

Rua Tiradentes, 250, Centro, Campina Grande/PB. E-mail: stcadvocacia@hotmail.com

Tel: (83) 98824-0152 / (83) 99325-6299 / (83) 99635-6298 / 3077-6310

**EXCELENTEÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL DA
COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB,**

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; por seu advogado, infra firmado, com procuração em anexos e endereço profissional situado na Rua Tiradentes, 250, Centro, Campina Grande/PB, onde doravante recebe as notificações e intimações do feito, vem perante Vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT,

Em face da **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ Nº 09.248.608/0001-04, com sede no Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, pelos fatos e fundamentos a seguir expostos.

DA JUSTIÇA GRAUITA



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 24/07/2019 14:57:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072414573549200000022269086>
Número do documento: 19072414573549200000022269086

Num. 22959776 - Pág. 1

Inicialmente, diante das condições financeiras em que se encontra a promovente, necessita este da **Justiça Gratuita** para que possa ter acesso a Justiça e gozar do direito isonômico.

Nobre julgador, conforme art. 4º *caput* da Lei 1.060/50, a parte terá direito aos benefícios da assistência judiciária gratuita mediante simples afirmação de não poder arcar com as despesas provenientes do processo além dos honorários advocatícios sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

Diante disso, procura-se poupar que alguém sinta-se embaraçado na busca e defesa de seus direitos em decorrência de sua condição social, ou por insuficiência de meios financeiros. Não obstante, a prestação de assistência judiciária visa assegurar as garantias fundamentais preservando a igualdade e o acesso a Justiça.

BREVE RELATO DOS FATOS

O acidente de trânsito em que o autor foi vítima ocorreu no dia 15/12/2017 por volta das 19h35min, quando trafegava na Av. Floriano Peixoto, Campina Grande/PB.

O autor ia a “pe”, momento em que estava juntando recilalgem, quando foi atropelado por um veículo de sinais e condutor não identificado, que não prestou socorro à vítima após o atropelamento. Conforme boletim de ocorrência em anexos.

O autor foi socorrida pelo SAMU desta cidade e encaminhada ao hospital de trauma e urgência de Campina Grande, onde foi diagnosticada com algumas fratura no fêmur na perna esquerda. Conforme laudo médico em anexos.

Diante do fato do sinistro em tela ser decorrente de acidente de trânsito, o **autor na posse dos documentos necessários, requereu administrativamente** o Seguro Obrigatório DPVAT, gerando o número de sinistro 3180130905, **porém, a seguradora negou o benefício ao autor. Conforme negativa técnica em anexos.**

Ocorre Excelência que a parte autora teve comprometimento de 50% de sua perna esquerda em virtude do acidente de transito, porém a seguradora líder negou o benefício, estando até a presente data sem receber qualquer valor.

Responsável pelo pagamento das indenizações, afirma que o quantum devido deve obedecer Circular do CNSP (Conselho Nacional de Seguros Privados), que reduz o valor a ser pago afirmando que cada órgão tem um percentual o que discordam com art. 3º e 5º ambos da Lei nº 6.194/74.



DA APROPRIAÇÃO DE VALORES INDEVIDOS

Com a alteração da Lei nº Lei nº 11.945/2009 o art. 3º da Lei 6.194/74 passou a prevê o seguinte:

Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

- I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de morte;
- II – até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de invalidez permanente;

Essas modificações, que foram introduzidas na Lei 6.194/74 de que trata do seguro obrigatório de veículos automotores, denominado Seguro DPVAT, veio com o fito de reduzir apenas os encargos e contemplar das companhias seguradoras, as quais na grande maioria são multinacionais, e grandes operadores financeiros e grandes Bancos.

A Medida Provisória nº 340/2006 alterou a Lei 11.482-07, colocou os beneficiários da Lei 6.194/74 nas mãos das Companhias Seguradoras, em todos os aspectos legais que os beneficiavam, transformando a referida lei numa mera determinação do desejo e da vontade das seguradoras.

Ora, Douto julgador, não foi pago nada a parte autora, mesmo estando com 50% de perda na mobilidade de uma perna. Conforme tabela de DPVAT, enquadra-se na:

- **PERDA ANATOMICA OU FUNCIONAL DE UMA DAS PERNAS – 50% - R\$ 4.725,00;**

DO VALOR DEVIDO CONFORME LEI 11.482/2007

A Lei n. 11.482/2007 só fez referência à ocorrência do dano e não da tabela que fixa valores.

Diante disso, resta demonstrado a acidente através da declaração do SAMU que fez o socorro no local, prontuário do hospital e boletim de ocorrência, assim, a parte autora faz jus a quantia de **R\$ 4.725,00 (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais).**

Além de reduzir os valores devidos do DPVAT, que faz tomando como base Resolução, nasce o CNSP (Conselho Nacional de Seguros Privados), não tendo força de lei, servindo apenas para escorar o ato ilícito praticado pelas seguradoras que exploram essas atividades no país.

Vale dizer que a Lei n. 6.194/74, determina que, haverá pagamento de indenização mediante a simples ocorrência do acidente e do dano por ele provocado, porém, as seguradoras, dentre as quais figura



a recorrente, procuram se esquivar do DPVAT, com fundamento em resoluções e circulares que não estão de acordo com o dispositivo legal.

