

---

Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **RICARDO MARCIO FERNANDES**

Nº Sinistro: **3180242099**

Vitima: **RICARDO MARCIO FERNANDES**

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

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180242099**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **RICARDO MARCIO FERNANDES**

Nº Sinistro: **3180242099**

Vitima: **RICARDO MARCIO FERNANDES**

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

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180242099**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](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**



---

Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **RICARDO MARCIO FERNANDES**

**Sinistro:** **3180242099**

**Vítima:** **RICARDO MARCIO FERNANDES**

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

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180242099** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2018

Carta n°: 13086312

A/C: RICARDO MARCIO FERNANDES

Nº Sinistro: 3180242099  
Vitima: RICARDO MARCIO FERNANDES  
Data do Acidente: 15/12/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: RICARDO MARCIO FERNANDES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000737

Conta: 000000009-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

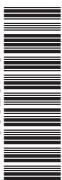
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoraalide.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou AST

**CPF da Vítima**

040237354 - 50

**Nome completo da vítima**

Ricardo Mexico Fernandes

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>Ricardo Moreira Fernandes</b>	CPF titular da conta <b>040237354-50</b>	Profissão <b>Sorveteiro</b>
Endereço <b>TV. B. de Dezembro</b>	Número <b>82</b>	Complemento
Bairro <b>Catolé</b>	Cidade <b>Campina Grande</b>	Estado <b>PB</b>
Email <b>stcadvocacia@hotmail.com</b>	CEP <b>58410-304</b>	Telefone (DDD) <b>(83)98651-2705</b>

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

#### **FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			<b>BANCO</b>
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0737		00000009	3
(Informar digito se existir)		(Informar digito se existir)	

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

C. Cravoto . 07 de fevereiro de 2018  
Local e Data

19 MAR 2018

## Ricardo Moreira Fernandes

### Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

040237354-50

Nome completo da vítima

Ricardo Mário Fernandes

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Ricardo Mário Fernandes

CPF titular da conta

040237354-50

Profissão

Servente

Endereço

TV. B. de Oliveira

Número

82

Complemento

Bairro

Catalé

Cidade

Empresa (rua)

Estado

PB

CEP

58.410-304

Email

ricardomariofernandes@netmalo.com

Telefone (DDD)

(83) 38651-2405

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

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECEBIDO INFORMAR

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADIFEX (232)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAU (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

0737

(Inserir dígito se existir)

Dononno 9

(Inserir dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Name

Nº

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

GOVERNO DA PARAÍBA  
2<sup>º</sup> SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DE CAMPINA GRANDE

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
2<sup>º</sup> 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

Nº 00018.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S) - 1.º MÓVEL

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação: 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 15/12/2017

Hora: 19:35:00

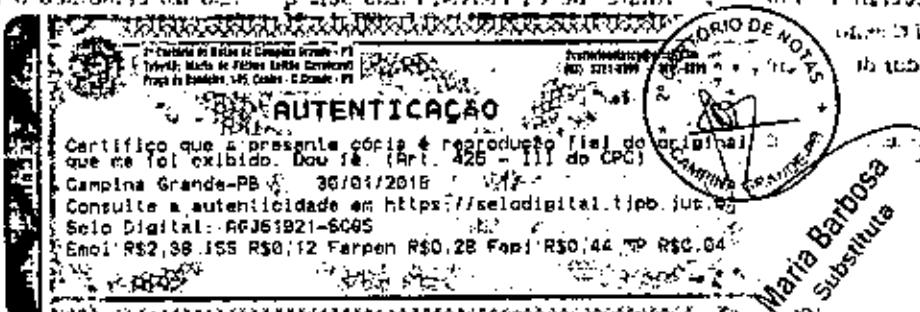
Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Avenida Floriano Peixoto, Malvinas, Campina Grande, PB.

### PARTE(S)

COMUNICANTE	Nome: Maria Valéria Miguel de Assis%	Conhecido por: Não informado	Filiação: Maria de Lourdes de Assis Machado e Cícero Miguel da Silva	Idade: 32	Data de Nascimento: 04/02/1985	Identidade de Gênero: feminino
	Nacionalidade: brasileira	Estatuto Civil: união estável	Naturalidade: Campina Grande	Escolaridade: Não informado	Profissão: Do Lar	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 083.600.294-66
	Endereço: Travessa Oito de Dezembro, 82, Catolé, Campina Grande, PB	Complemento: Não informado	Telefone: (83) 98651-2705	9 MAR 2018	RECIBIDA	SASEMI SEGURODORAS/A
	Nome: Ricardo Márcio Fernandes	Conhecido por: Não informado	Filiação: Ana Maria Ernesto Clemente e Carlos Antonio Fernandes	Idade: 34	Data de Nascimento: 29/03/1983	Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira	Estatuto Civil: união estável	Naturalidade: Campina Grande	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	9 MAR 2018	RECIBIDA	SASEMI SEGURODORAS/A
	Nome: Celso Barbosa	Conhecido por: Não informado	Filiação: Celso Barbosa e Rosângela Barbosa	Idade: 34	Data de Nascimento: 29/03/1983	Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira	Estatuto Civil: casado	Naturalidade: Campina Grande	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	9 MAR 2018	RECIBIDA	SASEMI SEGURODORAS/A

VITIMA	Nome: Celso Barbosa	Conhecido por: Não informado	Filiação: Celso Barbosa e Rosângela Barbosa	Idade: 34	Data de Nascimento: 29/03/1983	Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira	Estatuto Civil: casado	Naturalidade: Campina Grande	Escolaridade: Não informado	Profissão: Servente	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 040.237.354-50



**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 Arius, 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.



Cállia Maria Barbosa  
2º Titular Substituta

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

19 MAR 2018

REGISTRO

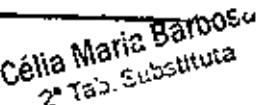


Protocolo de Entrada de Copia Eletrônico - nº  
Título: Maria de Fátima Letícia Carvalho  
Praça do Frei Pedro, 106, Centro - C.6000-700

Protocolo de Entrada de Copia Eletrônica - nº  
(03) 3211-0000 - 3211-0000

**AUTENTICAÇÃO**  
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original.  
que me foi exibida. Dau 16. (Art. 426 - III) do CPCI  
Campina Grande-PB 20/01/2018  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
Selo Digital: AFJ61922-C100  
Email: R\$2,38 ISS R\$0,12 Farpen R\$0,28 Fipi R\$0,44 MP R\$0,04



  
**Célia Maria Barbosa**  
2º Tabel. Substituta



TESTEMUNHA

Nome: Fabrício Salvador da Silva  
Conhecido por: Não informado  
Filiação: Valdica 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) 98837-1261

TESTEMUNHA

Nome: Edilson Rosa de Jesus Silva  
Conhecido por: Não informado  
Filiação: Tereza do Jesus Septos e Virgílio Rosa da Silva  
Idade: 43 Data de Nascimento: 23/09/1972 Identidade de Gênero: masculino  
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Iluporanga/D'ajuda  
Estado Civil: casado(a)  
Escolaridade: Não informado Profissão: Pedreiro  
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 269.439.878-28  
Endereço: Rua Arius, 65, Catolé, Campina Grande, PB  
Complemento: Não informado  
Telefone: (83) 98666-4919

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante que a vítima, que no dia, hora e local já descritos, ia de pé no momento em que estava juntando 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 CPTTRAN, 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 digo. Encerrado está o presente termo.



Procedimento Policial: 00018.01.2018.2.00.420

Célia Maria Barbosa  
2º Tit. Substituta

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 SBCA  
Delegado(a) de Polícia Civil

Maria Valéria Miquel de Assis

Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR  
Escrivão de Polícia



**AUTENTICAÇÃO**

Certifico que a presente cópia é autêntica (lei nº 10.239 - Lei do Código de Procedimento Penal, art. 186, parágrafo único, II).  
Campina Grande-PB 30/01/2018  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>  
Selo Digital: AGJ67922-C10D  
Enviado às 08:38h R\$0,12 Fazenda R\$0,29 Papel R\$0,44 MP R\$0,02

*Célia Maria Barros  
2º Tabel. Substituta*



Procedimento Policial: 00018.01.2018.2.00.420



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Ricardo Mário Fernandes</i>	CPF da Vítima <i>040.237.354-50</i>	Data do Acidente <i>15-12-2017</i>
---	--	---------------------------------------

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <i>Ricardo Mário Fernandes</i>	CPF do Representante legal <i>040.237.354-50</i>
Email <i></i>	Telefone (DDD) <i></i>

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

*19 MAR 2018*  
Local e Data  
Assinatura do Representante Legal

*Ricardo Mário Fernandes*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala!

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Ricardo Mavero Fernandes

CPF da Vítima

040.237.354-50

Data do Acidente

15-11-2017

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante Legal

Fonefone (DD)(D)

Dedico, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias ao respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, suffijo que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Dedico ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

SABEM SEGUROURSA  
24 MAR 2018

RECEBIDO

Claudia 07 de fevereiro de 2018

Lugar e Data

Assinatura do beneficiário

[Redacted]

REPRESENTANTE LEGAL

Ricardo Mavero Fernandes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SABEMI SEGURADORA S/A
19 MAR 2018
PEAFRIBO

## 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

15/12/2017

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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (D.E) Nº 1562773 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CAMPINA GRANDE - PB, CEP: 58432-809  
Av. Mai. Ronilson Pelegrino, 4700 - Manguinhos, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809  
Boletim de Emergência S.B - Modelo 07 Atendente: Vanessa Patrícia Sales Du Nascimento  
[REDACTED] Nascimento: 29/03/1983

PACIENTE: RICARDO MARCIO FERNANDES

Endereço: LORIANO PEIXOTO

Cidade: Campina Grande

Idade: 034

Rua: Bento Alencar, 45

Nº: 02

Profissão:

CNPJ: 04.784.157/0001-73

CONVENIO: S.S.S.S.

Horário: 19:46:41

Especialidade:

CRM:

Médico:

OBS FICHA:

MEANISMOS DO TRAUMA

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

1. Abdome

2. Apneústico

3. Artrite

4. Cistite

5. Crise epiléptica

6. Cônus

7. Edema

8. Empoadoamento

9. Endotérmia subcutânea

10. Entorax

11. Escoriação

12. Fratura óssea

13. Hematoma

14. Ingestão de veneno

15. Lesão cerebral

16. Laringite

17. Lesão muscular

18. Lesão óssea

19. Lesão óssea

20. Lesão óssea devido

21. Lesão óssea

22. Lesão óssea devido

23. Lesão óssea

24. Lesão óssea

25. Lesão óssea

26. Lesão óssea

27. Lesão óssea devido

28. Objeto penetrando

29. Objeto penetrando

30. Objeto penetrando

31. Parafuso

32. Parafusos

33. Chumbinho

34. Corante

35. Corante

36. Corante

37. Corante

38. Corante

21 JUN 2018

RECEBIDO

RECEBIDO

SIGEMI SEGURADORA SA

HTTP://graham/administrativo

DADOS CLÍNICOS

DATA: 15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

15/12/2017

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RICARDO MARCIO FERNANDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 00000000009-3

---

Nr. da Autenticação E8DDC91C318618A3



## BANCO DO BRASIL | 001-9

Pagável em qualquer banco até o vencimento.

Beneficiário: Ordem dos Advogados do Brasil - PB - CNPJ: 08.865.164/0001-93  
Rua Rodrigues de Aquino, 37 - 1º Andar - JOÃO PESSOA - 58013-030 - JOÃO PESSOA/PB

Data Documento	Número Documento	Espécie Doc.	Acerto	Data Processamento
23/12/2017	18009629	DS	N	23/12/2017
Nº da Conta/Banco	Código	Esposa	Quantidade	Valor
	017	R\$		

Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)

ANUÍDADe 2018 - ADVOCADO ATÉ 31/01/2018: R\$ 640,00; ATÉ 28/02/2018: R\$ 680,00;  
ATE 31/03/2018: R\$ 720,00; A PARTIR DE 01/04/2018 ATÉ 30/12/2018: R\$ 800,00. PARC.  
OAB/PB ATÉ 30/09/2018 - TEL. 83 2107-5230/5210/5229. APÓS VENC. MULTA DE  
2%+JUROS DE 1%ALIN-HPCA.

## Recibo do Sacado

Vencimento	30/12/2018
Agência / Código do Beneficiário	1618-7/ 15416-4
Nº sacado	28197510018009629
Valor Documento	800,00

Este Recibo não quita débitos anteriores

Pagador: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - INSC: 0001825118  
Rua Tiradentes,, 250 Centro  
58400-283 - Campina Grande / PB

Cód. da Banco:

Autenticação Mecânica

## BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02819.751005 18009.629173 6 77540000080000

Pagável em qualquer banco até o vencimento.

Beneficiário: Ordem dos Advogados do Brasil - PB - CNPJ: 08.865.164/0001-93  
Rua Rodrigues de Aquino, 37 - 1º Andar - JOÃO PESSOA - 58013-030 - JOÃO PESSOA/PB

Data Documento	Número Documento	Espécie Doc.	Acerto	Data Processamento
23/12/2017	18009629	RC	N	23/12/2017
Nº da Conta/Banco	Código	Esposa	Quantidade	Valor
	017	R\$		

Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)

ANUÍDADe 2018 - ADVOCADO ATÉ 31/01/2018: R\$ 640,00;  
ATE 28/02/2018: R\$ 680,00; ATÉ 31/03/2018: R\$ 720,00; A PARTIR DE  
01/04/2018 ATÉ 30/12/2018: R\$ 800,00. PARC. OAB/PB ATÉ 30/09/2018 -  
TEL. 83 2107-5230/5210/5229. APÓS VENC. MULTA DE 2%+JUROS DE  
1%ALIN-HPCA.

(+) Documento / Assinatura	SAC/PEM - SISTEMA DE AUTENTICAÇÃO
(+) Outros Detalhes	
(+) Multa / Juros / Juros	
(+) Outros Acréscimos	19 MAR 2018
(+) Valor Cobrado	

Pagador: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - INSC: 0001825118  
Rua Tiradentes,, 250 Centro  
58400-283 - Campina Grande / PB

024.0908.02

FICHA DE COMPENSAÇÃO Autenticação Mecânica



MARIA FERNANDE  
TV 3 CH DEEREGARD TV-CATALOG  
CAMPAGNE CHANSONS / TV CDF EB 10.12M 14D 40P  
Emisez par la poste : 1er Janvier 1991  
Objet de vente : RESIDENCE / DÉPARTEMENTAL  
Prix : 4,95 €

energysk

Abordamento no cliente swatcha 0800 023 0196

Conta referente a	Apresentação	Data preventiva próxima leitura	CPF/CNPJ/RNE
Jan / 2018	05/01/2018	02/02/2018	48905445420

UC (Unidade Consumidora): 43119-5

Digitized by srujanika@gmail.com

Tarifas de los servicios de Emergencias y Protección Civil, 2002-2003, pág. 104-105, 106-107, 108-109.

Antragsteller		Anschrift		Kontaktinfo		Volumen		Zeit	
Daten	Leiter	Daten	Leiter	Von	Bis	Wk	Monat	Jahr	
<b>Demonstrativ</b>									
000	Der Pfeil	Autobahn 12345	1234567890	1999-01-01	1999-12-31	000	000	000	
001	Generaldirektor von	Autobahn 12345	1234567890	1999-01-01	1999-12-31	000	000	000	
002	Generaldirektor ER	Autobahn 12345	1234567890	1999-01-01	1999-12-31	000	000	000	
003	General-101@abteilung-05	Autobahn 12345	1234567890	1999-01-01	1999-12-31	000	000	000	
004	Ado B Wimmen	Autobahn 12345	1234567890	1999-01-01	1999-12-31	000	000	000	
005	Autobahn	Autobahn 12345	1234567890	1999-01-01	1999-12-31	000	000	000	
<b>ANALOGISCHE BEZUGSPUNKTE</b>									
006	CONTROLLER-PXA			1999-01-01	1999-12-31	000	000	000	
007	Controller-Schule			1999-01-01	1999-12-31	000	000	000	

2023-2024 學年第一學期 - 第 1 頁 共 1 頁

VENCIMENTO 12/01/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 64,78

**Relatório de Consumo (kWh)**

102 5 115 1 122 1 51 1 108 1 103 1 124 1 115 1 112 1 123 1 124 1 125  
DRAFT NOT-IT DRAFT 58x17 April 11 2011 2011 2011 2011 2011 2011 2011 2011

RESERVADO AD RISQ

Indicadores de Qualidade			Elementos de Custo		
Linha	Aprendizado	Unidade Tensão (V)	Descrição	Valor	%
DE-UNIQUA	4,93	5,07	Serviço de Det. de Superfície	11,28	38,97
DE-TRUZETON	0,61	34,4500	Correção Uniga	15,92	57,73
DE-JAHU	1,03		Serviço de Transporte	1,76	6,21
DE-UNIQUA	3,51	4,00	Encargos Fazenda	0,31	1,10
DE-UNIQUA	1,33	30,9370	Imposto sobre Circulação de Bem (ICB)	0,35	1,26
DE-UNIQUA	0,00	30,9370	Despesas gerais	0,00	0,00
DE-UNIQUA	2,71	30,9370	Total	34,79	100,00
DE-UNIQUA	0,21	5,02			

**ATENÇÃO:** - Encaminhar o documento para o Poder Judiciário competente.



**BANCO DO BRASIL 001-9**

Pagável em qualquer banco até o vencimento.

Banco: **Ordem dos Advogados do Brasil-PB - CNPJ: 08.865.164/0001-93**  
Rua Rodrigues de Aguiar, 37 - 1º Andar - JOÃO PESSOA - PB 58013-000 - JOAO PESSOA/PB

Data Documento	Número Documento	Espécie Doc.	Acaba	Data Preenchimento
23/12/2017	18009629	DS	N	23/12/2017

Nº da Conta/Cheque	Código	Exped.	Outras	Valor
017		R\$		

Interestéis (Juros de resgate/benefício de beneficiário):  
 ANUÁL DE 2018 - ADVOCADO ATÉ 31/12/2018 R\$ 840,00; ATÉ 28/06/2018 R\$ 690,00;  
 ATÉ 21/06/2018 R\$ 580,00; A PARTIR DE 01/07/2018 ATÉ 28/06/2019 R\$ 600,00; PARC.  
 QD/PPR ATÉ 28/06/2018 - TEL: 33 21 07-6230/5210/6228. APÓS VENC. MÚLT. X 10%  
 2% JUROS DE 1% A.M. + I.P.C.A.

**Recibo do Sacado**

Vencimento	30/12/2018
Agência / Oficina de Recadastramento	1618-7715416-4
Numero Banco	28197510018009629
Valor Documento	800,00

Este Recibo não quita  
dúvidas anterioresPague: **WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - INSC: 0001825118**  
Rua Tadeicos,, 260 Centro  
58400-283 - Campina Grande / PB

Cód. da Pague

Autenticação / Recadastramento

**BANCO DO BRASIL 001-9 00190.00009 02819.751005 18009.629173 6 77540000080000**

Pagável em qualquer banco até o vencimento.

Banco: **Ordem dos Advogados do Brasil-PB - CNPJ: 08.865.164/0001-93**  
Rua Rodrigues de Aguiar, 37 - 1º Andar - JOÃO PESSOA - PB 58013-000 - JOAO PESSOA/PB

Data Documento	Número Documento	Espécie Doc.	Acaba	Data Preenchimento
23/12/2017	18009629	RC	N	23/12/2017

Nº da Conta/Cheque	Código	Exped.	Outras	Valor
017		R\$		

Interestéis (Juros de resgate/benefício de beneficiário):

ANUÁL DE 2018 - ADVOCADO ATÉ 31/12/2018 R\$ 840,00;  
 ATÉ 28/06/2018 R\$ 690,00; ATÉ 21/06/2018 R\$ 580,00; A PARTIR DE  
 01/07/2018 ATÉ 28/06/2019 R\$ 600,00; PARC. QD/PPR ATÉ 28/06/2018 -  
 TEL: 33 21 07-6230/5210/6228. APÓS VENC. MÚLT. X 10% DE RES. JUROS DE  
 2% I.P.C.A.

Vencimento	30/12/2018
Agência / Oficina de Recadastramento	1618-7715416-4
Numero Banco	28197510018009629
Valor Documento	800,00

Pague: **WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - INSC: 0001825118**  
Rua Tadeicos,, 260 Centro  
58400-283 - Campina Grande / PB

Data de Compensação Autenticação Mecânica



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

### CIRCULAR SUSEP 445/12

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

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Wagner Luiz Oliveira Sales inscrito (a) no CPF sob o Nº 011086284-108, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ricardo Maria Fernandes inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.237.354-150, do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima Ricardo Maria Fernandes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.237.354-150, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

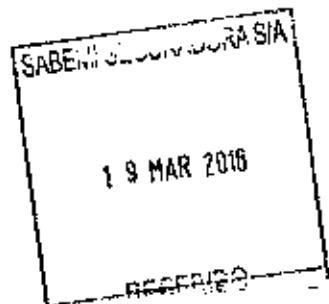
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Bairro	Cidade	Número	Complemento
<u>Rua Tivedentos</u>			<u>250</u>	
<u>Centro</u>		<u>Campina Grande</u>	<u>Estado</u>	<u>CEP</u>
<u>steedvoce12@hotmail.com</u>			<u>Pernambuco</u>	<u>58.400-383</u>
			<u>Telefone comercial (DDD)</u>	<u>Telefone celular (DDD)</u>
			<u>(83) 3077-6310</u>	<u>(83) 98852-3030</u>

Campina Grande, 07 de fevereiro de 2018  
 Local e Data

Wagner Luiz Oliveira Sales  
 Assinatura do Declarante





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 221204 ou 0800 221206 exclusivo para pessoas com deficiência auditiva.

