



Número: **0800433-24.2018.8.15.0041**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Alagoa Nova**

Última distribuição : **11/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
NIVALDO CAMILO DA SILVA (AUTOR)		ISRAEL DE SOUZA FARIAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
17151183	11/10/2018 23:03	Petição Inicial	Petição Inicial
17151186	11/10/2018 23:03	ADM.	Outros Documentos
17151187	11/10/2018 23:03	ADM	Outros Documentos
17151188	11/10/2018 23:03	Documento.Procuração	Outros Documentos
17151189	11/10/2018 23:03	PRONTUARIO.....	Outros Documentos
17151190	11/10/2018 23:03	PRONTUARIO.....	Outros Documentos
17151191	11/10/2018 23:03	PRONTUARIO.....	Outros Documentos
17151193	11/10/2018 23:03	PRONTUARIO.....	Outros Documentos
17151196	11/10/2018 23:03	PRONTUARIO.....	Outros Documentos
17151195	11/10/2018 23:03	PRONTUARIO.....	Outros Documentos
17151197	11/10/2018 23:03	PRONTUARIO.....	Outros Documentos
17151199	11/10/2018 23:03	PRONTUARIO....	Outros Documentos
17151200	11/10/2018 23:03	PRONTUARIO...	Outros Documentos
17151201	11/10/2018 23:03	PRONTUARIO..	Outros Documentos
17151203	11/10/2018 23:03	PRONTUARIO.	Outros Documentos
17151205	11/10/2018 23:03	PRONTUÁRIO	Outros Documentos
18824193	25/01/2019 11:07	Despacho	Despacho
30097611	23/04/2020 14:01	Expediente	Expediente
30097612	23/04/2020 14:01	Expediente	Expediente

Excelentíssimo Senhor Doutor Juiz de Direito da Vara Única da Comarca De Alagoa Nova – PB

NIVALDO CAMILO DA SILVA, brasileiro, solteiro, desempregado, portador da cédula de identidade nº 2.431.990 SSP/PB, inscrito no cadastro de pessoa física do Ministério da Fazenda sob o nº 068.994.094-70, Fone: (83) 98151-7366 residente e domiciliada a Rua Cicero Matias de Medeiros, 70, Nossa Senhora Aparecida, Alagoa Nova/PB, CEP: 58125.000, por seu advogado legalmente constituído, conforme procuração em anexo, vem, muito respeitosamente à presença de Vossa Excelência, propor

AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT c/c REPARAÇÃO DE DANOS

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- DPVAT, podendo ser citada através de seu representante legal na Rua Senador Dantas nº 74, 5º andar, Rio de Janeiro-RJ, CEP- 20.031.205, CNPJ: 09.248.608/0001-04, pelos motivos de fato e de direito a seguir expostos:

1. 1. DA JUSTIÇA GRATUITA

Inicialmente, faz-se necessário pedir o deferimento referente ao benefício da assistência judiciária gratuita, por se tratar a parte de pessoa carente de recursos financeiros para custear a demanda processual, nos moldes do artigo 98 do NCPC. Portanto, para que a Promovente goze do direito da assistência judiciária gratuita que ora lhe assiste, basta o requerimento formulado junto à exordial, ficando a cargo da parte adversa o ônus de provar que o alegado em juízo pelo autor da demanda não corresponde à verdade.

2. DOS FATOS

O autor foi vítima de acidente automobilístico em via terrestre no dia 01 de Dezembro de 2017, aproximadamente às 20h40min, conduzia um veículo tipo motocicleta pelo Bairro do Mutirão, próximo ao matadouro público municipal, na cidade de Alagoa Nova/PB, quando perdeu o controle da direção ao passar por um quebra molas não sinalizado e acabou perdendo o controle da motocicleta e caiu ao solo, sofrendo ferimentos graves. Conforme Certidão de Ocorrência Policial fornecida pela 2ª Delegacia de Polícia Civil de Campina Grande - PB, a vítima conduzia o veículo HONDA/CG 150 JOB, cor vermelha, ano/modelo 2008/2008, placa MOJ-3925/PB, CHASSI 9C2KC08308R011107, licenciada em nome de Helio Ferreira da Silva.

Após o acidente, o autor foi conduzido para o Hospital Sofia de Castro Costa, que devido a gravidade dos ferimentos foi transferido para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de



Campina Grande/PB, onde após o atendimento médico foi constatado que o mesmo sofreu FRATURA NA CLAVÍCULA DIREITA, onde foi submetida a tratamento cirúrgico. O requerente foi submetido à intervenção cirúrgica devido a FRATURA NA CLAVÍCULA DIREITA. Cujo procedimento cirúrgico comprometeu as funções do respectivo membro.

3. DO DIREITO

O Seguro DPVAT é disciplinado pela Lei nº 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, que assegura o recebimento de indenização às vítimas de acidente de trânsito nos casos de morte, invalidez permanente, e/ou para as vítimas que recebam cuidados médicos e gastos com medicamentos.

Segue abaixo o teor do art. 3º da Lei nº 6.194/74:

“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 suplementar, nos valores e conforme as regras que seguem, por pessoa vitimada”.

