



Número: **0800088-85.2020.8.15.0171**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Esperança**

Última distribuição : **28/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.811,77**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JESSICA DA ROCHA SILVA (AUTOR)	Josileide Barbosa da Rocha Guimarães (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
27761 235	28/01/2020 16:05	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
27761 910	28/01/2020 16:05	<a href="#">PETIÇÃO INICIAL</a>	Outros Documentos
27761 911	28/01/2020 16:05	<a href="#">RG</a>	Documento de Identificação
27761 913	28/01/2020 16:05	<a href="#">COMPROVANTE DE RESIDENCIA</a>	Outros Documentos
27761 915	28/01/2020 16:05	<a href="#">comprovante de renda</a>	Documento Recibos Salariais
27761 917	28/01/2020 16:05	<a href="#">DUT</a>	Procuração
27761 918	28/01/2020 16:05	<a href="#">procuração</a>	Outros Documentos
27761 920	28/01/2020 16:05	<a href="#">BO</a>	Documento de Comprovação
27761 921	28/01/2020 16:05	<a href="#">SAMU</a>	Documento de Comprovação
27761 923	28/01/2020 16:05	<a href="#">ATENDIMENTO HOSPITAL E CAT</a>	Documento de Comprovação
27761 926	28/01/2020 16:05	<a href="#">PRONTUARIO 1 CIRURGIA - PT 01</a>	Documento de Comprovação
27761 927	28/01/2020 16:05	<a href="#">PRONTUARIO 1 CIRURGIA - PT 02</a>	Documento de Comprovação
27761 929	28/01/2020 16:05	<a href="#">PRONTUARIO 2 E 3 CIRURGIA- PT 01</a>	Documento de Comprovação
27761 931	28/01/2020 16:05	<a href="#">PRONTUARIO 2 E 3 CIRURGIA- PT 02</a>	Documento de Comprovação
27761 933	28/01/2020 16:05	<a href="#">imagem 1 cirurgia braço</a>	Documento de Comprovação
27761 935	28/01/2020 16:05	<a href="#">imagem 1 cirurgia femur</a>	Documento de Comprovação
27761 937	28/01/2020 16:05	<a href="#">imagem 2 cirurgia braço</a>	Documento de Comprovação
27761 938	28/01/2020 16:05	<a href="#">imagem 3 cirurgia perna</a>	Documento de Comprovação
27761 939	28/01/2020 16:05	<a href="#">imagem rx femur placa quebrada</a>	Documento de Comprovação

27761 943	28/01/2020 16:05	<a href="#"><u>ATESTADOS</u></a>	Documento de Comprovação
27761 945	28/01/2020 16:05	<a href="#"><u>MEDICAÇÃO</u></a>	Documento de Comprovação
27761 947	28/01/2020 16:05	<a href="#"><u>SALA DE CIRURGIA 1</u></a>	Outros Documentos
27761 948	28/01/2020 16:05	<a href="#"><u>DESPESA POSTAGEM DPVAT E RECEITUARIOS</u></a>	Outros Documentos
27762 399	28/01/2020 16:05	<a href="#"><u>GuiaCustas</u></a>	Guias de Recolhimento/ Deposito/ Custas
28321 502	17/02/2020 22:39	<a href="#"><u>Despacho</u></a>	Despacho
28382 912	18/02/2020 11:25	<a href="#"><u>Despacho</u></a>	Despacho
28409 164	18/02/2020 17:48	<a href="#"><u>CUMPRIMENTO DO DESPACHO</u></a>	Petição
28409 185	18/02/2020 17:48	<a href="#"><u>Cumprimento Despacho</u></a>	Informações Prestadas
28409 186	18/02/2020 17:48	<a href="#"><u>COMPROVAÇÃO DA RENDA_compressed</u></a>	Documento Recibos Salariais
28519 071	27/02/2020 10:13	<a href="#"><u>Despacho</u></a>	Despacho
29464 124	27/03/2020 12:33	<a href="#"><u>Expediente</u></a>	Expediente

SEGUE PETIÇÃO INICIAL EM PDF



Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:56:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815564032500000026782918>  
Número do documento: 20012815564032500000026782918

Num. 27761235 - Pág. 1

**EXCELENTESSIMO(A) SENHOR(A) DR.(A) JUIZ (A) DA\_\_\_\_ VARA  
MISTA DA COMARCA DE ESPERANÇA-PB.**

**RITO ORDINÁRIO**, uma vez ser imprescindível, nesta ação, o encaminhamento da Parte Autora, ao IML para exame pericial, **havendo ainda a possibilidade de ser feito com PERITO JUDICIAL, consoante o acordo do TJ com a Seguradora Líder.**

**JÉSSICA DA ROCHA SILVA**, brasileira, solteira, técnica em enfermagem, CPF: 095.100.174-42, residente e domiciliada na Rua Pedro Guida, 23, Paraguai- centro- Areial-PB, CEP 58140-000, telefone: (83) 98729-6044, vem por meio da sua advogada legalmente constituída, com endereço profissional na Av. Rio Grande do Sul 1345, Salas 305/306, Bairro dos Estados CEP: 58030-021, João Pessoa/PB. (83) 98802-0046, propor

**AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**

em face da **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 09.248.608/0001-04, sediada na Rua Senador Dantas, nº 74 5º e 6º andar, Centro CEP 20031205 Rio de Janeiro – RJ, na pessoa de seu representante legal, ou na de quem lhe fizer às vezes, uma vez preenchidos os requisitos dos com fulcro no 319 e seguintes do CPC, nos incisos V e X do artigo 5º da CF/88, nos artigos 186 e 927 do Código Civil, pelas razões fáticas e jurídicas a seguir delineadas,expondo, requerendo ao final, o seguinte:

**DA JUSTIÇA GRATUITA**

PRELIMINARMENTE, requer a V. Exa. que conceda a Promovente o benefício da **JUSTIÇA GRATUITA**, uma vez que a mesma não pode arcar com as custas processuais, nos moldes do que dispõe as Leis 5.584/70 c/c a 1.060/50, em consonância com a Lei 7.115/83.

O próprio Supremo Tribunal Federal já entendeu que a assistência judiciária gratuita é um direito da parte que não tem condições de pagar custas processuais, sem prejuízo da sua manutenção ou de sua família. Não possuindo condições de dispor de qualquer importância, para recolher custas, despesas processuais, honorários advocatícios e demais emolumentos.



## **1- DA AUDIÊNCIA DE MEDIAÇÃO OU DE CONCILIAÇÃO**

Considerando a necessidade de produção de prova pericial no presente feito, bem como a política atual de acordo zero adotada pela parte Ré, a parte autora vem manifestar, em cumprimento ao **art. 319, inciso VII do NCPC/2015**, que não há interesse na realização de audiência de conciliação ou mediação, haja vista a iminente ineficácia do procedimento e a necessidade de que **ambas as partes** dispensem a sua realização, conforme previsto no **art. 334, §4º, inciso I, do NCPC/2015**.

## **2- DOS FATOS**

Autora foi vítima de Grave acidente automobilístico dia **24/04/2019**, por volta das 20h, na BR-104, na cidade de Esperança-PB, juntamente com seu companheiro que conduzia a motocicleta HONDA/NXR 150 BROS ES, ano/2012, Placa NPS 0342 PB, classi 9C2KD0550CR554692, quando estava retornando do trabalho em Campina Grande, para sua residência, em Areial-PB, momento em que foram colididos pelo veículo Gol placa QFQ 8586, conforme noticiado no Boletim de Ocorrência da Policia Federal anexo.

O casal foi socorrido pelo SAMU e encaminhados para Hospital de Trauma de Campina Grande, conforme descrito em prontuário medico, atestado médico e no Boletim de Ocorrência em anexo.

**A Promovente sofreu politraumas na cabeça, que ocasionou sequelas de perda da memória e dores fortíssimas, fratura exposta no braço e na perna.**

A autora foi submetida a vários procedimentos cirúrgicos, tendo em vista a gravidade dos ferimentos, tendo sido necessário a inserção de vários parafusos/placas/hastes para poder voltar a andar e utilizar o braço e não perder todos os movimentos.

Em decorrência do acidente a autora precisou custear vários medicamentos, bem como uso de cadeira de rodas e muleta.

**A PRIMEIRA CIRURGIA** (perna e braço) foi realizada dia 02/05/2019. Conforme se comprova nas imagens abaixo. **RX pós-cirurgia**.





Imagen do Braço



Imagen da perna

Ocorre que o seu quadro de saúde se agravou, assim dia 30 de setembro de 2019, a autora novamente teve que ser internada as pressas, para fazer novos procedimentos cirúrgicos.

A prótese da perna tinha quebrado, e havia uma anomalia na prótese do braço.

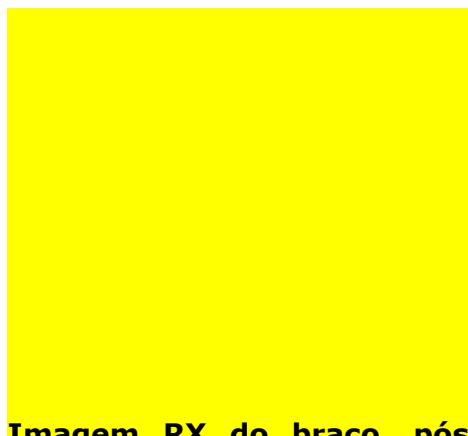


Imagen RX da

prótese/haste quebrada.

**Assim, A SEGUNDA CIRURGIA** foi feita **em ambos os membros** dia 03 de outubro de 2019. A promovente foi internada dia 30/09/2019, teve alta do hospital de Trauma dia 07 de outubro de 2019.





**Imagen RX do braço, pós**

**segunda cirúrgia.**

**A TERCEIRA CIRURGIA** foi feita dia 04 de outubro de 2019, apenas na perna, eis que houve complicaçāo pós-cirúrgica tendo que ser refeito o procedimento cirúrgico.



**Imagen RX pós-terceira cirurgia da**

**perna.**

Foi emitida a CAT, de acidente de percurso, a autora permanece fazendo tratamento fisioterapeútico e permanece afastada do trabalho, em auxílio doença.

As sequelas do sinistro serão oportunamente comprovadas pelo perito médico, corroborando os prontuários médicos.

**A AUTORA FEZ O PEDIDO ADMINISTRATIVO DO SEGURO,**(via correios) que lhe é de direito, tendo enviado para a seguradora todos os documentos necessários para que fosse indenizada, no entanto, **o único valor que lhe foi repassado foi de R\$ 235,99 (duzentos e trinta e cinco reais e noventa e nove centavos), valor esse que mal deu para pagar as**

Av. Rio Grande do Sul 1345, Salas 305/306, Bairro dos Estados CEP: 58030-021, João Pessoa/PB.

(83) 98802-0046, jk.advassessoria.juridica@gmail.com



**despesas com envio de documentação, tais como xerox, o deslocamento e a postagem, inobstante ter sido enviado todos os prontuários médicos. (mesmos anexados neste processo), a Ré não os avaliou.**

Falta ser resarcido o valor de R\$ 311,77 (trezentos e onze reais e setenta e sete centavos), relativo a medicamentos da 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> cirurgia (receita médica e cupom fiscal anexo)

É fato incontrovertido que as citadas lesões em face da gravidade do caso deixaram sequelas permanentes, as quais, sem dúvidas resultaram no comprometendo total dos membros.

### **3- DO DIREITO**

De acordo com as previsões legais da Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 11482/2007 (art. 8º), que criou o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causadores por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), a Autora faz *jus* à indenização financeira pelas sequelas decorrentes do acidente de trânsito, ou seja, da invalidez permanente, conforme atesta os documentos médicos em apenso, no valor estabelecido conforme o art. 3º, inciso II e III, *in verbis*:

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

***I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;***

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

***III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.***

A parte autora, através da sua procuradora, apresenta de todos os documentos exigidos pela legislação mencionada, tais como laudo médico dos danos físicos que acometeram e o registro de ocorrência no órgão policial competente, **estritamente de acordo com o art. 5º, conforme segue:**

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



***responsabilidade do segurado.***

Assim, instruído de todos os documentos hábeis à sua pretensão, a autora possui o à justa indenização.

Ademais, a matéria resta exaustivamente analisada e pacificada:

**APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. INDENIZAÇÃO CORRESPONDENTE A VALOR CERTO E DETERMINADO - TARIFADO EM LEI PARA OS CASOS DE INVALIDEZ PERMANENTE. MEDIDA PROVISÓRIA340/2006. PAGAMENTO PARCIAL. COMPLEMENTAÇÃO DO VALOR DEVIDO.** 1. Não há que se falar em graduar a invalidez permanente com base na Resolução n.º 1/75 de 03/10/75, editada pelo Conselho Nacional de Seguros Privados CNSP, pois, em se tratando de norma regulamentar, não pode esta dispor de modo diverso da Lei n.º 6.194/74, de hierarquia superior. 2. A percepção dos valores referentes ao seguro DPVAT na esfera administrativa a título de liquidação de sinistro não importa em abdicar do direito de receber indenização tarifada, havendo saldo a ser satisfeito, resultante da diferença entre o valor recebido e aquele efetivamente devido em face do previsto em lei. 3. A parte autora possui direito à complementação do valor da indenização tarifado em R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), devendo ser abatido o valor atinente ao pagamento parcial efetuado na esfera administrativa, montante este que deve ser corrigido monetariamente pelo IGP-M, a contar daquele termo, acrescidos de juros moratórios a partir da citação. 4. Honorários advocatícios. Majoração para 15% do valor da condenação. Dado parcial provimento aos recursos. (Apelação Cível Nº 70028013035, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Luiz Lopes do Canto, Julgado em 21/01/2009).

A Lei 11.482/2007 quantificou o valor indenizatório de acordo com o percentual da sequela, seja ocasionado dano parcial ou total. Porém quem possui aptidão e capacidade técnica para tal é um médico com especialidade em ortopedia para quantificar a lesão e sua invalidade permanente.

Tal perícia pode ser feita pelo profissional especializado lotado no IML, ou por perito judicial, nomeado por Vossa Excelência.

Neste ultimo caso, há em curso **um acordo do TJ com a Seguradora Líder, a qual a mesma custeia o valor da perícia médica. Assim, desde já, requer a Vossa Excelência que NOMEI PERITO JUDICIAL para formular o competente Laudo.**

**4- DO PEDIDO**

**Pelo Exposto, requer a V.Ex.a., com fundamento no art. 186 do Código**  
Av. Rio Grande do Sul 1345, Salas 305/306, Bairro dos Estados CEP: 58030-021, João Pessoa/PB.

(83) 98802-0046, jk.advassessoria.juridica@gmail.com

6



Civil Pátrio, c/c, no art. 5º, da Lei n. 6.194/74, requer:

**Preliminarmente:**

a) **seja determinada a perícia médica e nomeado perito judicial para quantificar o dano e sequelas sofridos pela Autora**, conforme acordo vigente entre a Lider e o Tribunal de Justiça;

b) **seja dispensada a audiência de conciliação/mediação**, haja vista que a Ré não faz acordo, sendo perda de tempo para o juízo e as partes.

1- a **citação da Promovida** no endereço constante no preâmbulo desta, para, querendo, contestar a presente ação, no prazo legal, sob pena de confissão e revelia;

2- a concessão dos **benefícios da Assistência Judiciária Gratuita** em caso de eventual recurso;

3- a procedência do pedido para **condenar as Promovidas** nos seguintes títulos:

I- indenização securitária tendo em vista as sequelas que incapacitaram a autora, no importe de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**;

II- Ressarcimento com as despesas médicas/medicamentos complementares no valor de **R\$ 311,77 (trezentos e onze reais e setenta e sete centavos)**

4- A condenação no pagamento de custas processuais e honorários advocatícios, estes no importe de 20% (vinte por cento) do valor da causa;

5- Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos especialmente a prova pericial e documental;

6- Que o valor da condenação seja acrescido de juros e correção monetária, retroativos a data do sinistro<sup>1</sup>.

Dá-se a causa o valor de R\$ 13.811,77 (treze mil oitocentos e onze reais e setenta e sete centavos)

<sup>1</sup> Pelo Enunciado 580 (STF), a correção monetária nas indenizações do seguro DPVAT por morte ou invalidez, incide desde a data do evento danoso. O entendimento está previsto no parágrafo 7º do artigo 5º da Lei 6.194/74, com redação datada pela Lei 11.482/07



**JOSILEIDE BARBOSA - OAB/17136**

Nestes termos, Pede Deferimento.

Esperança-PB, 28 de janeiro de 2020.

**JOSILEIDE BARBOSA DA ROCHA GUIMARÃES**

**OAB/PB 17136**



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

13171

DATA DE EXPEDIÇÃO 02/08/06

REGISTRO GERAL  
NOME JESSICA DA ROCHA

FRAÇÃO  
Francisco Edson da Silva  
Josicleide da Rocha Silva

NATURALIDADE  
Esperança-PB

26-09-1991  
DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nas. 4.637, fls. 150, lív. A/05  
DOC ORIGEM  
Cart. Areial-PB

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N°7.116 DE 29/08/83

 CÂMARA MÍDIA DO BRASIL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



P. 234



Jéssica da Rocha Guimarães  
ASSINATURA DOTTULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ESTADO DA PARAÍBA - NO BRASIL







INSTITUTO NACIONAL DO  
SEGURANÇA SOCIAL

Instituto Nacional do Seguro Social

**INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL**  
**Histórico de Créditos**

Página 1 de 1

27/05/2019 12:00:27

**Identificação do Filiado**

NIT: 160.51972.40-5      CPF: 095.100.174-42      Data de Nascimento: 26/09/1991  
Nome: JESSICA DA ROCHA SILVA  
Nome da mãe: JOSICLEIDE DA ROCHA SILVA  
Compet. Inicial: 04/2019

**Créditos do Benefício**

NB: 6278297527

Espécie: 31 - AUXILIO-DOENCA PREVIDENCIARIO

APS: 13021030 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CAMPINA GRANDE - DINAMÉRICA

Data de Início do Benefício (DIB): 10/05/2019

Data de Início do Pagamento (DIP): 10/05/2019

Data de Cessação do Benefício (DCB): 31/10/2019

MR: R\$ 1.482,15

Competência	Período	Valor Líquido	Meio de Pagamento	Status	Previsão do Pagamento	Data do Pagamento	Crédito	Invalidado	Isento IR
05/2019	10/05/2019 a 31/05/2019	R\$ 1.038,00	CIMG - CARTAO MAGNETICO		04/06/2019		Não		Sim

Banco: 237 - BRADESCO OP: 794329 - CASAS BAHIA LOJA 1705-BRADESCO EXPRESSO    Ocorrência: Divergência Cadastroamento/Crédito

Data Cálculo: 20/05/2019    Origem: Concessão. Validade Início: 04/06/2019    Fim: 31/07/2019

Código	Descrição Rubrica	Valor
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERÍODO	R\$ 1.037,50
137	ADJANTAMENTO P/ARREDONDAMENTO DO CREDITO	R\$ 0,50
316	SALDO DEVEDOR ARREDONDAMENTO DE CREDITOS	R\$ 0,50



Você pode conferir a autenticidade do documento em  
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>  
com o código 1905272EMCS679

## INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

**JÉSSICA DA ROCHA SILVA**, brasileira, solteira, técnica em enfermagem, CPF: 095.100.174-42, residente e domiciliada na Rua Pedro Guida, 23, Paraguai- centro-Areia-PB, CEP 58140-000, telefone: (83) 98729-6044

### OUTORGADA:

**DRA. JOSILEIDE BARBOSA DA ROCHA GUIMARÃES**, brasileira, casada, advogada, inscrita no CPF sob o nº 601.332.604-53 e na OAB/PB sob o nº 17.136, com endereço profissional Av. Rio Grande do Sul 1345, Salas 305/306, Bairro dos Estados CEP: 58030-021, João Pessoa/PB, (83) 98802-0046, ledabarbosa2010@yahoo.com.br

### PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o OUTORGANTE confere às OUTORGADAS amplos, gerais e ilimitados poderes para o fórum em geral, com as cláusulas "ad iudicium et extrajudicium", para atuar em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal podendo propor as ações necessárias, e defender nas contrárias, seguindo umas e outras até o final da decisão, ofertando ainda os poderes especiais para receber intimações, citações, notificações, confessar, transigir, discordar, concordar, recorrer, firmar acordos, representar perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, aceitar e renunciar direitos, inclusive renunciar ao teto dos Juizados Especiais Cíveis e Federais, receber e dar quitação, e todo o mais que se fizer necessário ao fiel desempenho deste mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro para os devidos fins a que se destinam que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de justiça, conforme assegurados pela Constituição Federal, artigo 5º, XXXIV, LXXIV e pelo Artigo 99 § 3º, Lei 13.105/2015(CPC).

Presume-se verdadeira a alegação de insuficiência deduzida exclusivamente por pessoa natural.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais a que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no artigo 299 do Código Penal.

Esperança-PB, 09 de janeiro de 2020.

*Jéssica da Rocha Silva*  
**JÉSSICA DA ROCHA SILVA**



DETTRAN - PB		Nº 013814054490	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
A C R E	VIA COD. RENAVAN 1 RE	DATA 2018/03/22	HORÁRIO 00:00:00
EXPIRAÇÃO 2018			
NOME VERDIANE SOUZA FARIAS SANTOS			
0 0 6 1	CPF / CARO 09003748008	PLACA NP50342 / PB	
3	PLACA ANT/UF NOVO / PB	CHASSI JHND055DCR854692	
4 9	TIPO PAS / MOTOCICLETA / NÃO APPLC	COMBUSTIVEL ALCOOL/GASOL	
2 1	MARCA/MODELO HONDA/NXR150 EROS ES	ANO FAB. 2012	ANO MOD. 2012
3	CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE VERMELHA	
4	COTA UNICA IPVA PAGO EM P V A	VENC. COTA UNICA 00/0000 1 <sup>a</sup> PARCELAMENTO/COTAS — 0	VENC./COTAS 2 <sup>a</sup> 3 <sup>a</sup>
5	PRÉMIO TARIFARIO (R\$) *****	IPF (R\$) *****	PRÉMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO PAG 00 22/03/2018
OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMINIQ DOCUMENTO DE PORTO OBRIGATÓRIO NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
MONTADAS - PÉ 41076		LOCAL	DATA 26/03/2018 335



Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:19  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815571286100000026783549>  
 Número do documento: 20012815571286100000026783549

Num. 27761918 - Pág. 1

PB Nº 013814054490 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	26/03/2018
CPF/CNPJ	PLACA
09003788405	NPSU1342/PB
BENAVAM 004536396	MARCA / NXR150
CAT. TANF 2012	ANO CHASSI
9C2KD0550CR554692	

### PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) *****	DENATRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	IOP (R\$) SEGURO	TOTAL SERVIÇOS SEGURADOS (R\$) PAGAMENTO PARCELADO
COTA ÚNICA		DATA DE QUITAÇÃO 22/03/2018

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09248.608/0001-04

3355371507039-20180326  
DEZ-2017



PRF

# BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: N° 19021672B03



Maiores dúvidas acesse: [www.prf.gov.br/portal](http://www.prf.gov.br/portal)



Para cópia do seu Boletim acesse o site: [www.prf.gov.br/novobat](http://www.prf.gov.br/novobat) /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



**Atenção:** As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Documento assinado eletronicamente por ALDO ALEXANDRE, matrícula 1199743, Policial Rodoviário Federal, em 03/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19021672B03 e o número de controle A67C0E1C6EE6480816BBC6BF4A9AD.

191



Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815571972300000026783551>  
Número do documento: 20012815571972300000026783551

Num. 27761920 - Pág. 1



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL**



**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19021672B03**

## INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 24/04/2019 Hora: 20:00 Município: ESPERANCA/PB  
BR: 104 KM: 98,5 Sentido: Crescente  
Policial responsável pelo atendimento: ALDO ALEXANDRE, 1199743  
Relatório retificado com base no processo administrativo nº: 08663009810201958

## ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Plena Noite

## IMAGENS PANORÂMICAS



## NARRATIVA

No dia 24/04/2019, por volta das 20:00hs, no km 98,5 da BR-104, em Esperança-PB, ocorreu um acidente, do tipo colisão transversal, com 2 vítimas graves. Os veículos envolvidos foram uma motocicleta HONDA , placa: NPS 0342 PB e VW GOL , placas QFQ 8586 PB. Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que V1 trafegava na faixa de trânsito do sentido CAMPINA GRANDE -PB / ESPERANÇA - PB e o V2 no mesmo sentido , momento em que o V2 dirigiu-se ao acostamento e realizou manobra de retorno a esquerda em local com faixa dupla continua amarela , assim sendo o V1 que transitava normalmente em sua mão de direção colidiu transversalmente com o V2 ,a , conforme constatação de fragmentos desprendidos do veículo. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a falta de atenção do condutor do V2. Vítimas foram socorridas pelo SAMU e encaminhadas ao hospital de trauma de CAMPINA GRANDE -PB . Velocidade máxima permitida no local é 80km .



Documento assinado eletronicamente por ALDO ALEXANDRE, matrícula 1199743, Policial Rodoviário Federal, em 03/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/authenticar>, informando o número da matrícula 1199743282 e o número de controle A7C0F1CEFAFB401B8CB4FA9AD.

191

Scanned with  
camScanner



Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:24  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001281557197230000026783551>  
Número do documento: 2001281557197230000026783551

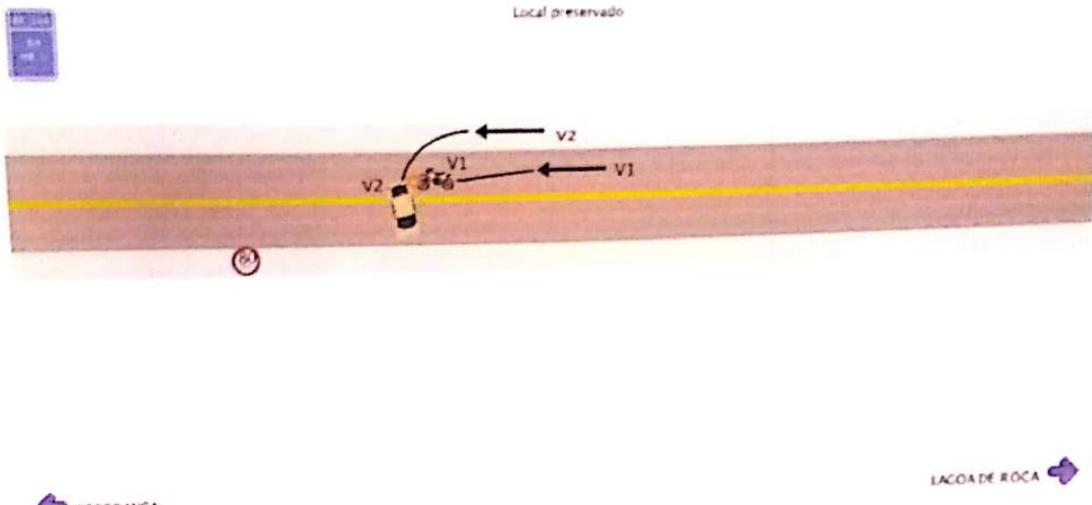


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19021672B03

**CROQUI DA CENA DO ACIDENTE**



**AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA**

**EVENTOS SUCESSIVOS**

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão transversal	

**MARCAS NO PAVIMENTO**

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)

**DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE**

**APOIO EXTERNO**

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento



Documento assinado eletronicamente por ALDO ALEXANDRE, matrícula 1199743, Policial Rodoviário Federal, em 03/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b) do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/authenticar>, informando o protocolo 19021672B03 e o número de controle A67C0E1C6EEE6480816BBC6BF4A9AD.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO Nº 19021672B03



IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - NPS0342 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

Placa: NPS0342 Marca/modelo: HONDA/NXR150 BROS ES  
Ano fabricação: 2012 Chassi: 9C2KD0550CR554692  
Espécie: Passageiro Categoria: Particular  
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na falta de rolagem

Renavam: 00453635296  
Tipo de veículo: Motocicleta  
Cor: Vermelha



Documento assinado eletronicamente por ALDO ALEXANDRE, matrícula 1199743, Policial Rodoviário Federal, em 03/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.700-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º da Decreto Nº 6.529, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Parágrafo 5º do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

C 191



Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815571972300000026783551>  
Número do documento: 20012815571972300000026783551

Num. 27761920 - Pág. 4



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19021672B03



V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/NXR150 BROS ES

Placa: NPS0342

Nº BOAT: 19021672B03

Nome do Agente: ALDO ALEXANDRE

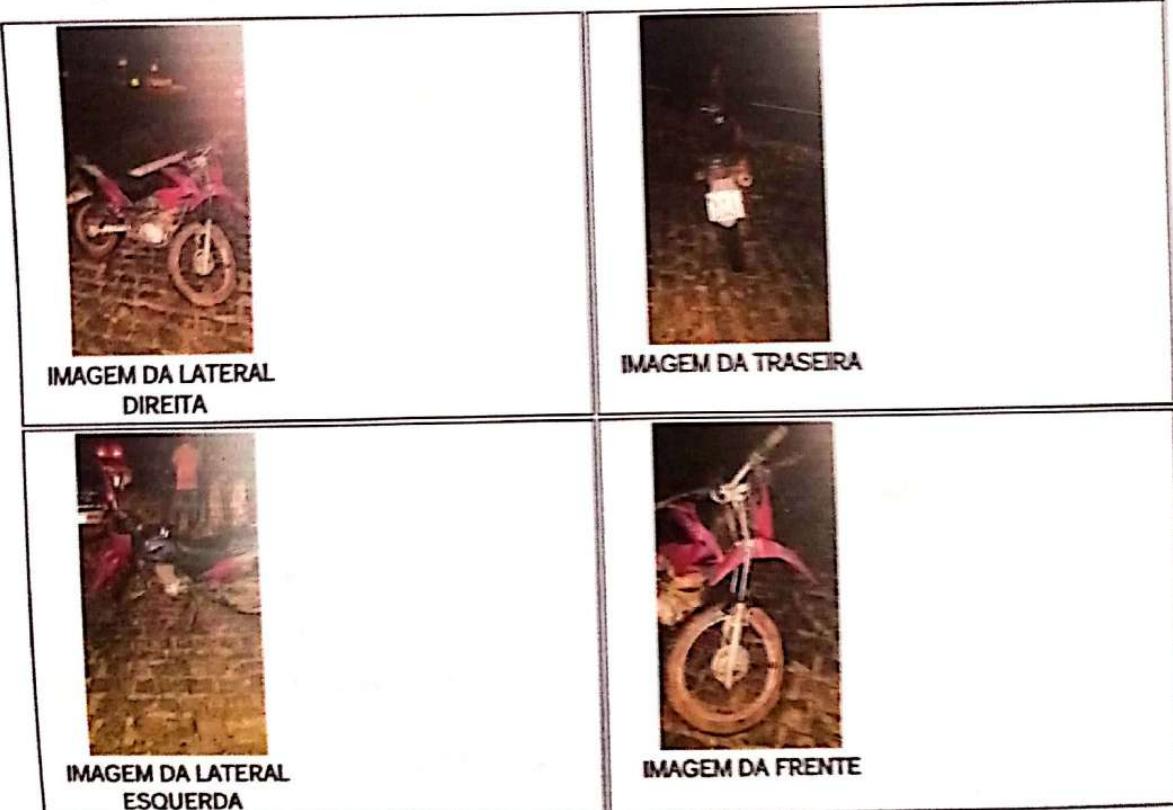
Matrícula do Agente: 1199743

Data: 24/04/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	N/A
1	Garfo dianteiro	X			
2	Mesa superior da suspensão dianteira	X			
3	Mesa inferior da suspensão dianteira	X			
4	Coluna de direção	X			
5	Chassi	X			
6	Garfo traseiro	X			
7	Eixo traseiro (triciclos)	X			

Dano de Monta: Média

V1 - Imagens Obrigatórias



Documento assinado eletronicamente por ALDO ALEXANDRE, matrícula 1199743, Policial Rodoviário Federal, em 03/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 5.539, de 8 de outubro de 2005 e no anexo II do Decreto Nº 6.737, art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

C 191

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/auth/authenticar>. Informando o protocolo 19021672B03 e o número de controle A7C0E1CAEE848078B5CBF4A9AD.