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Wagner Ribeiro Selas, inscrito (a) no CPF sob o Nº 011086784 / 08, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ricardo Nogueira Fernandes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.237.354 / 50, do sinistro de DPVAT cobertura Taxa Líder, da Vítima Ricardo Nogueira Fernandes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.237.354 / 50, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência ou endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		l Número	Complemento
<u>Rua Tudentes</u>		<u>1250</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Pompéia, Bento</u>	<u>São Paulo</u>	<u>056.400-383</u>
E-mail	Telefone comum (DDD)	Telefone celular (DDO)	
<u>steudorcas@hotmail.com</u>	<u>(11) 3077-6310</u>	<u>(11) 98852-3030</u>	

Campo 07 de fevereiro de 2018  
Local e Data

Assinatura do Declarante



15/12/2017

HTCG-Painel Administrativo



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº 1562773 " CLASS: DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 06.778.268/0038-52  
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

Nascimento: 29/03/1983

PACIENTE: RICARDO MARCIO

FERNANDES

Endereço: FLORIANO PEIXOTO

Cidade: Campina Grande

Nome da Mãe: ANA MARIA ERNESTO

CRM:

CPF:

RG:

Nº-O:

Profissão:

Estado Civil:

Motivo: ATROPELAMENTO POR CARRO

Médico:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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

1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitacão
6. Dor
7. Edema
8. Engavetamento
9. Enjolismos subcutâneos
10. Estragamento
11. Esquimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Coriolis
15. F. Cortante
16. F. Cortico-contato
17. F. Perforante-contato
18. F. Perfurante
19. Fratura essa fechada
20. Fratura essa aberta
21. Hematoma
22. Ingerimento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tardativa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico frádico
28. Objeto Estranho
29. Onicagrafia
30. Paralisia
31. Paroxismo
32. Paroxismo
33. Quimiotrauma
34. Rinsografia
35. Sinal de Isquemia
36. Sinal de Isquemia

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = \_\_\_\_\_ %

Grau ( ) 1º Grau

( ) 2º Grau

( ) 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

*Floriano Fernandes*

*A.A.C.*

*Assinatura*

*Floriano Fernandes*

*A.A*



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

### Ficha de Acolhimento

Nome: <u>Ricardo Gonçalo Fernandes</u>	Bairro: <u>Floriano Peixoto</u>
End: <u>R. Nova</u>	Documento de Identificação:
Data de Nascimento: <u>29.03.83</u>	
Quaisix: <u>Problema</u>	Data do Atend.: <u>15/12/17</u> Hora: <u>19:44</u> Documento:
Acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	

### Classificação de Risco

Nível de consciênciia: <input type="checkbox"/> Bom <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input checked="" type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gerente
Frequência respiratória:	
Pressão arterial:	
Dosagem de HGT:	
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input checked="" type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input checked="" type="checkbox"/> Maca	

MOD. 110

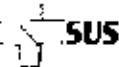
### Estratificação

- Vermelho - atendimento imediato  
 Verde - atendimento até 4 horas



Assinatura e carimbo do profissional

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

 Sistema Único do 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 MARTA ERNESTO CLEMENTE</b>		11 - TELEFONE DE CONTATO DDD <b>83</b> N° DE TELEFONE													
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) <b>FLORIANO PEIXOTO , 0 , MALVINAS</b>		14 - CÓDIGO MUNICÍPIO - 15 - UF <b>250400 PB 58400002</b>													
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Campina Grande</b>		16 - CEP -													
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>															
17 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINTOMAS CLÍNICOS  <i>JDM em CDT e (E) pós trauma.</i>															
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  <i>Necessidade de TTO CIVICO.</i>															
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVOS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  <i>T - X</i>															
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Ex folicular (E)</i>		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 PROCEDIMENTO													
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <b>02</b>	28 - DOCUMENTO ( <input checked="" type="checkbox"/> CNS) ( <input type="checkbox"/> CPF)	29 - N° 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>	32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)												
33 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA) - DETERMINAR PATOLOGIA <table border="1"> <tr> <td>33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO</td> <td>36 - CNPJ DA SEGURODORA</td> <td>37 - N° DO ETIQUETA</td> <td>38 - SÉRIE</td> </tr> <tr> <td>34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO</td> <td>39 - CNPJ EMPRESA</td> <td>40 - CNAE DA EMPRESA</td> <td>41 - CBOR</td> </tr> </table>				33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURODORA	37 - N° DO ETIQUETA	38 - SÉRIE	34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURODORA	37 - N° DO ETIQUETA	38 - SÉRIE												
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO															
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR												
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <table border="1"> <tr> <td>( ) EMPREGADO</td> <td>( ) EMPREGADOR</td> <td>( ) AUTÔNOMO</td> <td>( ) DESEMPREGADO</td> <td>( ) APOSENTADO</td> <td>( ) NÃO SEGURADO</td> </tr> </table>				( ) EMPREGADO	( ) EMPREGADOR	( ) AUTÔNOMO	( ) DESEMPREGADO	( ) APOSENTADO	( ) NÃO SEGURADO						
( ) EMPREGADO	( ) EMPREGADOR	( ) AUTÔNOMO	( ) DESEMPREGADO	( ) APOSENTADO	( ) NÃO SEGURADO										
<b>AUTORIZAÇÃO</b>															
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR												
46 - DOCUMENTO ( <input checked="" type="checkbox"/> CNS) ( <input type="checkbox"/> CPF)		47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR													
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <b>19 MAR 2018</b>		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)													

Nome do Paciente <i>Ricardo Mário Fernandes</i>	Nº Prontuário	
Data da Operação 28/12/17	Enf. ontop. I	Leito 9-2
Operador Dr Amaro Jorge	1º Auxiliar Dr Hallison (mrc)	
2º Auxiliar Dr Júnior (mrc)	3º Auxiliar Dr Júlio (mrc) Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fx Femur Diante (c)</i>		
Tipo de Operação <i>Osteosíntese</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório O mesmo		
Relatório Imediato da Patologia <i>4</i>		
Exame Radiológico no Ato <i>Não</i>		
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>		

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Pronto em DOL 503 Anestesia. 2) Assessoria + Antissepsia + Campos Estériles 3) Incisão em fase laranja de coca (c) + Assessoria por助手 + Hemostasia. 4) Remoção cravado de fios. 5) Desassento de 1 phca DCP largo 10F + 8 pompeia. 6) Levado de fio c/ siro. i. 7) Fecho por fios. 8) Curativo
<i>SACEMI SEGURAUJRA SIR</i>
19 MAR 2018
<i>KM do PPI CRITICOS LEIA</i>
RECEBIDO

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMAGEM	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: Ricardo Mário Fernandes			IDADE: 34a	SEXO: M	GOR:
DATA: 03/12/17	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGUÍNEO	MÉTRACIAS	HEMOGLÓBINA	HEMATOCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUIITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO		DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL		ATARÁDOS	CORTICOIDES	ALERGIA: nega	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO: d	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA: AS	EFETO		
AGENTES ANESTÉSICOS	O <sub>2</sub>				REUBAÇÃO		
					Satisf.: _____	Excit.: _____	Tosse: _____
LÍQUIDOS			SF 2000 ml		Laringo espasmo: _____	Lenta: _____	
			PNE ECG SpO <sub>2</sub>		Náuseas: _____	Vômitos: _____	Outros: _____
CÓDIGOS VP: ARTERIAL O - RESPIRAÇÃO AX: ANESTÉSIA O - OPERAÇÃO					MANUTENÇÃO		
					mocaina 1 dimorf 1 cetazolina 2 dipirona 2 metuxidion 1 antak 1 titratil 1 fentanil. 1		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____		
					Não, por quê? _____		
POSIÇÃO					DESPERTAR		
					Reflexos na SO: _____	Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____	
AGENTES					Náuseas: _____ Vômitos: _____		
					Outros: _____		
TÉCNICA					Com canula: _____		
					Paro o Leito: Sim _____ Não _____		
OPERAÇÃO					CONDIÇÕES:		
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGUÍNEA		

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Ricardo Moreira Ferreira DN 29-03-1985

DI

LEITE

CONVÉNIO

IDADE

34

REGISTRO

1562773

GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CIRURGIA TTO c/ osteo fratura de Fémur

CIRURGÃO

Dra. Yvone + Dr. Julio

ANESTESIA

Raquel

ANESTESIA

Dr. Taylor

Hospital de  
Emergência e Trauma Dom  
Luiz Gonzaga Fernandes

INSTRUMENTADORA

DATA

INÍCIO

FIM

peleco 28-12-17

14:20

16:00

Qtd.

MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Bolsa Colostomia

Qtd.

FIOS

CÓDIGO

Adrenalina amp.

01

Atropina amp.

08

Diazepam amp.

08

Dimore amp.

08

Dolantina amp.

08

Efrane ml

08

Enegeam amp.

08

Fenitilnil ml

08

Inova ml

08

Ketalar ml

08

Moracina 2% ml

08

Midazolam amp.

08

Pavulon amp.

08

Protigmine amp.

08

Protoxido Urn

08

Oxálico ml

08

Rapifer amp.

08

Thiopental ml

08

Tracrium amp.

08

Qtd.

MEDICAÇÕES

02

Agua Destilada amp.

03

Decadron amp.

08

Dipirona amp.

08

Flaxidol amp.

08

Flebotorid amp.

08

Glicose amp.

08

Glucon de Cálcio amp.

08

Hipocalm ml

08

Heparema ml

08

Kanakion amp.

08

Laxix amp.

08

Medrotinazol.

08

Plasil amp.

08

Protamina

08

Revivan amp.

08

Sturplanon amp.

08

Cefalotina 1g

08

Qtd.

MATERIAIS / SOLUÇÕES

02

Aguilha desc. 25 x 7

05

Aguilha desc. 28 x 28

05

Aguilha desc. 3 x 4,5

05

Aguilha p/ raque n°

25

Álcool de Enfermagem

20ml

Álcool Iodado ml

04

Aladuras de Crepon

15

Aladuras de Gessada

04

Azul melileno amp.

04

Benzina ml

04

Qtd.

SÓROS

03

Sebão Antiséptico

04

Saco coletor

04

Seringa desc. 10 ml

04

Seringa desc. 20 ml

04

Seringa desc. 05 ml

04

Sonda

04

Sonda Foley

04

Sonda Nasogástrica

04

Sonda Uretral nº

04

Steridren ml

04

Tomeirinha

04

Vaselina ml

04

Gelcon 18

04

Lalesse

04

SG Normotérmico

04

SG Gelado

04

SG Hipertérmico

04

SG Ringr

04

SG 500 ml

04

SG 1000 ml

04

SG 2000 ml

04

SG 3000 ml

04

SG 4000 ml

04

SG 5000 ml

04

SG 6000 ml

04

SG 7000 ml

04

SG 8000 ml

04

SG 9000 ml

04

SG 10000 ml

04

SG 11000 ml

04

SG 12000 ml

04

SG 13000 ml

04

SG 14000 ml

04

SG 15000 ml

04

SG 16000 ml

04

SG 17000 ml

04

SG 18000 ml

04

SG 19000 ml

04

SG 20000 ml

04

SG 21000 ml

04

SG 22000 ml

04

SG 23000 ml

04

SG 24000 ml

04

SG 25000 ml

04

SG 26000 ml

04

SG 27000 ml

04

SG 28000 ml

04

SG 29000 ml

04

SG 30000 ml

04

SG 31000 ml

04

SG 32000 ml

04

SG 33000 ml

04

SG 34000 ml

04

SG 35000 ml

04

SG 36000 ml

04

SG 37000 ml

04

SG 38000 ml

04

SG 39000 ml

04

SG 40000 ml

04

SG 41000 ml

04

SG 42000 ml

04

SG 43000 ml

04

SG 44000 ml

04

SG 45000 ml

04

SG 46000 ml

04

SG 47000 ml

04

SG 48000 ml

04

SG 49000 ml

04

SG 50000 ml

04

SG 51000 ml

04

SG 52000 ml

04

SG 53000 ml

04

SG 54000 ml

04

SG 55000 ml

04

SG 56000 ml

04

SG 57000 ml

04

SG



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Ricardo Mariano Fernandes Idade: 34 anos  
Convênio: SUS Data: 20/10/12  
Procedimento: ftto laringeo de Fratura do Fêmur.

### **Observações:**

*Right Eye* 13-05-08 S. Chandra  
Medical Exam 13-05-08 2011  
CPF 075 182 124 23

**Assinatura Anestesista**

Circulante



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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, 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



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Varela Fernandes | Registro: 85001 | Leito: 9-2 | Setor Atual: Ortopedia

Idade: 34 | Sexo: M | Cor: | Estado Civil: União | Naturalidade: | Profissão:

Procedência: ( ) Vermelha ( X ) Amarela ( ) Verde ( ) UTI ( ) CC ( ) Ala: ( ) Residência ( ) Outro

Data da internação hospitalar: / / | Data da internação no setor: 20/12/17

Tem um cuidador/Responsável: ( ) Quem?

Telefone: | Tem acesso a uma UBS: ( ) Qual:

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias: ( ) Motivos: | Alergias: ( ) Qual:

Doenças: ( ) HAS ( ) DM ( ) DPOC ( ) Cardiopatia ( ) Obesidade ( X ) Tabagista ( ) Ex-tabagista ( ) Neoplasia

( ) Alcoolismo ( ) Drogadição ( ) Outros: | Medicações em uso:

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar): Acidente automobilístico

4. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Pupilas: ( X ) Isocônicas ( ) Anisocônicas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotoreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas

Mobilidade Física: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia. Local: Paraparesia

Linguagem: Alteração: ( ). Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfásia ( ) Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ( X ) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T  
( ) VMI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH<sub>2</sub>O

( X ) Eupneia ( ) Taquipneia ( ) Bradipneia ( ) 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; ( ) Sefo 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:

<b>SEGURANÇA FÍSICA</b>	
(X) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:	
<b>REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR</b>	
P脉: (X) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme (X) Cheio.	
Pele: (X) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: (X) ≤ 3 segundos ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )	
Drogas vasoativas: ( ) Quais?	Precordialgia: ( )
Ausculta cardíaca: (X) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: (X) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: M.S.D Data da punção: 20/12/12	
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: (X) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.	
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.	
Alimentação: (X) V.O ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) N.P.T Hora: _____ Data: ____ / ____ / ____	
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:	
Abdômen: (X) Normotônico ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:	
R.H.A: (X) Normoalitivos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados	
Eliminação intestinal: (X) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há ____ dias ( ) Outros:	
Eliminação urinária: (X) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) S.V.D: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: ( ) Outros: Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: ( ) Integra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:	
Coloração da pele: (X) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica   Turgor da pele: ( ) Preservado	
Condições das mucosas: (X) Úmidas ( ) Secas   Manifestações de sede: ( ) Mi ____	
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Próx. Operatória / Incisão   Curativo em: ____ / ____ / ____	
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____ / ____ / ____	
Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____ / ____ / ____	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( ) Independente (X) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (X) Satisfatória ( ) Insatisfatória   Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.	
Limitação física: (X) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
(X) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:	
<b>6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: (X) Preservada ( ) Prejudicada.   Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo ( ) Medo: ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:	
<b>7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>ERSantos</i> DATA: <u>20/12/12</u> HORA: <u>17:50</u> h Eliangela Rosena dos S. Almeida ENFERMEIRA COREN-PE 473385	

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Manoel Fernandes | Registro: | Leito: 9 - 2 | Setor Atual: B1f1

2. DADOS GERAIS

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: lpm; 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  Fotoreagentes  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  
( ) VMI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

Eupnênia ( ) Taquipnênia ( ) Bradipnênia ( ) 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:

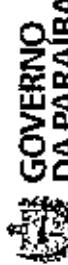
SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) > 3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )	
Drogas vasoativas: ( ) Quais? _____ Precordialgia ( )	
Ausculta cardíaca: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Rítmica ( ) 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 ( ) Enmagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.	
Dentição: ( ) Completa ( ) 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: ( ) Normocálicos ( ) 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: Débil ____ 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"/> ) Normocoreda ( ) 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: _____ Débil: _____ Retirado em: ____ / ____ / ____	
Úlcera de pressão: ( ) Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curalivo: ____ / ____ / ____	
<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 REPOUSO</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"/> ) Ansiedadé ( ) 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>	
- Paciente MIE me faleceu com sono - agoniando muito	
<p><i>Dr. Maria do Socorro de Melo Enfermeira PSF/Coleta PSF CONEP 241221 Mat 162.166-8</i></p> <p>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____ DATA: <u>21/12/17</u> HORA: ____ h</p>	



SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E

HOSPITAL DE EMERGÉNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

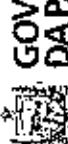
Diagnóstico

for Distilling oil from  
leaves of M. p. 1937

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente | Zicardo Manzini Fernandes

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
15/12/16	Rx 172 lívad.	21:00	Rx: 174



SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

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

Diagnóstico

1

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

1

26







Ricardo Macaco  
SECRETAR  
HOSPTAL DI  
**GOVERNO DA PARAIBA**

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

Diagnóstico

May 2011

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

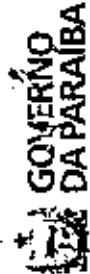
Paciente J. C. M. de M. P. et al Alojamiento H0

٤٠

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
01/12	1 - Drieta forte 2 - S.R + 500 ml + V. 12/12 h. 3 - Dipirona 02 ml + V. 8/8 h (mento). 4 - Thalid 20 mg + V. 22/22 h. 5 - Omeprazol 10 mg I.V. 01 x dia.	19/12/12 14/12/12 16/12/12 16/12/12 16/12/12	Grau 1 Grau 2 Grau 2 Grau 2 Grau 2
6 - C.C.G			Q
7 - Clotrimazol 100 mg I.V. 01 x dia.		16/12/12	Q
8 - C.C.G			Q
9 - C.C.G			Q
10 - C.C.G			Q
11 - C.C.G			Q
12 - C.C.G			Q
13 - C.C.G			Q
14 - C.C.G			Q
15 - C.C.G			Q
16 - C.C.G			Q
17 - C.C.G			Q
18 - C.C.G			Q
19 - C.C.G			Q
20 - C.C.G			Q







GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

## Diagnóstico

*Maria da Conceição*

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

*Diagnóstico: Pneumotórax* (C) ok

Paciente *Maria da Conceição*

Alojamento

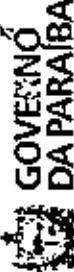
10

Lerio

Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
			<i>26/4/2017</i>
			<i>01/5/2017</i>
			<i>02/5/2017</i>
			<i>03/5/2017</i>
			<i>04/5/2017</i>
			<i>05/5/2017</i>
			<i>06/5/2017</i>
			<i>07/5/2017</i>
			<i>08/5/2017</i>
			<i>09/5/2017</i>
			<i>10/5/2017</i>
			<i>11/5/2017</i>
			<i>12/5/2017</i>
			<i>13/5/2017</i>
			<i>14/5/2017</i>
			<i>15/5/2017</i>
			<i>16/5/2017</i>
			<i>17/5/2017</i>
			<i>18/5/2017</i>
			<i>19/5/2017</i>
			<i>20/5/2017</i>
			<i>21/5/2017</i>
			<i>22/5/2017</i>
			<i>23/5/2017</i>
			<i>24/5/2017</i>
			<i>25/5/2017</i>
			<i>26/5/2017</i>
			<i>27/5/2017</i>
			<i>28/5/2017</i>
			<i>29/5/2017</i>
			<i>30/5/2017</i>
			<i>31/5/2017</i>
			<i>01/6/2017</i>
			<i>02/6/2017</i>
			<i>03/6/2017</i>
			<i>04/6/2017</i>
			<i>05/6/2017</i>
			<i>06/6/2017</i>
			<i>07/6/2017</i>
			<i>08/6/2017</i>
			<i>09/6/2017</i>
			<i>10/6/2017</i>
			<i>11/6/2017</i>
			<i>12/6/2017</i>
			<i>13/6/2017</i>
			<i>14/6/2017</i>
			<i>15/6/2017</i>
			<i>16/6/2017</i>
			<i>17/6/2017</i>
			<i>18/6/2017</i>
			<i>19/6/2017</i>
			<i>20/6/2017</i>
			<i>21/6/2017</i>
			<i>22/6/2017</i>
			<i>23/6/2017</i>
			<i>24/6/2017</i>
			<i>25/6/2017</i>
			<i>26/6/2017</i>
			<i>27/6/2017</i>
			<i>28/6/2017</i>
			<i>29/6/2017</i>
			<i>30/6/2017</i>
			<i>01/7/2017</i>
			<i>02/7/2017</i>
			<i>03/7/2017</i>
			<i>04/7/2017</i>
			<i>05/7/2017</i>
			<i>06/7/2017</i>
			<i>07/7/2017</i>
			<i>08/7/2017</i>
			<i>09/7/2017</i>
			<i>10/7/2017</i>
			<i>11/7/2017</i>
			<i>12/7/2017</i>
			<i>13/7/2017</i>
			<i>14/7/2017</i>
			<i>15/7/2017</i>
			<i>16/7/2017</i>
			<i>17/7/2017</i>
			<i>18/7/2017</i>
			<i>19/7/2017</i>
			<i>20/7/2017</i>
			<i>21/7/2017</i>
			<i>22/7/2017</i>
			<i>23/7/2017</i>
			<i>24/7/2017</i>
			<i>25/7/2017</i>
			<i>26/7/2017</i>
			<i>27/7/2017</i>
			<i>28/7/2017</i>
			<i>29/7/2017</i>
			<i>30/7/2017</i>
			<i>31/7/2017</i>
			<i>01/8/2017</i>
			<i>02/8/2017</i>
			<i>03/8/2017</i>
			<i>04/8/2017</i>
			<i>05/8/2017</i>
			<i>06/8/2017</i>
			<i>07/8/2017</i>
			<i>08/8/2017</i>
			<i>09/8/2017</i>
			<i>10/8/2017</i>
			<i>11/8/2017</i>
			<i>12/8/2017</i>
			<i>13/8/2017</i>
			<i>14/8/2017</i>
			<i>15/8/2017</i>
			<i>16/8/2017</i>
			<i>17/8/2017</i>
			<i>18/8/2017</i>
			<i>19/8/2017</i>
			<i>20/8/2017</i>
			<i>21/8/2017</i>
			<i>22/8/2017</i>
			<i>23/8/2017</i>
			<i>24/8/2017</i>
			<i>25/8/2017</i>
			<i>26/8/2017</i>
			<i>27/8/2017</i>
			<i>28/8/2017</i>
			<i>29/8/2017</i>
			<i>30/8/2017</i>
			<i>31/8/2017</i>
			<i>01/9/2017</i>
			<i>02/9/2017</i>
			<i>03/9/2017</i>
			<i>04/9/2017</i>
			<i>05/9/2017</i>
			<i>06/9/2017</i>
			<i>07/9/2017</i>
			<i>08/9/2017</i>
			<i>09/9/2017</i>
			<i>10/9/2017</i>
			<i>11/9/2017</i>
			<i>12/9/2017</i>
			<i>13/9/2017</i>
			<i>14/9/2017</i>
			<i>15/9/2017</i>
			<i>16/9/2017</i>
			<i>17/9/2017</i>
			<i>18/9/2017</i>
			<i>19/9/2017</i>
			<i>20/9/2017</i>
			<i>21/9/2017</i>
			<i>22/9/2017</i>
			<i>23/9/2017</i>
			<i>24/9/2017</i>
			<i>25/9/2017</i>
			<i>26/9/2017</i>
			<i>27/9/2017</i>
			<i>28/9/2017</i>
			<i>29/9/2017</i>
			<i>30/9/2017</i>
			<i>31/9/2017</i>
			<i>01/10/2017</i>
			<i>02/10/2017</i>
			<i>03/10/2017</i>
			<i>04/10/2017</i>
			<i>05/10/2017</i>
			<i>06/10/2017</i>
			<i>07/10/2017</i>
			<i>08/10/2017</i>
			<i>09/10/2017</i>
			<i>10/10/2017</i>
			<i>11/10/2017</i>
			<i>12/10/2017</i>
			<i>13/10/2017</i>
			<i>14/10/2017</i>
			<i>15/10/2017</i>
			<i>16/10/2017</i>
			<i>17/10/2017</i>
			<i>18/10/2017</i>
			<i>19/10/2017</i>
			<i>20/10/2017</i>
			<i>21/10/2017</i>
			<i>22/10/2017</i>
			<i>23/10/2017</i>
			<i>24/10/2017</i>
			<i>25/10/2017</i>
			<i>26/10/2017</i>
			<i>27/10/2017</i>
			<i>28/10/2017</i>
			<i>29/10/2017</i>
			<i>30/10/2017</i>
			<i>31/10/2017</i>
			<i>01/11/2017</i>
			<i>02/11/2017</i>
			<i>03/11/2017</i>
			<i>04/11/2017</i>
			<i>05/11/2017</i>
			<i>06/11/2017</i>
			<i>07/11/2017</i>
			<i>08/11/2017</i>
			<i>09/11/2017</i>
			<i>10/11/2017</i>
			<i>11/11/2017</i>
			<i>12/11/2017</i>
			<i>13/11/2017</i>
			<i>14/11/2017</i>
			<i>15/11/2017</i>
			<i>16/11/2017</i>
			<i>17/11/2017</i>
			<i>18/11/2017</i>
			<i>19/11/2017</i>
			<i>20/11/2017</i>
			<i>21/11/2017</i>
			<i>22/11/2017</i>
			<i>23/11/2017</i>
			<i>24/11/2017</i>
			<i>25/11/2017</i>
			<i>26/11/2017</i>
			<i>27/11/2017</i>
			<i>28/11/2017</i>
			<i>29/11/2017</i>
			<i>30/11/2017</i>
			<i>31/11/2017</i>
			<i>01/12/2017</i>
			<i>02/12/2017</i>
			<i>03/12/2017</i>
			<i>04/12/2017</i>
			<i>05/12/2017</i>
			<i>06/12/2017</i>
			<i>07/12/2017</i>
			<i>08/12/2017</i>
			<i>09/12/2017</i>
			<i>10/12/2017</i>
			<i>11/12/2017</i>
			<i>12/12/2017</i>
			<i>13/12/2017</i>
			<i>14/12/2017</i>
			<i>15/12/2017</i>
			<i>16/12/2017</i>
			<i>17/12/2017</i>
			<i>18/12/2017</i>
			<i>19/12/2017</i>
			<i>20/12/2017</i>
			<i>21/12/2017</i>
			<i>22/12/2017</i>
			<i>23/12/2017</i>
			<i>24/12/2017</i>
			<i>25/12/2017</i>
			<i>26/12/2017</i>
			<i>27/12/2017</i>
			<i>28/12/2017</i>
			<i>29/12/2017</i>
			<i>30/12/2017</i>
			<i>31/12/2017</i>
			<i>01/01/2018</i>
			<i>02/01/2018</i>
			<i>03/01/2018</i>
			<i>04/01/2018</i>
			<i>05/01/2018</i>
			<i>06/01/2018</i>
			<i>07/01/2018</i>
			<i>08/01/2018</i>
			<i>09/01/2018</i>
			<i>10/01/2018</i>
			<i>11/01/2018</i>
			<i>12/01/2018</i>
			<i>13/01/2018</i>
			<i>14/01/2018</i>
			<i>15/01/2018</i>
			<i>16/01/2018</i>
			<i>17/01/2018</i>
			<i>18/01/2018</i>
			<i>19/01/2018</i>
			<i>20/01/2018</i>
			<i>21/01/2018</i>
			<i>22/01/2018</i>
			<i>23/01/2018</i>
			<i>24/01/2018</i>
			<i>25/01/2018</i>
			<i>26/01/2018</i>
			<i>27/01/2018</i>
			<i>28/01/2018</i>
			<i>29/01/2018</i>
			<i>30/01/2018</i>
			<i>31/01/2018</i>
			<i>01/02/2018</i>
			<i>02/02/2018</i>
			<i>03/02/2018</i>
			<i>04/02/2018</i>
			<i>05/02/2018</i>
			<i>06/02/2018</i>
			<i>07/02/2018</i>
			<i>08/02/2018</i>
			<i>09/02/2018</i>
			<i>10/02/2018</i>
			<i>11/02/2018</i>
			<i>12/02/2018</i>
			<i>13/02/2018</i>
			<i>14/02/2018</i>
			<i>15/02/2018</i>
			<i>16/02/2018</i>
			<i>17/02/2018</i>
			<i>18/02/2018</i>
			<i>19/02/2018</i>
			<i>20/02/2018</i>
			<i>21/02/2018</i>
			<i>22/02/2018</i>



