% 100ml I.V 12 / 12 h. (correr em 20 min.)	16/24	18/24 exalte ok dolor dolor
	5 - Omeprazol 40 mg I.V pela manhã (lentamente).	16/24	16/24 18/24
	6 - C. C. Gerais		
	→ Alexang House 18/24		



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 24/07/2019 14:57:46  
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907241457439190000022269117>  
Número de documento: 1907241457439190000022269117

Núm. 22960107 - Pág. 6

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações	Enfermagem	Assis
31/11/14	08:30						109/80		



Manoel  
GOVERNO  
DA PARÁIBA

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

## Diagnóstico

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Antônio M. P. S. Alojamento 10 Leito

Convênio

Antônio M. P. S.

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
12/12	1—Dieta livre	12	Stabilizado
	2—5R t 500 ml t.v. 12 / 12 h.	12	
	3—Dipirona 02 ml t.v. 8 / 8 h (lento).	14	
	4—Tilatil 20 mg t.v. 12 / 12 h.	16	
	5—Omeprazol 40 mg t.v. 01 X dia.	21	
	6—C.C.G		

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
18/18	08:00	~	~	~	~	~	Documentos de enfermagem pode ser a necessidade de medicinas diferentes	Camila Ouriques Martins COFEN-PR TECNICO ENFERMEIRO 1907241457439190000022269117



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM				
NOOME: <i>Ricardo Mário Fernandes</i>				
IDADE: 34	SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: 29/03/83 às 10:00 h		
SETOR: Amarela	LEITO: 10			
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <i>Ortopedia</i>				
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:	DISPÉNICO <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"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>
MOBILIDADE:	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>	
DEAMBULA <input type="checkbox"/>	DEAMBULA C/APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input checked="" type="checkbox"/>	S/ DEFÍCITE MOTOR <input type="checkbox"/>	
TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>	
SIST. GAS. RONENTEAL (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:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM				
RISCO DE QUEDA	CD/FR:			
RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:			
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <i>AUP em MSD</i>			
RISCO DE DESEQUILÍBrio 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:			
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:			
<i>Lenice Vieira das Mercês</i> Assinatura: <i>Lenice Vieira das Mercês</i> Data: <i>09/05/2019</i>	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 02 A 04 ML/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).	<i>Sempre</i>			
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	<i>continuo</i>			
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE				
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS. AS CONDUTAS TOMADAS PELA E AS REPOSTAS DO PACIENTE	<i>Sempre</i>			

100123





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

## Diagnóstico







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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PREOP

20

## Diagnóstico

Ex 3.2 F (ans 6)

1021



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 24/07/2019 14:57:47  
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907241457463440000022269118>  
Número do documento: 1907241457463440000022269118

Núm. 22960108 - Pág. 4

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
16/07/2018	08:00	-	-	-	-	180X80	<del>Patrícia Bracardo da Silva</del> : Eliminologia =N-P3 4339.154	





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Ricardo Mancis Fernandes	Alojamento	Leito	30	Convenio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica		
15/11/20	D 7/7/172 1ml D h.f. 2990 1500ml 29/11/20 D 7/7/172 2ml 29/11/20 D 7/7/172 2ml 29/11/20 D 7/7/172 2ml 29/11/20 D 7/7/172 2ml 29/11/20	29/11/20	B67, 19/11/20.		
			CD: VPM 601. PPM-3A		
			Dr. Wagner Faria ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA CRM - PB 0843		

第27章



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 24/07/2019 14:57:47  
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907241457463440000022269118>  
Número do documento: 1907241457463440000022269118

Num. 22960108 Pág. 6





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Evolução de Enfermagem

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Lúcio | Registro: 5 | Leito: 2 | Setor Atual: ENUT

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

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

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

#### 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Mobilidade Física:  Preservada  Paresia  Plegia  Parestesia Local:

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

Obs:

##### OXIGENAÇÃO

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

Eupnêia:  Taquipnêia  Bradipnêia  Dispnéia  Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente:  Diminuídos  D  E

Ruidos adventícios:  Roncos  Sibilos  Estridor  Outros:

Tosse:  Improdutiva  Produtiva | Expectorado:  Quantidade e aspecto:

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

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

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / Hora:

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração:  Visão  Audição  Tato  Olfato  Paladar Observação:

##### SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo  Agitado  Agressivo.  Risco de queda. Observação:

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉:  Regular  Irregular  Impalpável  Filiforme  Cheio.