I – R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) no caso de morte;
II – até 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de invalidez permanente; e
III – até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais como reembolso a vítima no caso de despesas de assistências médicas e suplementares devidamente comprovadas).

De acordo com o artigo supratranscrito, a lei assegura o direito de receber a título de indenização como prêmio desse seguro o valor mencionado conforme o tipo de dano suportado pelo acidentado e neste sentido deve a seguradora ser condenada a indenizá-la pelo seguro obrigatório.

Dispõe a Lei 6.194/74, que o valor referente ao pagamento da indenização do seguro DPVAT deverá seguir o que reza no Art. 3º da referida lei que dispõe sobre o quantum deverá ser pago em caso de morte ou invalidez permanente. Logo, como o requerente ficou invalido deverá receber o valor total da indenização, e não o pagamento parcial e o art. 5º da Lei nº 6.194/94 é extremamente claro ao elencar a possibilidade de indenização.

Segue abaixo o teor do referido art. 5º da Lei nº 6.194/94:

“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. ”

É entendimento já pacificado pela jurisprudência pátria que o pagamento do referido seguro deverá ser efetuado por qualquer seguradora privada integrante do consórcio instituído pela resolução 1/75 do CNSP.

Assim estabelece o presente julgado:

EMENTA: FACULDADE DE ESCOLHA DA SEGURADORA FINALIDADE DO VEICULO IRRELEVANTE. Qualquer seguradora responde pelo pagamento da indenização do seguro obrigatório, pouco importando a condição do veículo e a finalidade a que se destina, defeso tornar se a imposição – de limites por Resolução. (Acórdão nº 2.115/01, proferido nos autos do Recurso nº 926/01, publicado do DJ – MA em 06/07/01).

Tornando desta forma inviável qualquer tipo de alegação da parte promovida de que não seja responsável ao pagamento da indenização do seguro obrigatório devido ao promovente, ocasionado por acidente de veículo que resultou em sua invalidez permanente.



Os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, amoldando-se perfeitamente à condição para recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:

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

Insta salientar que o autor deu entrada administrativamente junto à Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT, tendo seu pedido pago parcialmente no valor de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), razão pela qual está requerendo via judicial.

DOS JUROS MORATORIOS

A Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) aplicou o entendimento, já consolidado na Súmula 54, de que os juros moratórios fluem a partir do evento danoso, em caso de responsabilidade extracontratual.

Acontece que o valor da indenização decorrente do DPVAT, não pode ficar a critério da demandada, visto que, se existe uma norma que regula os valores da indenização estas devem ser respeitadas.

DA PERÍCIA

Como meio de provar todo o alegado, a requerente fica a disposição para submeter – se aos testes necessários para a devida comprovação da sua invalidez permanente decorrente do acidente de veículo. Deste modo, recorreremos ao Poder Judiciário com a esperança de resolução desta causa.

Importante salientar que se tem um convênio 15/2014 firmado entre o TJPB e a SEGURADORA LÍDER em relação a perícia médica.

4. DO PEDIDO

Diante de todo o exposto, requer a Vossa Excelência, com fundamento no art. 186 do Código Civil c/c os Art. 3º e 5º da Lei 6.196/74 a total procedência da presente ação bem como:

1. Defira a assistência judiciária gratuita, nos termos do artigo 98 do NCPC, por não dispor o autor de recursos suficientes para o custeio deste processo, sem que seja comprometido o seu sustento, bem como o de sua família;

2. Para que, no prazo legal, apresente, se entender, a contestação, sob pena de revelia;

3. Atendendo ao disposto no artigo [319](#), inciso [VII](#) do [NCPC](#), o autor **informa que não possui interesse na realização de audiência de conciliação ou mediação**

4. Protesta e requer o deferimento de produção de todas as provas admitidas em juízo, notadamente de provas testemunhais que serão arroladas em momento oportuno e comparecerão a audiência de instrução e julgamento independentemente de intimação e, em especial, a produção de prova pericial a ser operada pelo Instituto de Medicina Legal ou equiparado, observando-se ainda o convênio 15/2014 firmado entre o TJPB e a SEGURADORA LÍDER.



5. NO MÉRITO, após exaurido o devido processo legal e comprovado por prova pericial a debilidade do autor, incline-se em JULGAR PROCEDENTE o pleito para condenar a Seguradora Líder ao pagamento do Seguro Obrigatório do DPVAT no valor de **R\$ 12.656,25 (doze mil, seiscientos e cinquenta e seis reais e vinte e cinco centavos)** ou por parâmetro da debilidade comprovada pela perícia médica (STF. ARE 704.520/RG), tudo por ser medida de acerto e de distribuição de justiça;

6. Nos termos do art. 85 § 2º DO NCPC, com estrita, arbitre os honorários advocatícios devidos ao causídico, em valor condizente ao trabalho realizado e sobre total da condenação.

Dá-se à causa o valor de **R\$ 12.656,25 (doze mil, seiscientos e cinquenta e seis reais e vinte e cinco centavos)**.

Nestes termos, pede deferimento.

Alagoa Nova – PB, 11/10/2018.