As provas colecionadas pelo requerente apontam a debilidade que ficou restrita ao autor. Além disso, segundo a determinação legal, será devido o pagamento da indenização mediante a simples ocorrência do acidente e da extensão do DANO por ele provocado.

DO DIREITO

A norma legal que rege a disciplina do DPVAR, não faz qualquer ressalva quanto a o pagamento de indenização, afirmando apenas que basta SIMPLES, ocorrência do acidente e do DANO, decorrente do acidente para que o beneficiário possa fazer jus à indenização.

A Lei n. 6.194/74, em seu art. 5º, não deixa margem para dúvidas quanto à percepção do DPVAT, afirmando que:

Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

A norma determina apenas a ocorrência do acidente e da extensão do dano, em momento algum, fala da exclusividade do IML, para atestar a debilidade, afirmando apenas que o instituto Médico Legal, também quantificará a lesão.

No mesmo sentido o art. 7º da Lei 8.441/92, determina:

Art. 7º A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.

Diante disso, os valores serão pagos independentemente do veículo ter sido identificado ou mesmo a seguradora.

DOS PEDIDOS

Diante do exposto, requer a vossa excelência, com fundamento no art. 186 do CC e art. 3º, II e art.º ambos da Lei nº 6.194/74, requerer a procedência da presente, para o fim de condenar a requerida ao



pagamento da indenização no valor de **R\$ 4.725,00 (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais)**., referente à complementação do seguro Obrigatório DPVAT, em face da invalidez sofrida pelo Autor, adquirida através de sinistro de trânsito, requerendo ainda o seguinte:

1. Seja citada a promovida, no endereço declinado na exordial, para contestar no prazo legal, sob pena de revelia e confissão, com fundamento no Art. 246, I, do Novo Código de Processo Civil Pátrio;
1. A parte demandante **desde já prescinde da audiência de conciliação**, haja vista, que na presente demanda é necessário a realização de PERICIA MEDICA NO (A) AUTOR (A). Assim, a realização da mesma se torna onerosa e sem êxito, tanto para as partes quanto para o Poder Judiciário, tudo conforme preceitua o artigo 319, VII, do NCPC;
1. Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos, especialmente nas provas documental, pericial, testemunhal que serão apresentadas independentemente de intimação, se assim for o entendimento do douto juiz;
1. Seja a demandada condenada em honorários advocatícios em 20% sobre o valor da condenação, mais custas processuais e demais emolumentos;
1. Requer ainda que caso a parte demandada não pague o valor da condenação no prazo (art. 475-J do CPC) de 15 (quinze) dias, passe a incidir sobre o montante, multa de 10% (dez por cento);
1. Finalmente requer a **gratuidade da Justiça** nos termos do art. 2º da Lei n. 1.060/50, por ser o mesmo pobre na forma da lei, bem como, com arrimo no artigo 98 e SS do Novo Código de Processo Civil;

Dá-se a causa o valor **R\$ 4.725,00 (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais)**., para efeitos meramente fiscais.

Nestes termos,

Pede e Espera deferimento.

Campina Grande, 23 de julho de 2019.



Wagner Luiz Ribeiro Sales

OAB/PB 18.251

José Leandro Oliveira Torres

OAB/PB 18.368



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 24/07/2019 14:57:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072414573549200000022269086>
Número do documento: 19072414573549200000022269086

Num. 22959776 - Pág. 6

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

2º Cartório de Notas de Campina Grande - PB
Av. Presidente Vargas, 115, Centro - C.0000-76
Praga da Bandeira, 115, Centro - C.0000-76

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
Envi: R\$2,38 ISS R\$0,12 Farpen R\$0,28 Fepj R\$0,44 MP R\$0,04



Célia Maria Barbosa
2º Tabel. 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 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.

Célia 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
2^ª 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



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 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





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 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

Carta nº 12602392





Rua Tiradentes, 250, Centro, Campina Grande/PB, E-mail: 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, MARLLON LAFFIT TORRES FEITOSA PASSOS, OAB/PE 44.485, KAIOS 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 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.

Ricardo marcio fernandes
OUTORGANTE





Rua Cor. João Lourenço Porto, 86, Centro, Campina Grande/PB. E-mail:
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

HTCG-Panel 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																	
 Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)		<table border="1"><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/impressuradoc.php?contar=1562773

2/2



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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Ricardo Marini Fernandes		Bairro:	Flávio de Paixão	
End:	R. Nova		Documento de Identificação:		
Data de Nascimento:	29.03.83		Data do Atend.:	15.12.17 Hora: 19:44 Documento:	
Queixa:	Atropelamento				
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input checked="" type="checkbox"/> Maca	