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> 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"/> Arrítmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <i>M5D</i> Data da punção <i>20/12/17</i>	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input 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"/> 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 type="checkbox"/> Normotenso <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"/> Diminuidos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há ____ dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input 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 <b>Turgor da pele:</b> <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas <b>Manifestações de sede:</b> <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto:	Curativo em: ____/____/____
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto:	Débito: <input type="checkbox"/> Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio:	Local: <input type="checkbox"/> Descrição: <input type="checkbox"/> Curativo: ____/____/____
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
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 <b>Higiene Corporal:</b> <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada <b>Sentimentos e comportamentos:</b> <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
<i>Gilson S. Raposo</i> <i>ENFERMEIRO</i> <i>COLEG. PB - 991013</i>	
DATA: <i>20/12/17</i> HORA: <i>8:00</i> h	

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





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Evolução de Enfermagem

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Lúcio | Registro: 5 | 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 PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

Obs:

##### OXIGENAÇÃO

Respiração: ( ) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T  
( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O  
( ) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora:

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

##### SEGURANÇA FÍSICA

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

##### RÉGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordialgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arrítmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <i>1517</i> Data da punção <i>26/12/17</i>	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input 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"/> Gastroenterologia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tensão <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há _____ dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto:	<input type="checkbox"/> Outros: Observações:
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas <input type="checkbox"/> Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: ____/____/____	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio:	Local: Descrição: Curativo: ____/____/____
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória <input type="checkbox"/> Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada <input type="checkbox"/> Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>ENFERMEIRA TÉCNICO ENFERMEIRO</i>	
DATA: <i>27/12/17</i> HORA: <i>10:00h</i>	

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





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Evolução de Enfermagem

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Mário | Registro: 9 | Leito: 1 | Setor Atual: ORTI

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

#### 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Mobilidade Física:  Preservada  Paresia  Plegia  Parestesia Local:   

Linguagem:  Qual?  Disfonia  Afasia  Disfasia  Disartria.

Obs:

##### OXIGENAÇÃO

Respiração:  Espontânea  Cateter Nasal  Venturi % l/min  Traqueostomia  Ayre/Tubo T  
 VMNI  VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH<sub>2</sub>O

Eupnéia;  Taquipnéia  Bradipnéia  Dispneia  Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente:  Diminuídos  D  E

Ruidos adventícios:  Roncos  Sibilos  Estridor  Outros:

Tosse:  Improdutiva  Produtiva | Expectoração:  Quantidade e aspecto:

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

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

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração:  Visão  Audição  Tato  Olfato  Paladar Observação:

##### SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo  Agitado  Agressivo.  Risco de queda. Observação:

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉:  Regular  Irregular  Impalpável  Filiforme  Cheio.



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Data da punção: <input type="checkbox"/> 25/12/17	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input 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"/> 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 type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
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 <b>Turgor da pele:</b> <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas <b>Manifestações de sede:</b> <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: <input type="checkbox"/> Curativo em: ____/____/____	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: <input type="checkbox"/> Débito: <input type="checkbox"/> Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: <input type="checkbox"/> Curativo: ____/____/____	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória <b>Higiene Corporal:</b> <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
Preservado <input checked="" type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada <b>Sentimentos e comportamentos:</b> <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICODESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<p><i>Paciente evita estar sozinho</i>  <i>MJE e insonia</i></p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: 	DATA: <input type="text" value="26/12/17"/> HORA: <input type="text" value="17:00h"/>

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





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Evolução de Enfermagem

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Mariano Fernandes | Registro: | Leito: 9 - 2 | Setor Atual: Orf 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 PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência:  Consciente  Orientado  Confuso  Letárgico  Torporoso  Comatoso  Outro

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

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

Mobilidade Física:  Preservada  Paresia  Plegia  Parestesia Local:

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

Obs:

##### OXIGENAÇÃO

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

VMNI  VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

Eupnêia;  Taquipnêia  Bradipnêia  Dispnéia  Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente:  Diminuídos  D  E

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / Hora:

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

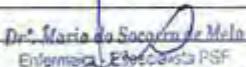
##### SEGURANÇA FÍSICA

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

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso:  Regular  Irregular  Impalpável  Filiforme  Cheio.