Scanned with  
CamScanner

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19021672B03



**V1 - Proprietário**

Nome: VERIDIANO JOSE MATIAS SANTOS CPF/CNPJ: 090.037.884-05  
Email: Telefone:  
Endereço: SITIO LAGOA DO AÇUDE S/N , MONTADAS-PB

**V1C - CONDUTOR DE V1 - VERIDIANO JOSE MATIAS SANTOS**

**V1C - Informações**

Nome: VERIDIANO JOSE MATIAS SANTOS Data de Nascimento: 02/02/1992  
CPF: 090.037.884-05 Estado civil: Solteiro(a)  
Sexo: Masculino Estado físico: Lesões Leves  
Usava capacete: Ignorado

**V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor**

Categoria: AB Primeira habilitação: 04/02/2015 Nº Registro: 06295236605  
UF: PB Vencimento da habilitação: 25/03/2019 Motorista profissional: Não  
Observações CNH: 99

**V1C - Alterações da Capacidade Motoria**

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não Condutor se recusou a realizar o teste: Não  
Visíveis sinais de embriaguez: Não Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

**V1C - Dados do Contato**

Endereço: SITIO LAGOA DO ACUDE, SN, CASA, AREA RURAL, MONTADAS-PB  
Email:  
Telefone:

**V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - JESSICA DA ROCHA SILVA**

**V1P1 - Informações**

Nome: JESSICA DA ROCHA SILVA Data de Nascimento: 26/09/1991  
CPF: 095.100.174-42 Sexo: Feminino  
Estado físico: Lesões Graves Usava capacete: Ignorado

**V1P1 - Dados do Contato**

Endereço: PEDRO GUIDA, 23, AREIAL-PB  
Email:  
Telefone:

**V2 - VEÍCULO 2 - QFQ8586 - AUTOMÓVEL**

**V2 - Informações**



Documento assinado eletronicamente por ALDO ALEXANDRE, matrícula 1199743, Policial Rodoviário Federal, em 03/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novabat/autenticar>, informando o protocolo 19021672B03 e o número de controle A67C0E1C6EEE6480816BBCeBF4A9AD.

191

Scanned with  
CamScanner



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 19021672B03

Placa: QFQ8586 Marca/modelo: VW/NOVO GOL TL MBV  
Ano fabricação: 2016 Chassi: 9BWAB45U0HP071144  
Espécie: Passageiro Categoria: Particular  
Manobra no momento do acidente: Realizando retorno regular

Renavam: 01104584449  
Tipo de veículo: Automóvel  
Cor: Prata



Scanned with  
CamScanner

Documento assinado eletronicamente por ALDO ALEXANDRE, matrícula 1199743, Policial Rodoviário Federal, em 03/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 1º da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movatbat/autenticar>, informando o protocolo 19021672B03 e o número de controle A67C0E1C6EEE6480016BBCeBF4A9AD.

C 191

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO Nº 19021672B03



**V2 - Proprietário**

Nome: QUALITY ALUGUEL DE VEICULOS S A CPF/CNPJ: 72.653.009/0011-84  
Email: Telefone:  
Endereço: JOAO PESSOA-PB

**V2C - CONDUTOR DE V2 - FLAVIO SOARES DA SILVA**

**V2C - Informações**

Nome: FLAVIO SOARES DA SILVA Data de Nascimento: 14/07/1983  
CPF: 048.921.064-37 Estado civil: Não Informado  
Sexo: Masculino Estado físico: Ileso  
Usava cinto de segurança: Ignorado

**V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor**

Categoria: AB Primeira habilitação: 20/06/2014 Nº Registro: 06100156310  
UF: PB Vencimento da habilitação: 08/08/2023 Motorista profissional: Não  
Observações CNH: 99

**V2C - Alterações da Capacidade Motora**

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim Condutor se recusou a realizar o teste: Não  
Visíveis sinais de embriaguez: Não Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não  
Resultado obtido: 0,00 mg/l

**V2C - Dados do Contato**

Endereço: RUA MARIA H CORDEIRO, 02, CASA, CENTRO, JUAZEIRINHO-PB  
Email:  
Telefone:

**V2P1 - PASSAGEIRO 1 DO V2 - ALDERI ANTONIO DA SILVA**

**V2P1 - Informações**

Nome: ALDERI ANTONIO DA SILVA Data de Nascimento: 06/02/1974  
CPF: 952.890.544-72 Sexo: Masculino  
Estado físico: Ileso Usava cinto de segurança: Ignorado

**V2P1 - Dados do Contato**

Endereço: RUA SEVERINO LUCENA VAZ RIBEIRO, 705, CASA, BODOCONGO, CAMPINA GRANDE-PB  
Email:  
Telefone:

Documento assinado eletronicamente por ALDO ALEXANDRE, matrícula 1199743, Policial Rodoviário Federal, em 03/09/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobal/autenticar>, informando o protocolo 19021672B03 e o número de controle A67C0E1C6EEE6480816BBC6BF4A9AD.

191





Journal of Health Politics, Policy and Law  
Vol. 30, No. 3, June 2005

卷之三

卷之三

Scanned with  
CamScanner





Prefeitura Municipal de Esperança  
Secretaria de Saúde  
Base Descentralizada do Serviço Móvel de Urgência



Em 04 de Julho de 2019.

Declaração

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) ESPERANÇA-PB, foi solicitado para realizar atendimento pré-hospitalar a JESSICA DA ROCHA SILVA, vítima de acidente Motociclistico, no dia 24/04/19, às 19:50h, a mesma foi encaminhado para o Hospital de Trauma de Campina Grande.

  
Jarina Danielly Brando Borborema  
Coordenadora da Rede de Urgente







## CERTIDÃO

Certificamos para os devidos fins de direito que a paciente atendida no dia 24 de abril de 2019 (Atendimento nº. 1882280), pelas 21:27h, foi JÉSSICA DA ROCHA SILVA, brasileira, solteira, técnica em enfermagem, portadora da Cédula de Identidade nº. 3.473.171 SSDS/PB, filha de Francisco Edson da Silva e Josicleide da Rocha Silva, natural de Esperança/PB, residente na Rua Pedro Guida, nº. 23, Centro, Areial/PB, estando o seu prontuário médico preenchido de forma errônea. Portanto, onde lê-se JÉSSICA DA COSTA SILVA, leia-se JÉSSICA DA ROCHA SILVA.

Certificamos, ainda, que a genitora da paciente, Sra. Josicleide da Rocha Silva, apresentou RG da paciente onde constam o nome correto da mesma.

Campina Grande/PB, 26 de junho de 2019.

Hospital Regional de Campina Grande  
D. Luiz Gonzaga de Andrade

Rodrigo Araújo Celino  
Chefe do Núcleo de Auditoria do HETDLGF  
Mat.: 157.816-2 - OAB/PB 12.139

**RODRIGO ARAÚJO CELINO**

*Chefe do Núcleo de Auditoria do HETDLGF*  
*Mat.: 157.816-2 - OAB/PB 12.139*

AV. Marechal Floriano Peixoto, 4700 – Malvinas

Campina Grande – PB CEP: 58.432-809

Email: juridico.traumacg@gmail.com hospitalregionalcg@hotmail.com

CNPJ: 08.778.268-0001-60



Scanned with  
iScanner



## Comunicação de Acidente de Trabalho

Número da CAT: 2019.167.504-0/01

### Informações do Emitente

Emitente	1 - Empregador	Data Emissão	25/04/2019
Tipo de CAT	1 - Interno	Comunicação Óbito	
Função	1 - Empregado	E-mail	RH@UNIFACISA.EDU.BR

### Informações do Empregador

Brasão Social Nome	CESEDI - CENTRO DE ENSINO SUPERIOR E DESENVOLVIMENTO LTD		
Tipo Num. Doc.	1 - CFC A NFI 021081230001-40	CNAE	85317
CEP	58410020	Endereço	AV SENADOR ARGENIRO DE FIGUEIREDO 1901
Bairro	ITARARE	Estado	PB
Município	CAMPINA GRANDE	Telefone	(083) 21018800

### Informações do Acidentado

Nome	ESSICIA DA ROCHA SILVA	Data Nascimento	26/09/1991
Nome da Mãe	KOSICLEIDE DA ROCHA SILVA	Sexo	Fem
Nível de Instrução	3 - Ensino superior incompleto		
Estado Civil	Outro	Remuneração	1.365,07
CNPJ	8333332 Serie: 00040 Dt emissão: 14/06/2012 UF: PB	Identidade	3473171 Dt emissão: 02/08/2006 Org Exp: 01 UF: PB
CIN/PASEP/INSS	1803197240-5	Endereço	RUA PEDRO GUIDA
Bairro	CENTRO	CEP	58140000
Estado	PB	Município	AREIAL
Telefone	(83) 3087296044	CBO	322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM
Aposentada	Não	Área	Urbana

### Informações do Acidente

Data do Acidente	24/04/2019	Hora do Acidente	20:00
Horas Trabalhadas	06:48	Tipo	3 - Trajetos
Houve afastamento?	Sim	Reg. Policial	Não
Lugar do Acidente	3 - Área Pública	Log. Local	BR 104
C.N.P.J da Prestadora	CNPJ -	UF do Acidente	PB
Município do Acidente	ENPERANCA	Último dia Trabalhado/Dt Óbito	24/04/2019
Parte do Corpo	75.70.80.000 - MEMBROS INFERIORES, PARTES MUL TIPLAS (QUALQ)		
Agente Causador	30.30.75.250 - VEICULO RODOVIARIO MOTORIZADO		
Sit. Gerador	20.00.04.600 - IMPACTO DE PESSOA CONTRA OBJETO EM:		
Morte	Não	Data Óbito	

*Campina Grande, 24/04/2019*  
Local e Data

*Domicio Diniz*  
Assinatura e carimbo do emitente  
Domicio Diniz  
GERENTE DE R.H.

### Informações do Atestado Médico

Unidade	HOSPITAL DE TRAUMA	Data Atend.	24/04/2019
Hora Atend.	20:00	Houve Internação?	Sim
Deverá o acidentado afastar-se durante o tratamento?	Sim - 180 dia(s)		
Nat. Lesão	70.20.35.000 - FRATURA		
CID - 10	S72 - Fratura do fêmur	CRM	0000009551 - UF: PB
Observações			

*Local e Data*

Assinatura(\*) e carimbo (legível) do médico com CRM/UF

Cadastrada em 03/05/2019 às 11:19:05

\* A apresentação do atestado médico original, com as informações de identificação do médico assistente, substituir o preenchimento deste campo.

A impressão desta CAT deverá ser apresentada juntamente com o(s) documento(s) original(is) referente ao Segurado, para requerer o benefício acidentário junto à Agência da Previdência Social.



Scanned with  
CamScanner

**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUTZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA  
PRONT (B.E) Nº:1882280 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUTZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Manguinhos, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 24/04/2019  
Boleto de Emergência (B.E) - Modelo 07

**PACIENTE: JESSICA DA COSTA SILVACEP:**  
**27 ANOS**  
Endereço:  
Cidade:  
Nome da Mãe:  
Responsável:  
Estado Civil:  
Motivo: ACIDENTE DE CARRO-CARRO X MOTO Horas: 21:27:53

Sexo:  
Idade:2019  
RG:  
CPF:  
Profissão:  
Data de  
Atend:24/04/2019  
CNS:  
CONVÉNIO/SUS

Nascimento:31/12/1969  
Bairro:  
CRM:  
Especialidade:

**EXAME FÍSICO**

**PUPILAS** ( ) Fotorreagentes ( ) Isocônicas ( ) Anisocônicas ( ) HGT:  
Glasgow PA Sat02

(**1**) **L**arva, **R**eduzida, **E**m **C**olo, **M**ucosa  
(**2**) **A**lta, **Regunda, **H**abituada, **P**rofundidade  
(**3**) **H**iperreflexia, **N**ormalmente intensa  
(**4**) **H**ipotensão (**5**) **H**ipotensão (**6**) **H**ipotensão (**7**) **H**ipotensão (**8**) **H**ipotensão (**9**) **H**ipotensão (**10**) **H**ipotensão (**11**) **H**ipotensão (**12**) **H**ipotensão (**13**) **H**ipotensão (**14**) **H**ipotensão (**15**) **H**ipotensão (**16**) **H**ipotensão (**17**) **H**ipotensão (**18**) **H**ipotensão (**19**) **H**ipotensão (**20**) **H**ipotensão (**21**) **H**ipotensão (**22**) **H**ipotensão (**23**) **H**ipotensão (**24**) **H**ipotensão (**25**) **H**ipotensão**

**TOMOGRAFIA**  
**REALIZADA EM:**

**EXAMES SOLICITADOS:**

( ) Laboratoriais

( ) Gasometria arterial

( ) Tomografia Computadorizada

( ) Ultrassonografia:

( ) Radiografias:

( )

**SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:**

Especialista: **NEP**

## EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Ortopedia

24/04/19 22:50h

Pt. infante de coloas normais como ha = 3 h.

Admuntita c/ rebauscamento da unha da coxa (D)  
Grau + deformidade neu Coxal (D)

Grau + deformidade neu Coxal (D)

Rx c/ Tx diafise fêmur (D) + Fratura (D).

(D) Aprendendo curvatura do TC p/

NCR e Subtração p/ inveros radios

Síntesis de costelas e joelho (D) +

fratura transesquelética da tibia (D)

+ Fratura de Brose e Internação (D)

p/ curvatura Ortopédica eletrôn.

Tela de dolo profissional (D)

Hallisson Barros de Almeida

ORTOPÉDICO E TRAUMATOLOGISTA

CRM - PB 0562

Eufem - : 23:50h

Pt. intubado p/ NCR, recuperação

DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_\_

hs.

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

- ( ) Centro cirúrgico \_\_\_\_\_ ( ) Alta hospitalar / ( ) Revista / ( ) Decisão Médica  
 ( ) Internação (setor) \_\_\_\_\_ ( ) Jóbito  
 ( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL \_\_\_\_\_  
 ASS. do paciente ou responsável (quando necessário) \_\_\_\_\_

*Hallisson Barros de Almeida  
 ORTOPÉDICO E TRAUMATOLOGISTA  
 CRM - PB 0562*

*P truot, transesquelética msd + kmc  
 Rito unguel de fratura (E) + Tele  
 Rx de perna (D)*

*Ed. Abs curvatura da NCR  
 e tratamento com gesso  
 ortopédico spesso de kmc  
 p/ NCR*



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

### Ficha de Acolhimento

Nome:	Jessica da costa silva		
End:	R. Pedro Suíça	Bairro:	Centro
Data de Nascimento:	27/01/1995	Documento de Identificação:	PIS/CPF
Queixa:	edemas	Data do Atend.:	24/04/19
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

### Classificação de Risco

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

### Estratificação

MOD. 110

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

- () Amarelo - atendimento até 1 hora  
() Azul - atendimento ambulatorial

Eveline de F. C. Barbosa  
Enfermeira  
COREN-PB 310.725

### Assinatura e carimbo do profissional





Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815572974300000026783557>  
Número do documento: 20012815572974300000026783557

Num. 27761926 - Pág. 4



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

*(MS)*  
**REQUISIÇÃO DE EXAME**

NOME:	<i>Jeney de Costa Ss</i>					PRONTUÁRIO:			
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:		
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>			<i>Int. II</i>	<i>2</i>	<i>1</i>		

DADOS CLÍNICOS:

*Pdn - ap.*

**RAIO X**  
REALIZADO EM:  
*05/05/19*

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

*Rc do antebraço D AP negl*

*Dr. Everlan Meira*  
Ortopedia e Traumatologia  
HBM - Pato Branco

URGÊNCIA:

ROTINA:

DATA:

*05/05/19*

HORA DA SOLICITAÇÃO:



Data da Intimação: 24/04/2019 Hora: 23:26:32

<b>SUS</b>	<b>Sistema Único de Saúde</b>	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>		2 - CNIS 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DESTINATÁRIO <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>		4 - CNES 2362856
<b>Identificação do Paciente</b>		
5 - NOME DO PACIENTE <b>JESSICA DA COSTA SILVA</b>		6 - N° DO PRONTUÁRIO 1882330
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO 31/12/1969
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		10 - SÉRIE Mae Pais
11 - ENDERÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		12 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DE Telefone
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓDIGO MUNICÍPIO - 15 - UF 0
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  <i>Tempo tijela com jejo e sono. Gastrope.</i> <i>e fiorre fada. Olhos, ar gotejar e se seca.</i>		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTIMAÇÃO  <i>Tudo o obig</i>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRIMOS DEPARTAMENTAIS E/OU EXAMES REALIZADOS  <i>ef crânio. exames Tumop (B) pequena + hemorragia no III nervo. cerebra</i>		
20 - DENSÍMETRIA ÓSSEA		21 - CÓDIGO 10 PRINCIPAL 22 - CÓDIGO 10 SECUNDÁRIO 23 - CÓDIGO 10 CAUSA ASSOCIADA
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA 02		27 - DOCUMENTO (X) CNH ( ) CPF 98001626394-000
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE DANIEL PEREIRA DEAN RAMOS		29 - DATA DA SOLICITAÇÃO 24/04/2019
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>		
30 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		31 - CNPJ DA EMPRESA
32 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÉRICO		33 - CNPJ EMPRESA
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		35 - CHAM DA EMPRESA
36 - VÔCÊ COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPRESA		37 - N° DO REGISTRO ( ) AUTÔNOMO ( ) INDEMPRESADO ( ) APOSENTADO ( ) TRABALHADOR
<b>AUTORIZAÇÃO</b>		
38 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		39 - CÓD. USO AUTORIZADO
40 - DOCUMENTO (X) CNH ( ) CPF		41 - N° DO DOCUMENTO/CNPJ DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 1
42 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		43 - AUTOMATIZADA E CARTEIRA (P) DO INSTITUTO DO CONSELHO / /
		44 - N° DA AUTORIZAÇÃO REMITIÇÃO HOSPITALAR



Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:31  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815572974300000026783557  
Número do documento: 20012815572974300000026783557

Data da internação: 24/04/2019 Hora: 23:28:32

<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>		
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>			2 - CNES <b>2362856</b>	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>			4 - CNES <b>2362856</b>	
<b>Identificação do Paciente</b>				
5 - NOME DO PACIENTE <b>JESSICA DA COSTA SILVA</b>			6 - N° DO PRONTUÁRIO <b>1882330</b>	
7 - CARTÃO DO SUS			8 - DATA DE NASCIMENTO <b>31/12/1969</b>	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO DDD <b>0</b> N° DE FONE <b>0</b>	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°,BAIRRO) <b>0</b>			13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	
			14 - CÓDIGO DO MUNICÍPIO	15 - UF <b>0</b>
			16 - CEP <b>0</b>	
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  <i>(Handwritten notes)</i>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  <i>(Handwritten notes)</i>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  <i>(Handwritten notes)</i>				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			25 - CÓDIGO DO 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>980016283965097</b>
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>DANIEL PEREIRA DEAN RAMOS</b>		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>24/04/2019</b>	32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>				
33 - ( <input checked="" type="checkbox"/> ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - ( <input checked="" type="checkbox"/> ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	35 - ( <input checked="" type="checkbox"/> ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE
38 - SÉRIE	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( <input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADO) ( <input type="checkbox"/> EMPREGADOR)	43 - AUTÔNOMO	44 - DESEMPREGADO	45 - APOSENTADO	
46 - NÃO SEGURO				
<b>AUTORIZAÇÃO</b>				
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		48 - COD. ORGÃO EMISSOR	49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
50 - DOCUMENTO ( <input checked="" type="checkbox"/> CNS) ( <input type="checkbox"/> CPF)	51 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	53 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
/ /				



**ESTADO DA PARAÍBA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS**  
**GONZAGA FERNANDES**  
**LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**



**SUS**  
**Sistema**  
**Único**  
**de**  
**Saúde**

Sr(a): JESSICA DA COSTA SILVA  
Dr(a): SCHUBERT COSTA  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000463781 RG: NÃO INFORMADO  
Data: 30-04-2019 10:41 Origem: CLÍNICA ORTOPEDICA II  
Idade: 49 anos Destino: ENF 02 - L.01

**HEMOGRAMA**

[DATA DA COLETA: 30/04/2019 10:39 ]

**Resultados** Valores de Referências

**SÉRIE VERMELHA**

Eritrócitos.....	3.7 milhões/mm <sup>3</sup>	3,9 a 5,5 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina.....	11,2 g/dL	12,0 a 16,0 g/dL
Hematócrito.....	33,0 %	38,4 a 48,8 %
V.C.M.....	89 fL	82,0 a 92,0 fL
H.C.M.....	30 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.....	34 g/dL	32,8 a 35,0 g/dL

**SÉRIE BRANCA**

Lêncocitós.....	6.900 /mm <sup>3</sup> (%)	5.000 a 10.000 /mm <sup>3</sup> (/mm <sup>3</sup> )
Neutrofílos.....		
Promielóцитos.....	0	0
Mielóцитos.....	0	0
Metamielóцитos.....	0	0
Bastonetes.....	1,0	69
Segmentados.....	75,0	5.175 40 a 70 % = 1.800 a 8.500 / mm <sup>3</sup>
Eosinófilos.....	0	0 a 5,0 % = ate 500 / mm <sup>3</sup>
Basófilos.....	0	0 a 2,0 % = ate 100 / mm <sup>3</sup>
Linfócitos.....		
Típicos.....	21,0	1.449 10 a 45 % = 1.000 a 3.500 / mm <sup>3</sup>
Atípicos ou Reativos.....	0	0
Monocitos.....	3,0	207 2,0 a 10 % = ate 1.000 / mm <sup>3</sup>
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	285.000 mm <sup>3</sup>	140.000 a 400.000 mm <sup>3</sup>

**OBSEVAÇÕES.....** Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE + IMPEDÂNCIA + MICROSCÓPIA

Geraldo Romualdo da Fonseca Neto

Biomédico  
CRBM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: B2C0-E4CF-EFF2-72DF-3EBC-741D-EAEB-15F3



**PNCQ**  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:31  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815572974300000026783557  
Número do documento: 20012815572974300000026783557

Num. 27761926 - Pág. 9



ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS  
GONZAGA FERNANDES  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



**SUS**  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

Sr(a):	JESSICA DA COSTA SILVA	Protocolo:	0000463781	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	SCHUBERT COSTA.	Data:	30-04-2019 10:41	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	49 anos	Destino:	ENP 02 - L 01

**GLICEMIA**

[DATA DA CONSULTA: 30/04/2019 10:40]

Resultado..... 123 mg/dL

70 a 99 mg/dL

Resultados anteriores:

Material: PLASMA OU SORO

Método: Automatizado MIRNER, METROLAB 2300

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto  
Biomédico  
CRBM - 5010

Emissão: 30/04/2019 11:11:11 - Página 1 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 8C3C-5133-4B79-538D-235C-E591-B0E2-31B0



PNCQ  
Programa Nacional  
de Controle da Qualidade



Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815572974300000026783557>  
Número do documento: 20012815572974300000026783557

Num. 27761926 - Pág. 10



ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS  
GONZAGA FERNANDES  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

Sr(a): JESSICA DA COSTA SILVA Protocolo: 0000463781 RG: NÃO INFORMADO  
Dr(a): SCHUBERT COSTA Data: 30-04-2019 10:41 Origem: CLÍNICA ORTOPEDICA II  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 49 anos Destino: ENF 02 - L 01

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 1'35''

Resultados anteriores: 28/04/19: 1'24'' |

[DATA DA COLETA: 30/04/2019 10:40 ]

Válores de Referência:  
DE 1 A 3 MINUTOS.

Material: sangue

Método: tinta

TEMPO DE COAGULACAO..... 7'28''

Resultados anteriores: 28/04/19: 7'00'' |

[DATA DA COLETA: 30/04/2019 10:40 ]

Válores de Referência:  
DE 5 A 10 MINUTOS

Material: sangue

Método: Lee-Walte

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto  
Biomédico  
CRBM - 5010

Entidade: 30/04/2019 11:11 - Página 3 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 4036-6UFP-F3D6-211D-9791-47F1-6300-91B1



PNCQ  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815572974300000026783557>  
Número do documento: 20012815572974300000026783557

Num. 27761926 - Pág. 11



ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS  
GONZAGA FERNANDES  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

Sr(a): JESSICA DA COSTA SILVA  
Dr(a): ANA MARIA DA S. ANSELMO  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000463411  
Data: 28/04/2019 17:40  
Idade: 49 anos

RG: NÃO INFORMADO  
Origem: CLÍNICA NEURO-BUCO  
Destino: ENF 07-L-02

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 1'24''

Data da coleta: 28/04/2019 17:40  
Materias: sangue  
Método: Duke

Valores de Referência:  
DE 1 A 3 MINUTOS.

TEMPO DE COAGULAÇÃO..... 7'00''

Data da coleta: 28/04/2019 17:40  
Materias: Sangue  
Método: Lee-White

Valores de Referência:  
DE 5 A 10 MINUTOS.

Marcelo Augusto Feltoza Oliveira  
CRM 7961

Intelegível: 28/04/2019 17:40 - Página: 3 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 579D-0C0D-8475-341F-B2DA-6392-585F-BRA1



PNCQ  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815572974300000026783557>  
Número do documento: 20012815572974300000026783557

Num. 27761926 - Pág. 12



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

PACIENTE:	JESSICA DA COSTA SILVA
DATA DO EXAME:	24/04/2019 às 22:18 horas
SOLITANTE:	Dr(a) -

**ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”**

**METODOLOGIA:**

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

**ANÁLISE:**

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.

Não foram evidenciadas lesões viscerais relacionadas ao trauma.

*Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e visceras ovas, assim como de hemoretroperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.*

*Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.*

  
Dr. Raiff Ramalho Cavalcanti  
Médico Radiologista  
CRM-PB: 6320





GOVERNO  
DA PARAÍBA  
SECRÉTARIA DE SAÚDE DOS ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

**REQUISIÇÃO DE EXAME**

NOME: TiSSA

PRONTUÁRIO:  
DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

Exa op. P

MATERIAL A EXAMINAR: Ornitos B Op. P

EXAME SOLICITADO:  
*Eduardo S. de Araújo*  
Ortopedista e Traumatologista  
Data: 02/05/12  
Ornitos

REALIZADO X  
02/05/12

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTA: <input type="checkbox"/>
DATA: <u>25/09</u>	HORA DA SOLICITAÇÃO:

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:

GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAME

PRONTUÁRIO:	S U N H														
NAME:	J E S I C A D A R E C H A														
IDADE:	22	SEXO:	M	COR:	P	PESO:	60	ALTURA:	1,65	CLÍNICA:	DET	ENF:	9	LEITO:	7

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

ECG + Rxco Emergencia

URGÊNCIA:

ROTINA:

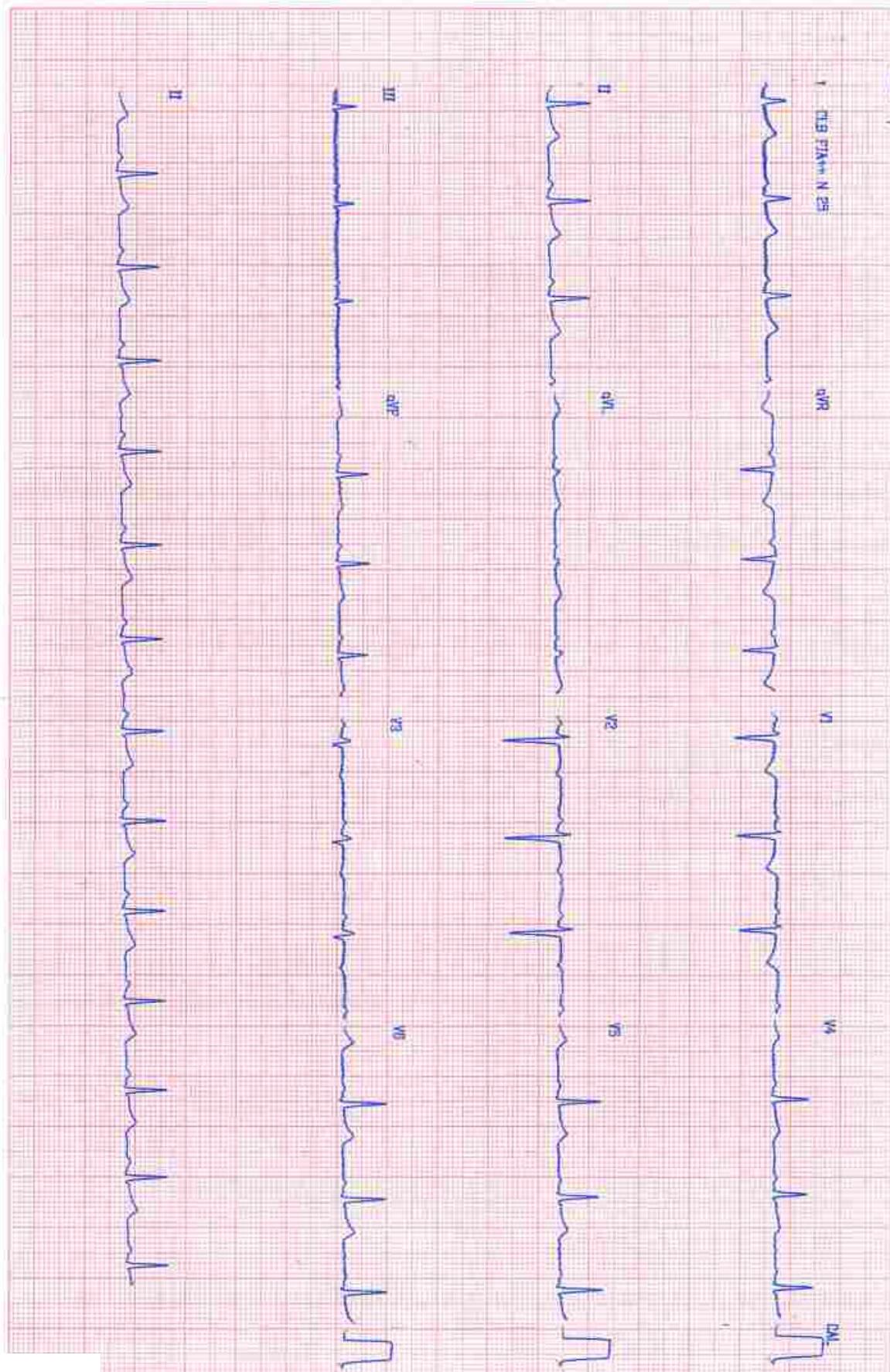
DATA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

01-05-109



ESS, CT DA Rocha S. L.C  
1º Fase.  
01/05/2019





### AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

IMC: \_\_\_\_\_ PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

#### 1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

Assintomática       Sintomática       Oligosintomática

##### SINTOMAS:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cefaléia             | <input type="checkbox"/> Tontura                               | <input type="checkbox"/> Síncope        |
| <input type="checkbox"/> Dispnéia de esforço  | <input type="checkbox"/> Grande                                | <input type="checkbox"/> Pequena        |
|   | <input type="checkbox"/> Média                                 | <input type="checkbox"/> Ortopédica     |
| <input type="checkbox"/> Palpitações          | <input type="checkbox"/> Tosse Seca                            | <input type="checkbox"/> Expectoratório |
| <input type="checkbox"/> Dor Precordial       | <input type="checkbox"/> Típica                                | <input type="checkbox"/> Atípica        |
| Relacionada: <input type="checkbox"/> Esforço | <input type="checkbox"/> Emoções <input type="checkbox"/> Frio | <input type="checkbox"/> Pós-prandial   |

Comentários: \_\_\_\_\_

#### 2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica	<input type="checkbox"/> Hipertensão Pulmonar	<input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca Congestiva	<input type="checkbox"/> Insuficiência Coronariana
<input type="checkbox"/> Arritmias	<input type="checkbox"/> Insuf. Renal	<input type="checkbox"/> Aguda <input type="checkbox"/> Crônica

#### 3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

<input type="checkbox"/> Alergia a Medicamentos: _____	<input type="checkbox"/> Tabagismo
<input type="checkbox"/> Etilismo	<input type="checkbox"/> Sedentarismo
<input type="checkbox"/> Dislipidemia	<input type="checkbox"/> Outros

Medicamentos em uso     Não     Sim \_\_\_\_\_

#### 4 - EXAMES FÍSICO

Estado Geral     Bom     Regular     Comprometido     Precário     Altura     Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: \_\_\_\_\_

FC.: \_\_\_\_\_ b.p.m P.A.: \_\_\_\_\_ mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: \_\_\_\_\_

Addômen - Comentários: \_\_\_\_\_

Membros Inferiores - Comentários: \_\_\_\_\_

5 - E.C.G.: \_\_\_\_\_

Ex. Laboratorial: \_\_\_\_\_

#### 6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

- Grau I - AVC e ECG - normais ( Risco Cirúrgico Normal)  
 Grau II - AVC e ECG - anormais ( Risco Cirúrgico Normal)  
 Grau III - AVC e ECG - anormais ( Indicado Monitorização Cardíaca)  
 Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações ( Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

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

Ass. do Médico





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Evolução de Enfermagem

211

#### IDENTIFICAÇÃO

Nome: José do Costa Júnior

Registro:

Leito: 61

Setor Atual:

OTTO1

#### AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,7 °C; P: 110 bpm; FR: 19 lpm; PA: 140x90 mmHg; FC: 106 bpm; SPO2: 98%  
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm; Dtor: (8) Local:  Obs.:

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

#### ANÁLISE DAS NECESSIDADES PRINCIPAIS/OCORRÊNCIAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Mobilidade Física:  Preservada  Paresia  Plegia  Parestesia Local:

Linguagem:  Qual?  Disfonia  Afasia  Disfasia  Disartria.

Obs:

##### OXIGENAÇÃO

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

Eupnéia;  Taquipnégia  Bradipnégia  Dispnéia  Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente:  Diminuídos  D  E

Ruídos adventícios:  Roncos  Sibilos  Estridor  Outros:

Tosse:  improdutiva  Produtiva Expectoração:  Quantidade e aspecto:

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

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

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

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração:  Visão  Audição  Tato  Olfato  Paladar Observação:

##### SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo  Agitado  Agressivo.  Risco de queda. Observação:

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉:  Regular  Irregular  Impalpável  Filiforme  Clíneo.



Pele: () Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquacida.  
 Tempo de enchiamento capilar: () ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )  
 Drogas vasoativas: ( ) Quais? \_\_\_\_\_ Precordialgia ( )  
 Ausculta cardíaca: () Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo  
 Cateter vascular: () Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: UAG Data da punção 02/05/19  
 Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:  
**ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)**  
 Tipo somático: ( ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.  
 Dentição: () Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.  
 Alimentação: () VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data: / /  
 Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:  
 Abdômen: () Normotensão ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:  
 RHA: () Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados  
 Eliminação intestinal: () Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:  
 Eliminação urinária: () Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD: Débito ml/h;  
 Aspecto: ( ) Outros: Observações:

#### INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: () Integra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:  
 Coloração da pele: () Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica | Turgor da pele: ( ) Preservado  
 Condições das mucosas: () Úmidas ( ) Secas | Manifestações de sede: ( )

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto:

Curativo em: / /

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto:

Débito: Retirado em: / /

Úlcera de pressão: ( ) Estágio:

Local: Descrição: Curativo: / /

#### CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: ( ) Satisfatória () Insatisfatória | Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.

Limitação física: () Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:

#### SONO E REPOUSO

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

#### EVALUAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

##### COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: () Preservada ( ) Prejudicada | Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo:  
 ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

##### NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

##### RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:

#### INTERCORRÊNCIAS

Parágrafo suspenso clinicamente provável, concorrente e obstrutor ao tempo e espaço: humor ruim, taquicardia, mictose, az ambiente, baixa energia, sono, eliminação urinária prostrativo, eliminacão indireta prenervante, sintoma de estreito, cuidado especial (relacionado diretamente / indiretamente), RPE em UAG, baix pressão arterial, comparsa/geminação, AAC de enfermagem infarto 18200090, fadiga, dor no peito.

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

Assinatura: Josileide S. Alves  
 ENFERMEIRO  
201281557297430000026783557

DATA: 03/05/19

HORA: 16:00

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





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Evolução de Enfermagem

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: José da Costa Silva | Registrado: \_\_\_\_\_ | Leito: 21 | Setor Atual:

#### 2. Avaliação Geral

Sinais vitais: Tax: 36°C; P: 110 bpm; FR: 18 rpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 93 bpm; SPO<sub>2</sub>: 96%

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

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

#### 3. Avaliação das Necessidades Psicofisiológicas

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): \_\_\_\_\_ | Drogas (Sedação/Analgesia): \_\_\_\_\_

Pupilas: () Isocônicas () Anisocônicas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

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

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

##### OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº \_\_\_\_\_ | Comissura labial nº \_\_\_\_\_ | FIO2 % PEEP cmH<sub>2</sub>O

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

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

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

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

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

Data da inserção do dreno: 11/11/2020 | Aspecto da drenagem torácica: \_\_\_\_\_

Gasometria arterial: PH PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: 11/11/2020 | Hora: \_\_\_\_\_

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

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

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Corada ( <input type="checkbox"/> ) Hipocorada ( <input type="checkbox"/> ) Cianose ( <input type="checkbox"/> ) Sudorese ( <input type="checkbox"/> ) Fria ( <input type="checkbox"/> ) Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: ( <input type="checkbox"/> ) ≤ 3 segundos; ( <input type="checkbox"/> ) > 3 segundos. ( <input type="checkbox"/> ) Turgência jugular: ( <input type="checkbox"/> )	Precordialgia ( <input type="checkbox"/> )		
Drogas vasoativas: ( <input type="checkbox"/> ) Quais?			
Ausculta cardíaca: ( <input type="checkbox"/> ) Rítmica ( <input type="checkbox"/> ) Arritmica ( <input type="checkbox"/> ) Sopro ( <input type="checkbox"/> ) Outro. Marcapasso: ( <input type="checkbox"/> ) Transitório ( <input type="checkbox"/> ) Definitivo			
Cateter vascular: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Periférico ( <input type="checkbox"/> ) Central ( <input type="checkbox"/> ) Dissecção. Localização: <u>NSC</u>	Data da punção <u>01/05/19</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 type="checkbox"/> ) Incompleta ( <input type="checkbox"/> ) Prótese.			
Alimentação: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) VO ( <input type="checkbox"/> ) SNG ( <input type="checkbox"/> ) SNE ( <input type="checkbox"/> ) Gastronomia ( <input type="checkbox"/> ) Jejunostomia ( <input type="checkbox"/> ) NPT; Hora: _____	Data: / /		
Alterações: ( <input type="checkbox"/> ) Inapetência ( <input type="checkbox"/> ) Disfagia ( <input type="checkbox"/> ) Intolerância alimentar ( <input type="checkbox"/> ) Vômito ( <input type="checkbox"/> ) Pirose ( <input type="checkbox"/> ) Outros:			
Abdômen: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normotensão ( <input type="checkbox"/> ) Distendido ( <input type="checkbox"/> ) Tenso ( <input type="checkbox"/> ) Ascítico ( <input type="checkbox"/> ) Outros:			
RHA: ( <input type="checkbox"/> ) Normoativos ( <input type="checkbox"/> ) Ausentes ( <input type="checkbox"/> ) Diminuídos ( <input type="checkbox"/> ) Aumentados			
Eliminação intestinal: ( <input type="checkbox"/> ) Normal ( <input type="checkbox"/> ) Líquida ( <input type="checkbox"/> ) Constipado há dias ( <input type="checkbox"/> ) Outros:			
Eliminação urinária: ( <input type="checkbox"/> ) Espontânea ( <input type="checkbox"/> ) Retenção ( <input type="checkbox"/> ) Incontinência ( <input type="checkbox"/> ) Hematuria ( <input type="checkbox"/> ) SVD: Débito ml/h;			
Aspecto: ( <input type="checkbox"/> ) Outros: Observações: (-) <u>Com PDE, leite com pressa morna e aguada</u>			
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>			
Condição da pele: ( <input type="checkbox"/> ) Integra ( <input type="checkbox"/> ) Ressecada ( <input type="checkbox"/> ) Equimoses ( <input type="checkbox"/> ) Hematomas ( <input type="checkbox"/> ) Escoriações ( <input type="checkbox"/> ) Outro:			
Coloração da pele: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normocorada ( <input type="checkbox"/> ) Hipocorada ( <input type="checkbox"/> ) Ictérica ( <input type="checkbox"/> ) Gianótica	Turgor da pele: ( <input type="checkbox"/> ) Preservado		
Condições das mucosas: ( <input type="checkbox"/> ) Úmidas ( <input type="checkbox"/> ) Secas	Manifestações de sede: ( <input type="checkbox"/> )		
Incisão cirúrgica: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Local/Aspecto: <u>má</u>	Curativo em: <u>021 05/19</u>		
Dreno: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Tipo/Aspecto: <u>má</u>	Débito: _____	Retirado em: / /	Curativo: / /
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:			
( <input checked="" type="checkbox"/> ) Preservado ( <input type="checkbox"/> ) Insônia ( <input type="checkbox"/> ) Dorme durante o dia ( <input type="checkbox"/> ) Sono interrompido. Observações:			
<b>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>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>			
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>			
Tipo:	( <input type="checkbox"/> ) Praticante ( <input type="checkbox"/> ) Não praticante.	Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>			
<p>Carimbo é Assinatura do Enfermeiro:</p> <p><u>Eugênia José Souza</u> COREN 236624</p>			
<p>DATA: <u>02/05/19</u> HORA: ____ h</p> <p>FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).</p>			



Paciente: ek

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Josileide da Costa Júnior | Registro: 2.1 | Leito: 2.1 | Setor Atual: G.I.I

## 2. 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:

## 3. Avaliação das Necessidades Psicofisiológicas

## REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Mobilidade Física:  Preservada  Paresia  Plegia  Parestesia Local:

Linguagem:  Qual?  Disfonia  Afasia  Disfásia  Disartria.

Obs:

## OXIGENAÇÃO

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

Eupnêia:  Taquipnêia  Bradipnêia  Dispnéia  Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente:  Diminuídos  D  E

Ruidos adventícios:  Roncos  Sibilos  Estridor  Outros:

Tosse:  Improdutiva  Produtiva | Expectoração:  Quantidade e aspecto:

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

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

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

## PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração:  Visão  Audição  Tato  Olfato  Paladar Observação:

## SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo  Agitado  Agressivo.  Risco de queda. Observação:

## REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉:  Regular  Irregular  Impalpável  Filiforme  Cholo.



Pele: ( ) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) > 3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )	Precordialgia ( )
Drogas vasoativas: ( ) Quais?	
Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização:	Data da punção / /
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: ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora:	Data: / /
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:	
Abdômen: ( ) Normotônico ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:	
RHA: ( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados	
Eliminação intestinal: (X) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:	
Eliminação urinária: ( ) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD: 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: ( ) 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 (X) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória   Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.	
Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
(X) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:	
<b>VALORADA DAS NECESSIDADES PSICODESOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: ( ) Preservada ( ) Prejudicada   Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo ( ) Medo: ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:	
<b>NECESSIDADES PSICODESOCIAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Paciente mostrava agressividade quando se encontra com outras pessoas.	
Carimbo é Assinatura do Enfermeiro:	
	DATA: 01/05/2019 HORA: _____

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



05/05/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malmes, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809  
Buletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

Data: 05/05/2019

NOME: Everlen da Silva Meira



## LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: JESSICA DA COSTA SILVA

Data da Internação: 24/04/2019 Data da Alta: 05/05/2019

Registro: 1882330

Tempo de Permanência: -18011

Diagnóstico Inicial: Prostata de ferida (E) + utero (D)

Diagnóstico Final: O cemano

Principais Exames: anamnese + exame físico e radiológico

Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO Data: 02/05/2019

Equipe:

Cirurgião: EDUARDO OTAVIO BRAGA MORAIS

Aux 1: YWRY DE PAIVA CAMARA

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia:

Anatomopatológico:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE EVOLUIU BEM, SEM INTERCORRÊNCIAS, SENDO SUBMETIDA A TTO CIRÚRGICO

Orientações: Andar com o ferida operatória. Não banhar.

Dieta: LIVRE

Medicações para Casa:: CIPROFLOXACINO+DAISAN+ARFLEX

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Retorno ao Ambulatório de : ORTOPEDIA em : 15/05/2019 para retirada de pontos

10.1.1.148/projetohtcg/impreresumoalta.php?contar=1882330

1/2

Dr. Everlen Meira  
Ortopedia Traumatologista



Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815572974300000026783557>  
Número do documento: 20012815572974300000026783557

Num. 27761926 - Pág. 25

05/05/2019

HTCG-Painel Administrativo

ao Ambulatório de :ORTOPEDIA em: para revisão Repouso0dias

Condições de Alta::Melhorado

Data05/05/2019

Assinatura/Carimbo  
Everlan Da Silva Meira

OBS:LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Everlan Da Silva Meira





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1882330 Paciente: JESSICA DA COSTA SILVA Idade: 02019 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 24/04/2019

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 2 Leito: 1 Diagnóstico: TCE + FRATURA DE FEMUR E URNA DIREITA

**DIA 04/05/2019**
**MÉDICO(A) ASSISTENTE : Eldiman Soares De Araujo / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Everlan Da Silva Meira /**

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	SNB
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 01FRASCO, 8h/8h	18/20/30
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. (FRA AMP, 12h/12h 2D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18/06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, 6h/6h	11/18/06/06
5	CETOPROFENO 100 MG E.V. 01FRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	18/06
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 2FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD;	18/06
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 02AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO <b>SE NAUSEAS OU VOMITOS ATÉ DE 8/8H</b>	18/06
8	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 02CAPS. 24h/24h (ADM AS 6h)	06
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	22
10	FENITOINA SODICA 50 MG/ML 5 ML E.V. 01AMPOLA, 8h/8h FAZER 2ML + 100ML SF IV 8/8H	14/22/06
11	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, USO IMEDIATO FAZER 100MG + 100ML SF IV 8/8H	14/22/06
12	CASTOPRIL 25 MG V.O. 01COMP, FAZER SE NECESSARIO SE PAS > 160 E/OUPAD > 110MMHG	
13	DECUBITO ELEVADO	cte
14	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	cte
15	CURATIVOS	cte
16	REALIZAR HGT 12h/12h	18(118) 06(108)
17	ADMINISTRAR 3 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	

**EVOLUÇÃO**

DATA: 04/05/2019 HORA: 08:46:12

3 dpo

 BEG, ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS  
 FO:LIMPA, SECA, SEM GLOGOSE

 CD:VPM  
 RETIRAR DRENO  
 ALTA PARA AMANHÃ

 ASSINATURA + CARIMBO  
 Everlan Da Silva Meira

osteosíntese 3-DRG

Bala, extrato, plárum

Foi-200g, rec.

C.D. Alex montado com

ABT+MMA+Analges+Antit

Inflam+Antiinflam



Autônoma clínica

[10.1.1.148/projetohtlog/imprivevo.php?datasai=2019-05-04&contai=1882330&IDC=12748](http://10.1.1.148/projetohtlog/imprivevo.php?datasai=2019-05-04&contai=1882330&IDC=12748)

1/1





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1882330 Paciente: JESSICA DA COSTA SILVA Idade: 02019 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 24/04/2019

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 2 Leito: 1 Diagnóstico: TCE + FRATURA DE FEMUR E ULNA DIREITA

**DIA: 03/05/2019**

**MÉDICO(A) ASSISTENTE : Eldiman Soares De Araujo / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /**

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	22/32
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 01FRASCO, 8h/8h	18/106
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h	18/96
	1D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE DOR OU FEBRE, ATE 6/6H	14/22/06
5	CETOPROFENO 100 MG E.V. 01FRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 02AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE NAUSEAS OU VOMITOS ATE DE 8/8H	
7	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 02CAPS. 24h/24h (ADM AS 6h)	14/22/06
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
9	FENITOINA SODICA 50 MG/ML 5 ML E.V. 01AMPOLA, 8h/8h FAZER 2ML + 100ML SF IV 8/8H	
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, USO IMEDIATO FAZER 100MG + 100ML SF IV 8/8H	
11	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 01COMP. FAZER SE NECESSARIO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110MMHG	
12	DECUBITO ELEVADO	
13	CUIDADOS GERAIS - SINAIS VITAIS	
14	CURATIVOS	
15	REALIZAR HGT 12h/12h	
16	ADMINISTRAR 3 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	12/31) 18(120) 24(63) 06(131)

**EVOLUÇÃO**

**DATA:03/05/2019 HORA:07:44:26**

**BEG, ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS**

-POLITRAUMATISMO (FRATURA FÊMUR E ULNA DIREITA)  
-TCE MODERADO  
-CT DE CRANIO 24/04: PEQUENA CONTUSÃO EM PONTA DE TEMPORAL ESQUERDO SEM DLM

**1º DPO**

**DOR LEVE**

**DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES**

**ESVAZIAR DRENO DE SUCÇÃO**

**ASSINATURA + CARIMBO**  
Crismarcos Rodrigues da Silva

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?dataini=2019-05-03&contar=1882330&JDC=12533

1/1





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1882330 Paciente: JESSICA DA COSTA SILVA Idade: 02019

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Sexo:

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 2 Leito: 1 Diagnóstico: TCE + FRATURA DE FEMUR E ULNA DIREITA

**DIA 02/05/2019**

**MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo /**

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE APOS EFEITO ANESTESICO	<i>14 02 06</i>
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 01FRASCO, 8h/8h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 0D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	<i>(18) 06 F</i>
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE DOR OU FEBRE, ATÉ 6/6H	
5	CETOPROFENO 100 MG E.V. 01FRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	<i>18 06</i>
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 02AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE NAUSEAS OU VOMITOS ATÉ DE 8/8H	<i>14</i>
7	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 02CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	<i>22 06 FH</i>
9	FENITOINA SODICA 50 MG/ML 5 ML E.V. 01AMPOLA, 8h/8h FAZER 2ML + 100ML SF IV 8/8H	<i>14 22 06</i>
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, USO IMEDIATO FAZER 100MG + 100ML SF IV 8/8H	<i>(14) (22) (06) FH</i>
11	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 01COMP, FAZER SE NECESSARIO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110MMHG	
12	DECUBITO ELEVADO	
13	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
14	CURATIVOS	
15	REALIZAR HGT 12h/12h	
16	ADMINISTRAR 3 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	

Eldiman S. de Araujo  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM: 0002  
 CRP: 0002





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1882330 Paciente: JESSICA DA COSTA SILVA Idade: 02019 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 24/04/2019

Clinic: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 2 Leito: 1 Diagnóstico: TCE + FRATURA DE FEMUR E ULNA DIREITA

**DIA 01/05/2019**

**MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /**

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE (Dieta zero a partir de 00:00 h)	18/05/19
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 01FRASCO, 8h/8h	18/05/19
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE DOR OU FEBRE, ATE 6/6H	
4	CETOPROFENO 100 MG E.V. 01FRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	18/05/19
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 02AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE NAUSEAS OU VOMITOS ATE 8/8H	18/05/19
6	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 02CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	18/05/19
7	FENITOINA SODICA 50 MG/ML 5 ML E.V. 01AMPOLA, 8h/8h FAZER 2ML + 100ML SF IV 8/8H	18/05/19
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2-ML E.V. 01AMPOLA, USO IMEDIATO FAZER 100MG + 100ML SF IV 8/8H	18/05/19
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 01COMP, FAZER SE NECESSARIO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110MMHG	18/05/19
10	DECUBITO ELEVADO	18/05/19
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	18/05/19
12	REALIZAR HGT 12h/12h	18/05/19
13	ADMINISTRAR 3 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	18/05/19

**EVOLUÇÃO**

**DATA: 01/05/2019 HORA: 07:30:37**

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

-POLITRAUMATISMO (FRATURA FÉMUR E ULNA DIREITA)

-TCE MODERADO

-CT DE CRANIO 24/04: PEQUENA CONTUSÃO EM PONTA DE TEMPORAL ESQUERDO SEM DLM

**DIH 8 DIAS**

PACIENTE ACORDADA, ORIENTADA, COM TRAÇÃO TRANSTIBIAL EM MID, NEGA CEFALÉIA, REFERE DOR EM MID, ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE

**DOR LEVE**

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

EXAMES OK

AGUARDA CIRURGIA

**ASSINATURA + CARIMBO**

10.1.1.148/projetohtcg/imprpevo.php?datasai=2019-05-01&contar=1882330&IDC=12130

22:05 h - paciente com cirurgia prevista para 02/05/19.  
zero dieta a partir de 00:00 h + óxido resveratrol de sangue.

CRISTOVÃO  
MEDICO CRM 555

Ana Maria da S. Andrade  
Ortopedia - Traumatologia  
04/05/2019 18:51 1/2



01/05/2019

HPM-Painel Administrativo

**Crismarco Rodrigues da Silva**

[10.1.1.148/projectcfg/imprimeva.php?dataini=2019-05-01&datafim=18823304&IDC=12130](http://10.1.1.148/projectcfg/imprimeva.php?dataini=2019-05-01&datafim=18823304&IDC=12130)

22



Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:36  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815573209100000026783558>  
Número do documento: 20012815573209100000026783558

Num. 27761927 - Pág. 5



# PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1882330 Paciente: JESSICA DA COSTA SILVA Idade: 02019 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 24/04/2019

Unidade: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 2 Leito: 1 Diagnóstico: TCE + FRATURA DE FEMUR E URNA DIREITA

**DIA 30/04/2019****MÉDICO(A) ASSISTENTE : Schubert Luigi Costa Rodrigues /**

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	CT
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 01FRASCO, 8h/8h	<del>24/3/2019</del>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE DOR OU FEBRE, ATE 6/6H	SIN
4	CETOPROFENO 100 MG E.V. 01FRA/AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	<del>28/1/2019</del>
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 02AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE NAUSEAS OU VOMITOS ATE DE 8/8H	SIN
6	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 02CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	<del>CT</del>
7	FENITOINA SODICA 50 MG/ML 5 ML E.V. 01AMPOLA, 8h/8h FAZER 2ML + 100ML SF IV 8/8H	<del>24/3/2019</del>
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, USO IMEDIATO FAZER 100MG + 100ML SF IV 8/8H	SIN
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 01COMP, FAZER SE NECESSARIO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110MMHG	SIN
0	DECUBITO ELEVADO	CT
1	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT
2	REALIZAR HGT 12h/12h	<del>CT</del>
3	ADMINISTRAR 3 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	<del>28/1/2019 (117)</del> <del>G(8)</del>

ATA:30/04/2019 HORA:09:54:20

EG, ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

OLITRAUMATISMO (FRATURA FÉMUR E ULNA DIREITA)  
CE MODERADO

T DE CRANIO 24/04: PEQUENA CONTUSÃO EM PONTA DE TEMPORAL ESQUERDO SEM DLM

PACIENTE ACORDADA, ORIENTADA, COM TRAÇÃO TRANSTIBIAL EM MID, NEGA CEFALEIA, REFERE DOR EM ID, SEM DVA, ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE.