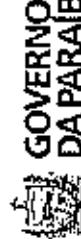


SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

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

Diagnóstico





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

ORTOPSI  
11109.2

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**  
**ALTA ORTOPÉDICA**

RICARDO MARCOS FERNANDES, 34

PRE OP OV

FX DIAPFISE FEMUR

11/10/9-2

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA</b>			
2/1/10	1. DROTA LINFE	Horário	
	2. 5% 0,9% SALINHO 24H	20:00	
	3. DIFERENTES TENSORES C/OTR	12:18	
	4. THALIT 20MG + AD EV 12/12H S/N	SN	
	5. TYLEX 30MG 1 CP VD 6/6 H SE DOR	SN	
	6. IRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H S/N	SN	
	7. NAUSEBON 3mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN	06	
	8. CEMERPAN 250MG + PRAMETTE EV 7/7HMAA	06	
	9. CEFAXINE 400MG SC/DPK		
	10. SSVV+CCGG		
<b>EVOLUÇÃO ORTOPÉDICA</b>			
CETOGENA CETOGENA CETOGENA CETOGENA CETOGENA CETOGENA CETOGENA CETOGENA CETOGENA CETOGENA			





Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
23/12	8:50	43	100x60				Pt constante arterial, colagibratô. Jefs cuidados gerais medicado c/PM jato cavitário seguir seu quadro nos cuidados da enfermeira	100
23/12	19:45	74	130x75	+ Pt regular medicado em repouso quadro grave deixa operário não pressionar aquecendo com fogo tripectra abr. cuidados de enfermagem				100



SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

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

Diagnóstico

ORTOP 1  
LEITTO 9.2

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO  
ALA ORTOPÉDICA**

PREOP

FESTIVALS FESTIVE

RICARDO MARCHÉ FERNANDEZ, 34

34

100

四

10

Data	Prescrição Médica	Horaário	Evolução Médica
24/11/11	1- DIAZETAMOL 2- 5% 1500ML EV PR 24H	-	-
	3- DIPRIFONAL 1G + ABD EV 6/6H	-	MORTOPEDEIA
	4- TILATIL 20MG + AD EV 12/12H 5/4	-	
	5- TYLEX 30MG 1CP VO 6/6 H SE DOR	-	
	6- TRAMAL 100MG + 100ML SED 0,9% EV 6/6H S/N	-	
	7- NALISEDICON 8mg/ml 15A + ABD EV 8/8H S/N	-	
	8- ORTEPRAZOL 40mg + DIURETICO EV 7/7H S/N	-	
	9- CLEXANE 40MG SC 1X/1A	-	
	10- SSVV+CCGG	-	
			11/12/11 Morto deputado Cleber Wolfgang Riedel 2011-05-10







**SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA**

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

Diagnóstico

ORTOP  
LITERATUR

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

AL AORTOPÉDICA

RICARDO MARCIO FERNANDES, 34

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP 015

FX DIAFISE FEMURE

CITO

2

2

2

10

1

1

1

1

1

1

1

1

15





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

## Diagnóstico

ORTOP  
LUIZ

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

#### ALA ORTOPÉDICA

**RICARDO MARCHIO FERNANDES, 34**

2012 NO. 72

PRE OP

5

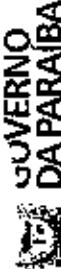
FX DIAFISE FEMUR E

LETO g.2

Paciente	Prescrição Médica	Alojamento	Leito	Convenio	Evolução Médica
2012	1 DIETA LIVRE, 2 FELCO SALINIZADO	/	/	/	
	3 DIPHENOXILO 15 MG + ABD 5446/6H	/	/	/	#ORTOPEDIA
	4 TRAMAL 20MG + AD 6V 12/12H S/N	/	/	/	
	5 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR	/	/	/	
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H S/N	/	/	/	
	7 NAUSEDORON 8mg/ml 1FA + ABD 6V 8/8H S/N	/	/	/	
	8 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / IELUM	/	/	/	
	9 CLEXANE 40MG SC 148IA	/	/	/	
	10 SISTEN 0,666	/	/	/	

Dr. Julio Cesar Cachão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 8985

Dr. Julio Cesar Cachão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 8985



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

## Diagnóstico

ORTOP 1  
LENU 4,4

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO ALIA ORTOPEDICA

**RICARDO MÁRCIO FERNANDES, 34**

Paciente

PRE OP

FX DIAPSE FEMUR E

LEIPO 9,2

Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
20/11/2012	1 DIETA LIVRE	20/11/2012	
	2 SF 0,8% 1500ML EV 4/12/24H	20/11/2012	
	3 CIRURGICO 1000ML SF 0,8% + ABD EV 4/12/24H	20/11/2012	
	4 GENTAMICINA 240MG + ABD EV 1X/DIA 16H	20/11/2012	
	5 DIARRÔNA 1g + ABD EV 6/6H	20/11/2012	
	6 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H	20/11/2012	
	7 PYLEX 30MG 1 CP YC 6/6 H SF DOR	20/11/2012	
	8 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,2% EV 6/8H	20/11/2012	
	9 MALESERON 500mg/ml 1FA + ABD EV 2/24H SN	20/11/2012	
	10 OMEPREZOL 40MG + OMEPREZOL 40MG + OMEPREZOL 40MG + OMEPREZOL 40MG	20/11/2012	
	11 XARETTO 15MG 1 CP VDIA	20/11/2012	
	12 CURATIVO 1X/DIA	20/11/2012	
	13 SSWV+CCSG	20/11/2012	
		21/11/2012	
		22/11/2012	
		23/11/2012	
		24/11/2012	
		25/11/2012	
		26/11/2012	
		27/11/2012	
		28/11/2012	
		29/11/2012	
		30/11/2012	
		31/11/2012	
		01/12/2012	
		02/12/2012	
		03/12/2012	
		04/12/2012	
		05/12/2012	
		06/12/2012	
		07/12/2012	
		08/12/2012	
		09/12/2012	
		10/12/2012	
		11/12/2012	
		12/12/2012	
		13/12/2012	
		14/12/2012	
		15/12/2012	
		16/12/2012	
		17/12/2012	
		18/12/2012	
		19/12/2012	
		20/12/2012	
		21/12/2012	
		22/12/2012	
		23/12/2012	
		24/12/2012	
		25/12/2012	
		26/12/2012	
		27/12/2012	
		28/12/2012	
		29/12/2012	
		30/12/2012	
		31/12/2012	
		01/01/2013	
		02/01/2013	
		03/01/2013	
		04/01/2013	
		05/01/2013	
		06/01/2013	
		07/01/2013	
		08/01/2013	
		09/01/2013	
		10/01/2013	
		11/01/2013	
		12/01/2013	
		13/01/2013	
		14/01/2013	
		15/01/2013	
		16/01/2013	
		17/01/2013	
		18/01/2013	
		19/01/2013	
		20/01/2013	
		21/01/2013	
		22/01/2013	
		23/01/2013	
		24/01/2013	
		25/01/2013	
		26/01/2013	
		27/01/2013	
		28/01/2013	
		29/01/2013	
		30/01/2013	
		31/01/2013	
		01/02/2013	
		02/02/2013	
		03/02/2013	
		04/02/2013	
		05/02/2013	
		06/02/2013	
		07/02/2013	
		08/02/2013	
		09/02/2013	
		10/02/2013	
		11/02/2013	
		12/02/2013	
		13/02/2013	
		14/02/2013	
		15/02/2013	
		16/02/2013	
		17/02/2013	
		18/02/2013	
		19/02/2013	
		20/02/2013	
		21/02/2013	
		22/02/2013	
		23/02/2013	
		24/02/2013	
		25/02/2013	
		26/02/2013	
		27/02/2013	
		28/02/2013	
		29/02/2013	
		01/03/2013	
		02/03/2013	
		03/03/2013	
		04/03/2013	
		05/03/2013	
		06/03/2013	
		07/03/2013	
		08/03/2013	
		09/03/2013	
		10/03/2013	
		11/03/2013	
		12/03/2013	
		13/03/2013	
		14/03/2013	
		15/03/2013	
		16/03/2013	
		17/03/2013	
		18/03/2013	
		19/03/2013	
		20/03/2013	
		21/03/2013	
		22/03/2013	
		23/03/2013	
		24/03/2013	
		25/03/2013	
		26/03/2013	
		27/03/2013	
		28/03/2013	
		29/03/2013	
		30/03/2013	
		31/03/2013	
		01/04/2013	
		02/04/2013	
		03/04/2013	
		04/04/2013	
		05/04/2013	
		06/04/2013	
		07/04/2013	
		08/04/2013	
		09/04/2013	
		10/04/2013	
		11/04/2013	
		12/04/2013	
		13/04/2013	
		14/04/2013	
		15/04/2013	
		16/04/2013	
		17/04/2013	
		18/04/2013	
		19/04/2013	
		20/04/2013	
		21/04/2013	
		22/04/2013	
		23/04/2013	
		24/04/2013	
		25/04/2013	
		26/04/2013	
		27/04/2013	
		28/04/2013	
		29/04/2013	
		30/04/2013	
		31/04/2013	
		01/05/2013	
		02/05/2013	
		03/05/2013	
		04/05/2013	
		05/05/2013	
		06/05/2013	
		07/05/2013	
		08/05/2013	
		09/05/2013	
		10/05/2013	
		11/05/2013	
		12/05/2013	
		13/05/2013	
		14/05/2013	
		15/05/2013	
		16/05/2013	
		17/05/2013	
		18/05/2013	
		19/05/2013	
		20/05/2013	
		21/05/2013	
		22/05/2013	
		23/05/2013	
		24/05/2013	
		25/05/2013	
		26/05/2013	
		27/05/2013	
		28/05/2013	
		29/05/2013	
		30/05/2013	
		31/05/2013	
		01/06/2013	
		02/06/2013	
		03/06/2013	
		04/06/2013	
		05/06/2013	
		06/06/2013	
		07/06/2013	
		08/06/2013	
		09/06/2013	
		10/06/2013	
		11/06/2013	
		12/06/2013	
		13/06/2013	
		14/06/2013	
		15/06/2013	
		16/06/2013	
		17/06/2013	
		18/06/2013	
		19/06/2013	
		20/06/2013	
		21/06/2013	
		22/06/2013	
		23/06/2013	
		24/06/2013	
		25/06/2013	
		26/06/2013	
		27/06/2013	
		28/06/2013	
		29/06/2013	
		30/06/2013	
		31/06/2013	
		01/07/2013	
		02/07/2013	
		03/07/2013	
		04/07/2013	
		05/07/2013	
		06/07/2013	
		07/07/2013	
		08/07/2013	
		09/07/2013	
		10/07/2013	
		11/07/2013	
		12/07/2013	
		13/07/2013	
		14/07/2013	
		15/07/2013	
		16/07/2013	
		17/07/2013	
		18/07/2013	
		19/07/2013	
		20/07/2013	
		21/07/2013	
		22/07/2013	
		23/07/2013	
		24/07/2013	
		25/07/2013	
		26/07/2013	
		27/07/2013	
		28/07/2013	
		29/07/2013	
		30/07/2013	
		31/07/2013	
		01/08/2013	
		02/08/2013	
		03/08/2013	
		04/08/2013	
		05/08/2013	
		06/08/2013	
		07/08/2013	
		08/08/2013	
		09/08/2013	
		10/08/2013	
		11/08/2013	
		12/08/2013	
		13/08/2013	
		14/08/2013	
		15/08/2013	
		16/08/2013	
		17/08/2013	
		18/08/2013	
		19/08/2013	
		20/08/2013	
		21/08/2013	
		22/08/2013	
		23/08/2013	
		24/08/2013	
		25/08/2013	
		26/08/2013	
		27/08/2013	
		28/08/2013	
		29/08/2013	
		30/08/2013	
		31/08/2013	
		01/09/2013	
		02/09/2013	
		03/09/2013	
		04/09/2013	
		05/09/2013	
		06/09/2013	
		07/09/2013	
		08/09/2013	
		09/09/2013	
		10/09/2013	
		11/09/2013	
		12/09/2013	
		13/09/2013	
		14/09/2013	
		15/09/2013	
		16/09/2013	
		17/09/2013	
		18/09/2013	
		19/09/2013	
		20/09/2013	
		21/09/2013	
		22/09/2013	
		23/09/2013	
		24/09/2013	
		25/09/2	





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

## Diagnóstico

ORTOPÓDICO

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ALA ORTOPÉDICA

RICARDO MÁRCIO FERNANDES, 34

PRI: OP

FX DIAFISE FEMUR L

LINHO 9-2

Paciente

Alojamento

Leito

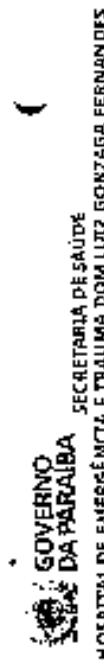
Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
2/9/12	1. DIETALIVRE	10:30	1: DP D
	2. SF 0,9% 1500ML EV 4/24H	12:30	2. DIH
	3. TUMINDANTICRAT 500MG + ADD EV/8H	12:30	3. ORTOPEDEIA
	4. GENTAMICINA 240MG + ADD EV/12H TENTO	12:30	
	5. DIPRORNA 16 + ADD EV 6/6H	12:30	
	6. NIATIL 20MG + AD EV 12/12H	12:30	
	7. TYLEX 25MG 1 CP VQ 6/6 H SE DOR	12:30	
	8. TRAMAL 100MG + 10MMI SFO 9% EV 8/8H	12:30	
	9. NAUSEFRON 800MG/ML 1EA + ADD EV 8/8H SM	12:30	
	10. OMEPRAZOL 40MG + DUTACET 400MG /FESTIM	12:30	
	11. RARELTOS 15MG TOPO VAGINA	12:30	
	12. CIRATIVO 1 X DIA	12:30	
	13. SSNIV+CCGG	12:30	
	14. ZOMIG 20 - 200MG NO NOITE	12:30	
	15. Venozine 600MG 100ML 1000ML 1000ML	12:30	
	16. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	17. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	18. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	19. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	20. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	21. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	22. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	23. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	24. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	25. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	26. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	27. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	28. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	29. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	30. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	31. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	32. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	33. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	34. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	35. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	36. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	37. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	38. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	39. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	40. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	41. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	42. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	43. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	44. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	45. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	46. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	47. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	48. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	49. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	50. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	51. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	52. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	53. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	54. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	55. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	56. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	57. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	58. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	59. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	60. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	61. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	62. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	63. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	64. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	65. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	66. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	67. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	68. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	69. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	70. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	71. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	72. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	73. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	74. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	75. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	76. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	77. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	78. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	79. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	80. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	81. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	82. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	83. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	84. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	85. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	86. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	87. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	88. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	89. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	90. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	91. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	92. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	93. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	94. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	95. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	96. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	97. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	98. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	99. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	100. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	101. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	102. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	103. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	104. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	105. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	106. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	107. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	108. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	109. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	110. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	111. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	112. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	113. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	114. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	115. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	116. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	117. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	118. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	119. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	120. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	121. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	122. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	123. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	124. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	125. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	126. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	127. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	128. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	129. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	130. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	131. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	132. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	133. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	134. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	135. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	136. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	137. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	138. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	139. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	140. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	141. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	142. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	143. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	144. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	145. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	146. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	147. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	148. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	149. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	150. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	151. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	152. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	153. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	154. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	155. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	156. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	157. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	158. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	159. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	160. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	161. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	162. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	163. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	164. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	165. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	166. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	167. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	168. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	169. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	170. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	171. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	172. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	173. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	174. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	175. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	176. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	177. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	178. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	179. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	180. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	181. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	182. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	183. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	184. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	185. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	186. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	187. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	188. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	189. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	190. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	191. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	192. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	193. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	194. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	195. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	196. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	197. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	198. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	199. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	200. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML	12:30	
	201. OXOCALM 100MG 100ML 1000ML		



16/12/2017

HIC-Gabinete Administrativo



## FORMULARIO DADOS CLÍNICOS

*Caro paciente, não é só o profissional que cuida de você, é todo o time que cuida de você, desde a chegada ao hospital até a alta.*

## ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N° 1562773 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CEP: 08.778-268/003B-52

Av. Mz. Flávio Góes nº. 4700 - Manaus, Campina Grande - FA - CEP: 58043-809 Data: 15/12/2017

Bairro: Centro Endereço: Rua Presidente Vargas, 12 - Centro

PACIENTE: RICARDO MARCIO FERNANDES

Endereço: FLORIANO PEIXOTO

Cidade: Campina Grande

Nome da MÃE: ANA MARIA DNESTO

CPF/MFNTF:

Responsável: TRAJICO PELO SAMU

Estado/CNF:

Vejunto: ATROPOLAMENTO POR CARRO

Yídica:

DBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO [Identifique o local com o número correspondente ao lado]

1. Abraçado

2. Ambulatório

3. Andarilho

4. Corr. Físic

5. Crise Epilo

6. Dér

7. Escama

8. Empurramento

9. Enforcamento

10. Engolimento

11. Explosão

12. F. Atma Granca

13. F. Arma de Fogo

14. F. Cefalgie

15. F. Cervical

16. F. Contra-vento

17. F. Pard. Secundário

18. F. Sangue oculto

19. G. Cerebral

20. Parafilia

21. Parox

22. Parox. Secund.

23. Nacidade

24. Naso-craneira

25. Nasofaringe

26. Mandibula

27. N. do membro toracico e braço

28. Objeto Enterrado

29. Osteomiosite

30. Parox. Sec.

31. Paroxia

32. Parox. Secund.

33. Sangue no leito

34. Sangue no leito

35. Sangue no leito

*Caro paciente, não é só o profissional que cuida de você, é todo o time que cuida de você, desde a chegada ao hospital até a alta.*

15/12/2017

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

CPE:

Data:

Atendido:

CNPJ:

CONVENIO:

Especialidade:

CRM:

Profissão:

CRM:

Data:

Atendido:

CNPJ:

Especialidade:

CRM:

Profissão:

CRM:

Data:

ALÉRGICO:

MEDICAMENTOS:

PATÓLOGIAS:

EXAME FÍSICO:

PUPILAS:

( ) Fotofosfato:

( ) Glauco:

( ) Pressão:

( ) Edema:

( ) Hidrocefalia:

( ) Hemorragia:

( ) Hemorragia venosa:

( ) Hemorragia venosa:

( ) Hemorragia:

DIAGNÓSTICO:

CID:

ESPECIALISTAS:

PROFISSIONAIS:

PROFISSIONAIS:

PROFISSIONAIS:

PROFISSIONAIS:

PROFISSIONAIS:

PROFISSIONAIS:

PROFISSIONAIS:



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

### Ficha de Acolhimento

Name: <u>Ricardo Henrique Fernandes</u>	End: <u>R. Novo</u>	Bairro: <u>Jardim São Pedro</u>
Data de Nascimento: <u>29.03.83</u>	Documento de identificação:	
Quixá: <u>Até o momento</u>	Data do Atend.: <u>15/12/17</u>	Hora: <u>09:44</u>
Acidente de trabalho? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

### Classificação de Risco

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

### Estratificação

- Vermelho - atendimento no imediato  
 Verde - atendimento até 4 horas



MDU. 110

Assinatura e carimbos do profissional!

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



Sistema  
Único de  
Saúde  
do  
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 LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ 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 - SÉXO

Masculino

10 - CMN

Frm [13]

10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

ANA MARIA ERNESTO CLEMENTE

11 - INSCRIÇÃO DE CURSO

CRM [13]

63

12 - ENDERECO (RUA, NÚMERO)

FLORIANO PEIXOTO , 0 , MALVINAS

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CODIGO UBS/UF

250400

15 - CEP

58400002

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS CLÍNICOS

*DOM em CT+? (E) pós trauma*

18 - CONDIÇÕES QUE AFISSIONAM A INTERNAÇÃO

*Necessidade de TTO cirúrgico.*

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

*X - X*

20 - MAGNETÔMETRO OFICIAL

21 - CÓDIGO PRINCIPAL

22 - CÓDIGO SECUNDÁRIO

23 - CÓDIGO DE CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - FATOR DE INTERNAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

02

(2) CMS

e (1) CPF

28 - N.º DOCUMENTO (CHP/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016296938549

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO (APENAS ASSINATURA E CÓDIGO DO PROFISSIONAL DO CONCEP-HO)

WAGNER DE MELO FALCAO

15/12/2017

32 - CÓDIGO DA SEGUROS

33 - I - ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - CHP DA SEGURADORA

35 - N.º DO DOCUMENTO

34 - I - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - SERIE

35 - I - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

37 - CÓDIGO DA EMPRESA

38 - CÓDIGO DA EMPRESA

39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

39 - CÓDIGO DA EMPRESA

40 - IMPREGNADO

41 - CÓDIGO

41 - ENDELEGADA

42 - CÓDIGO

42 - TUTÔNICO

43 - CÓDIGO

44 - PRESENTE

45 - CÓDIGO

45 - NÃO PRESENTE

46 - CÓDIGO

46 - NÃO PRESENTE

47 - CÓDIGO

47 - NÃO PRESENTE

48 - CÓDIGO

48 - NÃO PRESENTE

49 - CÓDIGO

49 - NÃO PRESENTE

50 - CÓDIGO

50 - NÃO PRESENTE

51 - CÓDIGO

51 - NÃO PRESENTE

52 - CÓDIGO

52 - NÃO PRESENTE

53 - CÓDIGO

53 - NÃO PRESENTE

54 - CÓDIGO

54 - NÃO PRESENTE

55 - CÓDIGO

55 - NÃO PRESENTE

56 - CÓDIGO

56 - NÃO PRESENTE

57 - CÓDIGO

57 - NÃO PRESENTE

58 - CÓDIGO

58 - NÃO PRESENTE

59 - CÓDIGO

59 - NÃO PRESENTE

60 - CÓDIGO

60 - NÃO PRESENTE

61 - CÓDIGO

61 - NÃO PRESENTE

62 - CÓDIGO

62 - NÃO PRESENTE

63 - CÓDIGO

63 - NÃO PRESENTE

64 - CÓDIGO

64 - NÃO PRESENTE

65 - CÓDIGO

65 - NÃO PRESENTE

66 - CÓDIGO

66 - NÃO PRESENTE

67 - CÓDIGO

67 - NÃO PRESENTE

68 - CÓDIGO

68 - NÃO PRESENTE

69 - CÓDIGO

69 - NÃO PRESENTE

70 - CÓDIGO

70 - NÃO PRESENTE

71 - CÓDIGO

71 - NÃO PRESENTE

72 - CÓDIGO

72 - NÃO PRESENTE

73 - CÓDIGO

73 - NÃO PRESENTE

74 - CÓDIGO

74 - NÃO PRESENTE

75 - CÓDIGO

75 - NÃO PRESENTE

76 - CÓDIGO

76 - NÃO PRESENTE

77 - CÓDIGO

77 - NÃO PRESENTE

78 - CÓDIGO

78 - NÃO PRESENTE

79 - CÓDIGO

79 - NÃO PRESENTE

80 - CÓDIGO

80 - NÃO PRESENTE

81 - CÓDIGO

81 - NÃO PRESENTE

82 - CÓDIGO

82 - NÃO PRESENTE

83 - CÓDIGO

83 - NÃO PRESENTE

84 - CÓDIGO

84 - NÃO PRESENTE

85 - CÓDIGO

85 - NÃO PRESENTE

86 - CÓDIGO

86 - NÃO PRESENTE

87 - CÓDIGO

87 - NÃO PRESENTE

88 - CÓDIGO

88 - NÃO PRESENTE

89 - CÓDIGO

89 - NÃO PRESENTE

90 - CÓDIGO

90 - NÃO PRESENTE

91 - CÓDIGO

91 - NÃO PRESENTE

92 - CÓDIGO

92 - NÃO PRESENTE

93 - CÓDIGO

93 - NÃO PRESENTE

94 - CÓDIGO

94 - NÃO PRESENTE

95 - CÓDIGO

95 - NÃO PRESENTE

96 - CÓDIGO

96 - NÃO PRESENTE

97 - CÓDIGO

97 - NÃO PRESENTE

98 - CÓDIGO

98 - NÃO PRESENTE

99 - CÓDIGO

99 - NÃO PRESENTE

100 - CÓDIGO

100 - NÃO PRESENTE

101 - CÓDIGO

101 - NÃO PRESENTE

102 - CÓDIGO

102 - NÃO PRESENTE

103 - CÓDIGO

103 - NÃO PRESENTE

104 - CÓDIGO

104 - NÃO PRESENTE

105 - CÓDIGO

105 - NÃO PRESENTE

106 - CÓDIGO

106 - NÃO PRESENTE

107 - CÓDIGO

107 - NÃO PRESENTE

108 - CÓDIGO

108 - NÃO PRESENTE

109 - CÓDIGO

109 - NÃO PRESENTE

110 - CÓDIGO

110 - NÃO PRESENTE

111 - CÓDIGO

111 - NÃO PRESENTE

112 - CÓDIGO

112 - NÃO PRESENTE

113 - CÓDIGO

113 - NÃO PRESENTE

114 - CÓDIGO

114 - NÃO PRESENTE

115 - CÓDIGO

115 - NÃO PRESENTE

116 - CÓDIGO

116 - NÃO PRESENTE

117 - CÓDIGO

117 - NÃO PRESENTE

118 - CÓDIGO

118 - NÃO PRESENTE

119 - CÓDIGO

119 - NÃO PRESENTE

120 - CÓDIGO

120 - NÃO PRESENTE

121 - CÓDIGO

121 - NÃO PRESENTE

122 - CÓDIGO

122 - NÃO PRESENTE

123 - CÓDIGO

123 - NÃO PRESENTE

124 - CÓDIGO

124 - NÃO PRESENTE

125 - CÓDIGO

125 - NÃO PRESENTE

126 - CÓDIGO

126 - NÃO PRESENTE

127 - CÓDIGO

127 - NÃO PRESENTE

128 - CÓDIGO

128 - NÃO PRESENTE

129 - CÓDIGO

129 - NÃO PRESENTE

130 - CÓDIGO

130 - NÃO PRESENTE

131 - CÓDIGO

131 - NÃO PRESENTE

132 - CÓDIGO

132 - NÃO PRESENTE

133 - CÓDIGO

133 - NÃO PRESENTE

134 - CÓDIGO

134 - NÃO PRESENTE

135 - CÓDIGO

135 - NÃO PRESENTE

136 - CÓDIGO

136 - NÃO PRESENTE

137 - CÓDIGO

137 - NÃO PRESENTE

138 - CÓDIGO

138 - NÃO PRESENTE

139 - CÓDIGO

139 - NÃO PRESENTE

140 - CÓDIGO

140 - NÃO PRESENTE

141 - CÓDIGO

141 - NÃO PRESENTE

142 - CÓDIGO

142 - NÃO PRESENTE

143 - CÓDIGO

143 - NÃO PRESENTE

144 - CÓDIGO

144 - NÃO PRESENTE

145 - CÓDIGO

145 - NÃO PRESENTE

146 - CÓDIGO

146 - NÃO PRESENTE

147 - C



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente	Nº Prontuário		
Ricardo Mário Fernandes			
Data da Operação	28/12/14	Enf. Enferm. I	Leito 9-2
Operador	Dr. Amorim, Jorge	1º Auxiliar	Dr. Hélio José (fone)
2º Auxiliar	Dr. Yuny (mai)	3º Auxiliar	Dr. Júlio (mai) Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório	Ex. Pármox. Dissec. (E)		
Tipo de Operação	Osteosíntese		
Diagnóstico Pós-Operatório	O mesmo		
Relatório Imediato da Patologia	4		
Exame Radiológico no Ato	Nº		
Acidente Durante a Operação	não		