ISRAEL DE SOUZA FARIAS
OAB/PB nº 25.670

QUESITOS PARA INFORMAÇÃO SOBRE INVALIDEZ PERMANENTE

Conforme o Código de Ética Médica nos seus artigos 59; 83; 102; 112, Para fins de perícia médico-legal e no resguardo dos interesses da Justiça e do próprio paciente, presta as seguintes informações:

PACIENTE:_____.

1) O PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA ____ / ____ / ____, por volta das _____ horas, apresentando ferimento produzido por ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

2) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE PERIGO DE VIDA (), de que forma?

3) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE SEQÜELAS PERMANENTES, QUANTIFICAR A INVALIDEZ DO PONTO DE VISTA FUNCIONAL? (MENCIONAR O MEMBRO, SENTIDO ÓRGÃO OU FUNÇÃO PERMANENTEMENTE DEBILITADOS):_____

4) EXISTEM SEQUELAS RESIDUAIS ? :



5) SE A INVALIDEZ OU DEBILIDADE DO AUTOR É EM GRAU - MÍNIMO, MÉDIO, OU,
G R A V E ? :

Sem mais, em ____/____/____.

(assinatura – carimbo – CRM)



Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: NIVALDO CAMILO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180323713

Vítima: NIVALDO CAMILO DA SILVA

Data do Acidente: 01/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180323713**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01021/01022 - carta_09 - INVALIDEZ



Carta nº 13460671



Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180323713 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA NIVALDO CAMILO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Mapfre Vera Cruz Seguradora S/A #624

BENEFICIÁRIO NIVALDO CAMILO DA SILVA

CPF/CNPJ: 06899409470

Posição em 11-10-2018 21:06:28

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique [Aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
21/08/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75



NIVALDO CAMILO DA SILVA
RUA CICERO MATIAS DE MEDEIROS, 70 - N SRA APARECIDA
ALAGOA NOVA / PB CEP 58125000 (AG 71)

Emissão 11/09/2018 Referência Set / 2018

Classe/Subcls RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFASICO Br230, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-630
Roteiro 5 - 77 - 606 - 1740 Nº medidor: 00008907335

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ09.095.183/0001-40 Insc Est 16.015.623-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº012.117.082
Cód. para Déb. Automático:00002413417

Atendimento ao Cliente ENERGISA 800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2018	11/09/2018	10/10/2018	689.940.947-0 Insc Est

UC (Unidade Consumidora): 5/241341-7

Canal de contato

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

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
13/08/18	631	11/09/18	721	90

Demonstrativo									
CCF	Descrição	Quantidade	Tarifa C	Valor Base Calc	Alug	ICMS(R\$)	Base Calc	Pis(R\$)	Outros(R\$)
Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS Pis/Cofins(R\$) (0,8069%) (3,7164%)									
0601	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,257490	7,72	7,72	25	1,93	7,72	0,06
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	60,000	0,441420	26,48	26,48	25	6,62	26,48	0,21
0601	Adic. B Vermelha			3,27	3,27	25	0,81	3,27	0,02
0610	Subsídio			37,16	37,16	25	9,29	37,16	0,31
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0907	CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			0,79	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0906	Devolução Subsídio			-26,19	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCF	Código de Classificação do Item	TOTAL	49,23	74,63	19,65	74,63	0,60	2,77
-----	---------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

Média últimos meses (kWh) SE
VENCIMENTO 18/09/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 49,23

Scanned by CamScanner





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.431.990 -2 VIDE DATA DE EXPEDIÇÃO 19/09/2012

NOME NIVALDO CAMILO DA SILVA

FILIAÇÃO SEVERINO HERMANO DA SILVA
MARIA LUCIENE CAMILO DA SILVA

NATURALIDADE ALAGOA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 28/12/1978

DOC ORIGEM
NASC.N. 6498 FLS. 86.V LIV. A. 07
CARTÓRIO ALAGOA GRANDE-PB
CPF 068.994.094-70

Assinatura: [Assinatura]

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS -

R. Raimundo Nonato de Araujo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 33-310-3019
OCORRÊNCIA Nº 000453/18

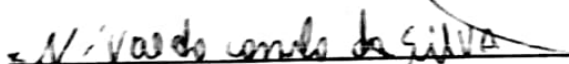
CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000453/18 registrada em 26/06/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e seis dias do mês de junho do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - CG, quando encontrava-se presente a Bela JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 09:34 horas, compareceu o Sr. NIVALDO CAMILO DA SILVA, com 39 anos de idade, filho de SEVERINO HERMANO DA SILVA e MARIA LUCIENE CAMILO DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de ALAGOA GRANDE - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 2.431.990-2ª VIA, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 06899409470, residindo à rua CÍCERO MATIAS DE OLIVEIRA, 70, bairro CENTRO, na cidade de ALAGOA NOVA - PB.

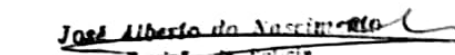
Declarou que:

Informa o declarante, que por volta das 20h40min do dia 01.12.2017, estava trafegando pelo Bairro Mutirão, próximo ao matadouro público de /PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 JOB, ano/modelo 2008/2008, de cor vermelha, chassi nº 9C2KC08308R011107, de placa MOJ-3925/PB, licenciada em nome de Helio Ferreira da Silva, quando perdeu o controle de direção ao passar por um quebra molas não sinalizado e acabou caindo ao solo, sofrendo trauma no ombro direito, sendo socorrido para o hospital Sofia de Castro Costa e posteriormente transferido para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme prontuário médico em anexo; Que, os Policiais Militares do BPTran não compareceram ao local para realizar os levantamentos técnicos; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e pouca luminosidade, não encontrando-se o declarante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou fé.