Estratificação

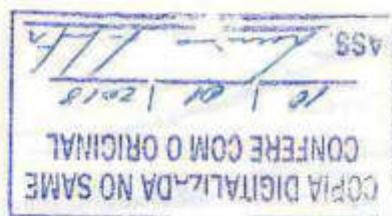
MOD. 110

DATA 24/07/2019
 Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

DATA 24/07/2019
 Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

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

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde			Identificação do Paciente		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			2 - CNES 2362856		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			4 - CNES 2362856		
5 - NOME DO PACIENTE RICARDO MARCIO FERNANDES			6 - N° DO PRONTUÁRIO 1562851		
7 - CARTÃO DO SUS 70410511162973			8 - DATA DE NASCIMENTO 29/03/1983		
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>			10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL ANA MARIA ERNESTO CLEMENTE		
11 - TELEFONE DE CONTATO 83			12 - ENDEREÇO (RUA, N°,BAIRRO) FLORIANO PEIXOTO , 0 , MALVINAS		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande			14 - COD.ÍCIGO MUNICÍPIO	15 - UF	16 - CEP
			250400	PB	58400002
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Dom em Cx + 2 (2) P35 trauma</i>					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessidade de TTO Cx 03/12</i>					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>X - X</i>					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>trauma</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26 - CLÍNICA		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016296938549	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE WAGNER DE MELO FALCAO		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 15/12/2017	32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Wagner de Melo Falcao</i>		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
33 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGUROADORA		37 - N° 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 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR	<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO		<input type="checkbox"/> DESEMPREGADO		<input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
46 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF	47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		



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 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			2 - CNES 2362856		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			4 - CNES 2362856		
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE RICARDO MARCIO FERNANDES			6 - N.º DO PRONTUÁRIO 1562851		
7 - CARTÃO DO SUS 704105111622973			8 - DATA DE NASCIMENTO 29/03/1983		
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>			10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL ANA MARIA ERNESTO CLEMENTE		
11 - TELEFONE DE CONTATO 83			12 - ENDEREÇO (RUA, N.º,BAIRRO) FLORIANO PEIXOTO , 0 , MALVINAS		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande			14 - CÓD.ÍNDICE MUNICÍPIO	15 - UF	16 - CEP 250400 PB 58400002
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Febre de 38,5°C</i>					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Leucocitose de 6.700/mm3</i>					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>7/7</i>					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	29 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016296938549	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE WAGNER DE MELO FALCAO		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 15/12/2017			
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Wagner de Melo Falcão</i>					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
33 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		35 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N.º DO BILHETE
38 - SÉRIE	39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR		<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO		<input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> INÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>1/1</i>		48 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	



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

Diagnóstico

DIRTOP1
SERIALS

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE-OP

RICARDO MARCIO FERNANDEZ 34

Paciente:

Alojamiento

1470

LEITO 9-2

EXERCISE FEMUR S

TA DIAFISE FEMORALE

BEG estival
Sem. intermission 473

CD: VFM

Dr. Juan Carlos Castro
Ortopedico Traumatologo
098-223-8345

32/17

alt. help file
written

20°

1000 例



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=190724145742270000022269113>
Número do documento: 190724145742270000022269113

Num. 22060103 Pág. 7



Diagnóstico

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34	FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO		PRE OP	LEITO 9-2
		Alojamento	Leito		
Data	Prescrição Médica	Horário			Evolução Médica
28/11/2012	1 DIETA LIVRE 1 SE 0,9% 1500ML EV p/ 24H 2 CLONDIAMICINA 600MG + ABD EV 1x/08H 4 GENTAMICINA 240MG + ABD EV 1x/DIA LERVO 5 DIPRIFLON 1g + ABD EV 1x/08H 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H 7 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR 8 TRAMAL 100MG + 100ML SE 0,9% EV 8/8H 9 NAUSEDION 5mg/ml 1CP + ABD EV 8/8h SN 10 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / 12HUM 11 XARELTO 15MG 1 CP VLDIA 12 CURATIVO 1 X DIA 13 SSN/V+COGG	00:00 00:00 18 04 06 10 06 06 18 06 06 SN 18 06 06 SN 06 06 06 06 06		1º DIH ORTOPEDIA P/1 procedimento cirúrgico 02 diária sem 02 proced. CO. Rx controll	
					 Dr. Júlio Cesar Coelho Ortopedista Traumatólogo CRM-PB-9845



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
20/18:45							Paroxísmos de tosse solvente de poeira auscultação de mu elacardos contínuos mu frustulante mucilosa sanguínea coágulos de sangue de enjugo nasal	17/10





Diagnóstico

		FX DIAFISE FEMUR E	
		LEITO 9-2	
Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34	Alojamento	Leito
Data	2017-07-12	Prescrição Médica	Horário
1 DIETA LIVRE		Evolução Médica	
2 JEJICO SALINIZADO		* DIH	
3 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6 H SE DOR		#ORTOPEDIA	
4 TICATIL 20MG + ABD EV 12/12H 5/5		BEG estável	
5 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR		sem intercorrências	
6 TRAMAL 100MG + 200ML SF 0,9% EV 6/6H 5/5			
7 NALESEDRON 8mg/fnl 1FA + ABD EV 6/6H 5/5			
8 OMEPRAZOL 40MG SC 1DIA		# CD: VPM	
9 CLEXANE 40MG SC 1DIA		Exame 2 amanhã Só lib. resvra (1)	
10 550V+CORR			
		Dr. Júlio César Casco Ortopedista e Traumatologista CRM/PB-9925	
		Dr. Júlio César Casco Ortopedista e Traumatologista CRM/PB-9925	