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Técnica e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras	
1) Prafos em DORIS sobre AVESFRM 2) Assessoria + Antissepsia + Campos Estérilis 3) Inserção em foice branca de cera (E) + Dissecar por planos + Hemostasia. 4) remoção cravado de fios. 5) Ossos cortados a planos dep. longo 10.E + o parafuso 6) levado da ferida / suture. 7) fechamento por planos. 8) curativo	
CADASTRO 27/01/2015 RECEBIDO	SABEM SEGUROAMENTE 27/01/2015 RECEBIDO

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMAGEM

LEITO

APROVADA

FOLHA DE  
ANESTESIANOME  
Ricardo Návio FernandesIDADE  
39aSEXO  
MCOR  
CINZADATA  
08/12/17

PRESSÃO ARTERIAL

PULSO

RESPIRAÇÃO

TERMOMETRIA

PESO

ALTURA

TPO SINGULARE

40MMHG

HEMOGLÓBINA

HEMATÓCITO

Glicemia

URÉM

GUTHOS

USINA

AP. RESPIRATÓRIO

AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO

CR. DENTAL

DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO

ANESTESIAS ANEXADAS

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

APLICADA

AS

TERAPIA

AGENTES INSECTICIDAS

LICUADOS

COORDENAS

VP. ARTICULAR/OC. PULS. O. RESPIRAÇÃO

AX. ANESTESIA. O. OPERAÇÃO

CONDIÇÕES

SÍNTESES E ANOTACOES

POSIÇÃO

AGENTES

TECH-CA

ENFERMAGEM

LEITO

APROVADA

IDADE

39a

SEXO

M

COR

CINZA

AP. RESPIRATÓRIO

AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO

CR. DENTAL

DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO

ANESTESIAS ANEXADAS

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

APLICADA

AS

TERAPIA

AGENTES INSECTICIDAS

LICUADOS

COORDENAS

VP. ARTICULAR/OC. PULS. O. RESPIRAÇÃO

AX. ANESTESIA. O. OPERAÇÃO

CONDIÇÕES

SÍNTESES E ANOTACOES

POSIÇÃO

AGENTES

TECH-CA

TEXT

ENFERMAGEM

LEITO

APROVADA

IDADE

39a

SEXO

M

COR

CINZA

ENFERMAGEM

LEITO

APROVADA

IDADE

39a

SEXO

M

COR

CINZA

ENFERMAGEM

LEITO

APROVADA

IDADE

39a

SEXO

M

COR

CINZA

ENFERMAGEM

LEITO

APROVADA

IDADE

39a

SEXO

M

COR

CINZA

AP. RESPIRATÓRIO

AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO

CR. DENTAL

DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO

ANESTESIAS ANEXADAS

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

APLICADA

AS

TERAPIA

AGENTES INSECTICIDAS

LICUADOS

COORDENAS

VP. ARTICULAR/OC. PULS. O. RESPIRAÇÃO

AX. ANESTESIA. O. OPERAÇÃO

CONDIÇÕES

SÍNTESES E ANOTACOES

POSIÇÃO

AGENTES

TECH-CA

TEXT

AP. RESPIRATÓRIO

AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO

CR. DENTAL

DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO

ANESTESIAS ANEXADAS

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

APLICADA

AS

TERAPIA

AGENTES INSECTICIDAS

LICUADOS

COORDENAS

VP. ARTICULAR/OC. PULS. O. RESPIRAÇÃO

AX. ANESTESIA. O. OPERAÇÃO

CONDIÇÕES

SÍNTESES E ANOTACOES

POSIÇÃO

AGENTES

TECH-CA

TEXT

AP. RESPIRATÓRIO

AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO

CR. DENTAL

DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO

ANESTESIAS ANEXADAS

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

APLICADA

AS

TERAPIA

AGENTES INSECTICIDAS

LICUADOS

COORDENAS

VP. ARTICULAR/OC. PULS. O. RESPIRAÇÃO

AX. ANESTESIA. O. OPERAÇÃO

CONDIÇÕES

SÍNTESES E ANOTACOES

POSIÇÃO

AGENTES

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Ricardo Moreira Ferreira DOB 29-03-19

QD LEITE

CONVÉNIO

IDADE

34

REGISTRO

1562773

GOVERNO  
DA PARAÍBA

CIRURGIA TTS Wong Adherente de Feto

CIRURGIA

Dr. Yuri + Dr. Juliano

ANESTESIA

Raquel

ANESTESA

Dr. Taylor

INSTRUMENTADORA

DATA

INÍCIO

FIM

pelelo 28-12-17

14:20

16:00

Qd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Bolsa Colostoma

Qd.

FIDS

CÓDIGO

Adrenalin aero.

Catet. n° Dwg

Catgul cromado Sérifx

Airocina aero

Catet. De Urina Sst. Fech.

Catgul cromado Sérifx

Diazepam amp.

Compressa Grande

Catgul cromado Sérifx

Dimorpha amp.

Compressa Pequena

Catgul Simples

Dofadilina amp.

Coloclaee

Catgul Simples Sérifx

Efrana ml

Dreno

Catgul Simples Sérifx

Fenegem amp.

Dreno Kerrn?

Catgul Simples Sérifx

Fentanil ml

Dreno Parrose n°

Cera pl' osso

Indrap ml

Dreno Pezzer n°

Elband

Ketalar ml

Equipôo de Macrogóoles

Elband

Propofol 2% ml

Equipôo de Macrogóoles

Elband

Propofol 1%

Equipôo de Sangue

Fio de Algodão Sérifx

Propofol amp.

Equipôo de PVC

Fio de Algodão Sérifx

Praligulina amp.

Esparadrepa Largo cm

Fio de Algodão Sulfurix

Proterox 1ml

Furacina ml

Fio de Algodão Sulfurix

Quelicato

Gote Peçole c/ 10 unidades

Fita cardíaca

Rapilox 1amp

H2O, ml

Mongonton

Thiamambutal ml

Intracath Aditivo

Mongonton

Tracrium amp.

Intracath Invertul

Prolene Sérifx

Qd. MEDICAÇÕES

02

03

03 Agua Distilada amp

Lâmina de Biolu n° 20

Prolene Sérifx

04 Cicatram amp

Lâmina de Biolu n° 11

Prolene Sérifx

05 Dipiridina amp

Lâmina de Biolu n° 15

Prolene Sérifx

Flexicôl amp

Luvas 7.0

Vicryl Sérifx

Flexodexidina amp

Luvas 7.5

Vicryl Sérifx

06 Glucosida Cálculo amp

Luvas 8.0

Vicryl Sérifx

07 Glucosida amf

Luvas 8.5

Vicryl Sérifx

Glicosa amp

Oxigênio 1m

Vicryl Sérifx

08 Glucosida amf

Povidone

Vicryl Sérifx

Hiperclorato ml

PVPA Degenerante ml

Vicryl Sérifx

Iodoalacion amp

PVPA Técnica H,

Vicryl Sérifx

Lasta 600g

Sabao Antisséptico

SG Normotônico fr 600 ml

Medroflogol

Saco coletar

SG Gelado fr 600 ml

Metasil amp

Seringa desc. 10 ml

SG Hipertônico fr 600 ml

Protemina

Seringa desc. 20 ml

SG Ringr fr 600 ml

Revivitox amp

Seringa desc. 25 ml

SG 600 ml

Sistaplano 1amp

Sonda Foley

ORTSESE E PRÓTESE

09 Cefalotilina 1g

Sonda Nasogástrica

T.M

Sonda Uretral rf

Sierrydrum ml

Qd. MATERIAIS / SOLUÇÕES

10 Agulha desc. 25 x 7

11 Agulha desc. 28 x 28

12 Agulha desc. 3 x 4,5

13 Agulha p/ rôque n° 25

14 Álcool de Enfermagem

15 Álcool odado ml

16 Aladuras de Crepon

17 Aladuras de Gessada

18 Aquimelengam amp

19 Benzinol ml

## EQUIPAMENTOS

- Oxímetro de Pulso
- Foco Auxiliar
- Sera
- Desibrador
- Fuxi Fustilar
- Farol de Luz
- Eletrocauête
- Oxiapôgalo
- Cardiomonitor
- Perfurador Elétrico

## CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Vanda Lima M. Medrado

TÉC. DE ENFERMAGEM:

COREN - P6 703.723

MCD 066



## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Ricardo Maria Fernandes Idade: 34 anos  
Convênio: SUS Data: 20/12/12  
Procedimento: Hospitalização de Fratura de Fémur

### Observações:



~~W.M. Tupper & S. Cawelti~~

Assinatura Anestegista

Circulante



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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésica	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimento 2 membros = 1 Movimento 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>		



Alexandre S. Costa  
Medicina Anestesiologia  
CRM 01010414-23

Assinatura do anestesista





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Henrique Fernandes | Registro: 8.0101 | Leito: 3-2 | Setor Atual: Oncológico  
Idade: 34 | Sexo: M | Cor: Cafezinho | Estado Civil: União | Naturalidade:  | Profissão:   
Procedência:  Verodócha  Amarela  Verde  UTI  ICC  Alia:  Residência  Outro  
Data da internação hospitalar: / / | Data da internação no setor: 20/12/17  
Tem um cuidador/Responsável:  Quem?:   
Telefone:  | Tem acesso a uma UBS:  Qual?:

## 2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias:  Motivos:  Alergias:  Qual:   
Doenças:  HAS  DM  IPOC  Cardiopatia  Obesidade  Tabagista  Ex-tabagista  Neoplasia  
 Alcoholismo  Drogadição  Outros:  | Medicinações em uso:

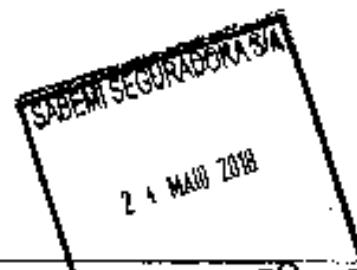
## 3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar): Acidente automobilístico

## 4. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 90 C: P: bpm; FR: 16 lpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 75 bpm; SPO2: 98%  
HGT: 175 cm/dé; Peso: 75 Kg; Altura: 175 cm | Dor:  Local:  | Obs:

## EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



## 5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

## REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

Pupilas:  Isocônicas  Anisocônicas  D>E  E>D  Fotorreagentes  Móticas  Midriáticas

Mobilidade Física:  Preservada  Paresia  Plegia  Parestesia. Local: Próximo à cintura

Linguagem: Alteração:  Qual?  Disfonia  Afasia  Disfásia  Disartria.

QUS:

## OXIGENAÇÃO

Respiração:  Espontânea  Cateter Nasal  Venturi % l/min |  Traqueostomia  Ayre/Tubo T  
 VMI  VMTOT n° Comissura labial n° FiO2 % PEEP cmH2O

Eupnéia  Taquipnéia  Bradipnéia  Dispnéia  Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente:  Diminuídos  ID  IE

Ruidos adventícios:  Roncos  Sibílos  Estridor  Outros:

Tosse:  Improdutiva  Produtiva | Expectoração:  Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax:  ID  IE  Saída d'água

Data da inserção do dreno: 1/1 | 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: 1/1/17 Hora:

## PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Allergia:  Visão  Audição  Tato  Olfato  Paladar Observação:

<b>SEGURANÇA FÍSICA</b>	
( <input checked="" type="checkbox"/> ) Tranquilo ( <input type="checkbox"/> ) Agridado ( <input type="checkbox"/> ) Agressivo. ( <input type="checkbox"/> ) Risco de queda. Observações:	
<b>REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR</b>	
P脉: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Regular ( <input type="checkbox"/> ) Irregular ( <input type="checkbox"/> ) Impalpável ( <input type="checkbox"/> ) Filiforme ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Cheio.	
Paixão: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Corada ( <input type="checkbox"/> ) Hipocorada ( <input type="checkbox"/> ) Cianose ( <input type="checkbox"/> ) Sudorese ( <input type="checkbox"/> ) Fria ( <input type="checkbox"/> ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) ≤ 3 segundos ( <input type="checkbox"/> ) > 3 segundos. ( <input type="checkbox"/> ) Turgência jugular: ( <input type="checkbox"/> )	
Drogas vasoativas: ( <input type="checkbox"/> ) Quais?	Precondialgia: ( <input type="checkbox"/> )
Ausculta cardíaca: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Rítmica ( <input type="checkbox"/> ) Arritmica ( <input type="checkbox"/> ) Sopro ( <input type="checkbox"/> ) Outro. Marcapasso: ( <input type="checkbox"/> ) Transitório ( <input type="checkbox"/> ) Definitivo	
Cateter vascular: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Periférico ( <input type="checkbox"/> ) Central ( <input type="checkbox"/> ) Dissecção. Localização: <u>M.S.D.</u>	Data da punção: <u>20/12/12</u>
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"/> ) Enagrecido ( <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"/> ) V.O. ( <input type="checkbox"/> ) SNG ( <input type="checkbox"/> ) SNE ( <input type="checkbox"/> ) Gastronomia ( <input type="checkbox"/> ) Jejunostomia ( <input type="checkbox"/> ) N.P.T. Hora: _____ Data: <u>20/12/12</u>	
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"/> ) Normotônico ( <input type="checkbox"/> ) Distendido ( <input type="checkbox"/> ) Tenso ( <input type="checkbox"/> ) Ascítico ( <input type="checkbox"/> ) Outros:	
R.H.A: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normodinâmicos ( <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"/> ) S.V.U: 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"/> ) Escoavações ( <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/Aspecito: <u>Pré Operatório/Procedimento</u> Curativo em: _____ / _____	
Dreno: ( <input type="checkbox"/> ) Tipo/Aspecito: Díbilo: Retirado em: _____ / _____	
Úlcera de pressão: ( <input type="checkbox"/> ) Estágio:	Local: Descrição: 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   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 Intermórbido. Observações:	
<b>6 - AValiação das necessidades psicossociais</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Preservada ( <input type="checkbox"/> ) Prejudicada. Sentimentos e comportamentos: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Cooperativo ( <input type="checkbox"/> ) Medo: ( <input type="checkbox"/> ) Ansiedade ( <input type="checkbox"/> ) Ausência de familiares/vizinhos ( <input type="checkbox"/> ) Outros:	
<b>7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E SUA ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( <input type="checkbox"/> ) Praticante ( <input type="checkbox"/> ) Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
_____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____	
Cerimônia e Assinatura do Enfermeiro: <u>CR Santos</u> Eduardo Renato dos Santos ENFERMEIRO COREN-RS #17334	
DATA: <u>20/12/12</u> HORA: <u>17:50</u>	
<b>RECEBIDO</b>	

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



## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Mano Fernandes | Registro: \_\_\_\_\_ | Leito: 9 - 2 | Setor Atual: Ort 1

#### 2. DADOS GERAIS

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: lpm; 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  Somnolento  Comatoso  Outro  
GLASGOW(3-15): \_\_\_\_\_ Drogas (Sedação/Analgesia): \_\_\_\_\_

Pupilas:  Isocônicas  Anisocônicas  D>E  E>D  Fotonegantes  Mióticas  Midriáticas

Mobilidade Física:  Preservada  Paresia  Plegia  Parestesia Local: \_\_\_\_\_

Linguagem:  Clara?  Disfonia  Afasia  Disfásia  Disartria

Obs: \_\_\_\_\_

##### OXIGENAÇÃO

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

VMI ( ) VMI TOT nº \_\_\_\_\_ Comissura labial nº \_\_\_\_\_ FIO2 % PEEP cmH2O

Eupnéia  Taquipneia  Bradipneia  Dispnéia  Outros: \_\_\_\_\_

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente:  Diminuído  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

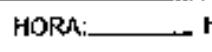
Alteração:  Visão  Audição  Tato  Olfacto  Paladar Observação: \_\_\_\_\_

##### SEGURANÇA FÍSICA

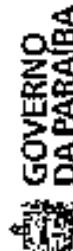
Tranquilo  Agitado  Agressivo.  Risco de queda. Observação: \_\_\_\_\_

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉:  Regular  Irregular  Impalpável  Filiforme  Cheio.

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) > 3 segundos. ( ) Turgância jugular: ( )	
Drogas vasoativas: ( ) Quais? _____ Precordialgia ( )	
Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitorio ( ) Definitivo	
Cateter vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: _____ Data da punção: 21/17/17	
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: ( ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Cequético ( ) Obeso.	
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.	
Alimentação: ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: _____ Data: _____	
Alterações: ( ) Inapeténcia ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:	
Abdômen: ( ) Normotensão ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:	
RHA: ( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuidos ( ) Aumentados	
Eliminação intestinal: ( ) Normal ( ) Líquida ( ) Consistido há _____ dias ( ) Outros:	
Eliminação urinária: ( ) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVO: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: ( ) Outros: _____ Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condicação 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: ( )	
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 ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória   Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.	
Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:	
<b>SONO E REPOSO</b>	
( ) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: ( ) Preservada ( ) Prejudicada   Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo:	
( ) Ansiedadado ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS - paciente ME no dia 06 com peço - aguando a cunhal	
	
	
	
	
	
Carimbo e assinatura do Enfermeiro:	

FONTE: KORDINHÃO, R.C; Cadeia de dados por meio de grupo focal..Porto Alegre (2008).



SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE ENERGÉCIA

FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Ricardo Maciel - RG: 225-6

Prescrição Médica

Evolução Mágica

Dráno

0313

15/12/2019 6:11:00 AM 2019-12-15 06:11:00 2019-12-15 06:11:00

100

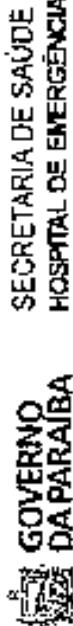
RECEBIDO

RECEBIDO

Das wichtigste Fazit  
Fiktionswelt im Roman von  
Peter H. Rosegger

۴۰۶

8



GOVERNO  
DA PARÁ(BA)  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## Diagnóstico

OK

Fixado

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

20

PRE-01:

Paciente: R. C. S. D. M. S. M. S. M. S.

Alojamento: Lelio

Convenio:

### Prescrição Médica

16/11/2011

DIETA LIVRE

1. IBU-400MAG 24.00

2. CIPROFENINA 200MG 2X100MG

3. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

4. TRAMAL 150MG + 100ML SF 0,9 EV 500ML S/N

5. TRILEX 30MG 1 CP UD 6x56 DOR

6. NAUSEDRON 1 FA + AG EV 500ML S/N

7. IBU-400 20 MG - AG - EV 1X200 S/N

8. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

9. TRAMAL 150MG + 100ML SF 0,9 EV 500ML S/N

10. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

11. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

12. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

13. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

14. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

15. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

16. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

17. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

18. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

19. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

20. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

21. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

22. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

23. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

24. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

25. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

26. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

27. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

28. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

29. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

30. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

31. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

32. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

33. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

34. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

35. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

36. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

37. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

38. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

39. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

40. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

41. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

42. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

43. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

44. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

45. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

46. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

47. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

48. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

49. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

50. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

51. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

52. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

53. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

54. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

55. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

56. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

57. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

58. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

59. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

60. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

61. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

62. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

63. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

64. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

65. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

66. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

67. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

68. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

69. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

70. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

71. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

72. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

73. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

74. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

75. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

76. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

77. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

78. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

79. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

80. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

81. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

82. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

83. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

84. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

85. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

86. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

87. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

88. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

89. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

90. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

91. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

92. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

93. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

94. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

95. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

96. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

97. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

98. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

99. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

100. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

101. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

102. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

103. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

104. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

105. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

106. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

107. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

108. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

109. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

110. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

111. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

112. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

113. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

114. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

115. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

116. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

117. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

118. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

119. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

120. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

121. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

122. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

123. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

124. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

125. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

126. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

127. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

128. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

129. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

130. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

131. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

132. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

133. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

134. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

135. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

136. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

137. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

138. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

139. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

140. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

141. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

142. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

143. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

144. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

145. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

146. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

147. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

148. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

149. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

150. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

151. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

152. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

153. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

154. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

155. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

156. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

157. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

158. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

159. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

160. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

161. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

162. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

163. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

164. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

165. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

166. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

167. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

168. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

169. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

170. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

171. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

172. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

173. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

174. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

175. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

176. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

177. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

178. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

179. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

180. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

181. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

182. OMOPHENICO 400MG 1X100MG

183. OMOPHENICO 400MG 1X100MG





SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

2

10

卷之三

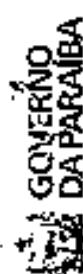
PHEDOP-615

卷之三









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

## Diagnóstico

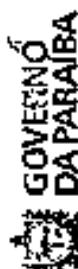
---

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Edimilson José da Cunha (D) Ok