Campina Grande, Terça-feira, 26 de Junho de 2018


NIVALDO CAMILO DA SILVA

Declarante


JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

Scanned by CamScanner



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: NIVALDO CAMILO DA SILVA, Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
Profissão: Desempregado **Identidade:** 2.431.990 **CPF:** 068.994.094-70
Endereço: Rua Cícero Matias de Medeiros, 70 – Nossa Senhora Aparecida,
Alagoa Nova – PB CEP: 58125-000.

Outorgado: ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na
OAB/PB sob nº 25.670, com escritório profissional na Rua Manoel Araújo,
nº 70, Centro, Alagoa Nova-PB, CEP: 58125.000, Endereço Eletrônico:
israelfariasadv@gmail.com, fone: (83) 98116.7741, (83) 99631.8671;

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu bastante procurador o advogado supra, a quem confere amplos e gerais poderes para o foro em geral com a cláusula "ad Judicia", conforme art. 38 parte final do CPC, **COM FIM ESPECIAL DE ENTRAR NA JUSTIÇA COMUM COM AÇÃO DE COBRANÇA PARA FINS DE RECEBIMENTO DO SEGURO DPVAT.** Podendo o outorgado, confessar, assinar, desistir, propor acordo, receber intimações, dar quitações, transigir, apresentar réplica, oposições, firmar, apresentar recurso e contra razões, e ainda requerer seguro de vida, junto bem como, subestabelecer esta com ou sem reservas de poderes, podendo e acompanhar todo processo até o final do julgamento, representado ainda o outorgante, para fins dos dispostos dos artigos 447 e 448 do Código de Processo Civil, podendo finalmente, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. **Os honorários advocatícios, em não havendo contrato que os regule, serão pagos a base de 30% (trinta por cento), sobre o valor da condenação final, apurado em liquidação de sentença, sem prejuízo dos honorários de sucumbências, conforme aqui pactos através do presente Instrumento.**

Alagoa Nova /PB, 11 / 10 / 2018.

Nivaldo Camilo da Silva
OUTORGANTE

Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 11/10/2018 23:02:04
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18101122590408600000016703549
Número do documento: 18101122590408600000016703549

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Por este instrumento particular de **CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**, figurando como **CONTRATANTE**,
IVALDO CAMILO DA SILVA, Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Desempregado
Identidade: 2.431.990 CPF: 068.994.094-70 Endereço: Rua Cícero Matias de Medeiros, 70 - Nossa
Senhora Aparecida, Alagoa Nova - PB CEP: 58125-000;

E como **CONTRATADO**, o **ADVOGADO**, O Bel **ISRAEL DE SOUZA FARIAS**, brasileiro, inscrito na OAB/PB sob nº 25.670, com escritório profissional na Rua Manoel Araújo, nº 70, Centro, Alagoa Nova-PB, CEP: 58125.000, Endereço Eletrônico: israelfariasadv@gmail.com, fone: (83) 98116.7741, (83) 99631.8671, têm entre si, justo e contratado, o que mutuamente aceitam e outorgam, mediante as cláusulas e condições seguintes:

1 - DO SERVIÇO JURÍDICO: O CONTRATADO, em face do presente instrumento contratual obriga-se a IMPETRAR NA JUSTIÇA COMUM, AÇÃO DE COBRANÇA PARA FINS DE RECEBIMENTO DE SEGURO DPVAT face a sinistro de trânsito;

2 - DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS: Pelos serviços prestados e especificados na cláusula 1, o CONTRATADO, receberá a título de honorários, 30% (TRINTA POR CENTO), sobre o valor bruto da condenação final, apurado em liquidação de sentença, sem prejuízo dos honorários de sucumbências (nos termos do art. 23 do EOAB, Lei 8.906/94), conforme aqui pactos através do presente Instrumento.

3 - DA AÇÃO JUDICIAL IMPETRADA: Fica estabelecido que, iniciados os serviços especificados na cláusula 1, são devidos os honorários contratados por completo neste instrumento, ainda que em caso de desistência por parte do CONTRATANTE, ou se for cassado o mandato do CONTRATADO sem sua culpa, ou ainda, por acordo do CONTRATANTE com a parte contrária, sem a devida aquiescência do CONTRATADO, podendo este exigir os honorários de imediato.

Parágrafo Primeiro: Fica estabelecido que em caso de serviços de cobrança ou de execução, ou ainda de qualquer outra natureza, em que o CONTRATADO receba verba ou importância em nome do CONTRATANTE, este desde já, autoriza àquele, descontar os honorários advocatícios, da verba ou importância recebida, ficando obrigado o CONTRATADO a reembolsar o CONTRATANTE no valor correspondente ao saldo remanescente.