MOD. 918





Diagnóstico

ORTOPI
LEI 10.942

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO
ALA ORTOPEDICA

PREOP

15
07

FX DIAFISE FEMURE

EFITO 9-2

Paciente: RICARDO MÁRCIO FERNANDES, 34

Alojamento

Leito

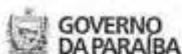
Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
26/12	1- DIETA LÍQUIDA		
	2- JETCO SANITIZADO		
	3- DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H	16:00	11° DIH
	4- TILATIL 20MG + AD EV 12/12H S/N	5IN	#ORTOPEDIA
	5- TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6H SE DOR	5IN	
	6- TRAMAL 100MG 1.100ML S/C 90% EV 8/8H S/N	5IN	BEG, estavem sem intercorrência?
	7- NAUSEBON 5mg/ml 1/4 ABD EV 8/8H S/N	5IN	
	8- OMOPRANOL 40mg + DILUENTE EV / JEJUM		
	9- CLEXANE 40MG SC INJ/IA		
	10- SSN/V+CCGG		
			CD: VMA
			NOVA CLINTE

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-3606

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-3606





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

Diagnóstico

1022 1023



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





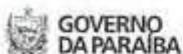
GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO ALA ORTOPÉDICA		PRE OP	FX DIAFISE FEMUR E	
Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34	Alojamento	Leito	Convênio
		LEITO 9-2		
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
24/11/17	1. DIETA LIVRE 2. SF 0,9% 1500ML EV 30/24H 3. DIPRORINA 1g + ABD EV 6/6H 4. TRILATIL 20MG + AD EV 12/12H 5/5N 5. TVLEX 30MG 3 CP VO 6/6 H SE DOR 6. TRAMAL 100MG + 100ML SE O 90% EV 8/8H 5/5N 7. HALOPERIDOL 8mg/ml TFA + ABD EV 8/8H 5/5N 8. OMEPRAZOL 40mg = DILUENTE EV / JEJUM 9. CLEXANE 40MG SC 1xDIA 10. SDAV+CCGG	500 30/30/30 12/18 02/06 SN SN SN SN SN SN SN SN SN SN	" DIH ORTOPÉDIA REG, ESTAVOL, SI DISERMIAS DURAS + EQUILÍBRIO CD: 4PM	
<p>Yuri L. P. Fernandes Cirurgião-Dentista CRM-PE 14027</p> <p>Xere U. P. Carvalho Médico Ortopedista CRM-PE 10942</p>				
M03.039				







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

Diagnóstico



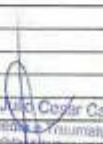
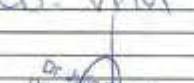
Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
12/12	8:50	43	100x60				Pet constante óptico coligado, feto cintados gerais medicados c/IM feto curativo segue seu quadro aos cuidados de enfermagem	MS
3/12	19:45	74	130x75	+	Pet begin medicado evm rcpm qmhd acidente dita operar novo preservar aquela clinica subpedre aos cuidados de enfermagem		MS	





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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO ALA ORTOPEDICA		PRE OP 0/5	FX DIAFISE FEMUR E	
RICARDO MARCIO FERNANDES, 34		Alojamento	Leito	Convênio
Paciente				LEITO 9-2
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
24/12	1 DIETA LIVRE	10:00	BEM ESTAB	
	2 SE 0,05% 15.000ML EV. p/ 2 DI	10:00	ORTOPEDIA	
	3 DIPRINORA 1g + RID EV 8/0H	10:00	7 = DH	
	4 TILATIL 20MG 1 AD EV 12/12H S/N			
	5 TVLEX 10MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR			
	6 TRAVAN 100MG + 100ML SE 0,05% EV 8/0H S/N		BEM ESTAB	
	7 NAUSEUDON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/0H S/N		SEM INTERC 0/2	
	8 OMEPRAZOL 40mg = TILUENTE EV / JEJUM	06	CD = VFM	
	9 CLEXANE 40MG SC 1X01A			
	10 SAWV+CCG			
 Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM-SP 3965		 Dr. Wagner G. S. Castro Unidade de Ortopedia e Traumatologia CRM-SP 3965		

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

Num. 22960104 - Pág. 10





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

Diagnóstico

ORTOPA
LETTURE

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

WIC E EVOLUÇÃO
ALA ORTOPÉDICA

PRE OP 6/17

FX DIAPHISE FEMUR E

— 18100-2 —

Project 1

RICARDO MARCIO FERNANDES, 34

第二部分

15

LEIT

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
27/12	1. DIETA LIVRE		
	2. SE 0,9% 3500ML EV 1/2 24H	500 500 500	
	3. CEFTRIOWA 1g + ABD EV 6/10	12 18 24 00	6 - DII MORTOPEDIA
	4. TILATIL 20MG + AD EV 12/12H 5/N	SN	
	5. TYLEX 30MG 3 CP VO 6/6 H SE DOR	SN	
	6. TRAMAL 1000MG + 100ML SE 0,9% EV 8/8H 5/N	SN	
	7. NAUSEBON 10ug/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN	SN	
	8. CIMEPRAZOL 40mg - ENURETICO EV 7/7H 4	06	
	9. CLEXANNE 400MG SC INDIA	00	
	10. SSB/VACOOG	01	
	<i>Dr. J. L. C. Cunha Medicina e Farmacologia Medicina de Família</i>		
	<i>Dr. J. L. C. Cunha Medicina e Farmacologia Medicina de Família</i>		