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1 - Dieta livre	6	Reabilitação
	2 - SRT 1500ml/12h	10/24	Cx. farto abd.
	3 - Dipirona 0,5g/ml + SFT-15ml-15ml-8ml-Bt (fentamidina)	14/24	Aliviada
	4 - Cetopropeno 100mg I.V + S.E. 0,9% 100ml	16/24	EVOLUÇÃO
	I.V 12/12 h. scorrer em 20 min.	18/24	EVOLUÇÃO
	5 - Cineprazol 40 mg I.V pela manhã (entamento).	20/24	EVOLUÇÃO
	6 - C.L. Gerias	22/24	EVOLUÇÃO
	7 - Glutaral 400mg I.V	24/24	EVOLUÇÃO
	8 - Cefotaxime 2g I.V	26/24	EVOLUÇÃO
	9 - Cefotaxime 2g I.V	28/24	EVOLUÇÃO
	10 - Cefotaxime 2g I.V	30/24	EVOLUÇÃO
	11 - Cefotaxime 2g I.V	32/24	EVOLUÇÃO
	12 - Cefotaxime 2g I.V	34/24	EVOLUÇÃO
	13 - Cefotaxime 2g I.V	36/24	EVOLUÇÃO
	14 - Cefotaxime 2g I.V	38/24	EVOLUÇÃO
	15 - Cefotaxime 2g I.V	40/24	EVOLUÇÃO
	16 - Cefotaxime 2g I.V	42/24	EVOLUÇÃO
	17 - Cefotaxime 2g I.V	44/24	EVOLUÇÃO
	18 - Cefotaxime 2g I.V	46/24	EVOLUÇÃO
	19 - Cefotaxime 2g I.V	48/24	EVOLUÇÃO
	20 - Cefotaxime 2g I.V	50/24	EVOLUÇÃO
	21 - Cefotaxime 2g I.V	52/24	EVOLUÇÃO
	22 - Cefotaxime 2g I.V	54/24	EVOLUÇÃO
	23 - Cefotaxime 2g I.V	56/24	EVOLUÇÃO
	24 - Cefotaxime 2g I.V	58/24	EVOLUÇÃO
	25 - Cefotaxime 2g I.V	60/24	EVOLUÇÃO
	26 - Cefotaxime 2g I.V	62/24	EVOLUÇÃO
	27 - Cefotaxime 2g I.V	64/24	EVOLUÇÃO
	28 - Cefotaxime 2g I.V	66/24	EVOLUÇÃO
	29 - Cefotaxime 2g I.V	68/24	EVOLUÇÃO
	30 - Cefotaxime 2g I.V	70/24	EVOLUÇÃO
	31 - Cefotaxime 2g I.V	72/24	EVOLUÇÃO
	32 - Cefotaxime 2g I.V	74/24	EVOLUÇÃO
	33 - Cefotaxime 2g I.V	76/24	EVOLUÇÃO
	34 - Cefotaxime 2g I.V	78/24	EVOLUÇÃO
	35 - Cefotaxime 2g I.V	80/24	EVOLUÇÃO
	36 - Cefotaxime 2g I.V	82/24	EVOLUÇÃO
	37 - Cefotaxime 2g I.V	84/24	EVOLUÇÃO
	38 - Cefotaxime 2g I.V	86/24	EVOLUÇÃO
	39 - Cefotaxime 2g I.V	88/24	EVOLUÇÃO
	40 - Cefotaxime 2g I.V	90/24	EVOLUÇÃO
	41 - Cefotaxime 2g I.V	92/24	EVOLUÇÃO
	42 - Cefotaxime 2g I.V	94/24	EVOLUÇÃO
	43 - Cefotaxime 2g I.V	96/24	EVOLUÇÃO
	44 - Cefotaxime 2g I.V	98/24	EVOLUÇÃO
	45 - Cefotaxime 2g I.V	100/24	EVOLUÇÃO
	46 - Cefotaxime 2g I.V	102/24	EVOLUÇÃO
	47 - Cefotaxime 2g I.V	104/24	EVOLUÇÃO
	48 - Cefotaxime 2g I.V	106/24	EVOLUÇÃO
	49 - Cefotaxime 2g I.V	108/24	EVOLUÇÃO
	50 - Cefotaxime 2g I.V	110/24	EVOLUÇÃO
	51 - Cefotaxime 2g I.V	112/24	EVOLUÇÃO
	52 - Cefotaxime 2g I.V	114/24	EVOLUÇÃO
	53 - Cefotaxime 2g I.V	116/24	EVOLUÇÃO
	54 - Cefotaxime 2g I.V	118/24	EVOLUÇÃO
	55 - Cefotaxime 2g I.V	120/24	EVOLUÇÃO
	56 - Cefotaxime 2g I.V	122/24	EVOLUÇÃO
	57 - Cefotaxime 2g I.V	124/24	EVOLUÇÃO
	58 - Cefotaxime 2g I.V	126/24	EVOLUÇÃO
	59 - Cefotaxime 2g I.V	128/24	EVOLUÇÃO
	60 - Cefotaxime 2g I.V	130/24	EVOLUÇÃO
	61 - Cefotaxime 2g I.V	132/24	EVOLUÇÃO
	62 - Cefotaxime 2g I.V	134/24	EVOLUÇÃO
	63 - Cefotaxime 2g I.V	136/24	EVOLUÇÃO
	64 - Cefotaxime 2g I.V	138/24	EVOLUÇÃO
	65 - Cefotaxime 2g I.V	140/24	EVOLUÇÃO
	66 - Cefotaxime 2g I.V	142/24	EVOLUÇÃO
	67 - Cefotaxime 2g I.V	144/24	EVOLUÇÃO
	68 - Cefotaxime 2g I.V	146/24	EVOLUÇÃO
	69 - Cefotaxime 2g I.V	148/24	EVOLUÇÃO
	70 - Cefotaxime 2g I.V	150/24	EVOLUÇÃO
	71 - Cefotaxime 2g I.V	152/24	EVOLUÇÃO
	72 - Cefotaxime 2g I.V	154/24	EVOLUÇÃO
	73 - Cefotaxime 2g I.V	156/24	EVOLUÇÃO
	74 - Cefotaxime 2g I.V	158/24	EVOLUÇÃO
	75 - Cefotaxime 2g I.V	160/24	EVOLUÇÃO
	76 - Cefotaxime 2g I.V	162/24	EVOLUÇÃO
	77 - Cefotaxime 2g I.V	164/24	EVOLUÇÃO
	78 - Cefotaxime 2g I.V	166/24	EVOLUÇÃO
	79 - Cefotaxime 2g I.V	168/24	EVOLUÇÃO
	80 - Cefotaxime 2g I.V	170/24	EVOLUÇÃO
	81 - Cefotaxime 2g I.V	172/24	EVOLUÇÃO
	82 - Cefotaxime 2g I.V	174/24	EVOLUÇÃO
	83 - Cefotaxime 2g I.V	176/24	EVOLUÇÃO
	84 - Cefotaxime 2g I.V	178/24	EVOLUÇÃO
	85 - Cefotaxime 2g I.V	180/24	EVOLUÇÃO
	86 - Cefotaxime 2g I.V	182/24	EVOLUÇÃO
	87 - Cefotaxime 2g I.V	184/24	EVOLUÇÃO
	88 - Cefotaxime 2g I.V	186/24	EVOLUÇÃO
	89 - Cefotaxime 2g I.V	188/24	EVOLUÇÃO
	90 - Cefotaxime 2g I.V	190/24	EVOLUÇÃO
	91 - Cefotaxime 2g I.V	192/24	EVOLUÇÃO
	92 - Cefotaxime 2g I.V	194/24	EVOLUÇÃO
	93 - Cefotaxime 2g I.V	196/24	EVOLUÇÃO
	94 - Cefotaxime 2g I.V	198/24	EVOLUÇÃO
	95 - Cefotaxime 2g I.V	200/24	EVOLUÇÃO
	96 - Cefotaxime 2g I.V	202/24	EVOLUÇÃO
	97 - Cefotaxime 2g I.V	204/24	EVOLUÇÃO
	98 - Cefotaxime 2g I.V	206/24	EVOLUÇÃO
	99 - Cefotaxime 2g I.V	208/24	EVOLUÇÃO
	100 - Cefotaxime 2g I.V	210/24	EVOLUÇÃO
	101 - Cefotaxime 2g I.V	212/24	EVOLUÇÃO
	102 - Cefotaxime 2g I.V	214/24	EVOLUÇÃO
	103 - Cefotaxime 2g I.V	216/24	EVOLUÇÃO
	104 - Cefotaxime 2g I.V	218/24	EVOLUÇÃO
	105 - Cefotaxime 2g I.V	220/24	EVOLUÇÃO
	106 - Cefotaxime 2g I.V	222/24	EVOLUÇÃO
	107 - Cefotaxime 2g I.V	224/24	EVOLUÇÃO
	108 - Cefotaxime 2g I.V	226/24	EVOLUÇÃO
	109 - Cefotaxime 2g I.V	228/24	EVOLUÇÃO
	110 - Cefotaxime 2g I.V	230/24	EVOLUÇÃO
	111 - Cefotaxime 2g I.V	232/24	EVOLUÇÃO
	112 - Cefotaxime 2g I.V	234/24	EVOLUÇÃO
	113 - Cefotaxime 2g I.V	236/24	EVOLUÇÃO
	114 - Cefotaxime 2g I.V	238/24	EVOLUÇÃO
	115 - Cefotaxime 2g I.V	240/24	EVOLUÇÃO
	116 - Cefotaxime 2g I.V	242/24	EVOLUÇÃO
	117 - Cefotaxime 2g I.V	244/24	EVOLUÇÃO
	118 - Cefotaxime 2g I.V	246/24	EVOLUÇÃO
	119 - Cefotaxime 2g I.V	248/24	EVOLUÇÃO
	120 - Cefotaxime 2g I.V	250/24	EVOLUÇÃO
	121 - Cefotaxime 2g I.V	252/24	EVOLUÇÃO
	122 - Cefotaxime 2g I.V	254/24	EVOLUÇÃO
	123 - Cefotaxime 2g I.V	256/24	EVOLUÇÃO
	124 - Cefotaxime 2g I.V	258/24	EVOLUÇÃO
	125 - Cefotaxime 2g I.V	260/24	EVOLUÇÃO
	126 - Cefotaxime 2g I.V	262/24	EVOLUÇÃO
	127 - Cefotaxime 2g I.V	264/24	EVOLUÇÃO
	128 - Cefotaxime 2g I.V	266/24	EVOLUÇÃO
	129 - Cefotaxime 2g I.V	268/24	EVOLUÇÃO
	130 - Cefotaxime 2g I.V	270/24	EVOLUÇÃO
	131 - Cefotaxime 2g I.V	272/24	EVOLUÇÃO
	132 - Cefotaxime 2g I.V	274/24	EVOLUÇÃO
	133 - Cefotaxime 2g I.V	276/24	EVOLUÇÃO
	134 - Cefotaxime 2g I.V	278/24	EVOLUÇÃO
	135 - Cefotaxime 2g I.V	280/24	EVOLUÇÃO
	136 - Cefotaxime 2g I.V	282/24	EVOLUÇÃO
	137 - Cefotaxime 2g I.V	284/24	EVOLUÇÃO
	138 - Cefotaxime 2g I.V	286/24	EVOLUÇÃO
	139 - Cefotaxime 2g I.V	288/24	EVOLUÇÃO
	140 - Cefotaxime 2g I.V	290/24	EVOLUÇÃO
	141 - Cefotaxime 2g I.V	292/24	EVOLUÇÃO
	142 - Cefotaxime 2g I.V	294/24	EVOLUÇÃO
	143 - Cefotaxime 2g I.V	296/24	EVOLUÇÃO
	144 - Cefotaxime 2g I.V	298/24	EVOLUÇÃO
	145 - Cefotaxime 2g I.V	300/24	EVOLUÇÃO
	146 - Cefotaxime 2g I.V	302/24	EVOLUÇÃO
	147 - Cefotaxime 2g I.V	304/24	EVOLUÇÃO
	148 - Cefotaxime 2g I.V	306/24	EVOLUÇÃO
	149 - Cefotaxime 2g I.V	308/24	EVOLUÇÃO
	150 - Cefotaxime 2g I.V	310/24	EVOLUÇÃO
	151 - Cefotaxime 2g I.V	312/24	EVOLUÇÃO
	152 - Cefotaxime 2g I.V	314/24	EVOLUÇÃO
	153 - Cefotaxime 2g I.V	316/24	EVOLUÇÃO
	154 - Cefotaxime 2g I.V	318/24	EVOLUÇÃO
	155 - Cefotaxime 2g I.V	320/24	EVOLUÇÃO
	156 - Cefotaxime 2g I.V	322/24	EVOLUÇÃO
	157 - Cefotaxime 2g I.V	324/24	EVOLUÇÃO
	158 - Cefotaxime 2g I.V	326/24	EVOLUÇÃO
	159 - Cefotaxime 2g I.V	328/24	EVOLUÇÃO
	160 - Cefotaxime 2g I.V	330/24	EVOLUÇÃO
	161 - Cefotaxime 2g I.V	332/24	EVOLUÇÃO
	162 - Cefotaxime 2g I.V	334/24	EVOLUÇÃO
	163 - Cefotaxime 2g I.V	336/24	EVOLUÇÃO
	164 - Cefotaxime 2g I.V	338/24	EVOLUÇÃO
	165 - Cefotaxime 2g I.V	340/24	EVOLUÇÃO
	166 - Cefotaxime 2g I.V	342/24	EVOLUÇÃO
	167 - Cefotaxime 2g I.V	344/24	EVOLUÇÃO
	168 - Cefotaxime 2g I.V	346/24	EVOLUÇÃO
	169 - Cefotaxime 2g I.V	348/24	EVOLUÇÃO
	170 - Cefotaxime 2g I.V	350/24	EVOLUÇÃO
	171 - Cefotaxime 2g I.V	352/24	EVOLUÇÃO
	172 - Cefotaxime 2g I.V	354/24	EVOLUÇÃO
	173 - Cefotaxime 2g I.V	356/24	EVOLUÇÃO
	174 - Cefotaxime 2g I.V	358/24	EVOLUÇÃO
	175 - Cefotaxime 2g I.V	360/24	EVOLUÇÃO
	176 - Cefotaxime 2g I.V	362/24	EVOLUÇÃO
	177 - Cefotaxime 2g I.V	364/24	EVOLUÇÃO
	178 - Cefotaxime 2g I.V	366/24	EVOLUÇÃO
	179 - Cefotaxime 2g I.V	368/24	EVOLUÇÃO
	180 - Cefotaxime 2g I.V	370/24	EVOLUÇÃO
	181 - Cefotaxime 2g I.V	372/24	EVOLUÇÃO
	182 - Cefotaxime 2g I.V	374/24	EVOLUÇÃO
	183 - Cefotaxime 2g I.V	376/24	EVOLUÇÃO
	184 - Cefotaxime 2g I.V	378/24	EVOLUÇÃO
	185 - Cefotaxime 2g I.V	380/24	EVOLUÇÃO
	186 - Cefotaxime 2g I.V	382/24	EVOLUÇÃO
	187 - Cefotaxime 2g I.V	384/24	EVOLUÇÃO
	188 - Cefotaxime 2g I.V	386/24	EVOLUÇÃO
	189 - Cefotaxime 2g I.V	388/24	EVOLUÇÃO
	190 - Cefotaxime 2g I.V	390/24	EVOLUÇÃO
	191 - Cefotaxime 2g I.V	392/24	EVOLUÇÃO
	192 - Cefotaxime 2g I.V	394/24	EVOLUÇÃO
	193 - Cefotaxime 2g I.V	396/24	EVOLUÇÃO
	194 - Cefotaxime 2g I.V	398/24	EVOLUÇÃO
	195 - Cefotaxime 2g I.V	400/24	EVOLUÇÃO
	196 - Cefotaxime 2g I.V	402/24	EVOLUÇÃO
	197 - Cefotaxime 2g I.V	404/24	EVOLUÇÃO
	198 - Cefotaxime 2g I.V	406/24	EVOLUÇÃO
	199 - Cefotaxime 2g I.V	408/24	EVOLUÇÃO
	200 - Cefotaxime 2g I.V	410/24	EVOLUÇÃO
	201 - Cefotaxime 2g I.V	412/24	EVOLUÇÃO
	202 - Cefotaxime 2g I.V	414/24	EVOLUÇÃO
	203 - Cefotaxime 2g I.V	416/24	EVOLUÇÃO
	204 - Cefotaxime 2g I.V	418/24	EVOLUÇÃO
	205 - Cefotaxime 2g I.V	420/24	EVOLUÇÃO
	206 - Cefotaxime 2g I.V	422/24	EVOLUÇÃO
	207 - Cefotaxime 2g I.V	424/24	EVOLUÇÃO
	208 - Cefotaxime 2g I.V	426/24	EVOLUÇÃO
	209 - Cefotaxime 2g I.V	428/24	EVOLUÇÃO
	210 - Cefotaxime 2g I.V	430/24	EVOLUÇÃO
	211 - Cefotaxime 2g I.V	432/24	EVOLUÇÃO
	212 - Cefotaxime 2g I.V	434/24	EVOLUÇÃO
	213 - Cefotaxime 2g I.V	436/24	EVOLUÇÃO
	214 - Cefotaxime 2g I.V	438/24	EVOLUÇÃO
	215 - Cefotaxime 2g I.V	440/24	EVOLUÇÃO
	216 - Cefotaxime 2g I.V	442/24	EVOLUÇÃO
	217 - Cefotaxime 2g I.V	444/24	EVOLUÇÃO
	218 - Cefotaxime 2g I.V	446/24	EVOLUÇÃO
	219 - Cefotaxime 2g I.V	448/24	EVOLUÇÃO
	220 - Cefotaxime 2g I.V	450/24	EVOLUÇÃO
	221 - Cefotaxime 2g I.V	452/24	EVOLUÇÃO
	222 - Cefotaxime 2g I.V	454/24	EVOLUÇÃO
	223 - Cefotaxime 2g I.V	456/24	EVOLUÇÃO
	224 - Cefotaxime 2g I.V	458/24	EVOLUÇÃO
	225 - Cefotaxime 2g I.V	460/24	EVOLUÇÃO
	226 - Cefotaxime 2g I.V	462/24	EVOLUÇÃO
	227 - Cefotaxime 2g I.V	464/24	EVOLUÇÃO





SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

A TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

Ricardo Walker ~~contundido~~  
11/04/2011

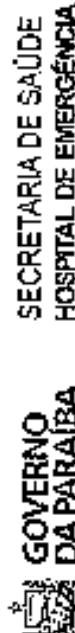
FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

11 CABLES FOR ANALYSIS

THE CANADIAN MATH. MAG.

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
03/09/2012	- Dieta livre	08:00	Bem
03/09/2012	- S.R 1.500 ml i.v. 12 / 12 h.	08:00	Bem
03/09/2012	- Dipirona 02 mL + S.F 10mL i.v. 07/08 h (lentamente)	08:00	Bem
03/09/2012	- Acetaminofeno 1.000 mg i.v. + S.F 0,75% 100mL	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. 2 / 12 h (ferro e vitamina C 500mg/100ml)	08:00	Bem
03/09/2012	- Omeprazol 40 mg i.v. pela manhã (lentamente)	08:00	Bem
03/09/2012	- C. C. Gerais	08:00	Bem
03/09/2012	- Cloridrato de Octa Se.	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- Colchicina	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012	- I.V. d/c	08:00	Bem
03/09/2012			





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

## Diagnóstico

ORTOPI  
LELIO

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PREOP. O VI

FX DIAFISE FÉMUR E

RICARDO MARCHO FERNANDES, 34

ALTA ORTOPEDICA

Paciente

Abandamento

Lelio

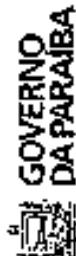
Convênio

Data	Prescrição Médica	Hospital	Evolução Médica
21/11/13	2500 mg dia de 12/11/13 a 24/11/13	SN	2500 mg dia
	3 Cefalosporina 1g dia de 12/11/13 a 24/11/13	SN	Cefalosporina
	4 Flutinazol 10mg 1 dia dia 12/11/13 a 24/11/13	SN	Flutinazol
	5 Tyrex 30mg 1cp vid 6/6 H se dia	SN	Tyrex
	6 Ixamibe 100mg + 10ml 100mg flutinazol 10mg	SN	Ixamibe
	7 Naisegol 0,1mg 1ml 1fia + 10ml 100mg flutinazol 10mg	SN	Naisegol
	8 Omeprazol 20mg dia 12/11/13 a 24/11/13	SN	Omeprazol
	9 Clorhydrate gentamicina 300mg dia 12/11/13 a 24/11/13	SN	Gentamicina
	10 Sambucoss		Sambucoss









SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

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

Diagnóstico

CHTOP I

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO  
ALA ORTOPEDICA**

PREOP

FIX DIFFUSE FUTURE





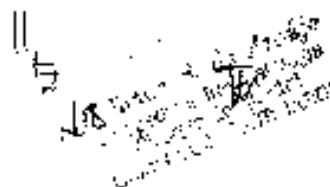


SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Receituário Simples

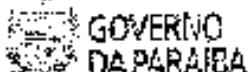
Ricardo M. Fernandes

F, fum+ tab c/MSL dada  
mobilidade ②  
mandibula devicente  
lesao da artroplastia



  Data

  Médico



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

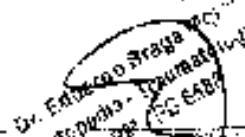
Receituário Simples

Ricardo

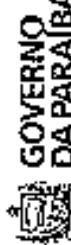
Ricardo Nunes  
Fernandes 01/4  
em pós op. fractura  
do dízito fechado ②  
não se move. Dolor em  
deslocamento da articulação  
total C17-S72

11/4/18

Data



Médico



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

ORTOPA  
DICOPI

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ALA ORTOPÉDICA

RICARDO MARCHETTO FERNANDES, 34

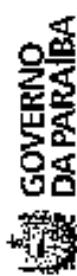
PRE OP ORTOPA  
DICOPI

EX DIAFISE FEMUR

## Diagnóstico

Paciente	RICARDO MARCHETTO FERNANDES, 34	Alojamento	Leto	Convênio	FOTO 9-2
Data	Prescrição Médica	Horário		Evolução Médica	
06/11	1. ESTABILIZAÇÃO + RETORNO SISTEMA DE APERTO	26/11/07		27/11/07 * DIH	ROTIOPÉDIA
	2. DIPIRONA 1g + ABUTUVIS/H	26/11/07		28/11/07	
	4. TILATIL 20MG + AD EV 12/12H 5/4W	SIN		29/11/07	
	5. TYLEX 30MG 1 CP QD 6/6 HSE DOR	SIN		30/11/07	
	6. TRAMAL 50MG + INJETAL SE DOR SIN	SIN		01/12/07	
	7. NALISERODOL 30ML 1FL A 10ML SOLUSYL 5ML	SIN		02/12/07	
	8. CLOPAMIDE 200MG + PARACETAMOL 500MG	SIN		03/12/07	
	9. CLEXANE 40MG 1C 2/24H	SIN		04/12/07	
	10. SAVACOGEL	SIN		05/12/07	
				06/12/07	
				07/12/07	
				08/12/07	
				09/12/07	
				10/12/07	
				11/12/07	
				12/12/07	
				13/12/07	
				14/12/07	
				15/12/07	
				16/12/07	
				17/12/07	
				18/12/07	
				19/12/07	
				20/12/07	
				21/12/07	
				22/12/07	
				23/12/07	
				24/12/07	
				25/12/07	
				26/12/07	
				27/12/07	
				28/12/07	
				29/12/07	
				30/12/07	
				31/12/07	
				01/01/08	
				02/01/08	
				03/01/08	
				04/01/08	
				05/01/08	
				06/01/08	
				07/01/08	
				08/01/08	
				09/01/08	
				10/01/08	
				11/01/08	
				12/01/08	
				13/01/08	
				14/01/08	
				15/01/08	
				16/01/08	
				17/01/08	
				18/01/08	
				19/01/08	
				20/01/08	
				21/01/08	
				22/01/08	
				23/01/08	
				24/01/08	
				25/01/08	
				26/01/08	
				27/01/08	
				28/01/08	
				29/01/08	
				30/01/08	
				31/01/08	
				01/02/08	
				02/02/08	
				03/02/08	
				04/02/08	
				05/02/08	
				06/02/08	
				07/02/08	
				08/02/08	
				09/02/08	
				10/02/08	
				11/02/08	
				12/02/08	
				13/02/08	
				14/02/08	
				15/02/08	
				16/02/08	
				17/02/08	
				18/02/08	
				19/02/08	
				20/02/08	
				21/02/08	
				22/02/08	
				23/02/08	
				24/02/08	
				25/02/08	
				26/02/08	
				27/02/08	
				28/02/08	
				29/02/08	
				01/03/08	
				02/03/08	
				03/03/08	
				04/03/08	
				05/03/08	
				06/03/08	
				07/03/08	
				08/03/08	
				09/03/08	
				10/03/08	
				11/03/08	
				12/03/08	
				13/03/08	
				14/03/08	
				15/03/08	
				16/03/08	
				17/03/08	
				18/03/08	
				19/03/08	
				20/03/08	
				21/03/08	
				22/03/08	
				23/03/08	
				24/03/08	
				25/03/08	
				26/03/08	
				27/03/08	
				28/03/08	
				29/03/08	
				30/03/08	
				31/03/08	
				01/04/08	
				02/04/08	
				03/04/08	
				04/04/08	
				05/04/08	
				06/04/08	
				07/04/08	
				08/04/08	
				09/04/08	
				10/04/08	
				11/04/08	
				12/04/08	
				13/04/08	
				14/04/08	
				15/04/08	
				16/04/08	
				17/04/08	
				18/04/08	
				19/04/08	
				20/04/08	
				21/04/08	
				22/04/08	
				23/04/08	
				24/04/08	
				25/04/08	
				26/04/08	
				27/04/08	
				28/04/08	
				29/04/08	
				30/04/08	
				31/04/08	
				01/05/08	
				02/05/08	
				03/05/08	
				04/05/08	
				05/05/08	
				06/05/08	
				07/05/08	
				08/05/08	
				09/05/08	
				10/05/08	
				11/05/08	
				12/05/08	
				13/05/08	
				14/05/08	
				15/05/08	
				16/05/08	
				17/05/08	
				18/05/08	
				19/05/08	
				20/05/08	
				21/05/08	
				22/05/08	
				23/05/08	
				24/05/08	
				25/05/08	
				26/05/08	
				27/05/08	
				28/05/08	
				29/05/08	
				30/05/08	
				31/05/08	
				01/06/08	
				02/06/08	
				03/06/08	
				04/06/08	
				05/06/08	
				06/06/08	
				07/06/08	
				08/06/08	
				09/06/08	
				10/06/08	
				11/06/08	
				12/06/08	
				13/06/08	
				14/06/08	
				15/06/08	
				16/06/08	
				17/06/08	
				18/06/08	
				19/06/08	
				20/06/08	
				21/06/08	
				22/06/08	
				23/06/08	
				24/06/08	
				25/06/08	
				26/06/08	
				27/06/08	
				28/06/08	
				29/06/08	
				30/06/08	
				31/06/08	
				01/07/08	
				02/07/08	
				03/07/08	
				04/07/08	
				05/07/08	
				06/07/08	
				07/07/08	
				08/07/08	
				09/07/08	
				10/07/08	
				11/07/08	
				12/07/08	
				13/07/08	
				14/07/08	
				15/07/08	
				16/07/08	
				17/07/08	
				18/07/08	
				19/07/08	
				20/07/08	
				21/07/08	
				22/07/08	
				23/07/08	
				24/07/08	
				25/07/08	
				26/07/08	
				27/07/08	
				28/07/08	
				29/07/08	
				30/07/08	
				31/07/08	
				01/08/08	
				02/08/08	
				03/08/08	
				04/08/08	
				05/08/08	
				06/08/08	
				07/08/08	
				08/08/08	
				09/08/08	
				10/08/08	
				11/08/08	
				12/08/08	
				13/08/08	
				14/08/08	
				15/08/08	
				16/08/08	
				17/08/08	
				18/08/08	
				19/08/08	
				20/08/08	
				21/08/08	
				22/08/08	
				23/08/08	
	</td				