4 - DISPOSIÇÕES GERAIS: O presente contrato, com natureza de título executivo extrajudicial, nos termos do art. 585, inciso II do Código de Processo Civil, obriga as partes e seus herdeiros e sucessores em todas as obrigações aqui assumidas;

5 - DO FORO DE ELEIÇÃO: As partes elegem o Foro da Comarca de Alagoa Nova-PB, como o competente para dirimir quaisquer dúvidas e/ou divergências que porventura venham a ocorrer em virtude do cumprimento do presente contrato, em detrimento de qualquer outro por mais privilegiado que se configure.

E, por estarem, assim, justos e contratados, firmam o presente instrumento, ASSINAM, na presença das testemunhas abaixo assinadas, que a tudo assistem.

Alagoa Nova - PB, 10 / 10 / 2018.

CONTRATANTE: Ivaldo Camilo da Silva

CONTRATADO: Israel de Souza Farias

TESTEMUNHAS: _____



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu NIVALDO CAMILO DA SILVA, Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
Profissão: Desempregado Identidade: 2.431.990 CPF: 068.994.094-70 Endereço: Rua Cícero
Matias de Medeiros, 70 - Nossa Senhora Aparecida, Alagoa Nova - PB CEP: 58125-000,
declaro, nos moldes do art. 1.º da Lei n.º 7.115, de 29 de agosto de 1983, com a finalidade de
obtenção do Benefício da Justiça Gratuita, conforme dispõe o art. 4.º da Lei n.º 1.060/50,
que minha situação econômica não me permite pagar custas processuais e honorários
advocatícios, sem prejuízos do meu sustento próprio e da minha família.

Alagoa Nova /PB, 11 de 10 de 2018.

Nivaldo camilo da Silva
Declarante



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Mivaldo Camila da Silva</u>			
IDADE: <u>38</u>	SEXO: <u>M</u>	F	DATA DE NASCIMENTO: / / às : h
SETOR: <u>amarela</u>		LEITO:	
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>fr. clavicular</u>			
ALERGIAS:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:
DOENÇA CRÔNICA:	SIM ☐	NÃO ☒	QUAIS:
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐	NÃO ☒	LOCAL:
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐	NORMOPOTENSO ☒	HIPERTENSO ☐
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☒	INCONSCIENTE ☐	ORIENTADO ☒
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO ☐	TAQUIPÊNICO ☐	EUPNÉICO ☒
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL ☒	POLÚRIA ☐	OLIGÚRIA ☐
MOBILIDADE:	DUSÚRIA ☐	CISTOSTOMIA ☐	ANÚRIA ☐
	DEÂMBULA ☒	DEÂMBULA C/ APOIO ☐	ACAMADO ☐
	TETRAPLEGIA ☐	HEMIAPLEGIA ☐	PARESIA ☐
SIST. GAS. ROINTEATINAL: (DIETA)	VO ☒	SNG ☐	SNE ☐
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒	DESNUTRIDO ☐	OBESO ☐
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:
			FC:
			PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
☐ RISCO DE QUEDA	CD/FR:		
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:		
☒ RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <u>proc. invasivos</u>		
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:		
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:		
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	☐ RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:	
☐ RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:		
☐ NÁUSEA	CD/FR:		
☐ DOR AGUDA	☐ DOR CRÔNICA	CD/FR:	
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:		
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:		
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	☐ ALIMENTAR-SE	☐ PARA BANHO	CD/FR:
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:		
☐	CD/FR:		
☐	CD/FR:		
☐	CD/FR:		
☐	CD/FR:		
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA		FR: FATOR RELACIONADO	
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
<u>Herla Hany da S. Cavalcanti</u> ENFERMEIRA COREN-PB 754.490			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<u>10 22</u>	
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
☐ INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.			
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).		<u>M T N</u>	
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		<u>sempre</u>	
☒ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RFI AÇIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA JIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.		<u>continua</u>	

MOD 125



[illegible]



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Nivaldo Cornelio de Silva		
End:	R. Cicero Martins Botelho, Bairro: Sapoeiro		
Data de Nascimento:	28/12/1976	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. de abd.	Data do Atend.:	01/12/17
		Hora:	22:11
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fúteis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

MOD. 110

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

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

Assinatura e carimbo do profissional





01/12/2017

HTCG-Panel Administrativo



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1554165

CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 01/12/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Sindja Mayres Gomes Soares

PACIENTE: NIVALDO CAMILO DA SILVA

CEP: 58125000

Nascimento: 28/12/1978

SILVA

Sexo: M

Telefone: 81517366

Cidade: Alagoa Nova

Idade: 038

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: MARIA LUCIENE CAMILO DA SILVA

RG: 2431990

Nº: 70

CPF: 06899409470

Profissão: SERVICOS GERAIS

Responsável: MARLENE CLEMENTINO DOS SANTOS

Data de Atendimento: 01/12/2017

CNS: 703409043682700

Estado Civil: União Estável

Hora: 22:17:34

CONVÊNIO: SUS

Motivo: QÜEDA DE MOTO

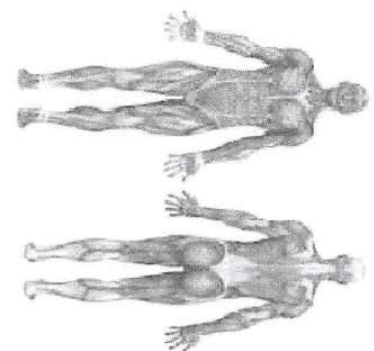
CRM:

Especialidade:

MÉDICA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalramento
9. Enfisema subcutâneo
10. Enxameamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injúria torácica Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Enfiado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Pericardite
33. Queimadura
34. Rino-orragia
35. Sinal de laqueamento
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

LAC 6-V

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

7-2

Oligoquiasia

trauma região intracraniana
2 curtos ⑤, queda de
pescoço.