1000 1000



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

Núm. 22960107 - Pág. 2





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

Diagnóstico

Paciente		Ricardo Mariano Fernandes	Alojamento	10	Leito	9-2	Convênio
Data	Prescrição Médica			Horário	Evolução Médica		
1 – Dieta livre				09:00	A1 fixas		
2 – S.R.L 500 ml I.V 12 / 12 h.				10:30	dor de cabeça		
3 – Dipirona 02 mL + S.F 10mL I.V 8 / 8 h (lentamente)				10:30	dor nas pernas		
4 – Cetoprofeno 100 mg I.V + S.F 0,9% 100mL I.V 12 / 12 h. (correr em 20 min.)				10:30	dor no abd. fl		
5 – Omeprazol 40 mg I.V pela manhã (lentamente).				10:30	cúpula		
6 – C. C. Gerais				10:30	A1		
7 - Alívio de dor se. IX 671							
af							

MOD. 228







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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Pacientes

FOLHA DE TRATAMENTO E E

Alojamiento 10

Leito

Diagnóstico

Diagnóstico

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1 – Dieta livre		Rebif a fraça espuma
	2 – S.R L 500 ml. I.V. 12/12 h.	12/24	11/09/05 11/09
	3 – Dipirona 02 ml. + S.F 10ml. I.V. 8/8 h (lentamente)	12/24	11/09 11/09
	4 – Cetoprofeno 100 mg. I.V. + S.F 0,9% 100mL I.V. 12/12 h. (correr em 20 min.)	12/24	extremo dolor
	5 – Omeprazol 40 mg. I.V. pela manhã (lentamente).	10/05	
	6 – C. C. Gerais		
	→ Dexaung 400 mg. 1x/11	20/05	



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

Núm. 22960107 - Pág. 6

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações	Enfermagem	Assis
31/11/14	08:30						10/180		



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

06/07/2019

Wagner Ribeiro Sales

Paciente: Wagner Ribeiro Sales Alojamento: 10

Leito: 10

Convênio:

Data: 18/07/2019 Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

- 1—Dieta livre
2—5R t 500 ml t.v. 12/12 h.
3—Dipirona 02 ml t.v. 8/8 h (lento)
4—Tilatil 20 mg t.v. 12/12 h.
5—Omeprazol 40 mg t.v. 01 X dia.

✓ ✓ ✓ ✓ ✓

Wagner Ribeiro Sales
Dr. Wagner

→ Costane Souza

06/07/2019

Wagner Ribeiro Sales

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
18/12	08:00	~	~	~	~	~	Documentos da enfermagem passeio à noite	Camila Ouriques Martins CREF 11/51551-B TÉCNICO ENFERMAGEM





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

NOME: <u>Ricardo Marcus Fernandes</u>		BOLETIM DE ENFERMAGEM		
IDADE: <u>34</u>	SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: <u>29/03/83</u>		AS
SETOR: <u>Hospital</u>			LEITO: <u>30</u>	h
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Ortopedia</u>				
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NAO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTINUA:	SIM <input type="checkbox"/>	NAO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/>	NAO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NAO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>	
SISTEMA NEUROLOGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNEICO <input checked="" type="checkbox"/>	BRADIPNEICO <input type="checkbox"/>
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGURIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANURIA <input type="checkbox"/>	
MOBILIDADE:	DEAMBULA <input type="checkbox"/>	DEAMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input checked="" type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>
TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>	
SIST. GAS. RONENTAL (DIETA):	VO <input 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				
RISCO DE QUEDA	CD/FR			
RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR			
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR <u>AUP em MSD</u>			
RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR			
RISCO DE GLICEMIA INSTAVEL	CD/FR			
RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/>	CD/FR		
RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR			
NAUSEA	CD/FR			
DOR AGUDA	DOR CRÔNICA <input type="checkbox"/>	CD/FR		
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR			
MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR			
DEFÍCIT NO AUTO CUIDADO	ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/>	PARA BANHO <input type="checkbox"/>	CD/FR	
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR			
RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR			
RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR			
	CD/FR			
	CD/FR			
	CD/FR			
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 04ML/MIN QU 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 DECÚBITO DE 45°.				
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.				
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDEMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).	<u>Sempre</u>			
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	<u>continuo</u>			
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE				
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA				
<input type="checkbox"/> "E AS RESPOSTAS DO PACIENTE	<u>Sempre</u>			

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=1907241457439190000022269117>
Número do documento: 1907241457439190000022269117