DOR LEVE

URESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

GUARDA CIRURGIA

*Dr. Schubert Costa*  
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA  
CIRURGIA DA COLUNA  
CRM/PB 5523

ASSINATURA + CARIMBO  
Schubert Luigi Costa Rodrigues





## **PREScrição MÉDICA**

## **DADOS DO PACIENTE:**

Nº do proprietário: 1882330 Paciente: JESSICA DA COSTA SILVA Idade: 02/2019 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 24/04/2019

Clinica:NEUROBUCO Enfermaria: 2 Leito: 1 Diagnóstico: TCE + FRATURA DE FEMUR E URNA DIREITA

DIA 29/04/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 01FRASCO, 8h/8h	14 22 08
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE DOR OU FEBRE, ATE 6/6H	
4	CETOPROFENO 100 MG E.V. 01IFRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	125 24
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 02AMPOLA. FAZER SE NECESSARIO SE NAUSEAS OU VOMITOS ATE DE 8/8H	
6	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 02CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	
7	FENITOINA SODICA 50 MG/ML 5 ML E.V. 01AMPOLA, 8h/8h FAZER 2ML + 100ML SF IV 8/8H	14 22 08
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, USO IMEDIATO FAZER 100MG + 100ML SF IV 8/8H	14 22 08
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 01COMP, FAZER SE NECESSARIO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110MMHG	
10	DECUBITO ELEVADO	exc
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	exc
12	REALIZAR HGT 12h/12h	125 109 24 116
13	ADMINISTRAR 1/4 A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	

## **EVOLUÇÃO**

#### EVOLUÇÃO

DATA:29/04/2019 HORA:08:01:05

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

-POLITRAUMATISMO (FRATURA FÉMUR E URNA RIBEIRÃO)

-TCE MODERADO

-CT DE CRANIO 24/04: PEQUENA CONTUSAO EM PONTA DE TEMPORAL ESQUERDO SEM DLM

**PACIENTE ACORDADA, ORIENTADA, COM TRAÇÃO TRANSTIBIAL EM MID, NEGA CEFALÉIA, REFERE DOR EM MID, SEM DVA. ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE**

DGR LEVE

#### **DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES**

AGUARDA CIRURGIA

## AQUARIJA CIRKUS

**ASSINATURA + CARIMBO**  
Crismarco Rodrigues da Silva

**RURGIA**

R. Gameiro  
MEDICO-CRM 2223

UNIDADES	HEMOCITOS	DATA	PLACAS	ABUNDA.
PA	1000000		0000	B+
INICIO:	20:30	VOLUME:	340ML	
PA:	PULSO:	TEMP:		
TERMINO:	Respiracion			
PA:	PULSO:	TEMP:		

7-2.

Data	Hora	P. I.	T-	Sessão
<u>29/09/19</u>	08:hs	100/60	360	28/09/19

Parte comumente ouvidas com fracos ou M.D.  
sem surpresas no momento, apesar de realizadas  
de vez em quando, somente curativo, sem as mudanças  
da equipe de enfermagem — o Chaveiro.





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1882330 Paciente: JESSICA DA COSTA SILVA Idade: 02019 Sexo: / /

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 24/04/2019

Clínica: NEUROBUCO Enfermaria: 1 Leito: 2 Diagnóstico: TCE + FRATURA DE FEMUR E ULNA DIREITA

**DIA 28/04/2019**
**MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner De Melo Falcão /**

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE (Retirada zero a partir de 00:00h)	AT 22/04
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 01FRASCO, 8h/8h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE DOR OU FEBRE, ATÉ 6/6H	
4	CETOPROFENO 100 MG E.V. 01FRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	AT 25
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 02AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE NAUSEAS OU VOMITOS ATÉ DE 8/8H	66 F
6	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 02CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	
7	FENITOINA SODICA 50 MG/ML 5 ML E.V. 01AMPOLA, 8h/8h FAZER 2ML + 100ML SF IV 8/8H	AT 22/04
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, USO IMEDIATO FAZER 100MG + 100ML SF IV 8/8H	AT 22/04
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 01COMP, FAZER SE NECESSARIO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110MMHG	
10	DECUBITO ELEVADO	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
12	REALIZAR HGT 12h/12h	18 (02) 06 (06)
13	ADMINISTRAR 3 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	

**EVOLUÇÃO**

DATA: 28/04/2019 HORA: 09:04:55

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

-POLITRAUMATISMO (FRATURA FÊMUR E URNA DIREITA)

-TCE MODERADO

-CT DE CRANIO 24/04: PEQUENA CONTUSÃO EM PONTA DE TEMPORAL ESQUERDO SEM DLM

PACIENTE ACORDADA, ORIENTADA, COM TRAÇÃO TRANSTIBIAL EM MID, NEGA CEFALEIA, REFERE DOR EM MID, SEM DVA, ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE

NV: PRESERVADO

DOR: 1/4+

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

 Dr. Wagner Falcão  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 CRM-PB 8643

CD: SOLICITO PRÉ-OPERATÓRIO P/ AGENDAR CIRURGIA

 ASSINATURA + CARIMBO  
 Wagner De Melo Falcão

16:22h - paciente com cirurgia prevista para 29/04. zero dito a partir de 00:00h + solicito cretina pré-operatória com urgência:

 Dra. Ana Maria da S. Anselmo  
 M.R. Ortopedista-Traumatologista  
 CRM-PB 7025

<http://projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2019-04-28&contar=1882330&IDC=11601>

1/1

28.04.2015

12:16

P.A. 120/70mmHg

T. 37°

P 82bpm

R. 23.

Paciente consumante Orientador,  
descrito vítima direcionante de  
moto, com ferro no HTE. Foi  
resgatado bêbado no local, apesar  
de estar desacordado com alterações  
fisiológicas presentes. Foi resgatado  
com ferro de calço vermelho. Até o momento  
não informado se houve P.H. e P.M. e suspeita  
de cedidas do sangue.

Juci Ferreira Lima  
Técnico de Enfermagem  
COREN 820035

28/04/2015

12:16

P.A. 120/70mmHg

Paciente resgatado no mesmo quarto  
sem infartos cardíacos no momento.  
Iais cedidas de 6 copos.

Juci Ferreira Lima  
Técnico de Enfermagem  
COREN 820035





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1882330    Paciente: JESSICA DA COSTA SILVA    Idade: 02019    Sexo:

Nome da Mãe:    Data de Nascimento: 31/12/1969    Admissão: 24/04/2019

Clinica: ORTOPEDIA 2    Enfermaria: 6    Leito: 6    Diagnóstico: TUE + POLITRAUMA + FRATURA DE FEMUR E ULNA DIREITA

7-2  
05/04

DIA 27/04/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : André Ribeiro Araújo De Menezes /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 01FRASCO, 8h/8h	14 22/04
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE DOR OU FEBRE, ATE 6/6H	
4	CETOPROFENO 100 MG E.V. 01FRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	18 06
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 02AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE NAUSEAS OU VOMITOS ATE DE 8/8H	
6	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 02CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	06
7	FENITOINA SODICA 50 MG/ML 5 ML E.V. 01AMPOLA, 8h/8h FAZER 2ML + 100ML SF IV 8/8H	14 22/04
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, USO IMEDIATO FAZER 100MG + 100ML SF IV 8/8H	
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 01COMP, FAZER SE NECESSARIO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110MMHG	
10	DECUBITO ELEVADO	06
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	06
12	REALIZAR HGT 12h/12h	18 (95) 06/04
13	ADMINISTRAR 3 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	

**Evolução**

DATA: 27/04/2019    HORA: 07:40:02

-POLITRAUMATISMO (FRATURA FÉMUR E ULNA DIREITA)

-TCE MODERADO

-CT DE CRANIO 24/04: PEQUENA CONTUSÃO EM PONTA DE TEMPORAL ESQUERDO SEM DLM

PACIENTE ACORDADA, ORIENTADA, COM FIXADOR EXTERNO EM MID, NEGA CEFALÉIA, REFERE DOR EM MID, SEM DVA, ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE

**ORTOPEDIA**

PCT EM REG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

NV: PRESERVADO

DOR: 1/4+

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

CD: AGUARDA REAVALIAÇÃO DA NCR

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2019-04-27&contar=1882330&IDC=11354

Dr. Wagner Falcão  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 8643

Dr. André P.S. Ribeiro  
Neurologia/Neurocirurgia  
CRM-PB 5713

Série 9  
Ortopedia

1/2

Resumo na : Estrela Glazier Coffman  
81 dias 14/04/2019  
id: 061



**ASSINATURA + CARIMBO**  
Andre Ribeiro Araujo De Menezes

27-04-19

08:30

Paciente admitida nessa ala  
para tratamento específico.  
Orientada, consciente, realizado  
função periférica em MSE,  
mediada conforme prescrição,  
sem uso de fio dego gatilho em  
MIB, teto em susb, realizado  
bando no leito, referindo dor  
em MIB e apresentando ferida  
na ma língua, segue os  
cuidados da enfermagem —  
José Melo —

1628884

P.A - 110x60 mm mto

José Melo  
1628884

JRH —





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prentuário: 1882330      Paciente: JESSICA DA COSTA SILVA      Idade: 02019      Sexo:

Nome da Mãe:      Data de Nascimento: 31/12/1969      Admissão: 24/04/2019

Clinica: ORTOPEDIA 2      Enfermaria: 4      Leito: 2      Diagnóstico: TCE + POLITRAUMA + FRATURA DE FEMUR E ULNA DIREITA

**DIA 26/04/2019**

**MÉDICO(A) ASSISTENTE : Hallisson Barros De Almeida /**

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	<i>✓ 1/21/19</i>
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 01FRASCO, 8h/8h	<i>✓ 1/21/19</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE DOR OU FEBRE, ATE 6/6h	<i>SIN</i>
4	CETOPROFENO 100 MG E.V. 01FRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	<i>✓ 1/21/19</i>
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 02AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE NAUSEAS OU VOMITOS ATE DE 8/8H	<i>SIN</i>
6	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 02CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	<i>CB</i>
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, USO IMEDIATO FAZER 100MG + 100ML SF IV 8/8H	<i>(14) 1/21/19</i>
8	FENITOINA SODICA 50 MG/ML 5 ML E.V. 01AMPOLA, 8h/8h FAZER 2ML + 100ML SF IV 8/8H	<i>✓ 1/21/19</i>
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 01COMP. FAZER SE NECESSARIO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110MMHG	<i>SIN</i>
10	PARECER MÉDICO <b>ACOMPANHAMENTO CONJUNTO COM ORTOPEDIA</b>	<i>CI</i>
11	DECUBITO ELEVADO	<i>CI</i>
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>CI</i>
13	REALIZAR HGT 12h/12h	<i>(100) 1/21/19 (10)</i>
14	ADMINISTRAR 3 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	<i>SIN</i>

**EVOLUÇÃO**

**DATA: 26/04/2019      HORA: 11:26:25**

**#NEUROCIRURGIA#**

-POLITRAUMATISMO (FRATURA FÊMUR E ULNA DIREITA)

-TCE MODERADO

-CT DE CRANIO 24/04: PEQUENA CONTUSÃO EM PONTA DE TEMPORAL ESQUERDO SEM DLM

PACIENTE ACORDADA, ORIENTADA, COM FIXADOR EXTERNO EM MID, NEGA CEFALÉIA, REFERE DOR EM MID, SEM DVA, ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE

**CD: OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA EM LEITO DE ENFERMARIA  
ACOMPANHAMENTO CONJUNTO COM ORTOPEDIA**

**ORTOPEDIA -**

**PCT EM REG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS**

**NV: PRESERVADO**

*Josileide Barbosa de Almeida  
ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 9562*



28/04/2019

HPM-Painel Administrativo

DOR: 1/4+

**DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES**

**CD:**

**VPM**

**AGUARDO LIBERAÇÃO DA NCR PRA PROCEDIMENTO CIRURGICO ORTOPÉDICO**

**ASSINATURA + CARIMBO**  
Hallisson Barros De Almeida





GOVERNO DA PARAÍBA

ORT 2 4-1

CNPJ: 10.848.190/0001-55  
 Data: 25/04/2019  
 Horas: 09:04:08  
 Médico (a) Diarista : Patricia Pedrosa De Azevedo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1882330 Paciente: JESSICA DA COSTA SILVA Idade: 02019 Sexo: **OF**  
 Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 24/04/2019 **G - 2** **OF**  
 Clínica: ÁREA VERMELHA Enfermaria: ÁREA VERMELHA Leito: **2** Diagnóstico: TCE + POLITRAUMA + FRATURA DE FEMUR E URNA DIREITA

DIA 25/04/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Patricia Pedrosa De Azevedo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 01FRASCO, 8h/8h	<b>14 22/04</b>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE DOR OU FEBRE, ATE 6/6H	<b>12/12 24/04</b>
4	CETOPROFENO 100 MG E.V. 01FRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	<b>18 24</b>
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 02AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE NAUSEAS OU VOMITOS ATE DE 8/8H	
6	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 02CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	<b>07</b>
7	FENITOINA SODICA 50 MG/ML 5 ML E.V. 01AMPOLA, 8h/8h FAZER 2ML + 100ML SF IV 8/8H	<b>14/20 06</b>
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, USO IMEDIATO FAZER 100MG + 100ML SF IV 8/8H	<b>(14) (22) (06)</b>
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 01COMP, FAZER SE NECESSARIO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110MMHG	
10	PARECER MEDICO ACOMPANHAMENTO CONJUNTO COM ORTOPEDIA	
11	DECUBITO ELEVADO	
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
13	DECUBITO ELEVADO 30°	
14	REALIZAR HGT 12h/12h	
15	ADMINISTRAR 3 F/A DE GLICOSE EV SE GLICEMIA < 70	

EVOLUÇÃO *Transf p/ enfermaria*

DATA: 25/04/2019 HORA: 08:59:58

#NEUROCIRURGIA#

-POLITRAUMATISMO (FRATURA FÉMUR E URNA DIREITA)

-TCE MODERADO

-CT DE CRANIO 24/04: PEQUENA CONTUSÃO EM PONTA DE TEMPORAL ESQUERDO SEM DLM

PACIENTE ACORDADA, ORIENTADA, COM FIXADOR EXTERNO EM MID, NEGA CEFALÉIA, REFERE DOR EM MID, SEM DVA, ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE

CD: OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA EM LEITO DE ENFERMARIA  
ACOMPANHAMENTO CONJUNTO COM ORTOPEDIA

ASSINATURA + CARIMBO  
 Patricia Pedrosa De Azevedo

Dr. Patrícia P. De Azevedo  
 NEUROCIRURGIA  
 CRM-PB 10.216





GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55  
Data: 24/04/2019  
Horas: 23:58:52  
Médico (a) Diarista : Daniel Pereira Dean Ramos

## INTERCONSULTA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1882330 Paciente: JESSICA DA COSTA SILVA Idade: 02019 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 24/04/2019

Clinica: AREA VERMELHA Enfermaria: AREA VERMELHA Leito: 120 Diagnóstico: TCE + POLITRAUMA +FRATURA DE FEMUR E ULNA DIREITA

### INTERCONSULTA

#### PEDIDO

DATA DO PEDIDO: 24/04/2019 HORA DO PEDIDO: 23:40:52 ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA

#### JUSTIFICATIVA DO PEDIDO:

FRATURA DE FEMUR E ULNA  
NECESSITA DE ACOMPANHAMENTO CONJUNTO E DIÁRIO

ASSINATURA + CARIMBO  
Daniel Pereira Dean Ramos

#### RESPOSTA

DATA DA RESPOSTA: 30/04/1969 HORA DA RESPOSTA:

RESPOSTA:

ASSINATURA + CARIMBO  
Daniel Pereira Dean Ramos





GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55  
Data: 24/04/2019  
Horas: 23:58:32  
Médico (a) Diarista : Daniel Pereira Dean Ramos

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1882330 Paciente: JESSICA DA COSTA SILVA Idade: 02019 Sexo: admisso 03.000

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 24/04/2019

Clinica: AREA VERMELHA Enfermaria: AREA VERMELHA Leito: 43 Diagnóstico: TCE + POLITRAUMA +FRATURA DE FEMUR E ULNA DIREITA 212

DIA 24/04/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Daniel Pereira Dean Ramos /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE ORAL ZERO ATÉ SEGUNDA ORDEM	of
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. IFRASCO , 6h/6h	09-08-
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	of - of
4	CETOPROFENO 100 MG E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	of of
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	of
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	(02)fm
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE DOR INTENSA, DILUIR 100ML SF	of
8	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP, FAZER SE NECESSARIO SE PAS >160 OU PAD>100	of
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	of

### EVOLUÇÃO

DATA:24/04/2019 HORA:23:38:55

NCR

CONFUSA E DESORIENTADA

FRATURA DE FEMUR E ULNA

POLITRAUMA

GW 13 PUPILAS ISOCÓRICAS

INTERNACÃO

ACOMPANHAMENTO COMJUNTO COM ORTOPEDIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Daniel Pereira Dean Ramos

Daniel Pereira Dean  
NEUROLOGIA  
CRM 6602

**ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - DIÁRIO****ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - NOTURNO****Técnico enfermagem:****Técnico enfermagem:****SONDAS, CATETERES E DRENOS**

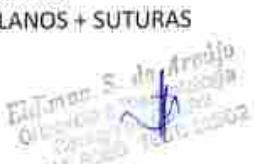
PO	AVP	AVC	PMS	PMS	TOT	TOT	SNE	SNS	OBRECHO

**ÚLTIMA EVACUAÇÃO:****ASPECTO:****BALANÇO HÍDRICO ATUAL:****BALANÇO HÍDRICO ANTERIOR:****BALANÇO HÍDRICO ACUMULADO:****FERIDAS / LESÕES****CURATIVOS / COBERTURAS / PRODUTOS UTILIZADOS****Enfermeiro:****Enfermeiro:**



HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE			
Nome do Paciente: JESSICA DA COSTA		Data da Cirurgia 02/05/2019	
CNS	Enfermaria 1	Leito 4	Prontuário
Cirurgião: Dr. EDUARDO		1º Auxiliar : DR YWRY	
2º Auxiliar DR EVERLAN		Instrumentador ANDRE	
Anestesista: DR F WANDERLEY		Anestesia:	
Diagnóstico Pré-operatório : FX FEMUR D			
Tipo de Cirurgia : OSTEOSSINTESE			
Diagnóstico Pós-operatório : O MESMO			
Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE			
Exame Radiológico no Ato:			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE			
<b>DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA</b>			
01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA 02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MID 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS 04- INCISAO FACE LATERAL DE FEMUR ESQ + DIVULSAO POR PLANOS 05- REDUÇÃO CRUENTA + FIXACAO COM PLACA 4.5MM DCP LARGA 06- SFO.9% + DESBRIDAMENTO TECIDOS DESVITALIZADOS 07- DRENO HEMOVAC 4.8 + FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURAS 08- CURATIVOS			
 <i>Elizângela S. de Araújo</i> <i>CRM: 11107</i> <i>CRM: 11107</i> <i>CRM: 11107</i>			



HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE			
Nome do Paciente: JESSICA DA COSTA			Data da Cirurgia 02/05/2019
CNS	Enfermaria 1	Leito 4	Prontuário
Cirurgião: Dr. EDUARDO		1º Auxiliar : DR YWRY	
2º Auxiliar DR EVERLAN		Instrumentador ANDRE	
Anestesista: DR F WANDERLEY		Anestesia:	
Diagnóstico Pré-operatório : FX URNA D			
Tipo de Cirurgia : OSTEOSINTSE			
Diagnóstico Pós-operatório : O MESMO			
Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE			
Exame Radiológico no Ato: NAO			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE			
<h2 style="text-align: center;">DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA</h2> <p>01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA      02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MSD      03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS      04- INCISAO SOBRE A URNA D      05- REDUÇAO CRUENTA + FIXÇAO COM PLACA DCP 3.5 + PARAFUSOS CORTICAIS URNA ESQ.      06- SFO.9% + DESBRIDAMENTO      07- FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURAS      08- CURATIVOS</p> 			





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Jessica da Costa Silva Idade: 27  
Convênio: SUS Data: 06/05/19  
Procedimento: TTO cirurg. de cistos diafrágmata de fêmea

Cirurgião: Dr. Eduardo Auxiliar: M. Edimara Anestesista: Dr. Wenderley

Início: 07/20 Término: 09/30 Anestesia Desoguc + Bloqueio

Assinatura Anestesista

Circulante

*Relatório de Operação*

1000-103





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

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		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		2
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		<b>10</b>



*Cra 8029*

Assinatura do anestesista



PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DA FRONTEIRA

CIDADE

CAMPINA GRANDE

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

JESSICA DA COSTA SILVA

Nº DO PRONTUÁRIO

1882210

Nº AL.H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVENIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

FAT. DIAFISÁRIA DE FÉMUR DIREITO + FAT. DE ULNA DIREITA

PRODUTO	REF.	QUANT.	CÓD. ROMP.
PLACA 4,5 LARGA 12 Furos	121		
PARAF. OPTICAL 4,5 X 21	06		
" " " 4,5 X 32	02		
— " — " — " —	—	—	—
PARAF. 35 12 7 Furos	02		
PARAF. OPTICAL 35 X 18	23		
" " " 35 X 26	23		
{ { { { }			

DATA DA UTILIZAÇÃO

02/12/2010-9

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

DR. CARACEN + DR. YURI

OBSERVAÇÕES

+ DR. FELIPE ZIL + DR. FUDMAN

CAIXA 4,5 C. INVENTARIOS NO 02

CAIXA PARAF. 4,5 NO 261

CAIXA 35 12 FRACIONARIOS NO 159

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ANDRC + RAMON

Dr. Eduardo Braga Moreira  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - PB 8566



GOVERNO DA PARAÍBA *segue o trabalho*



SEGUE

o trabalho

LIST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS

SETOR DE ORIGEM:	Ortopedia 2		2.1
NOME:	Jessica da Costa		
PROCEDIMENTO:			
<input checked="" type="checkbox"/> AVP:LOCAL: MSE	GELCO Nº:	24	AVC <input type="checkbox"/> JEJU <input checked="" type="checkbox"/>
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:		<input type="checkbox"/> COM CLOREXIDINA	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
RETIRADO:	<input type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> ADORNOS	<input checked="" type="checkbox"/> PERTENCES
ENCAMINHADO:	<input type="checkbox"/> HEMOG	<input type="checkbox"/> USG	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA
	<input type="checkbox"/> TERMO DE CONSENTIMENTO	<input type="checkbox"/> RESSONÂNCIA	
	<input type="checkbox"/> RESERVA DE HEMODERIVADO	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	Marcella		COREN: 397959

AV. Marechal FlorianoPeixoto, 4700 – Malvinas

Campina Grande – PBCEP: 58.432-809

Email: chefiarhtraumacg@hotmail.com hospitalregionalcg@hotmail.com

CNPJ: 08.778.268-0001-60



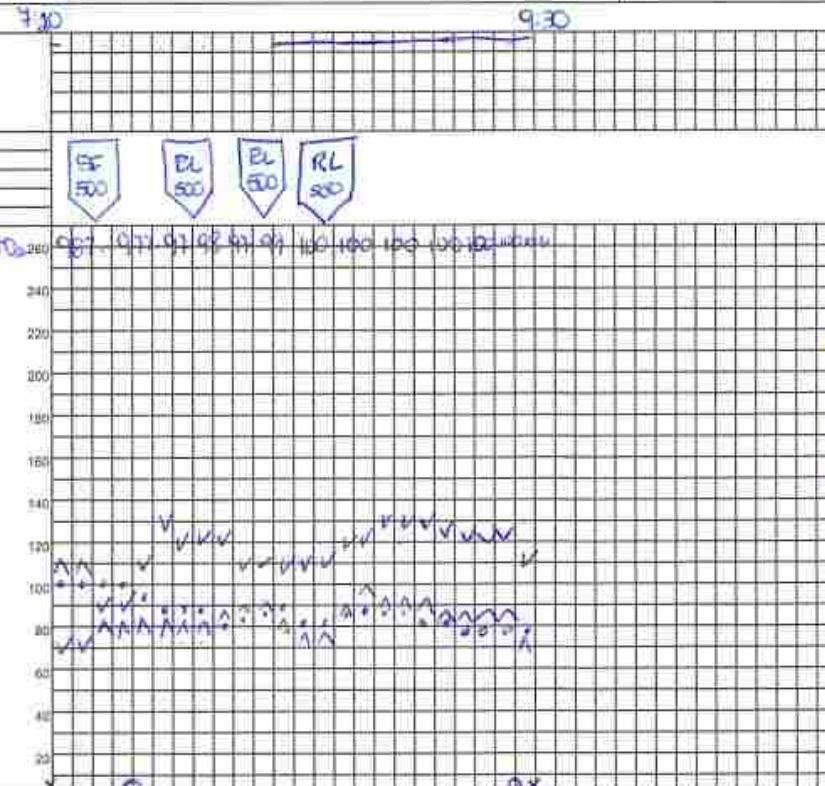
Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:36

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815573209100000026783558>

Número do documento: 20012815573209100000026783558

Num. 27761927 - Pág. 25

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

<b>HUECG</b>		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMAGEM	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
<b>FOLHA DE ANESTESIA</b>		NOME <b>JESSICA DA COSTA SILVA</b>			IDADE <b>27 A.</b>	SEXO <b>F</b>	COR
DATA <b>03/05/14</b>	PRESÃO ARTERIAL <b>94x105</b>	PULSO <b>105</b>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO		ALTURA
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAIS	HEMOGLÓBINA	HEMATOCRITO	GLICEMIA	UREIA		OUTROS
	URINA						
AP RESPIRATÓRIO <b>NDN</b>					ASMA		BRONQUIITE
AP CIRCULATÓRIO <b>NDN</b>					ELETROCARDIOGRAMA		
AP DIGESTIVO <b>JEJUN</b>		DENTES	PESCOÇO		AP URINÁRIO		
ESTADO MENTAL <b>L.O.T.E</b>		ATARÁXICOS	CORTICOIDES		ALERGIA <b>NEGA</b>	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <b>POLI trauma (Fratura de ULNA e FÉMUR direitos)</b>					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AB.	EFEITO	
<b>7:10</b> 				<b>9:30</b> 			
AGENTES ANESTÉSICOS	INDUÇÃO:						
	Satisf.: _____	Excit.: _____	Tosse: _____	Lanugo espesso: _____	Lenta: _____	Náuseas: _____	Vômitos: _____
LÍQUIDOS	Outros: _____						
	MANUTENÇÃO:						
1) DIFIDONA 2g. 2) DEXAMETASONA 10mg. 3) CEFAZOLINA 2g. 4) TENOGLIC 40 mg. 5) MIDAZOLAM 2ml 6) FENTANIL 1mL 7) ICETATINA 2mL 8) PAFACETAMOL 2g							
CÓDIGOS VPI ARTERIAL O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA O - OPERAÇÃO	ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____						
	DESPERTAR: Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____						
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	Com cânula: _____ Para o Leito: Sim _____ Não _____						
POSIÇÃO	CONDIÇÕES: DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL						
AGENTES	PREMIANESESTÉSIA (BUPIVACAÍNA 30mg.) + BLOQUEIO FEMORAL (LÍDOPINA 40mL)						
TECNICA	RAQUIANESTÉSIA + BLOQUEIO DE PLEXO BRACIAL						
OPERAÇÃO	CORREÇÃO RÉVOLGA DE FRACTURA DE FÉMUR E ULNA (D)						
CIRURGIOS	Dr. Eduardo + Dr. Euvaldo + Dr. Yuri + Dr. Everleno						
ANESTESISTAS	Dr. Wanderson						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS					PERDA SANGUÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

José da Costa Silva. DN: 16-09-1988

QI LEITE CONVÉNIO IDADE REGISTRO

SUS

Idade

27 anos

REGISTRO

1882280

CIRURGIA Trat. Cirúrgico fratura de fêmur + 1º cirúrgico fratura ulm. Dr. Edson de Souza e Dr. Wanderley P. G. Fernandes

CIRURGIÃO

ANESTESIA

seca + Bloqueio Plexo

ANESTESIA

Dr. Wanderley + Sônia (interna)

INSTRUMENTADORA

DATA

02-05-19

INÍCIO

7:20

FIM

9:30

André+

GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de

Emergência e Trauma Dom.  
Luiz Gonzaga Fernando

MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Boisa Colostoma

Qty.

CÓDIGO

Adrenalina amp.	01	Catei. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix
Atropina amp.		Catei. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
Diazepam amp.	011	Compressa Grande <i>Riscada</i>		Catgut cromado Sertix
Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples
Dolantina amp.		Cotonóide		Catgut Simples Sertix
Efrane ml		Drano		Catgut Simples Sertix
Fenegam amp.		Drano Kerr n°		Catgut Simples Sertix
03 Fentanil ml		Drano Penrose n°		Cera p/ ossos
Inova ml		Drano Pezzer n°		Ethibond
03 Ketalar ml	044	Equipo de Macrogotas		Ethibond
Mercacina 3% ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
Nubatin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
Proglamina amp.	615	Esparradrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak
Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak
Quelicin ml	21	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca
Rapifen amp.		H2O ml	21	Mononylon
Thionembutal ml		Infracath Adulto		Mononylon
Tracrium amp.		Infracath Infantil		Prolene Sertix

Qd. MEDICAÇÕES

L

01 Agua Destilada amp.

Lâmina de Bisturi nº 23

Qty.

SOROS

01 Decadron amp.

Lâmina de Bisturi nº 11

Qty.

1

02 Dipirona amp.

Lâmina de Bisturi nº 15

Qty.

1

Flaxidol amp.

Luvias 7.0

Qty.

1

Fliebörtid amp.

Luvias 7.5

Qty.

1

Geramicina amp.

Luvias 8.0

Qty.