Bar + linfocitos presentes.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ SatO2 _____

RAIO X
REALIZADO EM:
01/12/17

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia:
() Radiografias:
()

Eduardo Macedo de Souza
TEC. EM RADIOLOGIA
CRTR nº 012167

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ às _____ Dia _____

Especialista: _____ às _____ Dia _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº _____ PRESCRIÇÕES E CONDUTAS _____ HORÁRIO REALIZADO _____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

DR. VÂNIA MENEZES DINIZ ZAGAS
CRM-PB 6326

CIRURGIÃO DE ORELHA, NARIZ E GARGANTA

01/12/2017

HTCC-Panel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____hs.

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

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

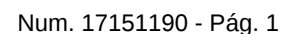
SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Nivaldo Camilo Registro: _____ Leito: 7-2 Setor Atual: Ort. 2

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

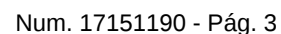
☒ Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM **LAC**

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: **Nivaldo Lima** Registro: **7** Leito: **2** Setor Atual: **orto II**

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

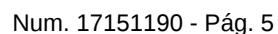
(x) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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



Experiment 11

Paciente	Niverson Gomes Jr Silva	Alojamento	Leito	Convênio
----------	-------------------------	------------	-------	----------

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
13/02	1) Dieta Livre. 2) Telos 500mg. 3) Bupirama 50 + 1000 6/6h 4) Nitro 20mg + 1000 12/12h 5) Colmapar 50 + 1000 2x 11/11h. 6) Constiva 100mg 7) Atorvastatina 20mg 8) Sirtaceo. 9) Tipiza 1500.	ct ct ct ct ct ct ct ct	12h 24h 24h 24h 24h 24h 24h 24h	# Admissões: Paciente ps-09. Lnc D. Há 2 meses vem el quadra da síndrome local. De forma progressiva de intensificação da sintoma. Neurologia
	1) Dieta Livre. 2) Telos 500mg. 3) Bupirama 50 + 1000 6/6h 4) Nitro 20mg + 1000 12/12h 5) Colmapar 50 + 1000 2x 11/11h. 6) Constiva 100mg 7) Atorvastatina 20mg 8) Sirtaceo. 9) Tipiza 1500.	ct ct ct ct ct ct ct	12h 24h 24h 24h 24h 24h 24h 24h	Paciente ps-09. Lnc D. Há 2 meses vem el quadra da síndrome local. De forma progressiva de intensificação da sintoma. Neurologia



72

১৮৮৬

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

JK

DIAGNÓSTICO

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
19	1. Dieta <i>forte</i> 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSV + CCGG		<i>J. DPO</i>
20	<i>Clinda 600mg 12/12h</i> <i>Cefaz 240mg + SSV 250-1 12/12h</i>		<i>San +</i> <i>Forte -</i> <i>na ve</i> <i>po: Soro</i>
			<i>alta hospitalar</i>



12/10/2018

12/10/2018

12/10/2018

JS

12/10/2018





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): NIVALDO CAMILO DA SILVA Protocolo: 0000371737 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): BRENO C TORRES Data: 02-12-2017 11:39 Origem: AREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 38 anos Destino: AREA AMARELA

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 02/12/2017 12:10]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	5.3 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	16,5 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	50 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	93 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	31 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	10.700 /mm ³	5.000 à 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	6,0	642
Segmentados.....	83,0	8.881
Eosinófilos.....	1,0	107
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	8,0	856
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	2,0	214
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	275.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Geraldo R. Fonseca Neto
Biomedico
CRBM 5010

Emissão : 02/12/2017 12:09 - Página 1 de 2





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	NIVALDO CAMILO DA SILVA	Protocolo:	0000371737	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	SEM IDENTIFICACAO MEDICA	Data:	02-12-2017 11:39	Origem:	AREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	38 anos	Destino:	AREA AMARELA

TEMPO DE COAGULACAO..... 6'30'' min

Resultados anteriores: 07/05/15: 8'00'' |

[DATA DA COLETA: 02/12/2017 12:11]

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 1'30''

Resultados anteriores: 07/05/15: 1'30'' |

[DATA DA COLETA: 02/12/2017 12:11]

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos


Geraldo R. Fonseca Neto
Biomédico
CRBM 5010

Emissão : 02/12/2017 12:09 - Página 2 de 2



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: Naivaldo Camilo da Silva

IDADE: 38 PRONTUÁRIO: 1554165

**Núcleo de Segurança do Paciente
TRAUMA - CG**

ANTES DA INCISÃO ▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA
CIRÚRGICA

PAUSA CIRÚRGICA

- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ✓
- SÍTIo CIRÚRGICO ✓
- PROCEDIMENTO A SER REALIZADO ✓
- CONSENTIMENTO ✓

- CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO

- O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

- ☒ O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

- ☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA
- ☐ OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO

- **REVISÃO DO CIRURGIÃO:** HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGÜÍNEAS? *1000, ± 150 ml, não*
- **REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:** HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO

- ☐ O PACIENTE POSSUI:

- ALERGIA CONHECIDA?**

- ## VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?

- SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL
RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML
(7 ML/KG EM CRIANÇAS)?

- SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

- A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

- NÃO SE APLICA
AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?

- ☒ SIM

- ☐ A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM *OK*
- ☐ BIÓPSIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE *pois houve reação para exame.*
- ☐ HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO

- Novo:
- O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

Assinatura

Marinalva C. da Silva
Téc. Enfermagem
Coren-PB 32051



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Nivaldo Camilo da Silva Registro: _____ Leito: 7-2 Setor Atual: Uto II

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

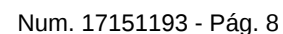
(X) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Nivaldo Camilo Registro: 7 Leito: 2 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

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

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

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

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
23/02/18	10:00				100%		Paciente ausente em CGR.	
							confronto e encontrado, rec-	
							Arpade suador em 1450,	
							Fato: 5500 + 666 u	
							MC P.M. segue aos cur-	
							dados da enfermagem.	Fluore
					100%		Paciente segue bem	
							int, cateter, xial, g-	
							da 5500 + 666 u	
							MC P.M. segue aos	
							cuidados da enferme-	
							qum. Fluore	





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

Diagnóstico

ORTOP
LEIU 10.2

PRE OP 01x

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO DICA

NIVALDO CAMILO DA SILVA, 39

EXP MAT SINTESE OMIBRO D

LEITO 10-2

Paciente		Alojamento		Leito		Convênio	
----------	--	------------	--	-------	--	----------	--

Data	1 DIETATÍVRE	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28/FEV	1 JEICO SALINIZADO 3 CEFTRAXONE 1g + ABD EV 12/12H 4 DIPHIRONA 1g + ABD EV 6/6H 5 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H S/N 6 TYLEX 500+30MG 01 CP VO 8/8H - SN 7 SSVV+EGGG	 Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/PB-9965	 Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/PB-9965	# CD: VPM BEG, estável sem intercorrências

MOD. 035



Ata	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
20-02 08:00	364				100%		orienta com cuidado de segurança da cirurgia e monitora cuidado local lida melhora medicada em cuidado orienta com cuidado de segurança da cirurgia e monitora cuidado local lida melhora medicada em cuidado	
20-02 20:05	8100				110%			





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

Diagnóstico

ORTOP
LEIU JU.2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP 076

EXP MAT SINTESE OMBRO D

NIVALDO CAMILO DA SILVA, 39

LEITO 10-2

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
----------	------------	-------	----------

Data/EV		Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
D	35	1 DIETA LIVRE 2 JEICO SALINIZADO 3 CEFTRIAXONE 1G + ABD EV 12/12H 4 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H 5 THIAITIL 20MG + AD EV 12/12H S/N 6 TYLEX 500+30MG-01 CP VO 8/8H - SN 7 SSVV+CCGG			#ORTOPEDIA# D/H: 5°
					BEG, esteve sem intercorrências
					# CD: VPM



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
19.02 2018	20:00				100 / 40		paciente consciente orientado para local e nome segue com curva de	Jucileide M. Silva Téc. Enfermagem COREN-PR 558700

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

EXPOSIÇÃO SÍNTESE OMBRO D

Paciente	NIVALDO CAMILO DA SILVA, 39	Alojamento	10	Leito	02	Convênio	
----------	-----------------------------	------------	----	-------	----	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
19/2	1 DIETA LIVRE		
	2 JEICO SALINIZADO		
20/2	3 CEFTRIAXONE 1G + ABD EV 12/12H	21	2º DIA
	4 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H	21	BEB, estável, S/distúrbios,
	5 TRAMMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SN	21	S/ q.v.m.s.
	6 INTRASEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN	21	Diversos (+ evoc. @
	7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEIUM		
	8 ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO		
	9 MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO C/ O PACIENTE		
	10 SSV + CCGG		
	Ymy de Paula Câmara ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM/PB 10907		Ymy de Paula Câmara ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM/PB 11.420



18/05
—
part.
de/co.
Município de Curitiba
PR, 21.12.2017, 13h

10. Exporção de propriedade

2



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK **DIAGNÓSTICO**
OK *Expiras normal sruirte ambre*

DIAGNÓSTICO

[illegible]

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
27/02/2018	08:00	—	—	—	350	—	Exatidão com quíxio ao momento do exame da Ergonomia.	