Num. 22960107 - Pág. 10





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

Diagnóstico

Paciente	Nome do Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário		Evolução Médica
7/7/12	1. DIETA LIVRE 2. JEDOU SALINIZADO 3. OSPIRONA 2ML EV 6/8H 4. OMEPRAZOL 40MG EV JEJUM 5. TRAMAL 100MG + 300ML SF 0,9 EV 8/12H S/N 6. TYLEK 30MG 1 CP VD/166 SE DOR/ 7. NAURODRON 1,5A + AD EV 8/12HS/N 8. TRAM. 20mg x 10 - Ev 12/12H S/N 9. CEFAXINE 400 MG SC 12DIA 10. SSVV = COGG	12 12 12 12 12 12 12 12 12 12	12 12 12 12 12 12 12 12 12 12	ORTOPEDIAH - EHN BEG estavel sem intercencia? # CD = VPM







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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP:

20

Diagnóstico

Rx diazepam	
BEG, estiver bem, imobilizado	
FW, VPM	
Dr. Julio Cesar Castro	
Medicina de Trabalho	
CRM-J-0051/CNH-008320	
MDD.038	

Dr. Julio Cesar Castro
Medicina de Trabalho
CRM-J-0051/CNH-008320

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
16/07/2018	08:00	-	-	-	-	180X80	Adila Brácardo da Silva "Entretanto, a enfermagem =N-P3 439.154	





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Ricardo Manz Fernández Alojamiento

Leido 10 C

Leito Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
15/11/17	<p>D. D. 1072 1500mg 20/11/17</p> <p>D. D. 1072 200mg 20/11/17</p>	20/11/17	<p>BETT 197141</p> <p>CD: UPA CD: PAF-3A</p> <p>Dr. WILHELM FUCHS ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CD: PAF-3A</p>

MACOS 403



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. 6





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Lúcio | Registro: 9 | 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: Isocônicas Anisocônicas D>E E>D Fotorreagentes Mióticas Midriáticas

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local:

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

Eupnéia: Taquipnéia Bradipnéia Dispnéia Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: Diminuídos D E

Ruidos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros:

Tosse: Improdutiva Produtiva | Expectoração: Quantidade e aspecto:

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: Regular Irregular Impalpável Fisiiforme 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"/> Precordalgia <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>MSD</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:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input 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"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tensão <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há ____ dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: ____/____/____	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Gilson S. Raposo</i> DATA: <i>20/12/17</i> HORA: <i>8:00 h</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 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: Isocônicas Anisocônicas D>E E>D Fotorreagentes Mióticas Midriáticas

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local:

Linguagem: Qual? Disfonia Afasia Disfasia Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: Diminuídos D E

Ruidos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros:

Tosse: Improdutiva Produtiva | Expectoração: Quantidade e aspecto:

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo Agitado Agressivo. Risco de queda. Observação:

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"/> Ritmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <input type="checkbox"/> Data da punção <input type="checkbox"/>	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: <input type="checkbox"/> Data: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ml/h;	
Aspecto:	<input type="checkbox"/> Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica:	<input type="checkbox"/> Local/Aspecto: <input type="checkbox"/> Curativo em: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Dreno:	<input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: <input type="checkbox"/> Débito: <input type="checkbox"/> Retirado em: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Úlcera de pressão:	<input type="checkbox"/> Estágio: <input type="checkbox"/> Local: <input type="checkbox"/> Descrição: <input type="checkbox"/> Curativo: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  DATA: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> HORA: <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/>	

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: OUTI

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: 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 Dispneia 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 PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo Agitado Agressivo. Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cheio:



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordialgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arrítmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <i>USP</i> Data da punção: <i>25/12/17</i>	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input 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:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto:	Curativo em: ____/____/____
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto:	Débito: _____ Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio:	Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUSO	
Preservado <input checked="" type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICODESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<p><i>Paciente aguarda atendimento</i> <i>HJE e iranida</i></p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>GLS/2017</i>	
DATA: <i>26/12/17</i> HORA: <i>17:00h</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 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: Isocônicas Anisocônicas D>E E>D Fotorreagentes Mióticas Midriáticas

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local:

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

() Eupnêia; () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispnéia () Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianosa () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arrítmica () 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:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastroenterologia () 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:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
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: ___/___/___
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: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<p><i>- paciente MIE no 50º andar com peso aguionando curvado</i></p>	
<p><i>Dr. Maria da Socorro de Melo</i> <i>Enfermeira Emissária PSF</i> <i>CORE/241.221 Mat. 168 105-9</i></p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: <u>21/12/17</u> HORA: ___ h	

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



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Mariano Fernandes | Registro: 8101 | Leito: 9-2 | Setor Atual: Ortopedico
 Idade: 34 | Sexo: M | Cor: Amarela | 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: () Molíyos: | Alergias: () Qual:
 Doenças: () HAS () DM () DPOC () Cardiopatia () Obesidade (X) Tabagista () Ex-tabagista () Neoplasia:
() Alcoholismo () Drogadição () Outros: | Medicações em uso:

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar): Acidente automobilístico

4. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Taxa:	°C; P:	bpm; FR:	lpm; PA:	mmHg; FC:	bpm; SPO2:	%
HGT:	mg/dl; Peso:	Kg; Altura:	cm	Dor: <u>()</u> Local:	Obs.: <u></u>	