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )	
Drogas vasoativas: ( ) Quais? <span style="float: right;">Precordialgia ( )</span>	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Ritmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data da punção <u>21/12/17</u>	
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
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 ( ) Gastrostomia ( ) 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: ( ) Outros: Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica   Turgor da pele: ( ) Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas ( ) Secas   Manifestações de sede: ( )	
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em: ___/___/___	
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ___/___/___	
Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: ___/___/___	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( ) Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória ( ) Insatisfatória   Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.	
Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:	
<b>SONO E REPOSO</b>	
( <input checked="" type="checkbox"/> Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada ( ) Prejudicada   Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo:	
( <input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<p><i>- paciente MIE no dia feio com peso</i></p> <p><i>- aguandoendo curado</i></p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  Enfermeira: <b>Enfermeira PSF</b> CORE: 241.221 Mat. 168.100-9	
DATA: <u>21/12/17</u> HORA: ___ h	

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





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Henrique Fernandes | Registro: 8301 | Leito: 9-2 | Setor Atual: Orto  
Idade: 34 | Sexo: M | Cor: Amarela | Estado Civil: União | Naturalidade:  | Profissão:   
Procedência:  Vermelha  Amarela  Verde  UTI  CC  Ala:  Residência  Outro  
Data da internação hospitalar: 20/12/17 | 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  Tabagista  Ex-tabagista  Neoplasia  
 Alcoolismo  Drogadição  Outros:  | Medicações em uso:

#### 3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar): Acidente automobilístico

#### 4. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 96 °C; P: 80 bpm; FR: 16 irpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 78 bpm; SPO2: 98%  
HGT: mg/dl; Peso: 75 Kg; Altura: 175 cm | Dor:  Local:  | Obs.:

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

#### 5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

Pupilas:  Isocônicas  Anisocônicas  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:  Espontânea  Cateter Nasal  Venturi % l/min  Traqueostomia  Ayre/Tubo T  
 VMNI  VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

Eupnéia\*  Taquipnéia  Bradipnéia  Dispnéia  Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente:  | Diminuídos  D  E

Ruidos adventícios:  Roncos  Sibilos  Estridor  Outros:

Tosse:  Improdutiva  Produtiva | Expectoração:  Quantidade e aspecto:

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

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

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / Hora:

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração:  Visão  Audição  Tato  Olfato  Paladar | Observação:



**SEGURANÇA FÍSICA**

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

**REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR**

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

Pele:  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: MSD Data da punção: 20/12/17

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

**ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)**

Tipo somático:  Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.

Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.

Alimentação:  VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT Hora: Data: / /

Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:

Abdômen:  Normotensão ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:

RHA:  Normocativos: ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados

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

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

Aspecto: ( ) Outros: Observações:

**INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA**

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

Coloração da pele:  Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservado

Condições das mucosas:  Úmidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( ) hi E

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Pró-Operatório / traçado Curativo em: / /

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /

Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /

**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 REPOUSO**

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

**6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS****COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL**

Comunicação:  Preservada ( ) Prejudicada. Sentimentos e comportamentos:  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:

ERSantos

Elisângela Roseane dos S. Almeida  
ENFERMEIRA  
COREN-PR 473385

DATA: 20/12/17

HORA: 17:50 h

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





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 24/07/2019 14:57:48

Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALLES - 240724145744  
<http://pie.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907241457481980000022269123>

Número do documento: 1907241457481980000022269123

Núm. 22960113 - Pág. 1





Sr(a): RICARDO MARCIO FERNANDES  
Dr(a): SEM IDENTIFICAÇÃO MEDICA  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000375203 RG: NÃO INFORMADO  
Data: 16-12-2017 11:31 Origem: ÁREA AMARELA  
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 <sup>3</sup>	4,2 a 6,0 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina.....	12,8 g/dL	13,5 a 16,0 g/dL
Hematócrito.....	38 %	40,0 a 52,5 %
V.C.M.....	89 fL	82,0 a 92,0 fL
H.C.M.....	30 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 a 36,0 g/dL