1

Glicose amp. *Neodexol*

Luvias 8.5

Qty.

1

Glicose de Cálcio amp.

Oxigênio l/m 3 L

Qty.

1

Haemacel ml

PVPi Dagemarite ml

Qty.

1

Heparina ml.

PVPi Tópico ml.

Qty.

1

Kanakin amp.

Sabão Antiséptico

Qty.

1

Lesikone *Tenoretic* 20

Saco coletor

Qty.

1

Medrotiazol

Seringa desc. 10 ml

Qty.

1

Plasil amp.

Seringa desc. 20 ml

Qty.

1

Proglamina

Seringa desc. 05 ml

Qty.

1

Revilam amp.

Sonda

Qty.

1

Stupantan amp.

Sonda foley

Qty.

1

03 Cetamina i.v. *cefazolinina*

Sonda Nasogástrica

Qty.

1

03 Meocaina 0,5%

Sonda Uretral n°

Qty.

1

01 Dexamol 0,2mg

Steridram ml

Qty.

1

02 Xilocaína 2% c/v

Torneirinha

Qty.

1

Qd. MATERIAIS / SOLUÇÕES

Vasellaria ml

Qty.

1

L Aquilha desc. 25x7 *40x12*

Gelcoh 18

Qty.

1

Aquilha desc. 28 x 28

Látexe

Qty.

1

Aquilha desc. 3 x 4,5

05 Eletrodo

Qty.

1

01 Agulha p/ raque nº 256

01 Escova

Qty.

1

Alcool de Enfermagem

Qty.

1

Alcool Iodado ml

Qty.

1

Ataduras de Crepon *15cm*

Qty.

1

Ataduras de Gesso *100cm*

Qty.

1

Azul metileno amp.

Qty.

1

Benzina ml

Qty.

1

Algodão ortopédico

Marcina Sua

Mamalva C. da Silva  
TÉC. ENFERMAGEM  
COREN-PB 37251

mod.pes

- (\*) Oxímetro de Pulso
- (\*) Foco Avançado Central
- (\*) Serra
- (\*) Desfibrilador
- (\*) Foco Frontal
- (\*) Fonte de Luz
- (\*) Eletrocautério
- (\*) Oxicapiógrafo
- (\*) Cardiomonitor
- (\*) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Marcina Sua

BBP1 - El 56: MZ - 100% struc. of trisulfide

ଓঠে কুড়া পাইলাম নি

203

(whom) is it + who is now? (x) who is + more

وَالْمُؤْمِنُونَ وَالْمُؤْمِنَاتُ وَالْمُؤْمِنُونَ وَالْمُؤْمِنَاتُ

عَلَيْكُمْ الْحَمْدُ لِلّٰهِ رَبِّ الْعٰالَمِينَ

OE P

Q16

E1.20.60

+ index(?)

۹۴

14

- 40 -

40

2120

NS

12

NO.  
20  
40

— 40 —

36. *Leucosia* *versicolor* *Fig. 1*

13

70  
60  
50  
40  
30  
20  
10

10

10

10

३०  
२०  
१०  
५०

Digitized by srujanika@gmail.com

三

10

www.videorooms.com





## RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: JESSICA DA ROCHA SILVA

Data da Internação: 30/09/2019 Data da Alta: 07/10/2019

Registro: 2003868

Tempo de Permanência: -18170

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final: 0702030511

Principais Exames: EXAME FÍSICO + EXAME DE IMAGEM + EXAME LABORATORIAL

Cirurgia: OSTEOSÍTESE Data: 04/10/2019

Equipe:

Cirurgião: EDUARDO OTAVIO BRAGA MORAIS

Aux 1: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 2: JULIO CESAR RIBEIRO DE CA

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EM COXA DIREITA, APRESENTANDO QUEBRA DO MATERIAL DE SÍNTESE, FOI REALIZADO NOCA OSTEOSÍTESE

Orientações: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICA E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA

Medicações para Casa:: CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, DIPIRONA 1G VO 6/6 H CASO DOR, XARELTO 10 MG VO 1X AO DIA ATÉ DEAMBULAR

Condições de Alta:: Melhorado

Data 07/10/2019

Assinatura/Carimbo  
Wagner Luiz Egito de Araujo

RESPONSÁVEL : Wagner Luiz Egito de Araujo





07/10/2019

10.1.1.148/projetohtlog/impripev0.php?dataini=2019-10-07&amp;contar=2009868&amp;IDC=52447



São Paulo GOVERNO

CNPJ: 10.848.190/0101-55  
 Data: 07/10/2019  
 Horas: 09:53:47  
 Médico(a) Diurista: Wagner Luiz Egito de Araujo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE:

Nº do protocolo: 2/103868 Paciente: JESSICA DA ROCHA SILVA Idade: 028 Sexo: F

Nome da Mãe: JOSICLEIDE DA ROCHA SILVA Data de Nascimento: 26/09/1991 Admissão: 30/09/2019 DIH - 7

Clínica: ORTOPEDIA 1 Edifício: 3 Leito: 3 Diagnóstico: PA DA ULNA E QUEBRA DE PLACA EM FEMUR D

DATA: 07/10/2019

MÉDICO(A): Eldilman Soares De Araujo / MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araujo /

Item	Prescrição	Agravamento
1	RIFETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, Bb/Bb	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1G INTRAVENOSO/INTRA MUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h/4D/SD Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. TAMPOLA, Bb/Bb 3D/SD Diluir em 50 ML SF	
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 6h/6h	
6	CETOPROFENO 100 MG E.V. IFRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	
7	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O, 1COMP, 12h/12h	
8	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 2 AMPOLA FAZER SE NECESSARIO 88 HORAS, SE NAUSEAS OU VOMITOS	
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. TAMPOLA USO IMEDIATO ,8h/8h	
11	FISIOTERAPIA MOTORA	
12	MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO	
13	DECUBITO ELEVADO	
14	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
15	CURATIVOS 1X POR DIA	

### EVOLUÇÃO

DATA: 07/10/2019 HORA: 09:50:24

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADA, COM QUÍTICA DE DOR (+/-).

DIURESE E EVACUAÇÕES +

EM 3º DPO.

FO COM BOM ASPECTO.

CD: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICA E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA, CIPROPOLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 15 DIAS, DIPIRONA 1G VO 6h 8 CASO DOR, XARELTO 10 MG VO 1X AO DIA ATÉ DEAMBULAR

**ASSINATURA + CARIMBO**  
Wagner Luiz Egito de Araujo

10.1.1.148/projetohtlog/impripev0.php?dataini=2019-10-07&contar=2009868&IDC=52447

1/1



Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:41  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815573632600000026783560>  
 Número do documento: 20012815573632600000026783560

Num. 27761929 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:41  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815573632600000026783560>  
Número do documento: 20012815573632600000026783560

Num. 27761929 - Pág. 4



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prenáculo: 2003868 Paciente: JESSICA DA ROCHA SILVA Idade: 028 Sexo: F

Nome da Mãe: JOSICLEIDE DA ROCHA SILVA Data de Nascimento: 26/09/1991 Admissão: 30/09/2019 DIH - 6

Clinica:ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 3 Leito: 3 Diagnóstico: PA DE ULNA E QUEBRA DE PLACA EM FEMUR D

**DIA 06/10/2019**

MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo / MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 8h/8h	12. 20. 06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h 3D/5D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18. 06
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h 2D/5D Diluir em 50 ML SF	12. 20. 06
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	12. 18. 24. 06
6	CETOPROFENO 100 MG E.V. IFRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	12. 18. 06
7	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O, 1COMP, 12h/12h	12. 24. 06
8	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 2 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8 HORAS, SE NAUSEAS OU VOMITOS	
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	12. 22.
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, USO IMEDIATO ,8h/8h	12. 20. 06
11	FISIOTERAPIA MOTORA	
12	DECUBITO ELEVADO	cinta
13	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
14	MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO	
15	CURATIVOS IX POR DIA	Realizado.

**EVOLUÇÃO**

DATA:06/10/2019 HORA:03:10:30

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADA, COM QUEIXA DE DOR (+/4+).  
DIURESE E EVACUAÇÕES +  
EM 2º DPO.  
FO COM BOM ASPECTO.

CD:  
- VPM.

ASSINATURA + CARIMBO:  
Ana Maria Da Silva Anselmo  
Dr. Ana Maria da S. Anselmo  
MR. Ortopedia - Traumatolog  
CRM-PB 7825



06/10/19 Conciente, orientada, bonho no leito,  
acita dieta. Em venoclise. Realizado curativo.  
Oferido P.A.: 100x70 P: 94. Seguem os cuida-  
dos. Elma Nery.

Ana Nery de Lourdes Silva

COREN-PB 250705-TE

06/10/19 às 20:00hs  
P.A.: 100x60 mmHg  
Paciente segue aos  
cuidados da enfer-  
magem. m.c. p.m.

Ana Maria Cavalcante Falção  
COREN-PB 177.451-TE

g





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

N° do prontuário: 2003868 Paciente: JESSICA DA ROCHA SILVA Idade: 028 Sexo: F

Nome da Mãe: JOSICLEIDE DA ROCHA SILVA Data de Nascimento: 26/09/1991 Admissão: 30/09/2019 DIH - 5

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 3 Leito: 3 Diagnóstico: PA DE ULNA E QUEBRA DE PLACA EM FEMUR D

**DIA 05/10/2019**
**MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo / MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /**

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	X X X
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 8h/8h	X X X
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h 2D/5D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	X X X
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h 1D/5D Diluir em 50 ML SF	X X X
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	X X X
6	CETOPROFENO 100 MG E.V. IFRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	X X X
7	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP, 12h/12h	X X X
8	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 2 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8 HORAS, SE NAUSEAS OU VOMITOS	X X X
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	X X X
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, USO IMEDIATO ,8h/8h	X X X
11	FISIOTERAPIA MOTORA	
12	DECUBITO ELEVADO	
13	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
14	MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO	
15	CURATIVOS IX POR DIA	

**EVOLUÇÃO**

DATA: 05/10/2019 HORA: 09:24:02

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADA, COM QUEIXA DE DOR (+++).  
 DIURESE E EVACUAÇÕES +  
 EM 1º DPO.  
 FO COM BOM ASPECTO.

**CD:**

- VPM.
- RETIRAR SVD.
- RETIRAR DRENO À TARDE.

 ASSINATURA + CARIMBO  
 Ana Maria Da Silva Anselmo

 Dr. Ana Maria da S. Anselmo  
 M.R. Ortopedia - Traumatologia  
 CRM-PB 7825


05/10/19 08:30

PA = 300x160

P = 204

Sat = 99%

T = 36,1°C

Balde consentido  
distribuição de gidas  
ate 30 mm/litro, feito  
curativo em 160 g/cm²  
segundo os enunciados  
de ensinamento

13:00

Fita retirada da  
SVD.

16:00

Retirada da

05/10/19 20:40

PA = 90x50

P = 93

T = 37°C

Balde novo  
enunciados  
informações





Data: 04/10/2019  
Horas: 09:41:18  
Médico (a) Diarista : Eldiman Soares De Araujo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2003868 Paciente: JESSICA DA ROCHA SILVA Idade: 028

Nome da Mãe: JOSICLEIDE DA ROCHA SILVA Data de Nascimento: 26/09/1991 Sexo: F

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 3 Leito: 3 Diagnóstico: PA DE ULNA E QUEBRA DE PLACA EM FEMUR D

DIA 04/10/2019

MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE APÓS RPA	2-18
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 8h/8h	18-06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h 1D/5D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18-06
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h 0D/5D Diluir em 50 ML SF	18-21-06
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	18-21-06
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18-21-06
7	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h	18-21-06
8	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP, 12h/12h	18-21-06
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	18-21-06
10	FISIOTERAPIA MOTORA	
11	DECUBITO ELEVADO	
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
13	MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO	
14	CURATIVOS 2X POR DIA	

Tremol 100mg + 100-1 SF 99% EV 8/8 h se droit int 52

Eldiman Soares de Araujo  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB: 6000 TECI: 11602

J. G. C.  
CRM 9165



04/10 -> Paciente em pós operatório imediato, realiza-  
do curativo em NSD e medicada conforme  
prescrição médica. PA: 110x70 mmHg. Calênia N.  
20 horas. PA: 100x60 mmHg. Calênia N: - x - x -





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SEGUE

*o trabalho*

LIST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS

3.3



SETOR DE ORIGEM:	<i>Ortopedia</i>		
NOME:	<i>Josileide da Rocha</i>		
PROCEDIMENTO:			
<input type="checkbox"/> AVP:LOCAL:	GELCO Nº:	AVC	<input type="checkbox"/> JEJU
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:	<input checked="" type="checkbox"/> COM CLOREXIDIINA	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
RETIRADO:	<input type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA	<input checked="" type="checkbox"/> ADORNOS	<input type="checkbox"/> PERTENCES
ENCAMINHADO:	<input checked="" type="checkbox"/> HEMOG	<input type="checkbox"/> USG	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA
<input type="checkbox"/> TERMO DE CONSENTIMENTO	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA		
<input checked="" type="checkbox"/> RESERVA DE HEMODERIVADO	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA		
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	COREN:		

AV. Marechal FlorianoPeixoto, 4700 – Malvinas

Campina Grande – PBCEP: 58.432-809

Email: [chefiarhtraumacg@hotmail.com](mailto:chefiarhtraumacg@hotmail.com) [hospitalregionalcg@hotmail.com](mailto:hospitalregionalcg@hotmail.com)

CNPJ: 08.778.268-0001-60



Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:41  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815573632600000026783560>  
Número do documento: 20012815573632600000026783560

Num. 27761929 - Pág. 11



Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:41  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815573632600000026783560>  
Número do documento: 20012815573632600000026783560

Num. 27761929 - Pág. 12



03  
10  
19

2008 Pn: 100 x 60

Poemáti istórii, poe oportense  
imediato, em unocilia, com plomo  
de succão. Argui sem guivás.

Moralista Portunato Soares  
COPLEN-PB 843.811-TE





GOVERNO  
DA PARAÍBA



SEGUE  
*o trabalho*



LISTA PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS 3-3

SETOR DE ORIGEM:	Ortopedia I		
NOME:	Jessica da Rocha		
PROCEDIMENTO:	PA de Femur		
<input type="checkbox"/> AVP: LOCAL:	MSE	TELCO Nº:	30
AV	<input type="checkbox"/>	JE	<input type="checkbox"/> M
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:	<input type="checkbox"/>	COM CLOREXIDINA	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
RETIRADO:	<input type="checkbox"/>	PRÓTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> ADORNOS
ENCAMINHADO:	<input type="checkbox"/>	HEMOG	<input type="checkbox"/> USG
<input type="checkbox"/>	OMOGRAFIA	<input type="checkbox"/>	RESSONÂNCIA
TERMO DE CONSENTIMENTO	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA		
<input type="checkbox"/> RESERVA DE HEMODERIVADO	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA		
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	Jamelia S. Lúz Gondim ENFERMEIRA COREN: PB-308.860		





Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:41  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815573632600000026783560>  
Número do documento: 20012815573632600000026783560

Num. 27761929 - Pág. 16

**PRESCRIÇÃO MÉDICA****DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 2003868 Paciente: JESSICA DA ROCHA SILVA Idade: 028 Sexo: F

Nome da Mãe: JOSICLEIDE DA ROCHA SILVA Data de Nascimento: 26/09/1991 Admissão: 30/09/2019 DIH - 2

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 3 Leito: 3 Diagnóstico: PA DE ULNA E QUEBRA DE PLACA EM FEMUR D

DIA 02/10/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE (Reta zero a partir de 00:00 h)	0/10/2019 21/10/2019
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 12h/12h	12/10/2019 21/10/2019
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/MIL 2 ML E.V. AMPOLA, 6h/6h	12/10/2019 21/10/2019
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h	12/10/2019 21/10/2019
5	Reconstituir 2ML ABD, S/N	12/10/2019 21/10/2019
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O, 1COMP, 12h/12h	12/10/2019 21/10/2019
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	12/10/2019 21/10/2019
8	DECUBITO ELEVADO	(02) (suspensão)
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
9	MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO	

**EVOLUÇÃO**

DATA: 02/10/2019 HORA: 10:02:46

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADA, AFEBRIL, NORMOCORADA, HIDRATADA  
DIURESE E EVACUAÇÕES +

AFIRMA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO MES DE ABRIL

FO: LIMPA MID

MSD: DOR + EDEMA + DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO

CD: VPM

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner Luiz Egito de Araujo  
Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo  
CRM-PB 4926

16:25 h  
Zero diata + surpresa clorane + dixco reserva de sangue.

Dr. Ana Maria da S. Anselmo  
M.R. Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PB 7825



02/30/2019 - 12:00

RS: 100760

Rudack encobriu  
de forma perigosa  
signos. Rudack  
enviou.

~~Marineide da Silva  
COREN/PR 492.886-7E~~

02/30/19

21:00

02/30/20 10.



01/10/2019

10.1.1.148/projetohtcg/impruveva.php?datasai=2019-10-01&amp;contar=2003868&amp;IDC=50836



GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 01/10/2019

Horas: 10:45:31

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito de Araújo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

N° do prontuário: 2003868 Paciente: JESSICA DA ROCHA SILVA Idade: 028 Sexo: F

Nome da Mãe: JOSICLEIDE DA ROCHA SILVA Data de Nascimento: 26/09/1991 Admissão: 30/09/2019 DIH - I

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 3 Leito: 3 Diagnóstico: PA DE ULNA E QUEBRA DE PLACA EM FEMUR D

**DIA 01/10/2019****MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araújo /**

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 12h/12h	38 18 24/06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	
	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h	
4	Reconstituir 2ML ABD, S/N	5N
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. ICOMP, 12h/12h	38 06
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	06
7	DECUBITO ELEVADO	Ciente
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
9	MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO	11

**EVOLUÇÃO**

DATA: 01/10/2019 HORA: 10:42:21

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADA, AFEBRIL, NORMOCORADA, HIDRATADA

DIURESE E EVACUAÇÕES +

AFIRMA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO MES DE ABRIL

FO: LIMPA MID

MSD: DOR + EDEMA + DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO

CD: VPM

 ASSINATURA + CARIMBO  
 Wagner Luiz Egito de Araújo


03/10/19 10:00 AM

P.A 100x60

SAT 96%

P 86

T 39,5°

Paciente aguarda procedimento cirúrgico, medicador e P.M., segue aos cuidados da enfermagem.

Débora

02/10 20:00h. P.A 110x70

Paciente sentado confortavelmente, orientada, a merda  
não referiu queixas.

Debora



CNPJ: 10.848.190/0001-55  
Data: 30/09/2019  
Horas: 09:19:33  
Médico (a) Dianista : Eldiman Soares De Araujo



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2003868 Paciente: JESSICA DA ROCHA SILVA Idade: 028 Sexo: F  
Nome da Mãe: JOŚICLEIDE DA ROCHA SILVA Data de Nascimento: 26/09/1991 Admissão: 30/09/2019 DH - 0  
Clínica: AMARELA Enfermaria: H Leito: 3 Diagnóstico: PA DE ULNA E QUEBRA DE PLACA EM FEMUR D

DATA: 30/09/2019  
MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 12h/12h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD, S/N	
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O, 1COMP, 12h/12h	
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
7	DECUBITO ELEVADO	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
9	MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO	
	Evolução	
	DATA: 30/09/2019 HORA: 09:18:11	
	5 MESES POS OP	

DOR + EDEMA + DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO E COXA D



15:30 → Paciente adentro.  
Mente sedada. Vuelo da  
morte para da morte,  
ela morre para tratamento  
mudade ao tratamento

30-08-19

81 - 120180

Kália Sílvia Nóbrega de Figueiredo  
COREN-PB 486.017-TE

H - D - 30  
Paciente Wolni. Ama  
paciente. Anfue  
freios. Anfue  
gatos de  
gatos

Yara Guedes  
COREN-PB 17436-TE

ASSINATURA + CARIMBO  
Eldiman Soares De Araújo

SOL PRE OP

W OK  
O: SECA



03/10/19

## FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPEDICA (BASEADO NAS NHB DE W. HORTA)

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: José da Rocha Idade: 28 Sexo: F Enf/Leito 3-3

## 2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias ( ) Motivo: Alergias ( ) Qual? Doença ( ) HAS ( ) DM

( ) Tabagista ( ) Etilista ( ) Neoplasia ( ) Drogas ( ) Outros: \_\_\_\_\_ Medicamentos em uso:

## 3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Fratura D+ Ulna D / Femur D

## 4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA:  CONSCIENTE  ORIENTADO ( ) CONFUSO ( ) LETÁRGICO ( ) COMATOSOMOBILIDADE FÍSICA: ( ) PRESERVADA ( ) PLEGIA ( ) PARESIA ( ) PARESTESIA LOCAL: préjudicado

LINGUAGEM: ( ) DISFONIA ( ) DISARTRIA \_\_\_\_\_

RESPIRAÇÃO:  ESPONTÂNEA ( ) CATETER NASAL ( ) VENTURI ( ) TRAQUEOSTOMIA ( ) VMI ( ) OUTROS

## PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: ( ) VISÃO ( ) AUDIÇÃO ( ) TATO ( ) OLFAUTO ( ) PALADAR OBS.: \_\_\_\_\_

SEGURANÇA FÍSICA:  TRANQUILO ( ) AGITADO ( ) AGRESSIVO ( ) RISCO DE QUEDA OBS.: \_\_\_\_\_REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO:  REGULAR ( ) IRREGULAR ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

EDEMA: ( ) LOCAL OBS.: \_\_\_\_\_

## ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO:  NUTRIDO ( ) EMAGRECIDO ( ) CAQUÉTICO ( ) OBESOALIMENTAÇÃO:  VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_ELIMINAÇÃO INTESTINAL: ( ) NORMAL ( ) ALTERADO  OUTROS: ausenteELIMINAÇÃO URINÁRIA:  ESPONTÂNEA ( ) SVD ( ) INCONTINÊNCIA ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

## INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: ( ) NORMOCORADA  HIPOCORADAPELE: ( ) INTEGRA ( ) LESÃO  OUTROS: DOLESÃO POR PRESSÃO: ( ) SIM  NÃO ESTÁGIO (BRADEN): \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Localização anatômica da ferida;

## CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: ( ) INDEPENDENTE  DEPENDENTE ( ) PARCIALMENTE DEPENDENTEHIGIENE CORPORAL:  SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIALIMITAÇÃO FÍSICA:  ACAMADO ( ) CADEIRA DE RODAS

## 5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO:  PRESERVADA ( ) PREJUDICADASENTIMENTO/COMPORTAMENTOS:  COOPERATIVO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

## 6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUais:

RELIGIÃO: ( ) PRATICANTE ( ) NÃO PRATICANTE

## 7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmhg)	T (°C)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
											SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX - AUP MSÉ ON/OFF	
											EQUIPO SIMPLES	



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM: *Em POC de USD e MIG (c/dreno);*  
*oxudito sanguíneo.*

#### 8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSCA DEFINidorAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	<input type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> FADIGA <input checked="" type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDAE RESPIRATÓRIA <input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> OBSTACULAMENTO DE ASA DE NARIZ <input type="checkbox"/> ORTOPNÉIA <input type="checkbox"/> OUTRO
DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	<input type="checkbox"/> PREJUIZO NEUROMUSCULAR <input type="checkbox"/> DOR <input checked="" type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO <input checked="" type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUINEA <input checked="" type="checkbox"/> RELATO VERBAL DE DOR <i>USD</i>
HIPERTERMIA	<input type="checkbox"/> ANESTESIA <input type="checkbox"/> DESIDRATAÇÃO <input type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> EXTREMOS DE IDADE <input type="checkbox"/> CIRCULAÇÃO PREJUDICADA <input type="checkbox"/> HIPOTERMIA <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO FÍSICA <input checked="" type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE <input checked="" type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	<input type="checkbox"/> ASCITE <input type="checkbox"/> QUEIMADURA <input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> DIARRÉIA <input checked="" type="checkbox"/> DRENOS <input type="checkbox"/> OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS <input checked="" type="checkbox"/> PROCEDIMENTOS INVASIVOS <input type="checkbox"/> OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		<input type="checkbox"/> MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
<input type="checkbox"/> OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
<input type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		<input checked="" type="checkbox"/> AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO	<i>M</i>	
<input type="checkbox"/> EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		<input checked="" type="checkbox"/> CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
<input type="checkbox"/> AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
<input checked="" type="checkbox"/> AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	<i>CR 20</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO	<i>CPM</i>	
<input type="checkbox"/> APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
<input type="checkbox"/> INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE	<i>M</i>	<input type="checkbox"/> MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)	<i>MTN</i>	<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILIBRIO DIMINUIDO
<input type="checkbox"/> OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS	<i>M+N</i>	<input type="checkbox"/> DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	<i>06/10</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOL 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	<i>MTN</i>	
OUTRO:		
9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)		
HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
TERAPIA INTRAVENOSA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO ESTADO MENTAL? <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> DISTURBIO NEUROLÓGICO		
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA?	<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
ASSINATURA E CARIMBO:		



FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPEDICA (BASEADO NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Josileide Barbosa Silveira Idade: 28 anos Sexo: F Enf/Leito 03/03

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias ( ) Motivo: Alergias ( ) Qual? Doença ( ) HAS ( ) DM

( ) Tabagista ( ) Etilista ( ) Neoplasia ( ) Drogas ( ) Outros: \_\_\_\_\_ Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Inflamação(?) + ulma(?)