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

Pupilas: (X) Isocôricas () Anisocôricas () 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
() VMI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

(X) Eupnéia* () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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



SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: 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: V.O () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () N.P.T Hora: / / Data: / /

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

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

R.H.A: Normocárticos: () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

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

Eliminação urinária: Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () S.V.D: 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

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Pró-Operatório / Tagolet 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:

E.R.Santos

Eliane Rosane dos S. Almeida
ENFERMEIRA
COREM-PR 173385

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

<http://pie.tibp.us.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072414574819800000022269123>

Número do documento: 1907241457481980000022269123

Núm. 22960113 - Pág. 1





Sr(a): RICARDO MARCIO FERNANDES
 Dr(a): SEM IDENTIFICACAO 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

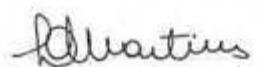
SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.3 milhões/mm ³	4,2 a 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	12,8 g/dL	13,5 a 18,0 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 ³ (%)	5.000 a 10.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrofílos:		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	2,0	136
Segmentados.....	74,0	5.032 40 a 70 % - 1.000 a 6.500 / mm ³
Eosinófilos.....	1,0	68 0,5 a 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0 0 a 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos:		
Típicos.....	21,0	1.428 20 a 45 % - 1.000 a 3.500 / mm ³
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	2,0	136 2,0 a 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	210.000 mm ³	140.000 a 400.000/mm ³

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: SUS Data: 20/12/12
Procedimento: +to Cirúrgico de Fratura de Femur.

Cirurgião: Dr. Yury Auxiliar: Dr. Júlio Anestesista: Dr. Taylor
Início: 16:20 Término: 16:00 Anestesia: Rágis

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 102





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

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
<i>Nenhum Movimento = 0</i> <i>Movimenta 2 membros = 1</i> <i>Movimenta 4 membros = 2</i>		
<i>Apnéia = 0</i> <i>Respiração Limitada, Dispneia = 1</i> <i>Respiração profunda e tosse = 2</i>		
<i>PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0</i> <i>PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1</i> <i>PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2</i>		
<i>Sat 02 < 90 com oxigênio = 0</i> <i>Sat 02 > 90 com oxigênio = 1</i> <i>Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2</i>		
<i>Não responde ao chamado = 0</i> <i>Despertado ao chamado = 1</i> <i>Completamente acordado = 2</i>		
TOTAL DE PONTOS:		



Assinatura do anestesista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Ricardo Mário Fernandes DN 29-03-19 85 GOVERNO
CI LEITE CONVÉNIO IDADE REGISTRO DA PARAÍBA

34 1562773

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CIRURGIA TTO Corte Fratura SIRURGÍA

de Fémur Dr. Yuri + Dr. Júlio

ANESTESIA Raqui ANESTESIA

Dr. Taylair

INSTRUMENTADORA rebeca DATA INÍCIO FIM

28-12-17 14:20 16:00

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTESICAS	Bolsa Colostomia	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.			Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	08		Compressa Grande	
	Dimore amp.			Compressa Pequena	
	Dolantina amp.			Cotoncida	
	Efrane ml			Dreno	
	Fenegam amp.			Dreno Kerr n°	
01	Fentanil ml			Dreno Peritoneal n°	
	Inova ml			Dreno Pezzer n°	
	Ketalar ml			Equipo de Macrogomas	
01	Morpamina 2% ml			Equipo de Macrogomas	
01	Metocarbamol amp.			Equipo de Sangue	
	Pavulon amp.			Equipo de PVC	
	Protigimina amp.			Esporadrapo Largo cm	
	Protocolo l/m			Furacim ml	
01	Oxigênio l/m	BS		Gase Pacote c/ 10 unidades	
	Rapifen amp.			H ₂ O ml	
	Thionembutal ml			Intracath Adulto	03
	Tracrium amp.			Intracath Infantil	
Qtd.	MEDICAÇÕES	02			
03	Aqua Destilada amp.			Lâmina de Bisturi n° 23	
81	Decadron amp.			Lâmina de Bisturi n° 11	
81	Dipirona amp.	08		Lâmina de Bisturi n° 15	
	Flaxidol amp	03		Luvas 7.0 <i>Procedendo</i>	
	Flebocortid amp			Luvas 7.5	
02	Glicofilia amp	06		Luvas 8.0	02
	Glicose amp	05		Luvas 8.5	
	Glucos de Cálcio amp			Oxigênio l/m	
	Metacalc	02		Poliflux	
	Heparema ml	07		PVPI Degemante ml	
	Karsikion amp	05		PVPI Tópico ml	
	Látex amp	04		Sabão Antisséptico	
	Medrolinazol			Saco coletor <i>plástico</i>	
	Plasil amp			Seringa desc. 10 ml	
	Prolamina	03		Seringa desc. 20 ml	
	Revivan amp			Seringa desc. 65 ml	
	Stiptanon amp			Sonda	
	Cefalotina 1g			Sonda foley	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES				
	Aguilha desc. 25 x 7			Vaselina ml	
	Aguilha desc. 28 x 28			Gelcon 18	
	Aguilha desc. 3 x 4,5			Látex	
01	Aguilha pi naque n° 25	05			
05	Alcool de Enfermagem	701			
	Alcool foddado ml	04			
04	Ataduras de Crepon	15			
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp				
	Benzina ml				