**SÉRIE BRANCA**

Leucócitos.....	6.800 /mm <sup>3</sup> (%)	5.000 a 10.000 /mm <sup>3</sup> (/mm <sup>3</sup> )	
Neutrofílos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	2,0	136	
Segmentados.....	74,0	5.032	40 a 70 % - 1.800 a 8.500 / mm <sup>3</sup>
Eosinófilos.....	1,0	68	0,5 a 6,0 % - até 500 / mm <sup>3</sup>
Basófilos.....	0	0	0 a 2,0 % - até 100 / mm <sup>3</sup>
Linfócitos			
Típicos.....	21,0	1.428	20 a 45 % - 1.000 a 3.500 / mm <sup>3</sup>
Atípicos.....	0	0	
Monocitos:.....	2,0	136	2,0 a 10 % - até 1.000 / mm <sup>3</sup>
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	210.000 mm <sup>3</sup>	140.000 a 400.000 mm <sup>3</sup>	

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

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: Ricardo Mariano Fernandes Idade: 34 anos  
Convênio: SVS Data: 28/10/12  
Procedimento: ATO CIRÚRGICO de Fratura de Fémur.

Observações:	
--------------	--

Assinatura Anestesista

## Circulante

## *Relatório de Operação*

MOD. 103



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

<b>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</b>	<b>Hora entrada</b>	<b>Hora saída</b>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 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 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		



Assinatura do anestesista



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Ricardo Mário Fernandes DN 29-03-19 803

QI

LEITE

CONVÉNIO

IDADE

REGISTRO

34 1562773

GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CIRURGIA

1ºº Corte Fratura de Fémur

CIRURGÃO

Dr. Yuri + Dr. Júlio

ANESTESIA

Raqui

ANESTESIA

Dr. Taylor

INSTRUMENTADORA

rebeca

DATA

28-12-17

INÍCIO

14:20

FIM

16:00

Hospital de  
Emergência e Trauma Dom  
Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTESICAS

Bolsa Colostomia

Qty.

FIOS

CÓDIGO

Adrenalina amp.	01	Calel. p/ Oxg.	Qty.	Calgut cromado Sertix
Atropina amp.	08	Catet. De Uriná Sist. Fech.		Calgut cromado Sertix
Diazepam amp.		Compressa Grande		Calgut cromado Sertix
Dimore amp.		Compressa Pequena		Calgut Simples
Dolantina amp.		Cotoncide		Calgut Simples Sertix
Efrane ml		Dreno		Calgut Simples Sertix
Fenegam amp.		Dreno Kerr n°		Calgut Simples Sertix
01 Fentanil ml		Dreno Peritoneal n°		Cera p/ osso
Inova ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond
Ketalar ml		Equipo de Macrogomas		Ethibond
01 Metocaina 2% ml		Equipo de Macrogomas		Ethibond
01 Metocaina 1% ml		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
Protigmine amp.		Esporadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak
Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak
01 Oxicinina l/m	BS	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca
Rapifen amp.		H <sub>2</sub> O, ml		Mononylon
Thionembutal ml		Intracath Adulto	03	Mononylon 2.0
Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix

Qtd. MEDICAÇÕES

02

Lâmina de Bisturi n° 23

Qty.

03 Água Destilada amp.

Lâmina de Bisturi n° 11

81 Decadron amp.

Lâmina de Bisturi n° 15

01 Dipirona amp.

Luvas 7.0 Proced.

Flaxidol amp.

Luvas 7.5

Flebocortid amp.

Luvas 8.0

02 Glucomicina amp.

Luvas 8.5

Glicose amp.

Oxigênio l/m

Glucon de Cálcio amp.

Poliflux

01 Heparina ml

PVPI Degemante ml

Karakion amp.

PVPI Tópico ml

Lasix amp.

Sabão Antiséptico

Medrotinazol.

Saço coletor

Plasil amp.

Seringa desc. 10 ml

Prolamina

Seringa desc. 20 ml

Revivan amp.

Seringa desc. 05 ml

Sliptanon amp.

Sonda

Cefalotina 1g

Sonda foley

Azul metileno amp.

Sonda Nasogástrica

Benzina ml

Sonda Uretral nº

Steridrem ml

Torneirinha

Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES

Vaselina ml

Aguilha desc. 25 x 7

Gelcon 18

Aguilha desc. 28 x 28

Latese

Aguilha desc. 3 x 4,5

Aguilha p/ raque nº

05 eletrodo

Alcool de Enfermagem

05 Sel condutor

Alcool fôndado ml

04 excova

Ataduras de Crepon

15

Ataduras de Gessada

Azul metileno amp.