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: (X) CONSCIENTE ( ) ORIENTADO ( ) CONFUSO ( ) LETÁRGICO ( ) COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: ( ) PRESERVADA ( ) PLEGIA ( ) PARESIA ( ) PARESTESIA LOCAL: \_\_\_\_\_

LINGUAGEM: ( ) DISFONIA ( ) DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: (X) ESPONTÂNEA ( ) CATETER NASAL ( ) VENTURI ( ) TRAQUEOSTOMIA ( ) VMI ( ) OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: ( ) VISÃO ( ) AUDIÇÃO ( ) TATO ( ) OLFATO ( ) PALADAR OBS.: \_\_\_\_\_

SEGURANÇA FÍSICA: (X) TRANQUILO ( ) AGITADO ( ) AGRESSIVO ( ) RISCO DE QUEDA OBS.: \_\_\_\_\_

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

EDEMA: ( ) LOCAL OBS: \_\_\_\_\_

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: (X) NUTRIDO ( ) EMAGRECIDO ( ) CAQUÉTICO ( ) OBESO

ALIMENTAÇÃO: (X) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: (X) NORMAL ( ) ALTERADO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (X) ESPONTÂNEA ( ) SVD ( ) INCONTINÊNCIA ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (X) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA

PELE: ( ) INTEGRA ( ) LESÃO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

LESÃO POR PRESSÃO: ( ) SIM ( ) NÃO ESTÁGIO (BRADEN): Local: \_\_\_\_\_

localização anatômica da ferida;

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: ( ) INDEPENDENTE ( ) DEPENDENTE (X) PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: (X) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: ( ) ACAMADO ( ) CADEIRA DE RODAS (X) idem ( ) ajuda

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA ( ) PREJUDICADA

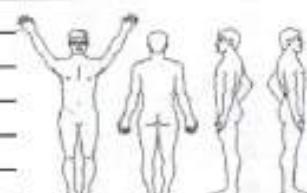
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: (X) COOPERATIVO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: ( ) PRATICANTE ( ) NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmhg)	T (°C)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
											SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



8. DIAGNOSTICO E PRESCRICAO DE ENFERMAGEM		ANOTACOES/INTERCORRENCIAS DE ENFERMAGEM	
DIAGNOSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERISCA DEFINIDORAS	
PADRAO RESPRAZI-	( ) ANSIEDADE ( ) DOR ( ) FADIGA NO INFECCIAZ	( ) ALTERACOES NA PROCRUNIDADE RESPIRATORIA ( DISPNEIA ( ) PERTURBACOES NA NEUROMUSCULAR ( ) DOR DE FICHT NO AUTO-	BANHO
DOR AGUDA	( ) OUTROS ( ) AGENTES LESIVOS (EX: BIOLOGICOS, QUIMICOS)	( ) RELATO VERBAL DE DOR ( ) AUMENTO DA TEPERMATURA CORPO- HIPERTERMIA ( ) ANESTESIA ( ) DESIDRATACAO ( ) TRAUMA ( ) OUTRO	DESPRECIO DA INTEGRIDADE DA PELE PREDUPLICADA ( ) EXTRAMESOS DE IDADE ( ) CRUCULACAO PREDUDICA PELE PREDUPLICADA ( ) HIPOTERMIA ( ) IMOBILIZACAO RISCICA ( ) OUTRO ( ) DESTRUIGACAO DE CAMADAS DA PELE ( ) OUTRO ( ) ROPIMENTO DA SUPERFICIE DA PELE ( ) TAGAUPINHEIA OUTRO
DOR AGUDA	( ) OUTROS ( ) AGENTES LESIVOS (EX: BIOLOGICOS, QUIMICOS)	( ) RELATO VERBAL DE DOR ( ) AUMENTO DA TEPERMATURA CORPO- HIPERTERMIA ( ) ANESTESIA ( ) DESIDRATACAO ( ) TRAUMA ( ) OUTRO	DESPRECIO DA INTEGRIDADE DA PELE PREDUPLICADA ( ) EXTRAMESOS DE IDADE ( ) CRUCULACAO PREDUDICA PELE PREDUPLICADA ( ) HIPOTERMIA ( ) IMOBILIZACAO RISCICA ( ) OUTRO ( ) DESTRUIGACAO DE CAMADAS DA PELE ( ) OUTRO ( ) ROPIMENTO DA SUPERFICIE DA PELE ( ) TAGAUPINHEIA OUTRO
OUTRO	RISCO DE INFECCAO	( ) AUMENTO DA EXPLOSICAO AMBIENTAL A PATOGENOS ( ) PROCEDIMENTOS INVASIVOS ( ) OUTRO	( ) AVAULAR CARACISTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR ( ) EXPULCAR AO PACIENTE AS POSSIVEIS CAUSAS DA DOR ( ) CONTROLLE DA DOR( MELHO- ( ) REZULCAR BANHO NO LETO (SN) E LAVAGEM DO CABELO ( ) REZULCAR ADOS ADMINISTRAR ANTITERNICOS, AVULVAR E REGISTRAR OS RE- ( ) MANUTENGAO DA TEMPERA- SULTADOS ( ) INCENTIVRAR INGESTAO DE LÍQUIDOS ( ) MEJORAR A INTEGRIDADE DA PELE ( ) VERIFICAR CONDICOES DE HEDRATACAO DO PACIENTE(MUCOSA, DEMA, PULSO) ( ) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERGIA DO DISPOSITIVO VENDOSO ( ) DIMINUIR O RISCO DE INFEC- PARA SINAS FLÓGISTICOS ( ) TROCAR ACESO VENDOSO PREFERICO A CADA 72HS GAO OUTRO
9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORES)			
HISTORIA DE QUEDA NESTE INTERNAAMENTO OU NOS ULTIMOS 3 MESES? ( SIM ( ) NAO			
DIAGNOSTICO SECUNDARIOZ ( SIM ( ) NAO ESTADO MENTAL ( ) AGITADO ( DISTURBIO NEUROLOGICO			
TERAPIA INTRAVENOSA? ( SIM ( ) NAO ESTADO MENTAL ( ) AGITADO ( DISTURBIO NEUROLOGICO			
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERENCIA? RISCO DE QUEDA? ( SIM ( ) NAO			



01/01/19

ORTOP-1

## FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPEDICA (BASEADO NAS NHB DE W. HORTA)

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Josileide Barbosa da Rocha Idade: \_\_\_\_\_ Sexo F Enf/Leito 03.03

## 2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias ( ) Motivo: Alergias ( ) Qual? Doença ( ) HAS ( ) DM

( ) Tabagista ( ) Etilista ( ) Neoplasia ( ) Drogas ( ) Outros: \_\_\_\_\_ Medicações em uso:

## 3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Fim de G + Uro.

## 4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA:  CONSCIENTE  ORIENTADO ( ) CONFUSO ( ) LETÁRGICO ( ) COMATOSOMOBILIDADE FÍSICA:  PRESERVADA ( ) PLEGIA ( ) PARESIA ( ) PARESTESIA LOCAL: \_\_\_\_\_

LINGUAGEM: ( ) DISFONIA ( ) DISARTRIA

RESPIRAÇÃO:  ESPONTÂNEA ( ) CATETER NASAL ( ) VENTURI ( ) TRAQUEOSTOMIA ( ) VMI ( ) OUTROS

## PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: ( ) VISÃO ( ) AUDIÇÃO ( ) TATO ( ) OLFATO ( ) PALadar OBS.: \_\_\_\_\_

SEGURANÇA FÍSICA:  TRANQUILO ( ) AGITADO ( ) AGRESSIVO ( ) RISCO DE QUEDA OBS.: \_\_\_\_\_REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO:  REGULAR ( ) IRREGULAR ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

EDEMA: ( ) LOCAL OBS: \_\_\_\_\_

## ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO:  NUTRIDO ( ) EMAGRECIDO ( ) CAQUÉTICO ( ) OBESOALIMENTAÇÃO:  VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: ( ) NORMAL ( ) ALTERADO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

ELIMINAÇÃO URINÁRIA:  ESPONTÂNEA ( ) SVD ( ) INCONTINÊNCIA ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

## INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE:  NORMOCORADA ( ) HIPOCORADAPELE:  INTEGRA ( ) LESÃO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_LESÃO POR PRESSÃO: ( ) SIM  NÃO ESTÁGIO (BRADEN): Local: \_\_\_\_\_

localização anatômica da ferida;

## CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: ( ) INDEPENDENTE ( ) DEPENDENTE  PARCIALMENTE DEPENDENTEHIGIENE CORPORAL:  SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: ( ) ACAMADO ( ) CADEIRA DE RODAS

## 5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO:  PRESERVADA ( ) PREJUDICADASENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS:  COOPERATIVO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

## 6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUais:

RELIGIÃO: ( ) PRATICANTE ( ) NÃO PRATICANTE

## 7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmhg)	T (°c)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO (ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
											SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



ANP MSG : 3010949







## REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: Josileide

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLINICA:	ENF:	LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

Vv Queda, cont., folha 6 pp, p

MATERIAL A EXAMINAR:	<u>04</u> <u>04</u> <u>19</u> <u>pele</u> <u>coração</u> <u>intestino</u> <u>X</u> <u>X</u> <u>X</u>
----------------------	--

EXAME SOLICITADO:

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTTNA: <input type="checkbox"/>
DATA:	HORA DA SOLICITAÇÃO:

RESPOSAVEL PELA SOLICITAÇÃO





Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815574220300000026783562>  
Número do documento: 20012815574220300000026783562

Num. 27761931 - Pág. 1



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

ME: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães

3.3

## REQUISIÇÃO DE EXA

PRONTUÁRIO:  
DATA DE NASCIMENTO:

DADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLINICA:	ENF:	LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

*(Assinatura de Josileide Barbosa da Rocha Guimarães)*

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

*Rx bacia - AP com rotação unínea de R I D  
Rx coxa - AP + Lateral*

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTTINA: <input type="checkbox"/>
DATA: 03/10/19	HORA DA SOLICITAÇÃO:

*(Assinatura de Josileide Barbosa da Rocha Guimarães)*

RESPOSTA  
PELA SOLICITAÇÃO





Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815574220300000026783562>  
Número do documento: 20012815574220300000026783562

Num. 27761931 - Pág. 3



**ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS  
GONZAGA FERNANDES  
LABORATÓRIO DE ANALISES CLÍNICAS**



SUS  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

Sr(a): JESSICA DA ROCHA SILVA Protocolo: 0000491411 RG: NÃO INFORMADO  
 Dr(a): SEM IDENTIFICAÇÃO MEDICA Data: 03-10-2019 20:01 Origem: CLÍNICA ORTOPEDICA I  
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 28 anos Destino: ERF 65 - L B3

HEMATOCRITO. DETERMINACAO DE..... 32,0 %

HEMOGLOBINA ..... 10.3

Resultados anteriores: 30/09/19; 12,4 l  
Tensão da corrente: 33 1222913 1995/1  
Máximo de corrente:  
Máximo de tensão:

between the following  
two meetings, 1938 - 1942  
and 1942 - 1946.

*Carlos Felipe Soeiro da Mota* (Belo Horizonte  
Brasil) 5403

Page 10 of 10 | Last Page | Back to Top | Print | Home | Help | About | Contact | Log Out



PNCQ  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:45  
<http://pj.e-justice.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001281557422030000026783562>  
Número do documento: 2001281557422030000026783562

Num. 27761931 - Pág. 4



Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815574220300000026783562>  
Número do documento: 20012815574220300000026783562

Num. 27761931 - Pág. 5



Sistema  
Único de  
Saúde  
Ministério  
da  
Saúde



GOVERNO  
DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2|3|6|2|8|5|6| 1 - CPF | 2 | |0|8|7|7|8|2|6|8|0|0|3|8|5|2|  
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: JESSICA DA ROCHA SILVA

ENDEREÇO: RUA PEDRO GUIDA

BAIRRO: AREIAL

Identidade:  
3473171

Idade: 028

PRONTUÁRIO:

Nº 2003868

DADOS CLÍNICOS: POS OP ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO , RADIOGRAFIA DE BACIA , RADIOGRAFIA DE COXA +

AP + P

AP

AP + P

Campina Grande - PB 03/10/2019 Hora:  
09:57:07

*Exames solicitados: Radiografia de Antebraço, Bacia e Coxa*  
Médico: Eldiman Soares De Araújo



Sistema  
Único de  
Saúde  
Ministério  
da  
Saúde



GOVERNO  
DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2|3|6|2|8|5|6| 1 - CPF | 2 | |0|8|7|7|8|2|6|8|0|0|3|8|5|2|  
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: JESSICA DA ROCHA SILVA

ENDEREÇO: RUA PEDRO GUIDA

BAIRRO: AREIAL

Identidade:  
3473171

Idade: 028

PRONTUÁRIO:

Nº 2003868

DADOS CLÍNICOS: POS OP ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO , RADIOGRAFIA DE BACIA , RADIOGRAFIA DE COXA ,

Campina Grande - PB 03/10/2019 Hora:  
09:57:07

*RADIO X  
REALIZADO EM:  
03/10/19*







**ESTADO DA PARAÍBA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS**  
**GONZAGA FERNANDES**  
**LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**



**SUS**  
**Sistema**  
**Único**  
**de**  
**Saúde**

Sra(a):	JESSICA DA ROCHA SILVA	Protocolo:	0000490570	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	ELDIMAN SOARES DE ARAUJO	Data:	30-09-2019 11:30	Origem:	ÁREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	28 anos	Destino:	Loko - 07

HEMOGLOBINA ..... 12.4

[DATA DA COLETA: 30/09/2019 11:30]

Valores de Referência:

Material: Sangue

VR: Feminino: 11,5 - 16,0 g/dL

Método: Cromatografia líquida

Masculino: 13,5 - 18,0 g/dL



**Ana Claudia Barroso**  
Biomédica  
CRBM - 5793

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 7AD9-1B5A-B272-C4EA-456E-A6F6-5EDA-4DF9



**PNCQ**  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815574220300000026783562>  
Número do documento: 20012815574220300000026783562

Num. 27761931 - Pág. 8



*Ont L*

**ESTADO DA PARAÍBA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS**  
**GONZAGA FERNANDES**  
**LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**



**SUS**  
**Sistema**  
**Único**  
**de**  
**Saúde**

Sr(a):	JESSICA DA ROCHA SILVA	Protocolo:	0000490570	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	ELDIMAN SOARES DE ARAUJO	Data:	30-09-2019 11:30	Origem:	ÁREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	28 anos	Destino:	Lito - 07

TEMPO DE COAGULACAO..... 6'40''

(DATA DA COLETA: 30/09/2019 11:29 )

Material: Sangue

Método: Lee-Whit

Valores de Referência:  
DE 5 A 10 MINUTOS



Ana Claudia Barroso  
 Biomédica  
 CRBM - 5793

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 8D24-5C1D-0B3B-9FC0-EABD-0E15-7FAA-68AB



**PNCQ**  
 Programa Nacional  
 de Controle de Qualidade



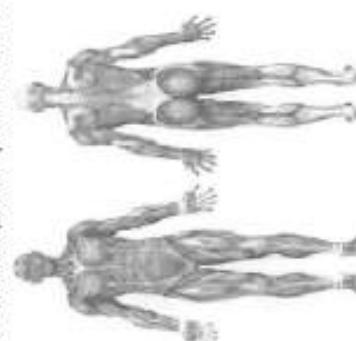
Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815574220300000026783562>  
 Número do documento: 20012815574220300000026783562

Num. 27761931 - Pág. 9

<i>John ④</i>	<i>17-09-2019</i>	<i>Draf ⑧</i>
<i>Jane ②</i>	<i>Edema +</i>	
<b>ATENDIMENTO AMBULATORÍO</b> <b>PRONTUÁRIO. Nº:2003729 CLASS. DE RISCO: AZUL</b> HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/00038-52 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malmhos, Campina Grande - PB, CEP: 58032-809 Data: 30/09/2019 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 06 Atendente : Heloísa Helena Lopes Da Silva Azevedo Nascimento:25/09/1991 <b>PACIENTE: JESSICA DA ROCHA SILVA</b> Sexo:F Telefone: 986102297 Idade:028 Bairro:AREIAL RG: 3413171 N°:33 Nome da Mãe: JOSICLEIDE DA ROCHA SILVA CPF: Profissão:TEC DE ENFERMAGEM Responsável: CNS:706203037519063 CONVÉNIO:SUS Estado Civil:Sóteiro(a) Hora: 08:02:10 Especialidade: ORTOPEDISTA Motivo: RETORNO CRM: 6960 Médico: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO		
<b>PATOLOGIAS:</b> <b>EXAME FÍSICO</b> PUPILAS ( ) Fatorreatentes ( ) Isocônicas ( ) Anisocônicas ( ) Glasgow PA Hist. <i>30/09/2019</i> Sat02		
<b>EXAMES SOLICITADOS:</b> [ ] Laboratoriais [ ] Gasometria arterial [ ] Tomografia Computadorizada [ ] Ultrassonografia: [ ] Radiografias:		
<b>SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:</b> Especialista: _____ / _____ às _____ ; _____ Dia _____ / _____ / _____ Especialista: _____ / _____ às _____ ; _____ Dia _____ / _____ / _____		
<b>MÉDICO SOLICITANTE</b> <b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS:</b> <b>Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS</b> 1 <i>Sp. Jp - op</i> 2 <i>Sp. Jp - op</i> 3 <i>Sp. Jp - op</i> 4 <i>Sp. Jp - op</i> 5 <i>Sp. Jp - op</i> 6 <i>Sp. Jp - op</i>		
<b>HORÁRIO REALIZADO</b> OBS:		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:  
*DR. JOSELEIDE BARBOSA DA ROCHA GUIMARÃES*  
 CRM-PB nº 6190  
 DATA: 28/01/2020

10.1.1.148/projetohtcgil/preambulatorio2.php?contar=2003729&contar=51639





DESTINO DO PACIENTE	DATA	SERVÍCIOS REALIZADOS:	CBO	IDADE
<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico		<input checked="" type="checkbox"/> Alta hospitalar / <input checked="" type="checkbox"/> A revogação / <input checked="" type="checkbox"/> Decisão Médica		
<input type="checkbox"/> Internação (setor)				
<input type="checkbox"/> Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL		<input checked="" type="checkbox"/> Óbito		
		<i>Josileide da Rocha Guimarães</i> Ass. do paciente ou responsável quando necessário		



SECRÉTÁRIA DE SAÚDE DOS ESTADOS  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### REQUISIÇÃO DE EXAME

OME:

Jessica da Rocha

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLINICA:	ENF:	LEITO:
--------	-------	------	-------	---------	----------	------	--------

ADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

GÊNOMA:	<input type="checkbox"/>	ROTINA:	<input type="checkbox"/>
TA:		HORA DA SOLICITAÇÃO:	

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:

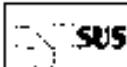




Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815574220300000026783562>  
Número do documento: 20012815574220300000026783562

Num. 27761931 - Pág. 13

Data da Internação: 30/09/2019 Hora: 09:14:42

 <b>Sistema Único de Saúde</b> <b>SUS</b>	<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b> <b>Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes</b>	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>
		1 - CNES 2362856
		2 - CNES 2362856
<b>Identificação do Paciente</b> <b>JESSICA DA ROCHA SILVA</b> <b>Josileide da Rocha Silva</b> <b>RUA PEDRO GUIDA 183 , AREIAL</b> <b>Areial</b>		
<b>1 - CARTÃO DO SUS</b> <b>706203037519(M)</b>		<b>4 - DATA DE NASCIMENTO</b> <b>26/09/1991</b>
<b>10 - NOME DA MÃE DO REGRIMINÁVEL</b> <b>JOSICLEIDE DA ROCHA SILVA</b>		<b>5 - SEXO</b> <b>Mae</b>
<b>12 - ENDEREÇO(RUA, NÚMERO)</b> <b>RUA PEDRO GUIDA 183 , AREIAL</b>		<b>6 - TELEFONE DE CONTATO</b> <b>93 988102297</b>
<b>15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA</b> <b>Areial</b>		<b>7 - CID</b> <b>258720</b>
		<b>8 - UF</b> <b>PB</b>
		<b>16 - CEP</b> <b>58140000</b>
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>		
<p>Dra. Edna, Dr. Gonçalves, Dr. D. , PFTV</p>		
<b>17 - PRINCIPAIS SINTOMAS CLÍNICOS</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS E RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>20 - DOCUMENTO PROFISSIONAL</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>21 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>22 - CÓDIGO PRINCIPAL</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>23 - CID PRINCIPAL</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>24 - CID SECUNDÁRIO</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>25 - CID SECUNDÁRIOS ASSOCIADOS</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>26 - PROcedimento solicitado</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>28 - DOCUMENTO PROFISSIONAL</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>29 - NÚMERO DO DOCUMENTO PROFISSIONAL SUCITANTE/ASSISTENTE</b> <p>9800161882708569</p>		
<b>30 - NOME DO PROFISSIONAL SUCITANTE/ASSISTENTE</b> <p>ELBIMAN SOARES DE ARAUJO</p>		
<b>31 - DATA DA CONSULTA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO</b> <p>30/09/2019</p>		
<b>32 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>33 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>34 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>35 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>36 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>37 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>38 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>39 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>40 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>41 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>42 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>43 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>44 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>45 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>46 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>47 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>48 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>49 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>50 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>51 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>52 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>53 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>54 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>55 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>56 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>57 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>58 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>59 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>60 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>61 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>62 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>63 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>64 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>65 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>66 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>67 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>68 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>69 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>70 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>71 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>72 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>73 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>74 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>75 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>76 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>77 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>78 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>79 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>80 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>81 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>82 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>83 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>84 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>85 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>86 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>87 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>88 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>89 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>90 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>91 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>92 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>93 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>94 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>95 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>96 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>97 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>98 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>99 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>100 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>101 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>102 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>103 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>104 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>105 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>106 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>107 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>108 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>109 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>110 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>111 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>112 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>113 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>114 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>115 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>116 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>117 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>118 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>119 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>120 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>121 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>122 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>123 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>124 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>125 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>126 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>127 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>128 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>129 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>130 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>131 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>132 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>133 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>134 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>135 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>136 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>137 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>138 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>139 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>140 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>141 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>142 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>143 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>144 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>145 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>146 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>147 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>148 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>149 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>150 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>151 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>152 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>153 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>154 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>155 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>156 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>157 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>158 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>159 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>160 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>161 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>162 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>163 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>164 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>165 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>166 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>167 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>168 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>169 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>170 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>171 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>172 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>173 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>174 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>175 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>176 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>177 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>178 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>179 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>180 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>181 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>182 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>183 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>184 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>185 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>186 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>187 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>188 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>189 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>190 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>191 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>192 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>193 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>194 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>195 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>196 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>197 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>198 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>199 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>200 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>201 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>202 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>203 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>204 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>205 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>206 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>207 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>208 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>209 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>210 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>211 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>212 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>213 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>214 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>215 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>216 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>217 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>218 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>219 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>220 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>221 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>222 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>223 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>224 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>225 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>226 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>227 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>228 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>229 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>230 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>231 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>232 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>233 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>234 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>235 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>236 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>237 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>238 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>239 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>240 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>241 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>242 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>243 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>244 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>245 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>246 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>247 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>248 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>249 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>250 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>251 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>252 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>253 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>254 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT AYD</p>		
<b>255 - CÓDIGO DA EMPRESA</b> <p>TVM CVT A</p>		



Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815574220300000026783562>  
Número do documento: 20012815574220300000026783562

Num. 27761931 - Pág. 15

Data da internação: 30/08/2019 Hora: 09:14:42





**HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE**

Nome do Paciente: JESSICA DA ROCHA SILVA | Data da Cirurgia 03/10/2019

CNS | Enfermaria | Leito | Prontuário 1997948

Cirurgião: Dr. EDUARDO | 1º Auxiliar : DR ELDIMAN

2º Auxiliar DR YWRY | Instrumentador : ANDRE

Anestesista: DR F WANDERLEY | Anestesia : BLQUEIO PLEXO D

Diagnóstico Pré-operatório : PA ULNA D

Tipo de Cirurgia : TRATAMENTO CIRURGICO

Diagnóstico Pós-operatório : O MESMO

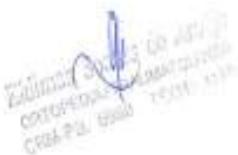
Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE

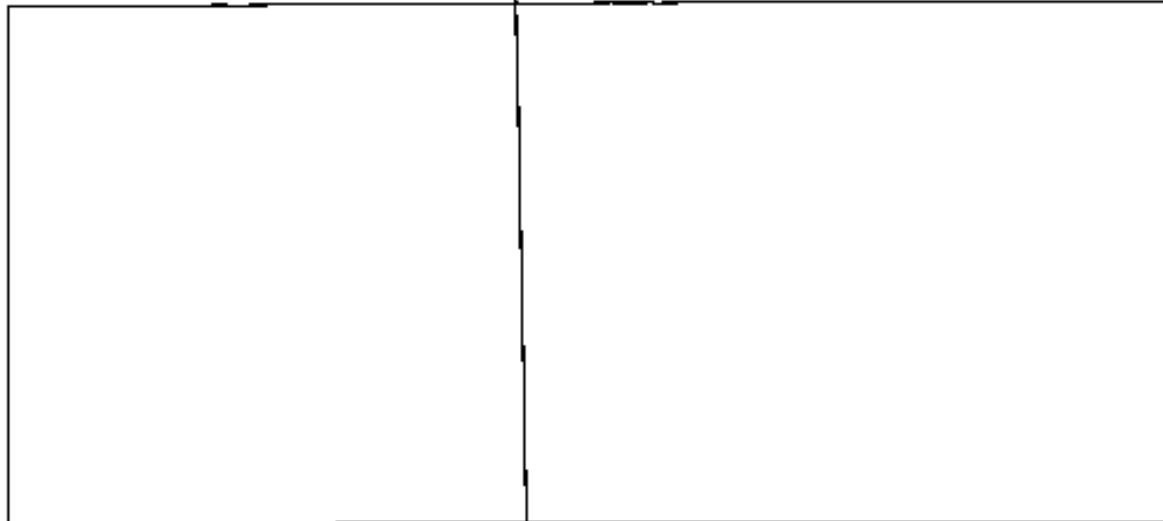
Exame Radiológico no Ato: NAO

Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE

**DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA**

- 01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
- 02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MSD
- 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS
- 04- INCISAO FACE ULNAR DE ANTEBRAÇO D + DIVULSAOPORPLANOS + RMS (PLACA E PARAFUSOS CX 3.5MM)
- 05- DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS, IRRIGAÇÃO EXAUVESTIVA COM SF0,9% ABUNDANTE
- 06- REALIZADO RADUÇÃO CRUNETA + FIXAÇÃO COM PLACA DCP 3.5MM E PARAFUSOS CORTICAIS
- 07- LAVAGEM SF0.9%
- 08- SUTURA DA PELE
- 09- CURATIVOS

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Dr. EDUARDO" followed by some smaller, less legible text.



Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815574220300000026783562>  
Número do documento: 20012815574220300000026783562

Num. 27761931 - Pág. 19

**HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE**

Nome do Paciente: JESSICA DA ROCHA SILVA Data da Cirurgia 04/10/2019

CNS Enfermaria 1 Leito 4 Prontuário

Cirurgião: Dr. EDUARDO 1º Auxiliar : DR JULIO

2º Auxiliar DR ELDIMAN Instrumentador ANDRE

Anestesista: DR JEOVANE Anestesia :

Diagnóstico Pré-operatório : PA FEMUR D

Tipo de Cirurgia : OSTEOSINTSE

Diagnóstico Pós-operatório : O MESMO

Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE

**DESCRIÇÃO DA CIRURGIA**

- 01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
- 02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MID
- 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS
- 04- INCISAO FACE LATERAL DÉ FEMUR D + DIVULSAO POR PLANOS
- 05- RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE + LIMPEZA + DESBRIDAMENTO TECIDOS DESVITALIZADOS (HIM + PARAFUSOS DE BLOQUEIO)
- 06- PREPARO DE CANAL FEMORAL + APOSIÇÃO DE HASTE 10X340 + BLOQUEIOS PROXIMAL E DISTAL
- 07- SFO.9% + LIMPEZA + DESBRIDAMENTO
- 08- APOSIÇÃO DE ENXERTO TRICORTICAL
- 09- DRENO HEMOVAC 4.8 + FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURAS
- 10- CURATIVOS





Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815574220300000026783562>  
Número do documento: 20012815574220300000026783562

Num. 27761931 - Pág. 21

HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE			
Nome do Paciente: JESSICA DA ROCHA SILVA		Data da Cirurgia 03/10/2019	
CNS	Enfermaria 1	Leito 4	Prontuário
Cirurgião: Dr. EDUARDO		1º Auxiliar : DR YWRY	
2º Auxiliar DR ELDIMAN		Instrumentador ANDRE	
Anestesista: DR F WANDERLEY		Anestesia :	
Diagnóstico Pré-operatório : PA FEMUR D			
Tipo de Cirurgia : OSTEOSINTSE			
Diagnóstico Pós-operatório : O MESMO			
Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE			
Exame Radiológico no Ata: SIM			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE			
<h2 style="text-align: center;">DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA</h2>			
01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA 02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MID 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS 04- INCISAO FACE LATERAL DE FEMUR D + DIVULSAO POR PLANOS 05- RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE + LIMPEZA + DESBRIDAMENTO TECIDOS DESVITALIZADOS (PLACA + PARAFUSOS + FIO DE CERCLAGEM) 06- PREPARO DE CANAL FEMORAL + APOSIÇÃO DE HASTE 10X340 + BLOQUEIOS PROXIMAL E DISTAL 07- SFO.9% + LIMPEZA + DESBRIDAMENTO 08- APOSIÇÃO DE ENXERTO TRICORTICAL; 09- DRENO HEMOVAC 4.8 + FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURAS 10- CURATIVOS			
			





Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815574220300000026783562>  
Número do documento: 20012815574220300000026783562

Num. 27761931 - Pág. 23



GOV. DO ESTADO  
SECRETARIA DE SAÚDE DA PA  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E T  
DOM LUIS GONZAGA FERNAN

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÉUTICA

Ficha de Reclamação		Prontuário		Ara Ontogenia		Leito	3	Enfermaria 3
	Hora	Data	Hora					
110. Hanika				Paciente em EGR, compactuante, colaboreci- triva, sem equívoco de iden. Condutas: realizado exercícios ativos-assistidos de flexos plantares e dorsofláns de dedos pele EPI (anjo), com uso de auxílio; medidas coxas internas e externas de per. D; encurelade de hemorragia D (10x cada sentado); alongamento gravis coxas de curvado (10x); exercícios dinamométricos (2x10); isolados respi- racionais (2x10) com auxílio da faixa; mobilização patilar. A conduta observou-se minuciosa- men- tico. REN: Drogas禁物 do dia gibra.				



Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815574220300000026783562>  
Número do documento: 20012815574220300000026783562

Num. 27761931 - Pág. 25



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

**Observações:**  
Divisão 900 ml → 10:40 h  
12:20  
Aero Serra  
S 07/03/2020

Assinatura Anestesista

Circulante

*Relatório de Operação*

100-100





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

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

Assinatura do anestesista



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Jessica da Rocha Silva DN: 26/09/91  
 QI: 205. LEITE: 28 anos CONVÉNIO: 203729 IDADE: 28 anos REGISTRO: 203729  
 CIRURGIA: Osteosíntese de Fratura de fêmur direta CIRURGÃO: Dr. Eduardo + Dr. Eldimont  
 ANESTESIA: Rasqui ANESTESIA: Dr. Jovande

GOVERNO  
DA PARAÍBA

MICRORREGIÃO DA SERRA

Hospital de

Emergência e Trauma Dom  
Luiz Gonzaga Ferreira

Dra. Gilvete Lestar

INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM
<u>André C.M.</u>	<u>04/01/19</u>	<u>07:35</u>	<u>10:20</u>
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Qty.	CÓDIGO
01	Adrenalina amp.	01	Bolsa Colostoma
	Atropina amp.		Catele. p/ Osg.
01	Diazepam amp.	0,2	Catele. De Urinar Sist. Fech.
	Dimed. amp.		Compressa Grande
	Dolantina amp.		Compressa Pequena
	Efrane ml		Cotonocida
	Fenegam amp.		Dreno
	Fentanil ml		Dreno Kerr n°
	Inova ml		Dreno Peritoneal n°
	Ketalar ml		Dreno Pezzer n°
02	Mercaina <u>pacote</u> ml	01	Equipo de Macrogotas
	Nubain ml		Equipo de Macrogolas
	Pavulon amp.		Equipo de Sangue
	Proiligmine amp.	0,5	Equipo de PVC
	Protóxido l/m		Espasadrapo Largo cm
	Quelicin ml	0,15	Furacim ml
	Rapifen amp.		Gase Pacote c/ 10 unidades
	Thionembutal ml		H <sub>2</sub> O, ml
	Tracrium amp.		Intracath Adulto
			Intracath Infantil
Qtd.	MEDICAÇÕES	03	Lâmina de Bisturi n° 23
01	Aqua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15
02	Dipirona amp.		Luvas 7,0
	Flexidol amp.		Luvas 7,5
	Flacobortil amp.	****	Luvas 8,0
	Geramicina amp.	***	Luvas 8,5
	Glicose amp.	10ml	Oxigênio l/m
	Glucon de Cálcio amp.		Potiflux
	Haemaccel ml		PVPI Degemerante ml
	Hiperemina ml		PVPI Tópico ml.
	Heparina amp.		Sabão Antiséptico
	Heptakin amp.	04	Saco colost.
	Lasix amp.		Seringa desc. 10 ml
	Medrotinazol.		Seringa desc. 20 ml
	Plasil amp.		Seringa desc. 05 ml
	Prolamina	01	Sonda Enxiga Gomf
	Revivan amp.		Sonda Folley
	Stuprancol amp.	03	Sonda Nasogástrica
	Cefactina g		Sonda Uretral n°
	Zogatolol		Styrdrem ml
			Tornerinha
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	01	Vaseline ml
	Aiguille desc. 25 x 7		Gelcon 18
	Aiguille desc. 28 x 28	05	Látex
	Aiguille desc. 3 x 4,5	05	Elásticos
03	Aiguille p/ raque n° 25	05	Set fôrceps
	Álcool de Enfermagem	02	Set de silicone
	Álcool Iodado ml		
04	Ataduras de Crepon 15 mm		Válvulas
	Ataduras de Gessada		
	Azul metílico amp.		
	Benzina ml		

- EQUIPAMENTOS Vácuo
- Oxímetro de Pulso
  - Foco Ajustável
  - Serra
  - Elatrocautério
  - Desfibrilador
  - Oxicardiógrafo
  - Food Frontal
  - Cardiomonitor
  - Fonte de Luz
  - Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

100.000



0051

Sala 03

*Josineide  
foram noivos  
duas*

GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ministério da Saúde  
TRÂMADA - FG

## LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: NOME DO PACIENTE: <i>Ricardo Soárez</i>	ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	ANTES DA INCISÃO	PAUSA CIRÚRGICA	IDADE: <i>20</i> PRONTUÁRIO: <i>2003789</i>
ENTRADA	ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA			
<p><input type="checkbox"/> CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</li> <li><input type="checkbox"/> SITIO CIRÚRGICO</li> <li><input type="checkbox"/> PROCEDIMENTO A SER REALIZADO</li> <li><input type="checkbox"/> CONSENTIMENTO</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUIDA</p> <p><input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO</p> <p><input type="checkbox"/> O PACIENTE POSSUI:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ALÉRGIA CONHECIDA?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM</p> <p><input type="checkbox"/> VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONIVEL</p> <p><input type="checkbox"/> RISCO DE PERDA SANGUÍNEA &gt; 500 ML</p> <p><input type="checkbox"/> SIM E MAIS DE 10 KG EM CRIANÇAS?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM E MAIS VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO</p>				
<p><input type="checkbox"/> CHURGHIAO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> SITIO CIRÚRGICO</li> <li><input type="checkbox"/> PROcedimento</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NAO SE APlicam <i>OK</i></p> <p><input type="checkbox"/> BIÓPSIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE <i>OK</i></p> <p><input type="checkbox"/> HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO <i>OK</i></p> <p><input type="checkbox"/> O REVISÃO DO CIRURGIAO: HA PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HA POSSIVEIS PERDAS SANGUÍNEAS? <i>Sim - 1 h</i></p> <p><input type="checkbox"/> O REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HA ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? <i>Não</i></p> <p><input type="checkbox"/> O REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: US MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PROTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR? <i>OK</i></p> <p><input type="checkbox"/> HA QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUASQUER PREOcupações? <i>Não</i></p> <p><input type="checkbox"/> A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ULTIMOS 60 MINUTOS?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APlica</p> <p><input type="checkbox"/> AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONIVEIS?</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO SE APlica</p>				
<p><i>Assinatura</i></p> <p><i>Valente de S. L. Soárez Téc. Enfermagem Cirurgião: Dr. J. G. Assinatura</i></p>				





Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815574220300000026783562>  
Número do documento: 20012815574220300000026783562

Num. 27761931 - Pág. 31

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



Assinado eletronicamente por:  
Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815574220300000026783562>  
Número do documento: 20012815574220300000026783562

Num. 27761931 - Pág. 33



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Jessica da Rocha Silva	Idade:	28a
Convênio:		Data:	03/10/19
Procedimento:	T.R de fêmur(?) + Fraturas dos ossos do braço		
Cirurgião:	Dr. Eduardo	Auxiliar:	Dr-Yoshi + Everlaine
Anestesista:	Dr-Wanderley		
Inicio:	07:20	Término:	11:00
		Anestesia:	Raqui + Bloqueio

Assinatura Anestesista

## Circulante

*Relatório de Operação*

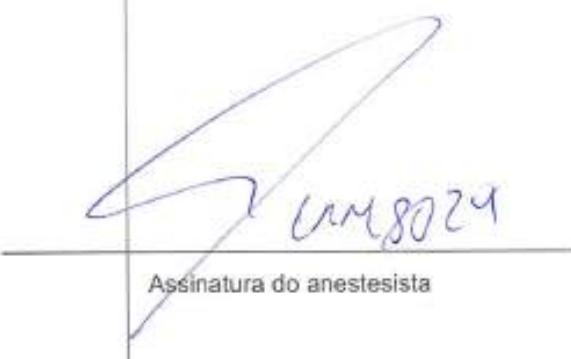
Mod. 102





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

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		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		2
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		10

  
 Assinatura do anestesista


# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <b>Jessica da Rocha S/Pva</b>					D.N. 26/09/1991	<b>GOVERNO DA PARAÍBA</b> <small>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</small> <small>Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes</small>	
QI	LEITE	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO			
CIRURGIA TTO. Cirúrgico c/ Fixação, fratura de Femur + Fratura de Ossos da Coxa					CIRURGIO Dr. Eduardo + Dr. Yuti + Dr. Everlan		
ANESTESIA de Plexo Piscue + Bloqueio Regional MSD					ANESTESIA Dr. Nander Pex		
INSTRUMENTADORA Andie + Letícia	DATA 03/10/19	INICIO 07h20'	FIM 11h00'				
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qty.	FIOS	CÓDIGO	
	Adrenalina amp.	01	Calej. p/ Oxi.		Calgul cromado Sertix		
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Calgul cromado Sertix		
	Diazepam amp.	50	Compressa Grande		Calgul cromado Sertix		
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Calgul Simples		
	Dolantina amp.		Colonoide		Calgul Simples Sertix		
	Efrane ml	01	Dreno de Sucção 4.8mm		Calgul Simples Sertix		
	Fenegam amp.		Dreno Kerr n°		Calgul Simples Sertix		
02	Fentanil ml Inovarml Xylocaina 1v.	01	Dreno Peritoneal n°		Cera p/ uso		
	Ketalar ml	01	Dreno Pezzer n°		Ethibond		
	Mercacina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Nubatin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix		
01	Panthen amp. Midazolam		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix		
01	Protilgmine amp. Prolidium	05	Esparradrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak		
	Quelicin ml	05	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak		
	Rapifen amp.		Gase Pacote c/ 10 unidades	10	Fita cardíaca		
	Thionembutal ml		H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ml		Mononylon 2-0		
	Tracrium amp.		Intracath Adulto		Mononylon		
			Intracath Infantil		Prolene Sertix		
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23	Qty.		CÓDIGO	
09	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix		
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix		
09	Dipirona amp.	05	Luvas 7-10 Procedimento	4	Vicryl Sertix 01111		
	Flaxidol amp.	05	Luvas 7.5		Vicryl Sertix		
	Flébocortid amp.	08	Luvas 8.0		Vicryl Sertix		
	Geramicina amp.	06	Luvas 8.5		01 Placa c/ 09 furos		
	Glicose amp.	3.0	Oxigênio l/m 2/mm		08 Parafusos c/retângulos		
	Glucos de Cálcio amp.		Pollifix				
	Haemacel ml.	0.5	PVPI Degamente ml eletro.		LS I - Implantes		
	Hepareme ml.		PVPI Tópico ml.	Qty.	SOROS		
	Kanakion amp.	0.5	Sabão Antisséptico	04	SE Normalétrico fr 500 ml		
01	Laxix amp. Antik	04	Saco coletor 4x6/naspa		SG Gelado fr 500 ml		
	Medrotinazol.	03	Seringa desc. 10 ml		SG Hipotônico fr 500 ml		
01	Plast amp. Nauseodram	03	Seringa desc. 20 ml	02	SG Ringer fr 500 ml		
	Prolamina	03	Seringa desc. 05 ml	06	SE fr 500 ml P/ Limpeza		
	Revivan amp.	01	Sonda Siringa desc. 60ml.				
	Stupitanol amp.		Sonda tolley	Qty.			
03	Cefalotina 1g	11	Sonda Nasogástrica		ORTSESE E PRÓTESE		
02	Tubocriptina 20cm		Sonda Uretral nº		01 Placa c/ 09 furos Tampe		
01	Efedrina		Steridrem ml		03 Parafusos de Bloqueio		
			Torneirinha		01 Haste de Ferro 10x340		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselinha ml			TM - Cirurgia.	
	Aguilha desc. 25 x 7	03	Gelcon 18				
02	Aguilha desc. 28 x 20 - 40x12	03	Lata de			EQUIPAMENTOS	
	Aguilha desc. 3 x 4.5	05	Eletrodos				
01	Aguilha p/ raque nº 25	03	Algodão ortopédico			(X) Oxímetro de Pulso	( ) Foco Auxiliar
05	Álcool de Enfervagem	03	Elaixa de Sennach			( ) Serra	(X) Eletrocautério
	Álcool Iodado ml					( ) Desfibrilador	( ) Oxicardiograma
04	Ataduras de Crepon 30cm					(X) Foco Endrial	(X) Cardiomonitor
	Ataduras de Gessada					( ) Fonte de Luz	(X) Perfurador Elétrico
	Azul metílico amp.						
	Benzina ml						

## CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Maria José G. Olmastro  
T.C. Enfermeira  
CORPO-B 260741

MOB 666

~~Ad~~ ~~points~~



HOSPITAL	de Emergência e Trauma de C. Grande Pnent: 2003729	
PACIENTE	Jessica da Rocha Silva	
MÉDICO	CRM	DATA
Dr. Eldiman + Dr. Everlani		03/30/19
PROCEDIMENTO	Trat. cirurg. de fratura de ossos do Braço Direito	



## LAUDO DE MATERIAIS UTILIZADOS



ITEM	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO DE MATERIAIS	CÓDIGO
01	01	Placa DCP - 09 Furos x 3,5	
02	03	Parafusos corticais N: 12 x 3,5	
03	03	Parafusos corticais N: 14 x 3,5	
04	02	Parafusos corticais N: 18 x 3,5	
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18		LIMA SALVAGE IMPLANT	
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

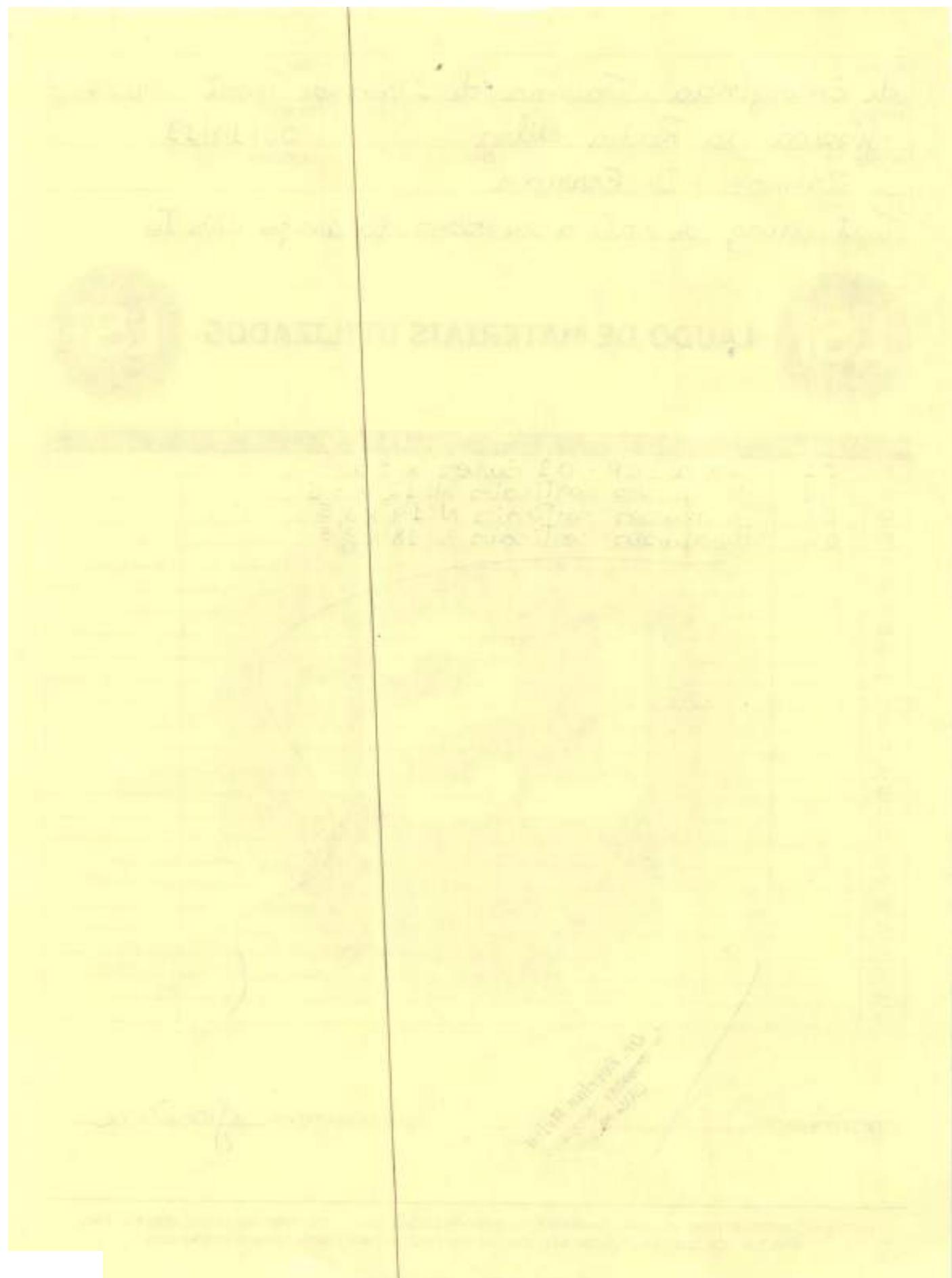
MÉDICO OPERAÇÃO

Dr. Everlan Metra  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-PR 3369

INSTRUMENTADOR

Josiane





Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815574220300000026783562>  
Número do documento: 20012815574220300000026783562

Num. 27761931 - Pág. 39



Rua Ciclame, 86 - Jardim Atlântico - Olinda - PE  
CEP: 53.060-070 - www.tmcirurgica.com.br  
Fone: (81) 3431.4960 | 3429.1960 | 99452.1153

08810

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMA

CIDADE

CAMPINA GRANDE

TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE

JESSICA DA ROCHA SILVA

Nº DO PRONTUÁRIO

10022229

Nº ALH

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÉNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

TRAT. CIRUR. DE PSEUDARTROSE DE FÉMUR (DIR)

PRODUTO	REF.	QUANT.	CÓD. ROMP.
HASTE DE FÉMUR BLOQ 10x340	01		
PARRAF. DE BLOQ. DISTAL N° 40	01		
1. " " " " N° 45	01		
PARRAF. DE BLOQ. PROXIMAL N° 65	01		
TAMPA	01		

DATA DA UTILIZAÇÃO

03-10-2019

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

DR EDUARDO + DR CLAUDIO

OBSERVAÇÕES

+ DR. YWEN

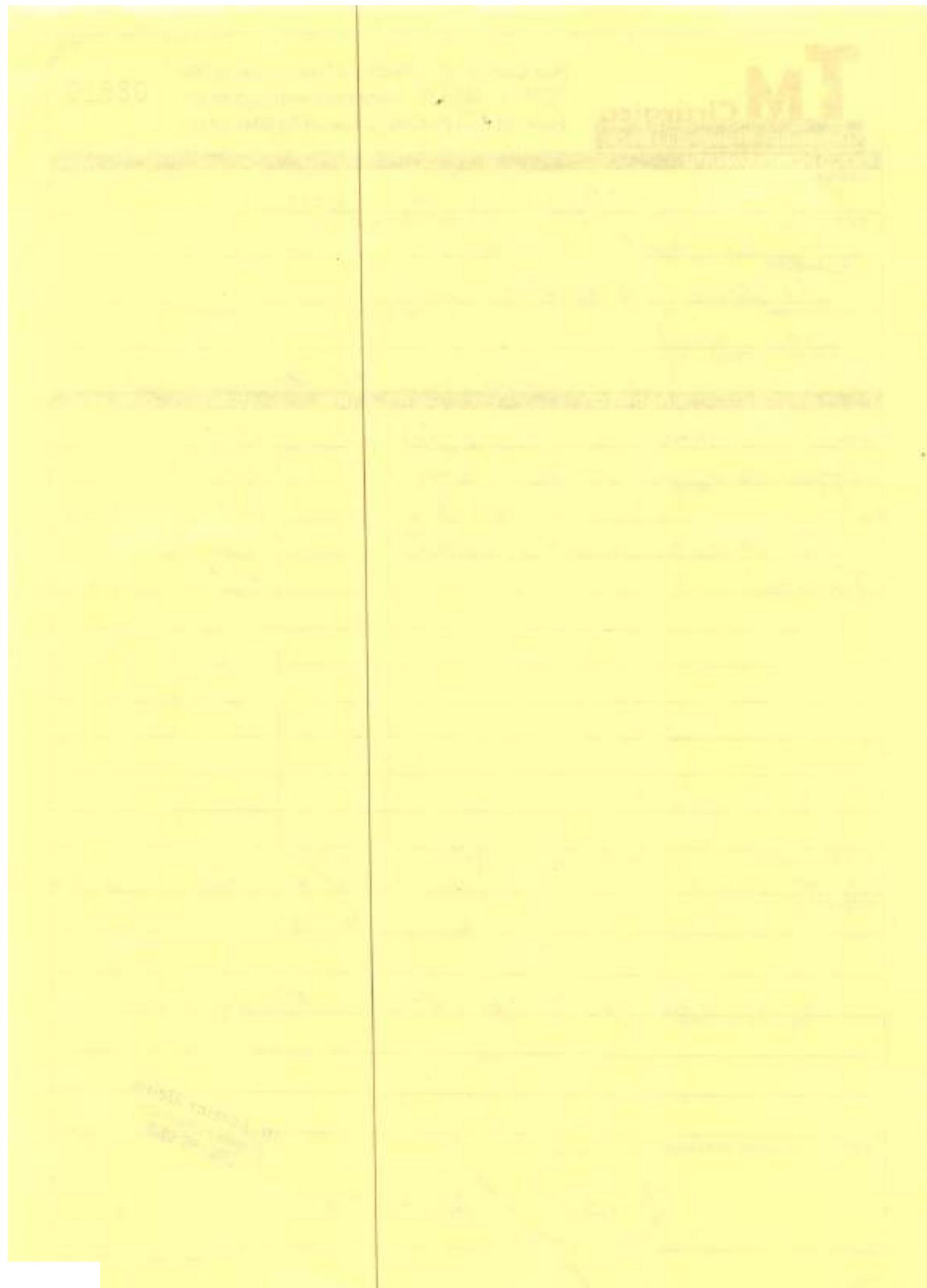
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

André / Khosai

Dr. Everlan Meira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9990

Emissor: Pecel - F: (81) 99031-0033





Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815574220300000026783562>  
Número do documento: 20012815574220300000026783562

Num. 27761931 - Pág. 41

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

<b>HUECG</b>		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMAGEM	LEITO	NP PRONT JURID
<b>FOLHA DE ANESTESIA</b>		Nome <i>Yessica de Bocha Silveira</i>			IDADE	SEXO <i>F</i>	COR
DATA <i>03-10-19</i>		PRESOR ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
TTO EXAMINOU		HEMÓGLOBINA	HEMOGLÓBINA	HEMATÓCRITO	OXIGÉNIO	UMÉIA	OUTROS
		URÍNA					
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. INTESTINO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATERRAXOS	UORTICÓRITAS	ALERTA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	FUSCA	
ANESTESIAS ANTIPRÓTESES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTESIA				APLICADA	AS	EFETO	
AGENTES ANESTÉSICOS		C			INDICAÇÃO		
LÍQUIDOS		<i>F</i>	<i>B</i>	<i>G</i>	<i>F</i>	<i>B</i>	Selar: _____ Exot: _____ Toss: _____ Lento: _____ Espesso: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____
CONGOS VP ARTERIAL OFUSQ. O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA O - OPERAÇÃO					MANUTENÇÃO		
SÍMBOLOS & ANOTAÇÕES					ANESTESIA SATISF Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____		
POSIÇÃO					DESPERTAR		
AGENTES		<i>Nore - Drog + Xyloc - Atrop + Benidim - Drog + Dexam - Ixy</i>			Reflexos na SG _____ Obst: _____ Co: _____ Exot: _____		
TÉCNICA		<i>Ragno + Bloco</i>			Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
OPERAÇÃO		<i>Trat. Cir. Fratura Escroto + Trat. Cir. F. Dentária</i>			Com côn. _____ Paro e Leit. Sim _____ Não _____		
DURADORES		<i>Eduardo</i>			CONDICÕES: _____		
ANESTESISTAS		<i>Yessica de Bocha</i>					
OBSERVAÇÕES		<i>Yessica de Bocha</i>					
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGUÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - S008





Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815574220300000026783562>

Número do documento: 20012815574220300000026783562

Num. 27761931 - Pág. 43

TRAUMA, CG

GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:		<u>Fernanda Rocha SIlva</u>	
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ►►		IDADE: <u>28 anos</u> PRONTUÁRIO: <u>9003729</u>	
ENTRADA:		ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA	
CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:	
• SÍTIO CIRÚRGICO		<input checked="" type="checkbox"/> SAIDA	
PROCEDIMENTO A SER REALIZADO		<input checked="" type="checkbox"/> O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO	
CONSENTIMENTO			
PAUSA CIRÚRGICA			
CIRURGIAO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE		O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:	
• IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		<input checked="" type="checkbox"/> O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO	
• SÍTIO CIRÚRGICO			
• PROCEDIMENTO			
EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS			
<input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGÃO: HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGUÍNEAS?			
<input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECIFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?			
<input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?)			
HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISSER PREOCCUPAÇÕES?			
A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?			
<input checked="" type="checkbox"/> SIM			
NÃO SE APLICA			
AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?			
<input checked="" type="checkbox"/> SIM			
NÃO SE APLICA			
VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUIDA		O PACIENTE POSSUI:	
OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO		ALERGIA CONHECIDA?	
O PACIENTE POSSUI:		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
SIM		SIM	
VIA AÉREA DIFÍCIL RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?		VIA AÉREA DIFÍCIL RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?	
<input checked="" type="checkbox"/> NÃO		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL		SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL	
RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML. (7 mL/kg em CRIANÇAS)?		RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML. (7 mL/kg em CRIANÇAS)?	
<input checked="" type="checkbox"/> NÃO		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO		SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO	
Assinatura			
<i>Maria José G. Louzada Técnico Enfermeiro COMEN-PR 250741</i>			





Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815574220300000026783562>  
Número do documento: 20012815574220300000026783562

Num. 27761931 - Pág. 45



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÉUTICA

Paciente	Jurados da Rockau Silveira	Prontuário	Ala ORTOPEDIA	Lito	Enfermaria
Data	Hora		Data	Hora	
04/01/19	Horácio	Diagnóstico clínico: Pseudo artrose da gengiva usq. à ultima dent. HDA: Paciente descriu dorcente (localização de rotas e causas) há 8 anos ress. aban. No entorno do molar esquerdo a PA. Fiz procedimento cirúrgico dia 04/10/18. Entendendo-se em E.G.B., sustete ao lato, concreto + contato com o edodentário. Paciente relatou queixas em HSE, sensação em dado entorno cirúrgico (gengiva e ultra), isto vai malhar e doloroso ultimamente. em HSE e em dentes vizinhos (HSD). queixas persistentes da boca usq. ADH endog- oal em quadris e região usq. sustete ao lato. Conduta: Exame com atenção anatômica de consecuências,查数了歯と歯周病 histórico, radiografias para o HSD ab- normal, encerrou as gengivo-ortônicas. e cirurgicas, observou e adotou os tratamentos definitivos: desobstruções de cintura - desimpedimento, elongamento do fio, realine, descompressão. Paciente	Continuação		



Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815574220300000026783562>  
Número do documento: 20012815574220300000026783562

Num. 27761931 - Pág. 47



Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:48  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815574542900000026783564>  
Número do documento: 20012815574542900000026783564

Num. 27761933 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:57:50  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815574810800000026783566>  
Número do documento: 20012815574810800000026783566

Num. 27761935 - Pág. 1





Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:58:00  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815575688000000026783569>  
Número do documento: 20012815575688000000026783569

Num. 27761938 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:58:03  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815580103400000026783570>  
Número do documento: 20012815580103400000026783570

Num. 27761939 - Pág. 1



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

**ATESTADO**

Sr. (a) Jessica da Costa 51124  
Atestamos para os devidos fins que o  
encontra-se INTERNADO (A) nesta Unidade Hospitalar, submetendo-se a tratamento especializado  
desde 24/10/19

HS - Polifuncional  
Campina Grande, 03/05/19

Ass. Do Médico - Nº do CRM



Scanned with  
CamScanner

MOD. 104



Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:58:07  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815580376900000026783574>  
Número do documento: 20012815580376900000026783574

Num. 27761943 - Pág. 1

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

ACESSO

ATTESTANTE PARA OS DIVIDOS FAIR ONE (A)

Silva

Jenice da Nossa

POR TADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº.