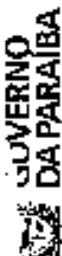
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**  
**ALA ORTOPÉDICA**  
**ARCÔNTE FERNANDES 24**

ORTOP 1

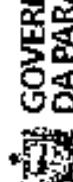


SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

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

Diagnóstico





SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Digitized by srujanika@gmail.com

1274

Diagnóstico

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO  
A LA URTORFUDI**  
**MASSEO FERNANDES - 14**

卷之三

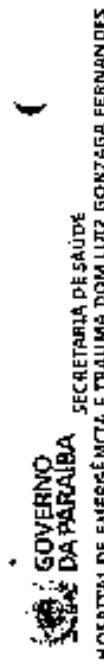
四百

30/12 All rights reserved



16/12/2017

HIC-Gabinete Administrativo



## FORMULARIO DADOS CLÍNICOS

*Caro paciente, não é só o profissional que cuida de você, é todo o time que cuida de você, é todo o hospital que cuida de você.*

## ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N° 1562773 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CEP: 08.778-268/003B-52

Av. Mz. Flávio Góes nº. 4700 - Manhãs, Campina Grande - FA - CEP: 58043-809 Data: 15/12/2017

Bairro: Centro Endereço: Rua Presidente Vargas, 12 - Centro

PACIENTE: RICARDO MARCIO FERNANDES

Endereço: FLORIANO PEIXOTO

Cidade: Campina Grande

Nome da MÃE: ANA MARIA DNESTO

CPF/MFNTF:

Responsável: TRAJICO PELO SAMU

Estado/CNF:

Vejunto: ATROPOLAMENTO POR CARRO

Yídica:

DBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO [Identifique o local com o número correspondente ao lado]

1. Abraçado

2. Ampliação

3. Aquecimento

4. Deslocamento

5. Crepitação

6. Dor

7. Ecema

8. Empalamento

9. Enfarratamento

10. Entorpecimento

11. Equimose

12. F. Alma Granca

13. F. Arma de Fogo

14. F. Cefaléia

15. F. Cervical

16. F. Genital

17. F. Pecten

18. F. Pele/Unha

19. Fratura

20. Fratura óssea aberta

21. Hemorragia

22. Hipertermia/Venore

23. Inchaço

24. Lesão cerebral

25. Lesão óssea

26. Medo/Ansiedade

27. N. Movimento voluntário perdedor

28. Objeto Enferrado

29. Osteite

30. Parafilia

31. Parox

32. Paroxismo

33. Sintoma de lesão

34. Tumor

35. Unha

24/12/2017

CONVÉNIO SUS

Especialidade:

CRM:

Yídica:

DBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO [Identifique o local com o número correspondente ao lado]

1. Abraçado

2. Ampliação

3. Aquecimento

4. Deslocamento

5. Crepitação

6. Dor

7. Ecema

8. Empalamento

9. Enfarratamento

10. Entorpecimento

11. Equimose

12. F. Alma Granca

13. F. Arma de Fogo

14. F. Cefaléia

15. F. Cervical

16. F. Genital

17. F. Pecten

18. F. Pele/Unha

19. Fratura

20. Fratura óssea aberta

21. Hemorragia

22. Hipertermia/Venore

23. Inchaço

24. Lesão cerebral

25. Lesão óssea

26. Medo/Ansiedade

27. N. Movimento voluntário perdedor

28. Objeto Enferrado

29. Osteite

30. Parafilia

31. Parox

32. Paroxismo

33. Sintoma de lesão

34. Tumor

35. Unha

Yídica:

DBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO [Identifique o local com o número correspondente ao lado]

1. Abraçado

2. Ampliação

3. Aquecimento

4. Deslocamento

5. Crepitação

6. Dor

7. Ecema

8. Empalamento

9. Enfarratamento

10. Entorpecimento

11. Equimose

12. F. Alma Granca

13. F. Arma de Fogo

14. F. Cefaléia

15. F. Cervical

16. F. Genital

17. F. Pecten

18. F. Pele/Unha

19. Fratura

20. Fratura óssea aberta

21. Hemorragia

22. Hipertermia/Venore

23. Inchaço

24. Lesão cerebral

25. Lesão óssea

26. Medo/Ansiedade

27. N. Movimento voluntário perdedor

28. Objeto Enferrado

29. Osteite

30. Parafilia

31. Parox

32. Paroxismo

33. Sintoma de lesão

34. Tumor

35. Unha

Yídica:

DBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO [Identifique o local com o número correspondente ao lado]

1. Abraçado

2. Ampliação

3. Aquecimento

4. Deslocamento

5. Crepitação

6. Dor

7. Ecema

8. Empalamento

9. Enfarratamento

10. Entorpecimento

11. Equimose

12. F. Alma Granca

13. F. Arma de Fogo

14. F. Cefaléia

15. F. Cervical

16. F. Genital

17. F. Pecten

18. F. Pele/Unha

19. Fratura

20. Fratura óssea aberta

21. Hemorragia

22. Hipertermia/Venore

23. Inchaço

24. Lesão cerebral

25. Lesão óssea

26. Medo/Ansiedade

27. N. Movimento voluntário perdedor

28. Objeto Enferrado

29. Osteite

30. Parafilia

31. Parox

32. Paroxismo

33. Sintoma de lesão

34. Tumor

35. Unha

Yídica:

DBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO [Identifique o local com o número correspondente ao lado]

1. Abraçado

2. Ampliação

3. Aquecimento

4. Deslocamento

5. Crepitação

6. Dor

7. Ecema

8. Empalamento

9. Enfarratamento

10. Entorpecimento

11. Equimose

12. F. Alma Granca

13. F. Arma de Fogo

14. F. Cefaléia

15. F. Cervical

16. F. Genital

17. F. Pecten

18. F. Pele/Unha

19. Fratura

20. Fratura óssea aberta

21. Hemorragia

22. Hipertermia/Venore

23. Inchaço

24. Lesão cerebral

25. Lesão óssea

26. Medo/Ansiedade

27. N. Movimento voluntário perdedor

28. Objeto Enferrado

29. Osteite

30. Parafilia

31. Parox

32. Paroxismo

33. Sintoma de lesão

34. Tumor

35. Unha

Yídica:

DBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO [Identifique o local com o número correspondente ao lado]

1. Abraçado

2. Ampliação

3. Aquecimento

4. Deslocamento

5. Crepitação

6. Dor

7. Ecema

8. Empalamento

9. Enfarratamento

10. Entorpecimento

11. Equimose

12. F. Alma Granca

13. F. Arma de Fogo

14. F. Cefaléia

15. F. Cervical

16. F. Genital

17. F. Pecten

18. F. Pele/Unha

19. Fratura

20. Fratura óssea aberta

21. Hemorragia

22. Hipertermia/Venore

23. Inchaço

24. Lesão cerebral

25. Lesão óssea

26. Medo/Ansiedade

27. N. Movimento voluntário perdedor

28. Objeto Enferrado

29. Osteite

30. Parafilia

31. Parox

32. Paroxismo

33. Sintoma de lesão

34. Tumor

35. Unha

Yídica:

DBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO [Identifique o local com o número correspondente ao lado]

1. Abraçado

2. Ampliação

3. Aquecimento

4. Deslocamento

5. Crepitação

6. Dor

7. Ecema

8. Empalamento

9. Enfarratamento

10. Entorpecimento

11. Equimose

12. F. Alma Granca

13. F. Arma de Fogo

14. F. Cefaléia

15. F. Cervical

16. F. Genital

17. F. Pecten

18. F. Pele/Unha

19. Fratura

20. Fratura óssea aberta

21. Hemorragia

22. Hipertermia/Venore

23. Inchaço

24. Lesão cerebral

25. Lesão óssea

26. Medo/Ansiedade

27. N. Movimento voluntário perdedor

28. Objeto Enferrado

29. Osteite

30. Parafilia

31. Parox

32. Paroxismo

33. Sintoma de lesão

34. Tumor

35. Unha

Yídica:

DBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO [Identifique o local com o número correspondente ao lado]

1. Abraçado

2. Ampliação

3. Aquecimento

4. Deslocamento

5. Crepitação



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

### Ficha de Acolhimento

Name: <u>Ricardo Henrique Fernandes</u>	End: <u>R. Novo</u>	Bairro: <u>Jardim São Pedro</u>
Data de Nascimento: <u>29.03.83</u>	Documento de identificação:	
Quixá: <u>Até o momento</u>	Data do Atend.: <u>15/12/17</u>	Hora: <u>09:44</u>
Acidente de trabalho? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

### Classificação de Risco

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

### Estratificação

Vermelho - atendimento no imediato	<input checked="" type="checkbox"/> Amarelo - atendimento até 1 hora
Verde - atendimento até 4 horas	<input type="checkbox"/> Azul - atendimento ambulatorial

MDU. 110

*[Handwritten signatures and initials over the table]*

Assinatura e carimbos do profissional!



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



Sistema  
Único de  
Saúde  
do  
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 LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ 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 - SÉXO

Masculino

10 - CMN

Frm [13]

10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

ANA MARIA ERNESTO CLEMENTE

11 - INSCRIÇÃO DE CURSO

CRM [13]

63

12 - ENDERECO (RUA, NÚMERO)

FLORIANO PEIXOTO , 0 , MALVINAS

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CODIGO UBS/UF

250400

15 - CEP

58400002

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS CLÍNICOS

*DOM em CT+? (E) pós trauma*

18 - CONDIÇÕES QUE AFISSIONAM A INTERNAÇÃO

*Necessidade de TTO cirúrgico.*

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

*X - X*

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

21 - MAGNETÔMETRO FUNCIONAL	22 - CT 04 PRIMÁRIO	23 - CT 10 SECUNDÁRIO	24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
-----------------------------	---------------------	-----------------------	-------------------------------

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA	27 - FATOR DE RISCOS	28 - DOCUMENTO	29 - N.º DOCUMENTO/CNPJ/CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
--------------	----------------------	----------------	--

02 (2) CMS E ICPF 980016296938549

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA DA SINALIZAÇÃO	32 - ASSINATURA E CÓDIGO (NÚMERO DE CONCEP-HO)
--	--------------------------	--

WAGNER DE MELO FALCAO

15/12/2017

33 - CÓDIGO DA SEGUROS

34 - CÓDIGO DA SEGUROS

35 - CÓDIGO DA SEGUROS

36 - CÓDIGO DA SEGUROS

37 - CÓDIGO DA SEGUROS

38 - CÓDIGO DA SEGUROS

39 - CÓDIGO DA SEGUROS

40 - CÓDIGO DA SEGUROS

41 - CÓDIGO DA SEGUROS

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - IMPRESO	44 - ENVIADOR	45 - TUTOR	46 - PRESENTE	47 - APÓS ENVIADO	48 - NÃO ENVIADO
--------------	---------------	------------	---------------	-------------------	------------------

49 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

50 - IMPRESO	51 - ENVIADOR	52 - TUTOR	53 - PRESENTE	54 - APÓS ENVIADO	55 - NÃO ENVIADO
--------------	---------------	------------	---------------	-------------------	------------------

56 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

57 - IMPRESO	58 - ENVIADOR	59 - TUTOR	60 - PRESENTE	61 - APÓS ENVIADO	62 - NÃO ENVIADO
--------------	---------------	------------	---------------	-------------------	------------------

63 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

64 - IMPRESO	65 - ENVIADOR	66 - TUTOR	67 - PRESENTE	68 - APÓS ENVIADO	69 - NÃO ENVIADO
--------------	---------------	------------	---------------	-------------------	------------------

70 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

71 - IMPRESO	72 - ENVIADOR	73 - TUTOR	74 - PRESENTE	75 - APÓS ENVIADO	76 - NÃO ENVIADO
--------------	---------------	------------	---------------	-------------------	------------------

77 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

78 - IMPRESO	79 - ENVIADOR	80 - TUTOR	81 - PRESENTE	82 - APÓS ENVIADO	83 - NÃO ENVIADO
--------------	---------------	------------	---------------	-------------------	------------------

84 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

85 - IMPRESO	86 - ENVIADOR	87 - TUTOR	88 - PRESENTE	89 - APÓS ENVIADO	90 - NÃO ENVIADO
--------------	---------------	------------	---------------	-------------------	------------------

91 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

92 - IMPRESO	93 - ENVIADOR	94 - TUTOR	95 - PRESENTE	96 - APÓS ENVIADO	97 - NÃO ENVIADO
--------------	---------------	------------	---------------	-------------------	------------------

98 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

99 - IMPRESO	100 - ENVIADOR	101 - TUTOR	102 - PRESENTE	103 - APÓS ENVIADO	104 - NÃO ENVIADO
--------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

105 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

106 - IMPRESO	107 - ENVIADOR	108 - TUTOR	109 - PRESENTE	110 - APÓS ENVIADO	111 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

112 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

113 - IMPRESO	114 - ENVIADOR	115 - TUTOR	116 - PRESENTE	117 - APÓS ENVIADO	118 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

119 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

120 - IMPRESO	121 - ENVIADOR	122 - TUTOR	123 - PRESENTE	124 - APÓS ENVIADO	125 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

126 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

127 - IMPRESO	128 - ENVIADOR	129 - TUTOR	130 - PRESENTE	131 - APÓS ENVIADO	132 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

133 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

134 - IMPRESO	135 - ENVIADOR	136 - TUTOR	137 - PRESENTE	138 - APÓS ENVIADO	139 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

140 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

141 - IMPRESO	142 - ENVIADOR	143 - TUTOR	144 - PRESENTE	145 - APÓS ENVIADO	146 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

147 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

148 - IMPRESO	149 - ENVIADOR	150 - TUTOR	151 - PRESENTE	152 - APÓS ENVIADO	153 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

154 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

155 - IMPRESO	156 - ENVIADOR	157 - TUTOR	158 - PRESENTE	159 - APÓS ENVIADO	160 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

161 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

162 - IMPRESO	163 - ENVIADOR	164 - TUTOR	165 - PRESENTE	166 - APÓS ENVIADO	167 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

168 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

169 - IMPRESO	170 - ENVIADOR	171 - TUTOR	172 - PRESENTE	173 - APÓS ENVIADO	174 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

175 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

176 - IMPRESO	177 - ENVIADOR	178 - TUTOR	179 - PRESENTE	180 - APÓS ENVIADO	181 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

182 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

183 - IMPRESO	184 - ENVIADOR	185 - TUTOR	186 - PRESENTE	187 - APÓS ENVIADO	188 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

189 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

190 - IMPRESO	191 - ENVIADOR	192 - TUTOR	193 - PRESENTE	194 - APÓS ENVIADO	195 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

196 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

197 - IMPRESO	198 - ENVIADOR	199 - TUTOR	200 - PRESENTE	201 - APÓS ENVIADO	202 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

203 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

204 - IMPRESO	205 - ENVIADOR	206 - TUTOR	207 - PRESENTE	208 - APÓS ENVIADO	209 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

210 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

211 - IMPRESO	212 - ENVIADOR	213 - TUTOR	214 - PRESENTE	215 - APÓS ENVIADO	216 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

217 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

218 - IMPRESO	219 - ENVIADOR	220 - TUTOR	221 - PRESENTE	222 - APÓS ENVIADO	223 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

224 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

225 - IMPRESO	226 - ENVIADOR	227 - TUTOR	228 - PRESENTE	229 - APÓS ENVIADO	230 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

231 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

232 - IMPRESO	233 - ENVIADOR	234 - TUTOR	235 - PRESENTE	236 - APÓS ENVIADO	237 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

238 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

239 - IMPRESO	240 - ENVIADOR	241 - TUTOR	242 - PRESENTE	243 - APÓS ENVIADO	244 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

246 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

247 - IMPRESO	248 - ENVIADOR	249 - TUTOR	250 - PRESENTE	251 - APÓS ENVIADO	252 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

254 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

255 - IMPRESO	256 - ENVIADOR	257 - TUTOR	258 - PRESENTE	259 - APÓS ENVIADO	260 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

261 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

262 - IMPRESO	263 - ENVIADOR	264 - TUTOR	265 - PRESENTE	266 - APÓS ENVIADO	267 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

268 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

269 - IMPRESO	270 - ENVIADOR	271 - TUTOR	272 - PRESENTE	273 - APÓS ENVIADO	274 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

276 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

277 - IMPRESO	278 - ENVIADOR	279 - TUTOR	280 - PRESENTE	281 - APÓS ENVIADO	282 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

284 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

285 - IMPRESO	286 - ENVIADOR	287 - TUTOR	288 - PRESENTE	289 - APÓS ENVIADO	290 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

292 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

293 - IMPRESO	294 - ENVIADOR	295 - TUTOR	296 - PRESENTE	297 - APÓS ENVIADO	298 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

299 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

300 - IMPRESO	301 - ENVIADOR	302 - TUTOR	303 - PRESENTE	304 - APÓS ENVIADO	305 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

307 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

308 - IMPRESO	309 - ENVIADOR	310 - TUTOR	311 - PRESENTE	312 - APÓS ENVIADO	313 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

315 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

316 - IMPRESO	317 - ENVIADOR	318 - TUTOR	319 - PRESENTE	320 - APÓS ENVIADO	321 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

322 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

323 - IMPRESO	324 - ENVIADOR	325 - TUTOR	326 - PRESENTE	327 - APÓS ENVIADO	328 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

329 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

330 - IMPRESO	331 - ENVIADOR	332 - TUTOR	333 - PRESENTE	334 - APÓS ENVIADO	335 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

337 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

338 - IMPRESO	339 - ENVIADOR	340 - TUTOR	341 - PRESENTE	342 - APÓS ENVIADO	343 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

345 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

346 - IMPRESO	347 - ENVIADOR	348 - TUTOR	349 - PRESENTE	350 - APÓS ENVIADO	351 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

352 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

353 - IMPRESO	354 - ENVIADOR	355 - TUTOR	356 - PRESENTE	357 - APÓS ENVIADO	358 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

359 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

360 - IMPRESO	361 - ENVIADOR	362 - TUTOR	363 - PRESENTE	364 - APÓS ENVIADO	365 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

367 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

368 - IMPRESO	369 - ENVIADOR	370 - TUTOR	371 - PRESENTE	372 - APÓS ENVIADO	373 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

375 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

376 - IMPRESO	377 - ENVIADOR	378 - TUTOR	379 - PRESENTE	380 - APÓS ENVIADO	381 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

382 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

383 - IMPRESO	384 - ENVIADOR	385 - TUTOR	386 - PRESENTE	387 - APÓS ENVIADO	388 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

389 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

390 - IMPRESO	391 - ENVIADOR	392 - TUTOR	393 - PRESENTE	394 - APÓS ENVIADO	395 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

397 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

398 - IMPRESO	399 - ENVIADOR	400 - TUTOR	401 - PRESENTE	402 - APÓS ENVIADO	403 - NÃO ENVIADO
---------------	----------------	-------------	----------------	--------------------	-------------------

405 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

406 - IMPRESO	407 - ENVIADOR	408 - TUTOR
---------------	----------------	-------------



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente	Nº Prontuário		
Ricardo Mário Fernandes			
Data da Operação	28/12/14	Enf. Enferm. I	Leito 9-2
Operador	Dr. Amorim, Jorge	1º Auxiliar	Dr. Hélio José (fone)
2º Auxiliar	Dr. Yuny (mai)	3º Auxiliar	Dr. Júlio (mai) Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório	Ex. Pármox. Dissec. (E)		
Tipo de Operação	Osteosíntese		
Diagnóstico Pós-Operatório	O mesmo		
Relatório Imediato da Patologia	4		
Exame Radiológico no Ato	Nº		
Acidente Durante a Operação	não		

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Técnica e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras	
1) Prafos em DORIS sobre AVESFRM 2) Assessoria + Antissepsia + Campos Estérilis 3) Inserção em foice branca de cera (E) + Dissecar por planos + Hemostasia. 4) remoção cravado de fios. 5) Orossissim e planos dep longo D.E + o parafuso 6) levado da ferida sem sítio. 7) fechamento por planos. 8) curativo	
CADASTRO 27/04/2015 RECEBIDO	SABEM SEGUROAMENTE 27/04/2015 RECEBIDO

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMAGEM

LEITO

APROVADA

FOLHA DE  
ANESTESIA

Ricardo Návio Fernandes

IDADE  
39aSEXO  
MCOR  
CINZA

DATA 08/12/17	PRESA AARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TERMOMETRICA	PESO	ALTURA
TPO SINGULHO	40MMHG	PERFUSÃO	HIPOTENSÃO	GICEMIA	URÉM	CUTIDOS
	URINA					

AP. RESPIRATÓRIO	RESPIRAÇÃO	65W	ARRODILHADA
------------------	------------	-----	-------------

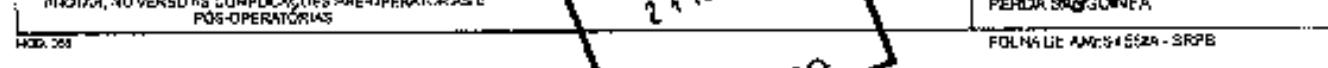
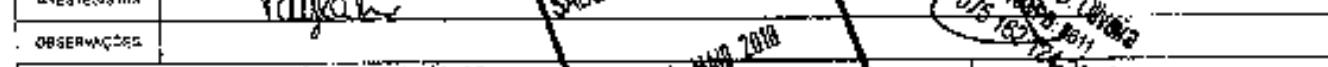
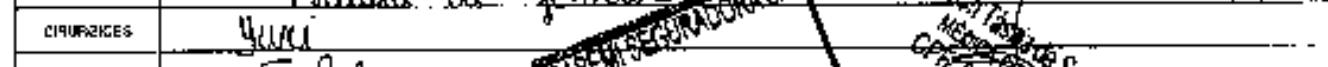
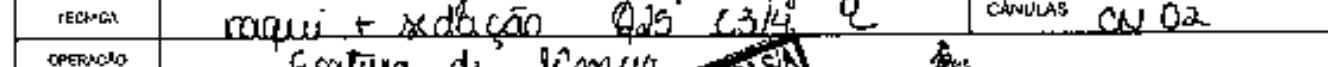
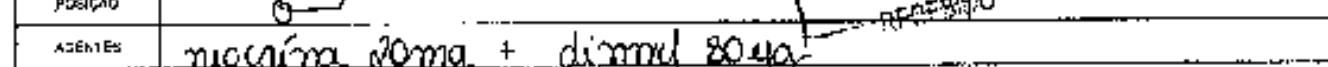
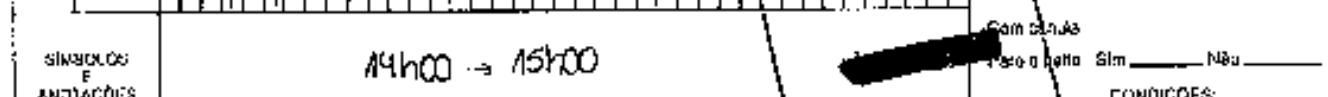
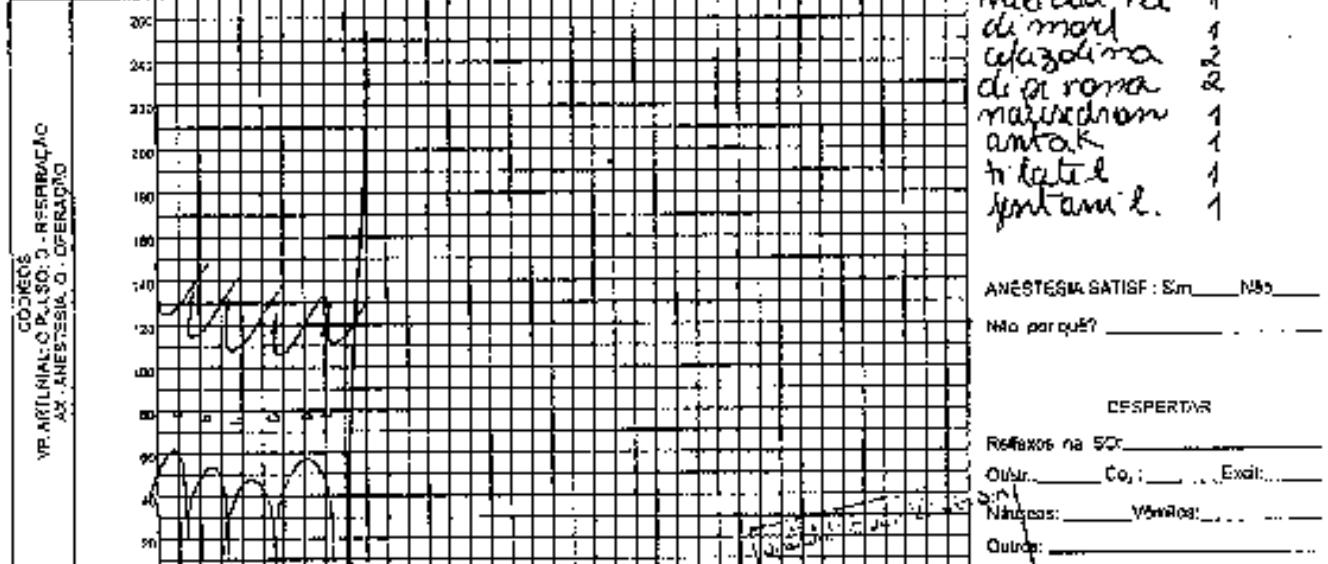
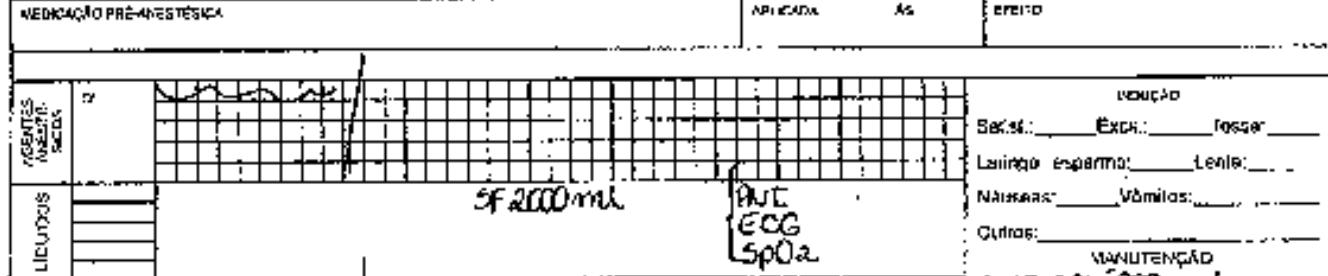
AP. CIRCULATÓRIO	EXTRACARDIOPULMONAR
------------------	---------------------

AP. DIGESTIVO	DENTES	PERIODICO	AP. LINFÁTICO
---------------	--------	-----------	---------------

CRADO MENTAL	ATARDADO	CONVICIÓES	ALERGIA <i>mica</i>	COMPLEXOES
--------------	----------	------------	------------------------	------------

DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO	ESTADO FÍSICO	MEDICO
----------------------------	---------------	--------

ANESTESIAS ANEXADAS	APLICADA	AS	TERCEIRO
---------------------	----------	----	----------



ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS

HOB 208

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB

RECEBIDO

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Ricardo Moreira Ferreira DOB 29-03-19

QD LEITE

CONVÉNIO

IDADE

34

REGISTRO

1562773

GOVERNO  
DA PARAÍBA

CIRURGIA TTS Wong Adherente de Feto

CIRURGIA

Dr. Yuri + Dr. Juliano

ANESTESIA

Raquel

ANESTESA

Dr. Taylor

INSTRUMENTADORA

DATA

INÍCIO

FIM

pelelo 28-12-17

14:20

16:00

Qd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Bolsa Colostoma

Qd.