Benzina ml

## EQUIPAMENTOS

- Oxímetro de Pulso
- Foco Auxiliar
- Serra
- Eletrocautério
- Desfibrilador
- Oxicapiôgrafo
- Foco Frontal
- Cardiomonitor
- Fonte de Luz
- Perfurador Elétrico

## CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Vanda Lúcia Medeiros

TÉC DE ENF PRIMAGEM

COREN - PB 703.722

Vanda

MOD 006





Ortopedia - Neurologia - Buco

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

Nº 2968

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMA

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL

C. GRANDE

NOME DO PACIENTE

RICARDO MARECIO FERNANDES

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AL. H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÉNIO

1562773

PROCEDIMENTO REALIZADO

FRACTURA DE FEMUR (2)

PRODUTO	REF.	QUANT.	CÓD. ROMP.
PLACA LARGA 4,5 x 10F		03	
PARAF. CORT. EAC 4,5 x 32		03	
" " " " x 34		03	
" " " " x 36		02	
" " " " x 40		01	
" " " " x 52		01	

DATA DA UTILIZAÇÃO

28.12.2017

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

DR. ANALO JORGE

OBSERVAÇÕES

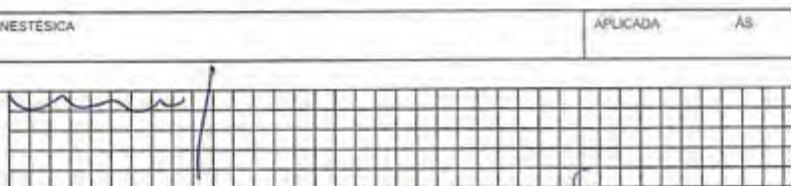
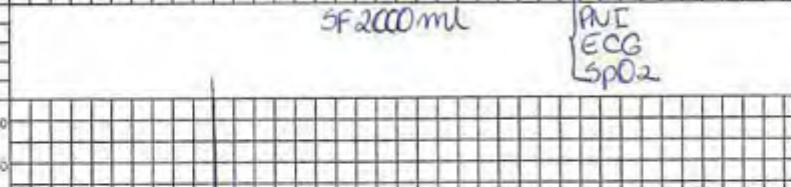
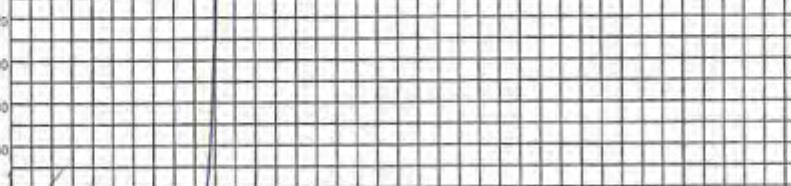
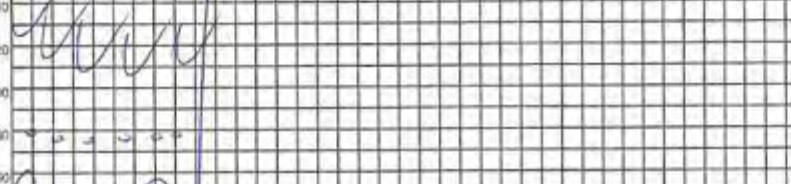
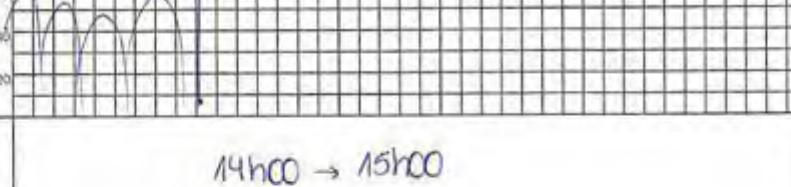
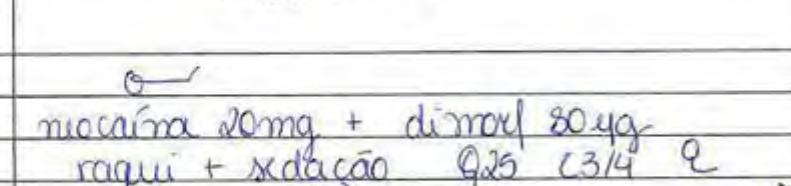
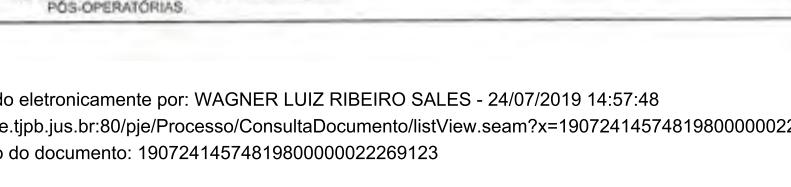
c. 4,5 SIMPLES N=40