SENTE ..... ESTE(E) INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A  
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLOGICA DE Nº: 572.3 / 552.3 NO CID, DURANTE  
O PERÍODO DE 30 / 09 / 19 ... : ... 03 / 10 / 19 NECESSITANDO DE  
120 (cento e vinte) DIAS DE APASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 07 / 10 / 19

Dr. Wagner Soárez Egito de Araújo  
MR. ORTOPEDIA - RACHATOLOGIA CRM  
CRM - PB 8926

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo o  
Dr., \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico  
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Nas, do Paciente ou Responsável



Scanned with  
CamScanner





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

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINOS QUE O(A) SR. (A): Jessica da Cestan  
Silva PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº: \_\_\_\_\_

SÉRIE \_\_\_\_\_ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A  
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 572 NO CID. DURANTE  
O PERÍODO DE 24/04/19 A 05/05/2019 NECESSITANDO DE  
90 (noventa) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 05/05/2019

*Dr. Everlan Meira*  
Ass. do Membro Profissional  
CRM-PB - CRM-V 10.000

AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo o  
Dr., \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico  
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável



Scanned with  
CamScanner



DANFE - NFC-e - Documento Auxiliar da Nota  
Fiscal de Consumidor Eletrônica  
Mão permite aproveitamento de crédito de ICMS

Ótde UN Vl Iten Vl Total  
Código Descrição C20/30 1 UN 302,37 302,37  
3332,8 KAREL TO 10MG 226,80  
De 302,37 For 226,80  
De scunto sobre item  
Qtde total de itens 1

Valor a Pagar R\$ 226,80  
FORMA PAGAMENTO  
Cartão Crédito

Consulte pela Chave de Acesso em:  
[www.receita.pb.gov.br/infice/consulta](http://www.receita.pb.gov.br/infice/consulta)

7519 1006 6262 5302 7270 6501 1000 1355 0510 0027 5523  
CONSULADOR-CPF: 273.248.504-72  
MARIA ISABEL MUNIZ DOS SANTOS

NFL-E nº: 135505 Série: 11  
08/10/2019 07:50:23

Protocolo de autorização:  
325193248554216

Data de autorização:  
08/10/2019 07:50:30



## CLIENTE SEPRE PAGUE MENOS

O LAMARIO, VOCÊ É UM CLIENTE SEMPRE.  
MESSO COMPRO VOU FICONHIZOU R\$ 75,57  
SE J SALDO NO PROGRAMA DE FIDELIDADE SEMPRE PAGUE MENOS  
DE JULHO A DEZEMBRO/2019 E DE R\$ 437,61\*.  
500,00 ATÉ 31/12/2019 É SEJA U4 CLIENTE OURO.  
-ESSE VALOR É UMA ESTIMATIVA DO SEU SALDO DE COMPRAS,  
EXCLINDO MEDICAMENTOS E SERVIÇOS. LEMBRE-SE QUE SUAS  
COMPRAS SÃO CONTABILIZADAS EM ATÉ 15 DIAS. CONFIRA O  
REGULAMENTO E SEUS BENEFÍCIOS EM PORTAL.PAGUENOS.COM.  
BR/FIDELIDADE

DROGARIA DROGAVISTA LTDA (LJ 41)

RUA NATAL, 6  
TRÊS IRMAS CAMPINA GRANDE - PB

CEP: 58.423-110

TELEFONE: (83)3341-6500

CNPJ: 00.950.548/0015-44 IE: 162443471 IN: ISENT  
0  
06/10/2019 10:12:35 NR: 000064840

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

EMITIDA EM CONTIGENCIA	
Pendente de autorização	
Código Descrição	Qtdc UN VlUnit VlTotal
10044364 FRU QUALIFERAL M 1,00 UN 13,48	11,99
Qtdc. total de itens	1,00
Valor total R\$	13,48
Desconto R\$	1,49
Valor a Pagar	11,99
FORMA PAGAMENTO	VALOR PAGO R\$
Cartão Débito	11,99
Troco R\$	0,00

Consulta pela chave de acesso em  
<http://www.receita.pb.gov.br/nfce/consulta>  
 2519 1000 9585 4606 1544 6501 0000 0648 4090 610  
 6 4858

CONSUMIDOR CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO  
 Número:64840 Serie:10 06/10/2019 10:12:11

Via Consumidor  
 Protocolo de Autorização:  
 Data/Hora: 06/10/2019 10:12:11  
 EMITIDA EM CONTIGENCIA  
 Pendente de autorização



Val Aprox R\$: 0,94 Fed. 2,16 Est.  
 Fonte: IEPT/FECOMERCIO-RJ Xe67eQ

PV0000155413  
 Cliente: NATALIA  
 VOCE ECONOMIZOU R\$ 1,49  
 Atendido por: ANA LUCIA AIRES DE QUEIROZ LUNA  
 Vendedor: 390  
 PROCON - TEL 151 / 3218-6959  
 PARQUE SOLON DE LUCENA, 234 CENTRO - JOAO PESSOA  
 PB CEP 58013-130

Caixa: 001 Loja: 015 06/10/2019 10:12:36  
 Link-Itecs Gestão PDD: 2.6.33.105

CNPJ: 41.127.061/0001-17 JURG DE DEOS PODIGUES DI MIVE

RA

RUA SÃO JOSÉ, 208 CENTRO ARARI-PI 58190-000

Fone: (83)3368-1055 I.E.: 16095805-7

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor

Eletrônico

• Código Descrição Qtdc Un Valor unit. Valor total
001 30175 FERR MICROFORNEA ATISSHER 50000,50
1 UND X 4,00 4,00
002 34323 COMPRESSA ESTERIL 1UNDOS
10 UND X 2,00 20,00
Qtdc. Total de Itens 002
Valor Total R\$ 24,00
FORMA DE PAGAMENTO VALOR PAGO R\$
Cartão de Crédito MasterCard 24,00

Consulte pela Chave de Acesso em

<http://www.receita.pb.gov.br/nfce/consulta>  
 2519 1041 1278 6100 0112 6500 1000 0100 0122 9884  
 CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO

NFE-e nº 0000660515 rie 001 07/10/2019 16:45:13

Protocolo de Autorização nº: 325190298170021

Data de Autorização nº 07/10/2019 16:45:14



Vendedor: CRIZELDA Venda: 122988

Tributos Totais Incidentes(Lei Federal 12.741/12): R\$ 7,38

Projeto ACBr - [www.projetoacbr.com.br](http://www.projetoacbr.com.br)

ENTRADA-FARMA CRISTIANE DINIZ COSTA DE LIMA

Atendida: 001 Loja: 015 06/10/2019 10:12:36  
 Rua Manoel Gonçalves, 100 Centro  
 CENTRO-PB  
 Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor

Código	Descrição	Qtdc	Un	VL Unit	VL Total
--------	-----------	------	----	---------	----------

00006	ANFELA 1000ML	1	LIT	34,46	32,00
Qtdc. total de Itens					
Valor total R\$					
Desconto R\$					34,46
Valor a pagar R\$					2,46
FORMA PAGAMENTO					32,00
Total Pago R\$					VALOR PAGO R\$
Cartão de Crédito					32,00

Consulte pela Chave de Acesso em

<http://www.receita.pb.gov.br/nfce/consulta>  
 2519 1007 1783 2500 0133 0521 2000 0220 0918 9988 6890

CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO

NFE-e nº 22500 Serie 2

07/10/2019 15:58:01 via

Net somador

Protocolo de autorização:

3-5180246099677

Data de autorização:

07/10/2019 16:58:32

CLIENTE:

VENDEDOR: 3 - 40418042604711004 DOS SANTOS

Não permite aproveitamento de crédito de 10%IS

Tributos Totais Incidentes(Lei Federal 12.741/12): R\$ 0,00

IS-10 Estimado R\$ 0,00 Minimo de R\$ 0,00

NUM CONTROLE: 200952

Scanned with  
CamScanner



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Jéssica da Costa Silva. DN: 26-09-1988

QI LEITE CONVÉNIO IDADE REGISTRO



GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de

Emergência e Trauma Dom  
Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA Traf+Arterico fratura Iliofemur +  
de femur + Fratura ilíaca. Dr. Edwardo Dr. Edimilson Rgywur + R2

CIRURGÃO

ANESTESIA

ANESTESIA

raque + Bloqueio Plexo

Dr. Wanderley + Sônia (interna)

INSTRUMENTADORA

DATA

02-05-19

INÍCIO

7:20

FIM

9:30

Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Bolsa Colostoma

Qtd.

FIOS

CÓDIGO

Adrenalina amp.

Calel. p/ Óxg.

Catgut cromado Sertix

Atropina amp.

Catet. De Urinar Sist. Fech.

Catgut cromado Sertix

Diazepam amp.

Compressa Grande *Racode*

Catgut cromado Sertix

Dimore amp.

Compressa Pequena

Catgut Simples

Dolantina amp.

Cotonoides

Catgut Simples Sertix

Efrane ml

Dreno

Catgut Simples Sertix

Fenegam amp.

Dreno Kerr n°

Catgut Simples Sertix

03 Fentanil ml

Dreno Penrose n°

Cera p/ osso

Inova ml

Dreno Pezzer n°

Ethibond

03 Ketalar ml

Equipo de Macrogotas

Ethibond

Mercaina % ml

Equipo de Macrogotas

Ethibond

Nubahin amp.

Equipo de Sangue

Fio de Algodrão Sertix

Pavulon amp.

Equipo de PVC

Fio de Algodrão Sertix

Protigmine amp.

Espadrado Larco cm

Fio de Algodrão Sutupak

Protóxido l/m

Furacim ml

Fio de Algodrão Sutupak

Quelicin ml

Gase Pacote c/ 10 unidades

Fila cardíaca

Rapifen amp.

$H_2O_2$  ml

Mononylon

Thionembutal ml

Intracath Adulto

Mononylon

Tracrium amp.

Intracath Infantil

Prolene Serfix

Qtd. MEDICAÇÕES

Lâmina de Bisturi n° 23

Prolene Serfix

01 Agua Destilada amp.

Lâmina de Bisturi n° 11

Prolene Serfix

01 Decadron amp.

Lâmina de Bisturi n° 15

Prolene Serfix

02 Dipirona amp.

Luvas 7.0

L

Vicryl Serfix 1

Flaxidol amp.

Luvas 7.5

Vicryl Serfix

Flebocortid amp.

Luvas 8.0

Vicryl Serfix

Geramicina amp.

Luvas 8.5

03 Glicose amp. *Neodexolam*

Oxigênio l/m 3 L

Glucon de Cálcio amp.

Poliflix

Haemacel ml.

PVPI Degemante ml

Heparema ml.

PVPI Tópico ml.

SOROS

Kanakion amp.

Sabão Antiséptico

SG Normotérmico fr 500 ml

02 Tasis amp. *Tenoxicam 20*

Saco coletor

SG Gelado fr 500 ml

Medrotinazol.

Seringa desc. 10 ml

SG Hipertérmico fr 500 ml

Plasil amp.

Seringa desc. 20 ml

SG Ringr fr 500 ml

Prolamina

Seringa desc. 05 ml

SG fr 500 ml SF

Revivan amp.

Sonda

SF parafer canicular

Stuptanon amp.

Sonda foley

ORTSESE E PRÓTESE

02 Gefalotina 1g *cefazolina*

Sonda Nasogárica

Placer 4x5 c/ 12 furos

05 neocaína 0,15%

Sonda Uretral n°

Placer 3,5 DCP + furos

05 Dexamol 0,12mg

Sterydrem ml

Parafusos corícais cx 3,5

02 xilocaína 2% clv

Torneirinha

Parafusos corícais ex 4,5

Azul metíleno amp.

Vaselina ml

TM Cirurgico.

Benzina ml

Algodão ortopédico

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAMOS  
Av. 30301742 - A. MONTADAS  
MONTADAS - PB  
CNPJ.: 34028316281528 Ins Est 160745500

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente: SEGURADORA LIDER CONSOL SEGU  
CNPJ/CPF: 09248608000104  
Doc. Post.: 335621605  
Contrato.: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709  
Cartao.: 62267655

Movimento.: 29/07/2019 Hora.: 14:42:11  
Caixa.: 92691194 Matricula.: 84782098  
Lancamento.: 084 Atendimento.: 00013  
Modalidade.: A Faturar ID Tiquete.: 1680237640

DESCRICAÇÃO	QTD	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT - ACIM	1	23,26*
Valor do Porte(R\$)...	23,26	
Peso real (G).....:	335	
Peso Tarifado: .....	0,395	
CNPJ/CPF Remet.: 09510017442		
Nome Remetente: jessica da rocha silva		
Endereco Remet.: RUA pedro suida,23 - cent		
Cont Endereco.: ro		
CEP Remetente.: 58140-000		
Cidade Remet.: AREIAL		
UF Remet.: PB		
SEDEX DPVAT ESPELHO	1	74,75*
Valor do Porte(R\$)...	74,75	
Cep Destino: 20011-904 (RJ)		
Peso real (KG).....:	0,395	
Peso Tarifado: .....	0,395	
OBJETO.: DYO15321531BR		

*De posse  
Postagem*

Postagem ocorrida após o horário limite de postagem (DH), será acrescido 1 (um) dia útil ao prazo padrão de entrega

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$)

98,01

Valor Declarado não solicitado(R\$)  
No caso de objeto com valor,  
utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATARAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima  
Prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante  
apresentação de fatura. Os valores constantes  
deste comprovante poderão sofrer variações de  
acordo com as cláusulas contratuais

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
Ass. Responsável: \_\_\_\_\_

Postagem ocorrida após o horário limite de postagem (DH), será acrescido 1 (um) dia útil ao prazo padrão de entrega

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LI 6538/78

Ganhe tempo!  
Baixe o APP de Pre-Atendimento dos Correios  
Tenha sempre em mãos o número do ID Tiquete  
deste comprovante, para eventual contato com  
os Correios.

VIA CELULAR



Scanned with  
CamScanner

GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

Jesuca da Silva Sua  
R

Use

(01) Diprospan 100 mg — 01x  
Tres doses de 6h cada

(02) Xarope wy — 01x  
Tres doses de 12 horas

(03) Anticez 200 — 01x  
Tres doses de 12 horas

MOD. 00

— / —  
Data

Médico



Scanned with  
CamScanner



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

CNPJ: 08.778.268/0001-60 | AV. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas - CEP 58432-809 / Campina Grande - PB

## RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Endereço:

Idade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone:

Paciente: Josileide Barbosa Guimarães

Endereço: Fl. Dom J. S.

Escreção: A

Data: 07/10/2013

### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident:

Órg. Emissor:

End:

Idade:

UF:

Telefone:

Scanned with

CamScanner

### 1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Drogaria

### 2ª VIA - Orientação ao Paciente

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura do Médico

### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Valmir Ferreira de Sousa Neto

FARMACEUTICO GENERALISTA

CRF - 4726

Assinatura do Farmacêutico

Telefone:

DATA:

Telefone:

DATA: 07/10/13





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

CNPJ 08 / 78 268/0001-60 | AV. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas - CEP 58432-809 / Campina Grande - PB

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

Nome Completo: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ CRM-PB 9900 UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

*Dr. Everlan Meira*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9900

**1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Drogaria**

**2ª VIA - Orientação ao Paciente**

*Dr. Everlan Meira*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9900

**Assinatura e Carimbo do Médico**

Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: \_\_\_\_\_

Data: 15 / 05 / 20 \_\_\_\_\_

**Assinatura do Médico**

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Nome: \_\_\_\_\_

Ident: \_\_\_\_\_ Órg. Emissor: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

**Assinatura do Farmacêutico**

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

MOD 083

Scanned with  
CamScanner





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

CNPJ: 08.778.268/0001-60 | AV. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas - CEP 58432-809 / Campina Grande - PB

## RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ CRM-PB 9900  
Ortopedia e Traumatologia

Telefone: \_\_\_\_\_ D. Eulerlan Metra

1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Drogaria

2ª VIA - Orientação ao Paciente

CRM-PB 9900  
Ortopedia e Traumatologia  
D. Eulerlan Metra

Assinatura e Carimbo do Médico

Paciente: *Lisiane da Costa Souza*

Endereço: *Rua das Flores, 123 - Centro*

Prescrição: *Medicamento Sodio*

*Tomar 04 Tabletes diariamente*

*200mg dia*

Data: *05/05/2019*

Assinatura do Médico

### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

Ident: \_\_\_\_\_ Órg. Emissor: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

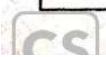
### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

MOD 083



Scanned with

CamScanner

 <p><b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b>  Guia de Recolhimento de Custas e Taxas  Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via da parte)
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b>	<b>Classe Processual:</b>	<b>Número do boleto:</b> 017.4.20.00046/01
	Esperança	PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CIVE...	<b>Data de emissão:</b> 28/01/2020
<b>Número da guia:</b> 017.2020.600046 <b>Tipo da Guia:</b> Custas Prévias			<b>Data de vencimento:</b> 31/01/2020
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 1.018,40 <b>Promovente:</b> JÉSSICA DA ROCHA SILVA - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,92
			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 1.019,75
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
 <p>866200000101 197509283184 520200131016 742000046018</p>			<b>Valor final:</b> R\$ 1.019,75

 <p><b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b>  Guia de Recolhimento de Custas e Taxas  Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do processo)
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b>	<b>Classe Processual:</b>	<b>Número do boleto:</b> 017.4.20.00046/01
	Esperança	PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CIVE...	<b>Data de emissão:</b> 28/01/2020
<b>Número da guia:</b> 017.2020.600046 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<b>Data de vencimento:</b> 31/01/2020
<b>Promovente:</b> JÉSSICA DA ROCHA SILVA <b>Promovido:</b> SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,92
<b>Detalhamento:</b>			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 1.019,75
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
			<b>Valor final:</b> R\$ 1.019,75

 <p><b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b>  Guia de Recolhimento de Custas e Taxas  Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do banco)
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b>	<b>Classe Processual:</b>	<b>Número do boleto:</b> 017.4.20.00046/01
	Esperança	PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CIVE...	<b>Data de emissão:</b> 28/01/2020
<b>Número da guia:</b> 017.2020.600046 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<b>Data de vencimento:</b> 31/01/2020
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 1.018,40 <b>Promovente:</b> JÉSSICA DA ROCHA SILVA - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,92
			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 1.019,75
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
 <p>866200000101 197509283184 520200131016 742000046018</p>			<b>Valor final:</b> R\$ 1.019,75





Poder Judiciário do Estado da Paraíba  
Tribunal de Justiça  
Sistema de Custas Online

**Guia de Custas Prévias**

**Nº Guia:** 017.2020.600046

**Data Vencimento:** 31/01/2020

**Data Emissão:** 28/01/2020

**Comarca:** Esperanca

**Classe:** PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CIVEL - CIVEL - 436

**Promovente:** JÉSSICA DA ROCHA SILVA

**Promovido:** SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT

**Valor da Causa:** R\$ 13.811,77

**Despesas Processuais:** R\$ 0,00

**Custas:** R\$ 1.018,40

**Taxa:** R\$ 0,00

**Total da Guia:** R\$ 1.018,40

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

---

Servidor

**APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLOAMENTO DA AÇÃO.**



Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 28/01/2020 15:58:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815582409000000026783979>  
Número do documento: 20012815582409000000026783979

Num. 27762399 - Pág. 2



**Poder Judiciário da Paraíba  
2ª Vara Mista de Esperança**

Processo: 0800088-85.2020.8.15.0171

AUTOR: JESSICA DA ROCHA SILVA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

*Vistos, etc.*

O artigo 5º, LXXIV, da Constituição Federal, dispõe que “*o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos*”.

A declaração de pobreza, por sua vez, estabelece mera presunção relativa da hipossuficiência, que cede ante outros elementos que sirvam para indicar a capacidade financeira, cabendo, neste caso, à parte interessada comprovar a condição de hipossuficiência, sob pena de indeferimento.

No caso, há elementos suficientes para afastar a presunção de pobreza, haja vista que, embora a contratação de Advogado, por si só, não seja suficiente para impedir a concessão do benefício pleiteado, tal fato, associado à profissão da parte Autora – Técnica em Enfermagem - denota a possibilidade de custeio das despesas processuais.

Antes de indeferir o pedido, contudo, convém facultar aos interessados o direito de provar a impossibilidade de arcar, sem o seu próprio prejuízo ou de sua família, com as custas e despesas do processo (art. 99, § 3º, CPC).

Portanto, **intime-se** a parte autora para, **no prazo de 15 (quinze) dias, comprovar** o preenchimento dos pressupostos legais para a concessão da gratuidade requerida.

Cumpra-se.

**Esperança/PB, data e assinatura eletrônicas.**



Assinado eletronicamente por: IEDA MARIA DANTAS - 17/02/2020 22:39:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021520511513300000027312127>  
Número do documento: 20021520511513300000027312127

Num. 28321502 - Pág. 1

**Iêda Maria Dantas**  
*Juíza de Direito em substituição*



Assinado eletronicamente por: IEDA MARIA DANTAS - 17/02/2020 22:39:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021520511513300000027312127>  
Número do documento: 20021520511513300000027312127

Num. 28321502 - Pág. 2



**Poder Judiciário da Paraíba  
2ª Vara Mista de Esperança**

Processo: 0800088-85.2020.8.15.0171

AUTOR: JESSICA DA ROCHA SILVA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

*Vistos, etc.*

O artigo 5º, LXXIV, da Constituição Federal, dispõe que “*o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos*”.

A declaração de pobreza, por sua vez, estabelece mera presunção relativa da hipossuficiência, que cede ante outros elementos que sirvam para indicar a capacidade financeira, cabendo, neste caso, à parte interessada comprovar a condição de hipossuficiência, sob pena de indeferimento.

No caso, há elementos suficientes para afastar a presunção de pobreza, haja vista que, embora a contratação de Advogado, por si só, não seja suficiente para impedir a concessão do benefício pleiteado, tal fato, associado à profissão da parte Autora – Técnica em Enfermagem - denota a possibilidade de custeio das despesas processuais.

Antes de indeferir o pedido, contudo, convém facultar aos interessados o direito de provar a impossibilidade de arcar, sem o seu próprio prejuízo ou de sua família, com as custas e despesas do processo (art. 99, § 3º, CPC).

Portanto, **intime-se** a parte autora para, **no prazo de 15 (quinze) dias, comprovar** o preenchimento dos pressupostos legais para a concessão da gratuidade requerida.

Cumpra-se.

**Esperança/PB, data e assinatura eletrônicas.**



Assinado eletronicamente por: IEDA MARIA DANTAS - 17/02/2020 22:39:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021520511513300000027312127>  
Número do documento: 20021520511513300000027312127

Num. 28382912 - Pág. 1

**Iêda Maria Dantas**  
*Juíza de Direito em substituição*



Assinado eletronicamente por: IEDA MARIA DANTAS - 17/02/2020 22:39:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021520511513300000027312127>  
Número do documento: 20021520511513300000027312127

Num. 28382912 - Pág. 2

SEGUE EM PDF



Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 18/02/2020 17:48:39  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021817483532300000027394206>  
Número do documento: 20021817483532300000027394206

Num. 28409164 - Pág. 1

JOSILEIDE BARBOSA - OAB/17136

**EXCELENTESSIMO(A) SENHOR(A) DR.(A) JUIZ (A) DA\_\_\_\_ VARA  
MISTA DA COMARCA DE ESPERANÇA-PB.**

**Processo:**

**JÉSSICA DA ROCHA SILVA**, devidamente qualificada no processo em epígrafe, vem por sua advogada legalmente constituída, expor para em seguida requerer:

1- Em despacho exarado no ID 28321502, Vossa Excelência determinou que fosse comprovada a renda da Autora, tendo em vista, que no vosso entendimento o profissional de técnico em enfermagem possui renda suficiente para se manter e pagar custas processuais.

2- Em resposta, inicialmente cumpre esclarecer ao juízo que no processo consta a devida comprovação da renda da autora (ID 27761915), que é R\$ 1.037,50 (mil e trinta e sete reais e cinquenta centavos). Cujo valor mal dá para manter a si e aos dois filhos menores.

**INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL**  
Histórico de Créditos

Página 1 de 1  
27/05/2019 12:00:27

Identificação do Filiado								
NIT: 180.51972.40-5	CPF: 095.100.174-42	Data de Nascimento: 26/09/1991						
Nome: JESSICA DA ROCHA SILVA								
Nome da mãe: JOSICLEIDE DA ROCHA SILVA								
Compet. Inicial: 04/2019		Compet. Final: 05/2019						
Créditos do Benefício								
NB: 6278297527								
Espécie: 31 - AUXILIO-DOENCA PREVIDENCARIO								
APS: 13021030 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CAMPINA GRANDE - DINAMÉRICA								
Data de Início do Benefício (DIB): 18/05/2019		Data de Cessação do Benefício (DCB): 31/10/2019						
Data de Início do Pagamento (DIP): 18/05/2019		MR: R\$ 1.482,15						
Competência	Período	Valor Líquido	Meio de Pagamento	Status	Previsão do Pagamento	Data do Pagamento	Crédito Anulado	Isento IR
05/2019	18/05/2019 a: 31/05/2019	R\$ 1.038,00	CIMG - CARTAO MAGNETICO		04/06/2019		Não	Sim

Banco: 237 - BRADESCO DP: 794329 - CASAS BAIXAS LOJA 1705-BRADESCO EXPRESSO Ocasião: Divergência Cadastro/Crédito  
Data Cálculo: 20/05/2019 Origem: Concessão. Validade Início: 04/06/2019 Fim: 31/07/2019

Código	Descrição Rubrica	Válor
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERÍODO	R\$ 1.037,50

Av. Rio Grande do Sul 1345, Salas 305/306, Bairro dos Estados CEP: 58030-021, João Pessoa/PB.  
(83) 98802-0046, jk.advassessoria.juridica@gmail.com

1



JOSILEIDE BARBOSA - OAB/17136

Realmente o fato de haver sido constituído advogado particular, por si só, não é suficiente para impedir a concessão do benefício pleiteado. Até por que a Defensoria Pública, além de possuir pouquíssimos profissionais, não fazem atendimento à domicílio. E no presente caso, a autora ficou por longos meses acamada.

Com efeito, merece explicações: como ocorre no presente caso, há vários colegas advogados que diante de um quadro tão trágico como este advogam Pro bono. No presente caso o acidente foi gravíssimo, e a família (mãe e filhos) ficaram desamparados.

Tendo-se por cumprida a determinação judicial, requer a juntada do contrato de trabalho e reapresentação do Benefício social (auxílio doença)

Nestes termos, Pede Deferimento.

Esperança-PB, 18 de Fevereiro de 2020.

**JOSILEIDE BARBOSA DA ROCHA GUIMARÃES**

**OAB/PB 17136**



MINISTÉRIO DO TRABALHO  
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

210.57438.10-5

0655552

0040

PB

Josileide da Rocha Guimarães



Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 18/02/2020 17:48:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021817484184300000027394527>  
Número do documento: 20021817484184300000027394527

Num. 28409186 - Pág. 1

# QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

JESSICA DA ROCHA SILVA

FILIAÇÃO: FRANCISCO EDSON DA SILVA  
JOSICLEIDE DA ROCHA SILVA  
NASCIMENTO: 26/09/1991  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
SEXO: FEMININO  
NATURALIDADE: ESPERANÇA - PB  
DOCUMENTO: C. I. 3473171 02/08/2008 SSDS PB  
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995  
CPF: 085.100.174-42  
TIT. ELEITOR:  
SEÇÃO:  
ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: GRTE/PB - 14/08/2012

S.145  
Poderá ser utilizada para fins de identificação e autenticação.  
Este documento é válido por 10 (dez) anos.



## CONTRATO DE TRABALHO



Empregador: Cesed - Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento Ltda.

CNPJ/MF: 02.108.023/0001-40  
Av: Senador Argemiro de Figueiredo, 1901 - Itararé

Município: Campina Grande Est. PB

Esp. do Estabelecimento: ENSINO SUPERIOR

Cargo: TEC ENFERMAGEM

Data admissão: 09/08/2012 C.B.O N°: 3222-05

Registro N°: 16.103 Fls./Ficha: 1.278

Remuneração Especificada: R\$668,65 (Seiscentos e sessenta e oito reais e sessenta e cinco centavos) Por mês.

Domicio Diniz  
GER. RECURSOS HUMANOS

DATA DE SAÍDA ..... DE ..... DE .....

ANEXO DE INFORMAÇÕES DA CONDIÇÃO TESTEMUNHA:

COM. DISPENSA C.D.N.

FGTS N.º DA CONTA:

07



Assinado eletronicamente por: Josileide Barbosa da Rocha Guimarães - 18/02/2020 17:48:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021817484184300000027394527>  
Número do documento: 20021817484184300000027394527

Num. 28409186 - Pág. 3



INSTITUTO NACIONAL DO  
SEGURIDADE SOCIAL  
Instituto Nacional do Seguro Social

INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL  
Histórico de Créditos

Página 1 de 1

Identificação do Filiado

27/05/2019 12:00:27

NIT: 160.51972-40-5 CPF: 095.100.174-42 Data de Nascimento: 26/09/1991

Nome: JESSICA DA ROCHA SILVA

Nome da mãe: JOSICLEIDE DA ROCHA SILVA

Compet. Inicial: 04/2019

Compet. Final: 05/2019

Créditos do Benefício

NB: 6278297527

Espécie: 31 - AUXILIO-DOENCA PREVIDENCARIO

APS: 13021030 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CAMPINA GRANDE - DINAMÉRICA

Data de Início do Benefício (DIB): 10/05/2019

Data de Início do Pagamento (DIP): 10/05/2019

Data de Cessação do Benefício (DCB): 31/10/2019  
MIR: R\$ 1.482,15

Competência	Período	Valor Líquido	Meio de Pagamento	Status	Previsão do Pagamento	Data do Pagamento	Crédito	Invalidado	Isento IR
05/2019	10/05/2019 a 31/05/2019	R\$ 1.038,00	CMG - CARTAO MAGNETICO		04/06/2019		Não		Sim

Banco: 237 - BRADESCO OP: 794329 - CASAS BAHIA LOJA 1705-BRADESCO EXPRESSO Occorrência: Divergência Cadastroamento/Crédito  
Data Cálculo: 20/05/2019 Origem: Concessão. Validade Início: 04/06/2019 Fim: 31/07/2019

Código	Descrição Rubrica	Valor
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERÍODO	R\$ 1.037,50
137	ADJANTAMENTO P/ARREDONDAMENTO DO CREDITO	R\$ 0,50
316	SALDO DEVEDOR ARREDONDAMENTO DE CREDITOS	R\$ 0,50



Você pode conferir a autenticidade do documento em  
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>  
com o código 1905272EMCS679



**Poder Judiciário da Paraíba  
2ª Vara Mista de Esperança**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800088-85.2020.8.15.0171

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Defiro os benefícios da justiça gratuita.

Em que pese o contido no art. 334, do CPC, tem-se que a prática forense tem revelado que a demandada não costuma promover autocomposição, antes da realização da prova pericial.

Desse modo, torna-se infrutífera a designação de audiência de conciliação, quando já visualizada a sua não realização. Ademais, a designação desse ato, quando improvável a sua realização, atenta frontalmente contra o princípio da celeridade processual. Assim, deixo de designar a dita audiência.

Nesse passo, CITE-SE o réu para que, no prazo de 15 (quinze) dias, apresente resposta.

Esperança/PB, data e assinatura eletrônicas.

**IÊDA MARIA DANTAS**

**Juíza de Direito**



Assinado eletronicamente por: IEDA MARIA DANTAS - 27/02/2020 10:13:51  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022114372814800000027496663>  
Número do documento: 20022114372814800000027496663

Num. 28519071 - Pág. 1



**ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA  
2ª Vara Mista de Esperança**

---

PROCESSO Nº 0800088-85.2020.8.15.0171

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
[ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: JESSICA DA ROCHA SILVA  
RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

**CITAÇÃO - INTIMAÇÃO**

De ordem da MM. Juíza de Direito desta Comarca, Dra. Iêda Maria Dantas, estamos citado o réu, SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, para que, no prazo de 15 (quinze) dias (art. 183 c/c art. 335, ambos do CPC), apresente resposta. Bem como, intimando-o de todo conteúdo do despacho inicial cuja cópia segue em anexo.

ESPERANÇA-PB, 27 de março de 2020.

Analista/Técnico Judiciário

RENATA CRISTINA MARTINS H LEITE



Assinado eletronicamente por: RENATA CRISTINA MARTINS HENRIQUES - 27/03/2020 12:33:02  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032712330156400000028368367>  
Número do documento: 20032712330156400000028368367

Num. 29464124 - Pág. 1