FIDS

CÓDIGO

Adrenalin aero.

Catet. n° Dwg

Catgul cromado Serilix

Airocina aero

Catet. De Urina Sst. Fech.

Catgul cromado Serilix

Diazepam amp.

Compressa Grande

Catgul cromado Serilix

Dimorpha amp.

Compressa Pequena

Catgul Simples

Dofadilina amp.

Colocade

Catgul Simples Serilix

Efrana ml

Dreno

Catgul Simples Serilix

Fenegem amp.

Dreno Kerrn?

Catgul Simples Serilix

Fentanil ml

Dreno Parrose n°

Cera pl' osso

Indrap ml

Dreno Pezzer n°

Elband

Ketalar ml

Equipô de Macrogólos

Elband

Propofol 2% ml

Equipô de Sangue

Fio de Algodão Serilix

Rapilon amp.

Equipô de PVC

Fio de Algodão Serilix

Praligulina amp.

Esparadrepa Largo cm

Fio de Algodão Sulgiac

Proterox 1ml

Furacina ml

Fio de Algodão Sulgiac

Quelicato

Gote Peçole c/ 10 unidades

Fita cardíaca

Rapilon amp

H2O, ml

Mongonton

Thiamental ml

Intracath Aditivo

Mongonton

Tracrium amp.

Intracath Invertul

Prolene Serilix

Qd. MEDICAÇÕES

02

03

03 Agua Distilada amp

Lâmina de Biolu n° 20

Prolene Serilix

04 Cicatram amp

Lâmina de Biolu n° 11

Prolene Serilix

05 Dipiridina amp

Lâmina de Biolu n° 15

Prolene Serilix

Flaxicôl amp

Luvas 7.0

Vicryl Serilix

Flexodexil amp

Luvas 7.5

Vicryl Serilix

Flexodexil amp

Luvas 8.0

Vicryl Serilix

06 Glucosol amp

Luvas 8.5

Vicryl Serilix

Glicosa amp

Orgânia 1ml

Vicryl Serilix

Glúcofase amp

Polifiliz

Vicryl Serilix

Hiperclorato

PVPA Degenerante ml

Vicryl Serilix

Iodoalacion amp

PVPA Técnica H,

Vicryl Serilix

Iodoalacion amp

Sabao Antisséptico

SABROS

Lasta 60x3

Saco coletar

SC Normotérmica fr 600 ml

Medroflugol

Seringa desc. 10 ml

SG Gelada fr 500 ml

Metil amp

Seringa desc. 20 ml

SG Hipertérmica fr 600 ml

Protemina

Seringa desc. 25 ml

SG Ringr fr 500 ml

Revivitox amp

Sonic

SG 600 ml

Sulfato de sódio

Sonda Foley

ORTSESE E PRÓTESE

Sulfato de sódio

Sonda Nasogástrica

T.M

07 Celofalolina 1g

Sonda Uretral rf

Sierrydrum ml

Sierrydrum ml

Qd. MATERIAIS / SOLUÇÕES

Trinolida

Açúcar desc. 25 x 7

Vasel na rol

Açúcar desc. 28 x 28

Geloxia 18

Açúcar desc. 3 x 4,5

Latex

Aplicador p/roque n° 25

Alcool de Enfermagem

Alcool odado ml

Algoduras de Crepon

Algoduras de Gessada

Aqui metilengol amp.

Benzina ml

## EQUIPAMENTOS

- Oxímetro de Pulso
- Foco Auxiliar
- Sera
- Desbrilhador
- Fuxo Frouxo
- Farol de Luz
- Eletrocauête
- Oxiapipôgalo
- Cardiomonitor
- Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Vanda Lima M. Medrado

TÉC. DE ENFERMAGEM:

COREN - P6 703.723

MCD 066



## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Ricardo Maria Fernandes Idade: 34 anos  
Convênio: SUS Data: 20/12/12  
Procedimento: Hospitalização de Fratura de Fémur

### Observações:



~~W.M. Tupper & S. Cawelti~~

Assinatura Anestegista

Circulante



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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésica	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimento 2 membros = 1 Movimento 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>		



Alexandre S. Costa  
Medicina Anestesiologia  
CRM 01010414-23

Assinatura do anestesista





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Henrique Fernandes | Registro: 8.0101 | Leito: 3-2 | Setor Atual: Oncológico  
Idade: 34 | Sexo: M | Cor: Cafezinho | Estado Civil: União | Naturalidade:  | Profissão:   
Procedência:  Verodócha  Amarela  Verde  UTI  ICC  Alia:  Residência  Outro  
Data da internação hospitalar: / / | Data da internação no setor: 20/12/17  
Tem um cuidador/Responsável:  Quem?:   
Telefone:  | Tem acesso a uma UBS:  Qual?:

## 2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias:  Motivos:  Alergias:  Qual:   
Doenças:  HAS  DM  IPOC  Cardiopatia  Obesidade  Tabagista  Ex-tabagista  Neoplasia  
 Alcoholismo  Drogadição  Outros:  | Medicinações em uso:

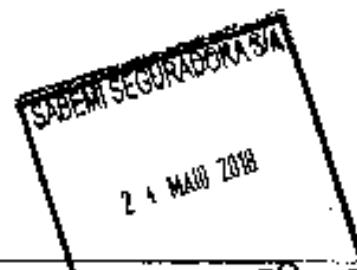
## 3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar): Acidente automobilístico

## 4. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 90 C: P: bpm; FR: 16 lpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 75 bpm; SPO2: 98%  
HGT: 175 cm/dé; Peso: 75 Kg; Altura: 175 cm | Dor:  Local:  | Obs:

## EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



## 5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

## REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

Pupilas:  Isocônicas  Anisocônicas  D>E  E>D  Fotorreagentes  Móticas  Midriáticas

Mobilidade Física:  Preservada  Paresia  Plegia  Parestesia. Local: Próximo à cintura

Linguagem: Alteração:  Qual?  Disfonia  Afasia  Disfásia  Disartria.

QUS:

## OXIGENAÇÃO

Respiração:  Espontânea  Cateter Nasal  Venturi % l/min |  Traqueostomia  Ayre/Tubo T  
 VMI  VMTOT n° Comissura labial n° FiO2 % PEEP cmH2O

Eupnéia  Taquipnéia  Bradipnéia  Dispnéia  Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente:  Diminuídos  ID  IE

Ruidos adventícios:  Roncos  Sibílos  Estridor  Outros:

Tosse:  Improdutiva  Produtiva | Expectoração:  Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax:  ID  IE  Saída 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

Allergia:  Visão  Audição  Tato  Olfato  Paladar Observação:

<b>SEGURANÇA FÍSICA</b>	
( <input checked="" type="checkbox"/> ) Tranquilo ( <input type="checkbox"/> ) Agridado ( <input type="checkbox"/> ) Agressivo. ( <input type="checkbox"/> ) Risco de queda. Observações:	
<b>REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR</b>	
P脉: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Regular ( <input type="checkbox"/> ) Irregular ( <input type="checkbox"/> ) Impalpável ( <input type="checkbox"/> ) Filiforme ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Cheio.	
Paixão: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Corada ( <input type="checkbox"/> ) Hipocorada ( <input type="checkbox"/> ) Cianose ( <input type="checkbox"/> ) Sudorese ( <input type="checkbox"/> ) Fria ( <input type="checkbox"/> ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) ≤ 3 segundos ( <input type="checkbox"/> ) > 3 segundos. ( <input type="checkbox"/> ) Turgência jugular: ( <input type="checkbox"/> )	
Drogas vasoativas: ( <input type="checkbox"/> ) Quais?	Precondialgia: ( <input type="checkbox"/> )
Ausculta cardíaca: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Rítmica ( <input type="checkbox"/> ) Arritmica ( <input type="checkbox"/> ) Sopro ( <input type="checkbox"/> ) Outro. Marcapasso: ( <input type="checkbox"/> ) Transitiário ( <input type="checkbox"/> ) Definitivo	
Cateter vascular: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Periférico ( <input type="checkbox"/> ) Central ( <input type="checkbox"/> ) Dissecção. Localização: <u>M.S.D.</u>	Data da punção: <u>20/12/12</u>
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"/> ) Enagrecido ( <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"/> ) V.O. ( <input type="checkbox"/> ) SNG ( <input type="checkbox"/> ) SNE ( <input type="checkbox"/> ) Gastronomia ( <input type="checkbox"/> ) Jejunostomia ( <input type="checkbox"/> ) N.P.T. Hora: _____ Data: <u>20/12/12</u>	
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:	
R.H.A: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normodinâmicos ( <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"/> ) S.V.U: 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"/> ) Escoavações ( <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/Aspecito: <u>Pré Operatório/Procedimento</u> Curativo em: _____ / _____	
Dreno: ( <input type="checkbox"/> ) Tipo/Aspecito: Díbilo: Retirado em: _____ / _____	
Úlcera de pressão: ( <input type="checkbox"/> ) Estágio:	Local: Descrição: 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   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 Intermórbido. Observações:	
<b>6 - AValiação das necessidades psicossociais</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Preservada ( <input type="checkbox"/> ) Prejudicada. Sentimentos e comportamentos: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Cooperativo ( <input type="checkbox"/> ) Medo: ( <input type="checkbox"/> ) Ansiedade ( <input type="checkbox"/> ) Ausência de familiares/visita ( <input type="checkbox"/> ) Outros:	
<b>7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E SUA ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( <input type="checkbox"/> ) Praticante ( <input type="checkbox"/> ) Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
_____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____	
Cerimônia e Assinatura do Enfermeiro: <u>CR Santos</u> Eduardo Renato dos Santos ENFERMEIRO COREN-RS #17334	
DATA: <u>20/12/12</u> HORA: <u>17:50</u>	
<b>RECEBIDO</b>	

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



## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Mano Fernandes | Registro: \_\_\_\_\_ | Leito: 9 - 2 | Setor Atual: Ort 1

#### 2. DADOS GERAIS

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: lpm; 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 () Fotonegantes () Mióticas () Midriáticas

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

Linguagem: () Clara? () Disfonia () Afasia () Disfásia () Disartria

Obs: \_\_\_\_\_

##### OXIGENAÇÃO

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

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

() Eupnéia () Taquipneia () Bradipneia () Dispnéia () Outros: \_\_\_\_\_

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuído () 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 () Olfacto () Paladar Observação: \_\_\_\_\_

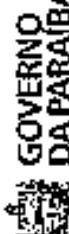
##### SEGURANÇA FÍSICA

() 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"/> Aquetida.	<input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>		
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais?	<input type="checkbox"/> Precordialgia <input type="checkbox"/>		
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Atrialmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo			
Cateter vascular: <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização:	Data da punção <u>21/12/17</u>		
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 checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.			
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SMG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora:	Data: <u>11/12/17</u>		
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"/> Normotônico <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Aséptico <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"/> Consistido 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"/> SVO: Débito ml/h:			
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:			
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>			
Condicação 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: <u>/ /</u>		
Oreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto:	Débito:	Retirado em: <u>/ /</u>	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio:	Local:	Descrição:	Curativo em: <u>/ /</u>
<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 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:			
<b>SONO E REPOSO</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono Interrumpido. 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 Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:			
<input checked="" 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:			
INTERCORRÊNCIAS			
<p><i>Paciente MIE nos sofreu com peso desconhecido temporal</i></p>			
 <i>24 MAIO 2018</i>			
Dr. Pedro da Silveira de Melo Enfermeiro - Pronto-Socorro PSF CORPO 24/2018 MAT 100-106-9			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: <u>01/12/17</u> HORA: _____		



SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

ZIMMERMANN

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Francisco Alarcón Pérez [Alojamiento]

Prescrição Médica

RECEIVED







SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

४८

Page 9

160

1

1

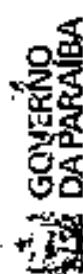
1

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
17/12	1. METALURG	02	
	2. JETOCOZINHADORES	03	
	3. DIFENIDRINA 200MG EV 6/6H	04	
	4. OMEPRAZOL 40MG EV 1/1DUM	05	
	5. TRAMADOL 300MG + 100ML SF 0,9 EV 6/6H 5/6H	06	
	6. TRAMADOL 300MG + 100ML SF 0,9 EV 6/6H 5/6H	07	
	7. TRAMADOL 300MG + 100ML SF 0,9 EV 6/6H 5/6H	08	
	8. ANALGÉSICO 1 CA + ADER. BACT. SAI	09	
	9. TRAMADOL 200MG + AB-ET 100ML SF 0,9 EV 6/6H 5/6H	10	
	10. CLOREX 400ML SC. 1/1DIA	11	
	11. SSIVV + CLEGS	12	









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

## Diagnóstico

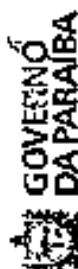
---

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Edimilson José da Cunha (D) Ok

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1 - Dieta livre	6	Reabilitação
	2 - SRT 1500ml/12h	10/24	Cx. farto abd.
	3 - Dipirona 0,5g/ml + SFT-15ml-15ml-8ml-Bt (fentamidina)	14/24	Aliviada
	4 - Cetopropeno 100mg I.V + S.E. 0,9% 100ml	16/24	EVOLUÇÃO
	I.V 12/12 h. scorrer em 20 min.	18/24	EVOLUÇÃO
	5 - Cineprazol 40 mg I.V pela manhã (entamento).	20/24	EVOLUÇÃO
	6 - C.L. Gerias	22/24	EVOLUÇÃO
	7 - Glutaral 400mg I.V	24/24	EVOLUÇÃO
	8 - Cefotaxime 2g I.V	26/24	EVOLUÇÃO
	9 - Cefotaxime 2g I.V	28/24	EVOLUÇÃO
	10 - Cefotaxime 2g I.V	30/24	EVOLUÇÃO
	11 - Cefotaxime 2g I.V	32/24	EVOLUÇÃO
	12 - Cefotaxime 2g I.V	34/24	EVOLUÇÃO
	13 - Cefotaxime 2g I.V	36/24	EVOLUÇÃO
	14 - Cefotaxime 2g I.V	38/24	EVOLUÇÃO
	15 - Cefotaxime 2g I.V	40/24	EVOLUÇÃO
	16 - Cefotaxime 2g I.V	42/24	EVOLUÇÃO
	17 - Cefotaxime 2g I.V	44/24	EVOLUÇÃO
	18 - Cefotaxime 2g I.V	46/24	EVOLUÇÃO
	19 - Cefotaxime 2g I.V	48/24	EVOLUÇÃO
	20 - Cefotaxime 2g I.V	50/24	EVOLUÇÃO
	21 - Cefotaxime 2g I.V	52/24	EVOLUÇÃO
	22 - Cefotaxime 2g I.V	54/24	EVOLUÇÃO
	23 - Cefotaxime 2g I.V	56/24	EVOLUÇÃO
	24 - Cefotaxime 2g I.V	58/24	EVOLUÇÃO
	25 - Cefotaxime 2g I.V	60/24	EVOLUÇÃO
	26 - Cefotaxime 2g I.V	62/24	EVOLUÇÃO
	27 - Cefotaxime 2g I.V	64/24	EVOLUÇÃO
	28 - Cefotaxime 2g I.V	66/24	EVOLUÇÃO
	29 - Cefotaxime 2g I.V	68/24	EVOLUÇÃO
	30 - Cefotaxime 2g I.V	70/24	EVOLUÇÃO
	31 - Cefotaxime 2g I.V	72/24	EVOLUÇÃO
	32 - Cefotaxime 2g I.V	74/24	EVOLUÇÃO
	33 - Cefotaxime 2g I.V	76/24	EVOLUÇÃO
	34 - Cefotaxime 2g I.V	78/24	EVOLUÇÃO
	35 - Cefotaxime 2g I.V	80/24	EVOLUÇÃO
	36 - Cefotaxime 2g I.V	82/24	EVOLUÇÃO
	37 - Cefotaxime 2g I.V	84/24	EVOLUÇÃO
	38 - Cefotaxime 2g I.V	86/24	EVOLUÇÃO
	39 - Cefotaxime 2g I.V	88/24	EVOLUÇÃO
	40 - Cefotaxime 2g I.V	90/24	EVOLUÇÃO
	41 - Cefotaxime 2g I.V	92/24	EVOLUÇÃO
	42 - Cefotaxime 2g I.V	94/24	EVOLUÇÃO
	43 - Cefotaxime 2g I.V	96/24	EVOLUÇÃO
	44 - Cefotaxime 2g I.V	98/24	EVOLUÇÃO
	45 - Cefotaxime 2g I.V	100/24	EVOLUÇÃO
	46 - Cefotaxime 2g I.V	102/24	EVOLUÇÃO
	47 - Cefotaxime 2g I.V	104/24	EVOLUÇÃO
	48 - Cefotaxime 2g I.V	106/24	EVOLUÇÃO
	49 - Cefotaxime 2g I.V	108/24	EVOLUÇÃO
	50 - Cefotaxime 2g I.V	110/24	EVOLUÇÃO
	51 - Cefotaxime 2g I.V	112/24	EVOLUÇÃO
	52 - Cefotaxime 2g I.V	114/24	EVOLUÇÃO
	53 - Cefotaxime 2g I.V	116/24	EVOLUÇÃO
	54 - Cefotaxime 2g I.V	118/24	EVOLUÇÃO
	55 - Cefotaxime 2g I.V	120/24	EVOLUÇÃO
	56 - Cefotaxime 2g I.V	122/24	EVOLUÇÃO
	57 - Cefotaxime 2g I.V	124/24	EVOLUÇÃO
	58 - Cefotaxime 2g I.V	126/24	EVOLUÇÃO
	59 - Cefotaxime 2g I.V	128/24	EVOLUÇÃO
	60 - Cefotaxime 2g I.V	130/24	EVOLUÇÃO
	61 - Cefotaxime 2g I.V	132/24	EVOLUÇÃO
	62 - Cefotaxime 2g I.V	134/24	EVOLUÇÃO
	63 - Cefotaxime 2g I.V	136/24	EVOLUÇÃO
	64 - Cefotaxime 2g I.V	138/24	EVOLUÇÃO
	65 - Cefotaxime 2g I.V	140/24	EVOLUÇÃO
	66 - Cefotaxime 2g I.V	142/24	EVOLUÇÃO
	67 - Cefotaxime 2g I.V	144/24	EVOLUÇÃO
	68 - Cefotaxime 2g I.V	146/24	EVOLUÇÃO
	69 - Cefotaxime 2g I.V	148/24	EVOLUÇÃO
	70 - Cefotaxime 2g I.V	150/24	EVOLUÇÃO
	71 - Cefotaxime 2g I.V	152/24	EVOLUÇÃO
	72 - Cefotaxime 2g I.V	154/24	EVOLUÇÃO
	73 - Cefotaxime 2g I.V	156/24	EVOLUÇÃO
	74 - Cefotaxime 2g I.V	158/24	EVOLUÇÃO
	75 - Cefotaxime 2g I.V	160/24	EVOLUÇÃO
	76 - Cefotaxime 2g I.V	162/24	EVOLUÇÃO
	77 - Cefotaxime 2g I.V	164/24	EVOLUÇÃO
	78 - Cefotaxime 2g I.V	166/24	EVOLUÇÃO
	79 - Cefotaxime 2g I.V	168/24	EVOLUÇÃO
	80 - Cefotaxime 2g I.V	170/24	EVOLUÇÃO
	81 - Cefotaxime 2g I.V	172/24	EVOLUÇÃO
	82 - Cefotaxime 2g I.V	174/24	EVOLUÇÃO
	83 - Cefotaxime 2g I.V	176/24	EVOLUÇÃO
	84 - Cefotaxime 2g I.V	178/24	EVOLUÇÃO
	85 - Cefotaxime 2g I.V	180/24	EVOLUÇÃO
	86 - Cefotaxime 2g I.V	182/24	EVOLUÇÃO
	87 - Cefotaxime 2g I.V	184/24	EVOLUÇÃO
	88 - Cefotaxime 2g I.V	186/24	EVOLUÇÃO
	89 - Cefotaxime 2g I.V	188/24	EVOLUÇÃO
	90 - Cefotaxime 2g I.V	190/24	EVOLUÇÃO
	91 - Cefotaxime 2g I.V	192/24	EVOLUÇÃO
	92 - Cefotaxime 2g I.V	194/24	EVOLUÇÃO
	93 - Cefotaxime 2g I.V	196/24	EVOLUÇÃO
	94 - Cefotaxime 2g I.V	198/24	EVOLUÇÃO
	95 - Cefotaxime 2g I.V	200/24	EVOLUÇÃO
	96 - Cefotaxime 2g I.V	202/24	EVOLUÇÃO
	97 - Cefotaxime 2g I.V	204/24	EVOLUÇÃO
	98 - Cefotaxime 2g I.V	206/24	EVOLUÇÃO
	99 - Cefotaxime 2g I.V	208/24	EVOLUÇÃO
	100 - Cefotaxime 2g I.V	210/24	EVOLUÇÃO
	101 - Cefotaxime 2g I.V	212/24	EVOLUÇÃO
	102 - Cefotaxime 2g I.V	214/24	EVOLUÇÃO
	103 - Cefotaxime 2g I.V	216/24	EVOLUÇÃO
	104 - Cefotaxime 2g I.V	218/24	EVOLUÇÃO
	105 - Cefotaxime 2g I.V	220/24	EVOLUÇÃO
	106 - Cefotaxime 2g I.V	222/24	EVOLUÇÃO
	107 - Cefotaxime 2g I.V	224/24	EVOLUÇÃO
	108 - Cefotaxime 2g I.V	226/24	EVOLUÇÃO
	109 - Cefotaxime 2g I.V	228/24	EVOLUÇÃO
	110 - Cefotaxime 2g I.V	230/24	EVOLUÇÃO
	111 - Cefotaxime 2g I.V	232/24	EVOLUÇÃO
	112 - Cefotaxime 2g I.V	234/24	EVOLUÇÃO
	113 - Cefotaxime 2g I.V	236/24	EVOLUÇÃO
	114 - Cefotaxime 2g I.V	238/24	EVOLUÇÃO
	115 - Cefotaxime 2g I.V	240/24	EVOLUÇÃO
	116 - Cefotaxime 2g I.V	242/24	EVOLUÇÃO
	117 - Cefotaxime 2g I.V	244/24	EVOLUÇÃO
	118 - Cefotaxime 2g I.V	246/24	EVOLUÇÃO
	119 - Cefotaxime 2g I.V	248/24	EVOLUÇÃO
	120 - Cefotaxime 2g I.V	250/24	EVOLUÇÃO
	121 - Cefotaxime 2g I.V	252/24	EVOLUÇÃO
	122 - Cefotaxime 2g I.V	254/24	EVOLUÇÃO
	123 - Cefotaxime 2g I.V	256/24	EVOLUÇÃO
	124 - Cefotaxime 2g I.V	258/24	EVOLUÇÃO
	125 - Cefotaxime 2g I.V	260/24	EVOLUÇÃO
	126 - Cefotaxime 2g I.V	262/24	EVOLUÇÃO
	127 - Cefotaxime 2g I.V	264/24	EVOLUÇÃO
	128 - Cefotaxime 2g I.V	266/24	EVOLUÇÃO
	129 - Cefotaxime 2g I.V	268/24	EVOLUÇÃO
	130 - Cefotaxime 2g I.V	270/24	EVOLUÇÃO
	131 - Cefotaxime 2g I.V	272/24	EVOLUÇÃO
	132 - Cefotaxime 2g I.V	274/24	EVOLUÇÃO
	133 - Cefotaxime 2g I.V	276/24	EVOLUÇÃO
	134 - Cefotaxime 2g I.V	278/24	EVOLUÇÃO
	135 - Cefotaxime 2g I.V	280/24	EVOLUÇÃO
	136 - Cefotaxime 2g I.V	282/24	EVOLUÇÃO
	137 - Cefotaxime 2g I.V	284/24	EVOLUÇÃO
	138 - Cefotaxime 2g I.V	286/24	EVOLUÇÃO
	139 - Cefotaxime 2g I.V	288/24	EVOLUÇÃO
	140 - Cefotaxime 2g I.V	290/24	EVOLUÇÃO
	141 - Cefotaxime 2g I.V	292/24	EVOLUÇÃO
	142 - Cefotaxime 2g I.V	294/24	EVOLUÇÃO
	143 - Cefotaxime 2g I.V	296/24	EVOLUÇÃO
	144 - Cefotaxime 2g I.V	298/24	EVOLUÇÃO
	145 - Cefotaxime 2g I.V	300/24	EVOLUÇÃO
	146 - Cefotaxime 2g I.V	302/24	EVOLUÇÃO
	147 - Cefotaxime 2g I.V	304/24	EVOLUÇÃO
	148 - Cefotaxime 2g I.V	306/24	EVOLUÇÃO
	149 - Cefotaxime 2g I.V	308/24	EVOLUÇÃO
	150 - Cefotaxime 2g I.V	310/24	EVOLUÇÃO
	151 - Cefotaxime 2g I.V	312/24	EVOLUÇÃO
	152 - Cefotaxime 2g I.V	314/24	EVOLUÇÃO
	153 - Cefotaxime 2g I.V	316/24	EVOLUÇÃO
	154 - Cefotaxime 2g I.V	318/24	EVOLUÇÃO
	155 - Cefotaxime 2g I.V	320/24	EVOLUÇÃO
	156 - Cefotaxime 2g I.V	322/24	EVOLUÇÃO
	157 - Cefotaxime 2g I.V	324/24	EVOLUÇÃO
	158 - Cefotaxime 2g I.V	326/24	EVOLUÇÃO
	159 - Cefotaxime 2g I.V	328/24	EVOLUÇÃO
	160 - Cefotaxime 2g I.V	330/24	EVOLUÇÃO
	161 - Cefotaxime 2g I.V	332/24	EVOLUÇÃO
	162 - Cefotaxime 2g I.V	334/24	EVOLUÇÃO
	163 - Cefotaxime 2g I.V	336/24	EVOLUÇÃO
	164 - Cefotaxime 2g I.V	338/24	EVOLUÇÃO
	165 - Cefotaxime 2g I.V	340/24	EVOLUÇÃO
	166 - Cefotaxime 2g I.V	342/24	EVOLUÇÃO
	167 - Cefotaxime 2g I.V	344/24	EVOLUÇÃO
	168 - Cefotaxime 2g I.V	346/24	EVOLUÇÃO
	169 - Cefotaxime 2g I.V	348/24	EVOLUÇÃO
	170 - Cefotaxime 2g I.V	350/24	EVOLUÇÃO
	171 - Cefotaxime 2g I.V	352/24	EVOLUÇÃO
	172 - Cefotaxime 2g I.V	354/24	EVOLUÇÃO
	173 - Cefotaxime 2g I.V	356/24	EVOLUÇÃO
	174 - Cefotaxime 2g I.V	358/24	EVOLUÇÃO
	175 - Cefotaxime 2g I.V	360/24	EVOLUÇÃO
	176 - Cefotaxime 2g I.V	362/24	EVOLUÇÃO
	177 - Cefotaxime 2g I.V	364/24	EVOLUÇÃO
	178 - Cefotaxime 2g I.V	366/24	EVOLUÇÃO
	179 - Cefotaxime 2g I.V	368/24	EVOLUÇÃO
	180 - Cefotaxime 2g I.V	370/24	EVOLUÇÃO
	181 - Cefotaxime 2g I.V	372/24	EVOLUÇÃO
	182 - Cefotaxime 2g I.V	374/24	EVOLUÇÃO
	183 - Cefotaxime 2g I.V	376/24	EVOLUÇÃO
	184 - Cefotaxime 2g I.V	378/24	EVOLUÇÃO
	185 - Cefotaxime 2g I.V	380/24	EVOLUÇÃO
	186 - Cefotaxime 2g I.V	382/24	EVOLUÇÃO
	187 - Cefotaxime 2g I.V	384/24	EVOLUÇÃO
	188 - Cefotaxime 2g I.V	386/24	EVOLUÇÃO
	189 - Cefotaxime 2g I.V	388/24	EVOLUÇÃO
	190 - Cefotaxime 2g I.V	390/24	EVOLUÇÃO
	191 - Cefotaxime 2g I.V	392/24	EVOLUÇÃO
	192 - Cefotaxime 2g I.V	394/24	EVOLUÇÃO
	193 - Cefotaxime 2g I.V	396/24	EVOLUÇÃO
	194 - Cefotaxime 2g I.V	398/24	EVOLUÇÃO
	195 - Cefotaxime 2g I.V	400/24	EVOLUÇÃO
	196 - Cefotaxime 2g I.V	402/24	EVOLUÇÃO
	197 - Cefotaxime 2g I.V	404/24	EVOLUÇÃO
	198 - Cefotaxime 2g I.V	406/24	EVOLUÇÃO
	199 - Cefotaxime 2g I.V	408/24	EVOLUÇÃO
	200 - Cefotaxime 2g I.V	410/24	EVOLUÇÃO
	201 - Cefotaxime 2g I.V	412/24	EVOLUÇÃO
	202 - Cefotaxime 2g I.V	414/24	EVOLUÇÃO
	203 - Cefotaxime 2g I.V	416/24	EVOLUÇÃO
	204 - Cefotaxime 2g I.V	418/24	EVOLUÇÃO
	205 - Cefotaxime 2g I.V	420/24	EVOLUÇÃO
	206 - Cefotaxime 2g I.V	422/24	EVOLUÇÃO
	207 - Cefotaxime 2g I.V	424/24	EVOLUÇÃO
	208 - Cefotaxime 2g I.V	426/24	EVOLUÇÃO
	209 - Cefotaxime 2g I.V	428/24	EVOLUÇÃO
	210 - Cefotaxime 2g I.V	430/24	EVOLUÇÃO
	211 - Cefotaxime 2g I.V	432/24	EVOLUÇÃO
	212 - Cefotaxime 2g I.V	434/24	EVOLUÇÃO
	213 - Cefotaxime 2g I.V	436/24	EVOLUÇÃO
	214 - Cefotaxime 2g I.V	438/24	EVOLUÇÃO
	215 - Cefotaxime 2g I.V	440/24	EVOLUÇÃO
	216 - Cefotaxime 2g I.V	442/24	EVOLUÇÃO
	217 - Cefotaxime 2g I.V	444/24	EVOLUÇÃO
	218 - Cefotaxime 2g I.V	446/24	EVOLUÇÃO
	219 - Cefotaxime 2g I.V	448/24	EVOLUÇÃO
	220 - Cefotaxime 2g I.V	450/24	EVOLUÇÃO
	221 - Cefotaxime 2g I.V	452/24	EVOLUÇÃO
	222 - Cefotaxime 2g I.V	454/24	EVOLUÇÃO
	223 - Cefotaxime 2g I.V	456/24	EVOLUÇÃO
	224 - Cefotaxime 2g I.V	458/24	EVOLUÇÃO
	225 - Cefotaxime 2g I.V	460/24	EVOLUÇÃO
	226 - Cefotaxime 2g I.V	462/24	EVOLUÇÃO
	227 - Cefotaxime 2g I.V	464/24	EVOLUÇÃO





SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

A TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

Ricardo Walker ~~contundido~~  
11/04/2011

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

11 CABLES FOR ANALYSIS

11 CIRCUIT MATHS

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
03/09/2010	1 - Dieta livre	08:00	Bem
	2 - S.R 1.500 ml i.v 12 / 12 h.	12:00	Bem
	3 - Dipirona 02 mL + S.F 10mL I.V 8/8 h (lentamente)	16:00	Bem
	4 - Cetoprofeno 100 mg I.V + S.F 0,9% 500ml	20:00	Bem
	I.V 12 / 12 h (lentamente) 200ml/h	00:00	Bem
	5 - Omeprazol 40 mg I.V de 10 min (lentamente)	06:00	Bem
	6 - C. C. Gerais	08:00	Bem
	7 - Cloridrato de Octa Se	12:00	Bem
	8 - Cloridrato de Octa Se	16:00	Bem
	9 - Cloridrato de Octa Se	20:00	Bem
	10 - Cloridrato de Octa Se	00:00	Bem
	11 - Cloridrato de Octa Se	06:00	Bem
	12 - Cloridrato de Octa Se	10:00	Bem
	13 - Cloridrato de Octa Se	14:00	Bem
	14 - Cloridrato de Octa Se	18:00	Bem
	15 - Cloridrato de Octa Se	22:00	Bem
	16 - Cloridrato de Octa Se	00:00	Bem
	17 - Cloridrato de Octa Se	06:00	Bem
	18 - Cloridrato de Octa Se	10:00	Bem
	19 - Cloridrato de Octa Se	14:00	Bem
	20 - Cloridrato de Octa Se	18:00	Bem
	21 - Cloridrato de Octa Se	22:00	Bem
	22 - Cloridrato de Octa Se	00:00	Bem
	23 - Cloridrato de Octa Se	06:00	Bem
	24 - Cloridrato de Octa Se	10:00	Bem
	25 - Cloridrato de Octa Se	14:00	Bem
	26 - Cloridrato de Octa Se	18:00	Bem
	27 - Cloridrato de Octa Se	22:00	Bem
	28 - Cloridrato de Octa Se	00:00	Bem
	29 - Cloridrato de Octa Se	06:00	Bem
	30 - Cloridrato de Octa Se	10:00	Bem
	31 - Cloridrato de Octa Se	14:00	Bem
	32 - Cloridrato de Octa Se	18:00	Bem
	33 - Cloridrato de Octa Se	22:00	Bem
	34 - Cloridrato de Octa Se	00:00	Bem
	35 - Cloridrato de Octa Se	06:00	Bem
	36 - Cloridrato de Octa Se	10:00	Bem
	37 - Cloridrato de Octa Se	14:00	Bem
	38 - Cloridrato de Octa Se	18:00	Bem
	39 - Cloridrato de Octa Se	22:00	Bem
	40 - Cloridrato de Octa Se	00:00	Bem
	41 - Cloridrato de Octa Se	06:00	Bem
	42 - Cloridrato de Octa Se	10:00	Bem
	43 - Cloridrato de Octa Se	14:00	Bem
	44 - Cloridrato de Octa Se	18:00	Bem
	45 - Cloridrato de Octa Se	22:00	Bem
	46 - Cloridrato de Octa Se	00:00	Bem
	47 - Cloridrato de Octa Se	06:00	Bem
	48 - Cloridrato de Octa Se	10:00	Bem
	49 - Cloridrato de Octa Se	14:00	Bem
	50 - Cloridrato de Octa Se	18:00	Bem
	51 - Cloridrato de Octa Se	22:00	Bem
	52 - Cloridrato de Octa Se	00:00	Bem
	53 - Cloridrato de Octa Se	06:00	Bem
	54 - Cloridrato de Octa Se	10:00	Bem
	55 - Cloridrato de Octa Se	14:00	Bem
	56 - Cloridrato de Octa Se	18:00	Bem
	57 - Cloridrato de Octa Se	22:00	Bem
	58 - Cloridrato de Octa Se	00:00	Bem
	59 - Cloridrato de Octa Se	06:00	Bem
	60 - Cloridrato de Octa Se	10:00	Bem
	61 - Cloridrato de Octa Se	14:00	Bem
	62 - Cloridrato de Octa Se	18:00	Bem
	63 - Cloridrato de Octa Se	22:00	Bem
	64 - Cloridrato de Octa Se	00:00	Bem
	65 - Cloridrato de Octa Se	06:00	Bem
	66 - Cloridrato de Octa Se	10:00	Bem
	67 - Cloridrato de Octa Se	14:00	Bem
	68 - Cloridrato de Octa Se	18:00	Bem
	69 - Cloridrato de Octa Se	22:00	Bem
	70 - Cloridrato de Octa Se	00:00	Bem
	71 - Cloridrato de Octa Se	06:00	Bem
	72 - Cloridrato de Octa Se	10:00	Bem
	73 - Cloridrato de Octa Se	14:00	Bem
	74 - Cloridrato de Octa Se	18:00	Bem
	75 - Cloridrato de Octa Se	22:00	Bem
	76 - Cloridrato de Octa Se	00:00	Bem
	77 - Cloridrato de Octa Se	06:00	Bem
	78 - Cloridrato de Octa Se	10:00	Bem
	79 - Cloridrato de Octa Se	14:00	Bem
	80 - Cloridrato de Octa Se	18:00	Bem
	81 - Cloridrato de Octa Se	22:00	Bem
	82 - Cloridrato de Octa Se	00:00	Bem
	83 - Cloridrato de Octa Se	06:00	Bem
	84 - Cloridrato de Octa Se	10:00	Bem
	85 - Cloridrato de Octa Se	14:00	Bem
	86 - Cloridrato de Octa Se	18:00	Bem
	87 - Cloridrato de Octa Se	22:00	Bem
	88 - Cloridrato de Octa Se	00:00	Bem
	89 - Cloridrato de Octa Se	06:00	Bem
	90 - Cloridrato de Octa Se	10:00	Bem
	91 - Cloridrato de Octa Se	14:00	Bem
	92 - Cloridrato de Octa Se	18:00	Bem
	93 - Cloridrato de Octa Se	22:00	Bem
	94 - Cloridrato de Octa Se	00:00	Bem

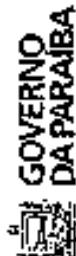












SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

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

Diagnóstico

CHTOP  
EITD 9.2

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO  
ALA ORTOPEDICA**

PREOP

FIX DRAFT SE FEATURE





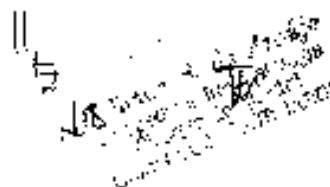


SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Receituário Simples

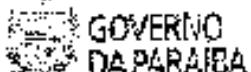
Ricardo M. Fernandes

F, fum+ tab c/niq dada  
mobilidade ②  
mandibula devicente  
lesao da artroplastia



  Data

  Médico



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

Receituário Simples

Ricardo

Ricardo Nunes  
Fernandes Maia  
em pós op. fractura  
do dedo fechado ②  
na orelha. Dentes em  
acoplamento de gelo  
Total C.R. 572

11/4/18

Data

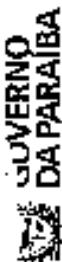


Médico









SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

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

Diagnóstico









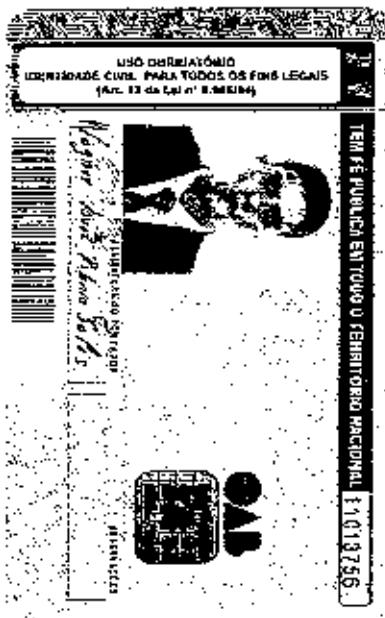
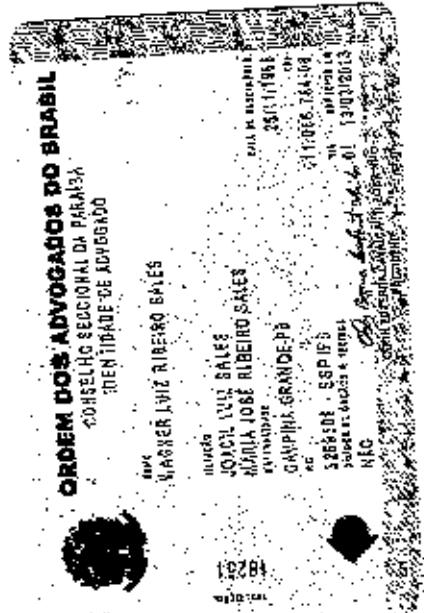
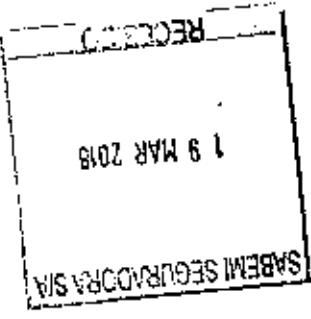
Ministério da Fazenda  
Receita Federal  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

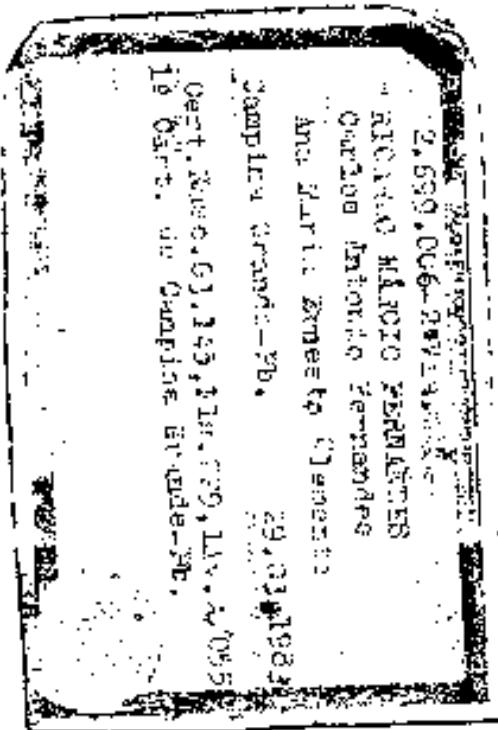
Número  
**040.237.354-50**

Nome  
**RICARDO MARCIO FERNANDES**

Nascimento  
**29/03/1983**







Ministério da Fazenda  
Receita Federal  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

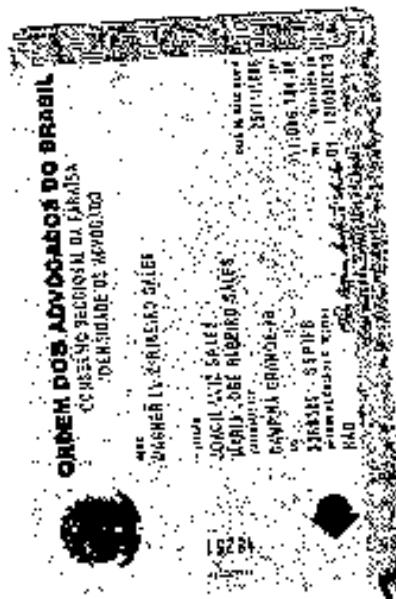


Número  
**040.237.354-50**

Nome  
**RICARDO MARCIO FERNANDES**

Nascimento  
29/03/1963





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180130905      **Cidade:** Campina Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RICARDO MARCIO FERNANDES      **Data do acidente:** 15/12/2017      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/03/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Fratura de fêmur esquerdo

**Resultados terapêuticos:** Não há como definir, predizer ou quantificar com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhado à perícia médica para melhor apuração e valoração fidedigna de possíveis sequelas insusceptíveis à terapêutica nos moldes previstos pela legislação vigente.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

NOME:	Ricardo Márcio Fernandes
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Empresário
IDENTIDADE:	2.699.006
ENDEREÇO:	Trav. 8 de Dezembro n° 82 - catete

## OUTORGADO

NOME:	Wagner Louiz Ribeiro Soz
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Advogado
IDENTIDADE:	326958-9
ENDEREÇO:	Rua Tiradentes, 259 Centro, Campina Grande PB

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Campina Grande, 02 de fevereiro de 2018

LOCAL E DATA



5º Ofício

Ricardo Márcio Fernandes

SABEM SEGUROVIA S/A

19 MAR 2018

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

R.F. REGINA FRANÇA  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS  
5º Ofício de Notas  
RUA VENÂNCIO NEIVA, 3321 - 3005-300  
CAMPINA GRANDE - PB

Es testado de verdade, em Campina Grande/RN, dia 02 de Fevereiro de 2018.

Daniela de Almeida - Escrivaneira

CNPJ: 000450300123 AV. 45 FAPCERES 0,28 FETRIBA 1,99 ISS/RN

SELO DIGITAL: AHCW7956-NF31

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpe.jus.br> Escrivaneira Autorizada

DANIELA DE ALMEIDA

Escrivaneira Autorizada

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE

NOME:	Ricardo Márcio Fernandes
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Estudante
IDENTIDADE:	2.699.006
ENDERECO:	Torre, R de Degraus n° 87 - catalão

### OUTORGADO

NOME:	Wesley Louz Brilho SoPas
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Advogado
IDENTIDADE:	326958-9
ENDERECO:	Rua Tiradentes, 259 Centro, Campina Grande 178

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSORCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

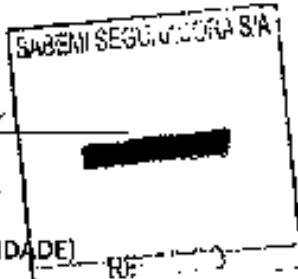
Cabo, 02 de Fevereiro de 2018

LOCAL E DATA

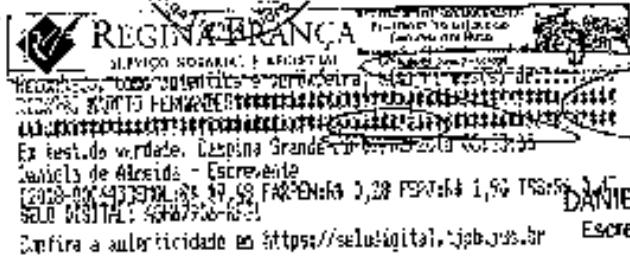


Ricardo Márcio Fernandes

ASSINATURA DO OUTORGANTE



(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)



DANIELA DE ALMEIDA

Escritente Autorizada

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

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

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3180130905**

Nome do(a) Examinado(a): **RICARDO MARCIO FERNANDES**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Travessa Oito de Dezembro, 82 - Catolé - Campina Grande - PB - CEP 58410304**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **2699006**

Data e local do acidente: [ **15/12/2017** ] **CAMPINA GRANDE**

Data e local do exame: [ **02/04/2018** ] **Campina Grande** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA DE FÉMUR ESQUERDO**

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

**TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE PARA REDUÇÃO DA FRATURA COM USO DE PLACA DCP LONGA COM 10 FUROS E 08 PARAFUSOS. SEM ALTA DEFINITIVA ORTOPÉDICA.**

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

**VÍTIMA REFERE DOR EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA MARCHA COM NECESSIDADE DE USO DE MULETAS, SEM CARGA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**

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

[  ] Sim [  ] Não

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[  ] Sim [  ] Não

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

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

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

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

(  ) "Vítima em tratamento"  
Esta avaliação médica deve ser  
repetida em **60** dias

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

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

---

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

---

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

---

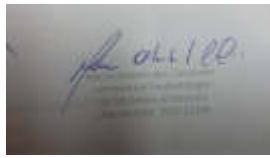
% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

---

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Marcio Alberto de Lima Cavalcanti - CRM: 6508 - PB

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180242099      **Cidade:** Campina Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RICARDO MARCIO FERNANDES      **Data do acidente:** 15/12/2017      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** fratura do fêmur distal esquerdo

**Descrição do exame médico pericial:** déficit anatomofuncional médio do joelho esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento cirúrgico há 7 meses com placas e parafusos e atualmente não mais faz acompanhamento médico. Evoluiu sem complicações.

leve limitação articular com perda parcial do arco de movimento para flexão total de joelho esquerdo.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 28/06/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

**Médico examinador:** BRUNO BEZERRA BRILHANTE

**CRM do médico:** 6492

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARIA DE FATIMA FURTADO MELO

**CRM do médico:** 52.49515-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