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

REBECA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

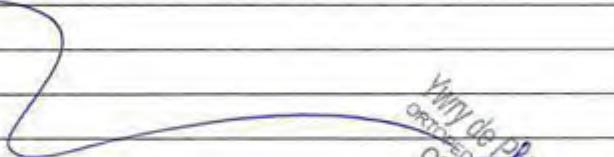
HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: Ricardo Márcio Fernandes				IDADE: 34a.	SEXO: M	COR:
DATA: 05/12/17	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS		
	URINA							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE		
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO: ESTADO MENTAL: DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO:				
yym > 8h LOTE		ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA: <i>nada</i>	HIPOTENSORES	ESTADO FÍSICO: 2 RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS:	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS	OF	 SF 2000 ml				INDUÇÃO		
LÍQUIDOS		 PNI				Satisf.: _____	Excit.: _____	Tosse: _____
		 ECG				Laringo esparmo: _____	Lenta: _____	
		 SpO2				Náuseas: _____	Vômitos: _____	
		 14h00 → 15h00				Outros: _____		
CÓDIGOS VIP: ARTERIAL: 0 - PULSO: 0 - RESPIRAÇÃO AX: ANESTÉSIA: 0 - OPERAÇÃO		 14h00 → 15h00				MANUTENÇÃO		
		 14h00 → 15h00				<i>mocaina 20mg + dimorf 80mg</i> <i>raqui + sedação Q25 C3/4 Q</i> <i>Fratura de fímur</i> <i>Yuri</i> <i>Tayfah</i>	<i>1</i> <i>1</i> <i>2</i> <i>2</i> <i>1</i> <i>1</i> <i>1</i> <i>1</i>	
POSição	 14h00 → 15h00							
AGENTES	mocaina 20mg + dimorf 80mg							
TÉCNICA	raqui + sedação Q25 C3/4 Q							
OPERAÇÃO	Fratura de fímur							
CIRURGIOS	Yuri							
ANESTESISTAS	Tayfah							
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E								
PERDA SANGUÍNEA								





Nome do Paciente <i>Ricardo Mário Fernandes</i>		Nº Prontuário
Data da Operação <i>28/12/17</i>	Enf. <i>On top. I</i>	Leito <i>9.2</i>
Operador <i>Dr. Amaro Jorgé</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Hacilson (mrc)</i>	
2º Auxiliar <i>Dr. Yuny (mrc)</i>	3º Auxiliar <i>Dr. Jilson (mrc)</i>	Instrumentador <i>peça.</i>
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fx Femur Diante (C)</i>		
Tipo de Operação <i>Osteosíntese</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>		
Relatório Imediato da Patologia <i>φ</i>		
Exame Radiológico no Ato <i>NF</i>		
Acidente Durante a Operação <i>NF</i>		

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Preparo em DOL 50% Anestesia. 2) Assepsia + Antissepsia + Campos Estériles 3) Drusim em fraca tração de cxa (E) + associado por placa + Hemostasia. 4) Remoção cravado de fratura. 5) Desossificação de placa DCP longa 10F + 8 mmplata. 6) Lívado de fr. c/ SI-10. 7) Fecho de placa. 8) Curativo
 <i>YNY de Oliveira ORTEGAS/CRM/PB 1680</i>

Mod. 018

### RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



## 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 inócuia 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



Assinado eletronicamente por: FLAVIA DE SOUZA BAPTISTA - 29/07/2019 17:11:26  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072917112641200000022332512>  
Número do documento: 19072917112641200000022332512

Num. 23028028 - Pág. 2