EQUIPAMENTOS

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

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Vanda Lúcia Medem

TÉC DE ENF FRIMAGEM

COREN - PB 703.722

Vanda
MOD 996



Ortopedia - Neurologia - Buco

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMA

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL

C. GRANDE

NOME DO PACIENTE

RICARDO MACHADO 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. COR-TEN 4,5 x 32		03	
" " " " 34		03	
" " " " 36		02	
" " " " 40		03	
" " " " 52		01	

DATA DA UTILIZAÇÃO

28/12/2017

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

DR ANAIS JORGE

OBSERVAÇÕES

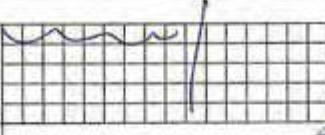
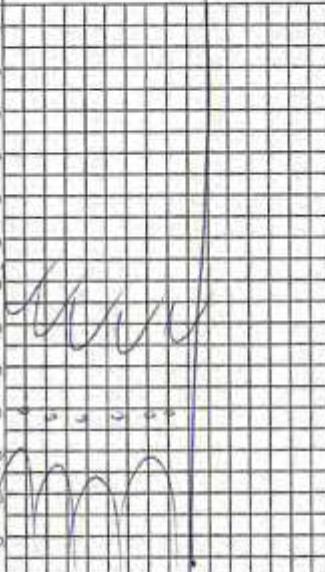
c. 4,5 SIMPLES N=40

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

REBECA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMAGEM	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <i>Ricardo Márcio Fernandes</i>			IDADE: <i>34a.</i>	SEXO: <i>M</i>	COR:		
DATA: <i>08/12/17</i>		PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGUÍNEO		HEMÁCIA	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS		
		URINA							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE			
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA				
AP. DIGESTIVO		<i>ppm > 8h</i>	DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO				
ESTADO MENTAL		ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA: <i>nega</i>	HİOTENSORES				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO: <i>2</i>	RISCO			
ANESTESIAS ANTERIORES									
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTESICA				APLICADA	AB	EFEITO			
AGENTES ANESTÉSICOS	OF	 <i>5F 2000 ml</i> <i>AVC</i> <i>ECG</i> <i>SpO2</i>			INDUÇÃO				
					Satisf.: _____	Excit.: _____	Tosse: _____		
LÍQUIDOS	CÓDIGO: O - PULSO O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA O - OPERAÇÃO	Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____				MANUTENÇÃO			
		<i>midazolam</i> 1 <i>midazolam</i> 1 <i>glicolina</i> 2 <i>glicolina</i> 2 <i>midazolam</i> 1 <i>midazolam</i> 1 <i>antak</i> 1 <i>antak</i> 1 <i>midazolam</i> 1 <i>midazolam</i> 1				<i>midazolam</i> 1 <i>midazolam</i> 1 <i>glicolina</i> 2 <i>glicolina</i> 2 <i>midazolam</i> 1 <i>midazolam</i> 1 <i>antak</i> 1 <i>antak</i> 1 <i>midazolam</i> 1 <i>midazolam</i> 1			
		ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____							
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		14h00 → 15h00							
POSIÇÃO									
AGENTES		<i>midazolam 20mg + dexamol 304g</i>							
TÉCNICA		<i>raqui + sedação 9.25 13/4 2</i>							
OPERAÇÃO		<i>Fratura de fímur</i>							
CIRURGIÕES		<i>Yuri</i>							
ANESTESISTAS		<i>Taufah</i>							
OBSERVAÇÕES									
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.								PERDA SANGUÍNEA	

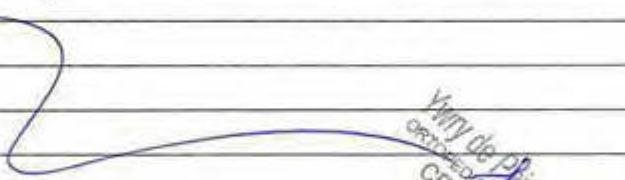
Assinatura
 MED. 075-162-1243
 CAP 075-162-1243
 08/12/17
 S. Oliveira

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



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 Júnior</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Hacilson (MRC)</i>	
2º Auxiliar <i>Dr. Júnior (MRC)</i>	3º Auxiliar <i>Dr. Júlio (MRC)</i> Instrumentador <i>Renata</i>	
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fx Femur distal (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>Neg</i>		
Acidente Durante a Operação <i>Neg</i>		

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Preparo em DOL 50% Anestesia. 2) Assépsia + Antissépsia + Campos Estérilis 3) Drapé em forma de caixa (E) + associado por plástico + Hemo-filtrar. 4) Remoção cravado de ferida. 5) Desossificação de placa DCP longa 10F + 3 pinos = 1. 6) Brado de ferida - 1. 7) Facionamento por plástico. 8) Curativo
 <i>Assinatura de Dr. Júnior</i> CRM-PB 1480

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