Nome do Paciente <i>Nivaldo Camilo da Silva</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>18/12/17</i>	Enf. <i>Ortop II</i>	Leito <i>7.2</i>	
Operador <i>Dr Fidiz</i>		1º Auxiliar <i>Dr Hallisson</i>	
2º Auxiliar <i>Dr Julio</i>	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>LAC O</i>			
Tipo de Operação <i>Redução + Fixação</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>0 mes</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>d</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>N</i>			
Acidente Durante a Operação <i>N</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
<i>1) Paciente em DOA sob anestesia</i>
<i>2) Assupriz e antisepsia</i>
<i>3) campos estéril</i>
<i>4) Incisão sobre clavicula O por plano + hemostático</i>
<i>5) Redução cruenta de LAC + Fixação com 1 fio K + 1 fio de cerclagem</i>
<i>6) Lavo fo USF 5,9%.</i>
<i>7) Sutura por plano</i>
<i>8) Curativo</i>

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB-9066

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Mivaldo Camilo da Silva DN: 28-12-1978						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
		SUS	38 anos	1554365		
CIRURGIA Trauma cirurgico		CIRURGIÃO Dr: Fideles + NR Hallison				
ANESTESIA com fixação		ANESTESIA to				
INSTRUMENTADORA		DATA 18-12-17	INÍCIO 11:45	FIM 12:40		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Calel. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	04	Compressa Grande Paco P		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
02	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	01	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.	015	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	07	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ml	01	Mononylon 3-0	
	Thionembul ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
02	Água Destilada amp.	01	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.	05	Luvas Procedimento		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	01	Luvas 7.5	01	Vicryl Sertix 9	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0	01	Vicryl Sertix 9	
	Geramicina amp.	02	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	601	Oxigênio l/m 4L	01	Fio Steermann 2.5mm	
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix		H. Trauma	
01	Haemacel ml Kausedion		PVPI Degemante ml			
	Heparema ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	015	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
01	Lasix amp Diamond		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.	02	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	02	Seringa desc. 20 ml	01	SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	01	Seringa desc. 05 ml	02	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda	01	5F para limpeza	
	Stuptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica		IOL IMPLANTES LTDA.	
02	cefazolin 1g		Sonda Uretral nº	01	Modelo Comercial:	
01	vercurina 0.5 g/v		Sterydrem ml		PF. ANCORA-ICL 5,0	
01	xilocaina 2% c/v		Torneirinha		MM2 FIBER	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		Código: 40085000020	
	Agulha desc. 26x7 40x12		Gelcon 18		Lote: 01782/17	
	Agulha desc. 28 x 28	05	Latex 8x10x20		ANVISA: 10223880071	
01	Agulha desc. 3 x 4,5 de bloqueio simplex 22x2				EQUIPAMENTOS	
	Agulha p/ raque nº				(X) Oxímetro de Pulso () Serra () Desfibrilador () Foco Frontal () Fonte de Luz	
015	Álcool de Enfermagem	03	8x10x20 desc.		(X) Foco Auxiliar central (X) Eletrocautério () Oxícapiógrafo (X) Cardiomonitor () Perfurador Elétrico	
	Álcool Iodado ml	01	Gelcon nº 18			
01	Ataduras de Crepon 15cm					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

MCS
 Marinalva C. da Silva
 TÊC. ENFERMAGEM
 COREN-PB 32851

MOD 066



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 11/10/2018 23:02:07

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18101122593866800000016703556

Número do documento: 18101122593866800000016703556

D: 15/12/2017

V: 29/12/2017

CAIXA ORTOPÉDICA - SANDRA



D-14-12-17
V-31-12-17

~ 02 copias -

Alexandra

caixa

Principio

D-16-12-2017
V-30-12-2017

- Enclosed -

D-14-12-17
V-31-12-17

- Enclosed -



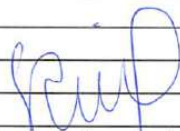


Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Nivaldo Jomulo de Silva		Idade:	38	
Convênio:			Data:	18/10/17	
Procedimento:	Trat. cirúrgico c/ fixação de luxação acromioclavicular D.				
Cirurgião:	Dr. Falcão	Auxiliar:	Dr. Hellenor	Anestesista:	Dr. Leonardo
Início:	11:45	Término:	12:40	Anestesia	bloqueio de pleco D.

[illegible][illegible]

Observações:



Assinatura Anestesiista

Anne Karine da A Almeida
Enfermeira
CRM/RJ nº 303.727

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103



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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		



Assinatura do anestesista



Hospital: Hospital de Trauma Código: _____

Procedimento: Pinos de Lumbares Acomodados Cód. Procedimento: _____

Paciente: Roberto Carlos de Silva

Data da Cirurgia: 18/05/17 Nº prontuário: 1554165 Convênio: _____

Cirurgião: Dr. Ricardo Código: _____ ☒ Reposição ☐ Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	IOL IMPLANTES LTDA.			
	Modelo Comercial:			
	PF. ANCORA IOL 5,0			
	MM2 FIBER			
	Código: 40085000020			
	Lote: 01782/17			
	ANVISA: 10223680071			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

								Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Cortical () mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05
Fone/Fax: (88) 3521.4801 * www.bioimplants.com.br



Diagnóstico

ORTOP I
LEIU LU.2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

EXP MAT SINTESE OMIBRO D

NIVALDO CAMILO DA SILVA, 39

LEITO 10-2

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio

[illegible]

NOTA DE SAÍDA - CIRURGIA GERAL

Unidade Cirúrgica da Clínica D.M. 5811511978

24/05/2018 15:30

Dr. Israel de Souza Farias

Dr. Alexandre

10:30

11:10

23/05/18

01

02

01

02

03

01

02

04

02

02

02

Unidade Cirúrgica da Clínica D.M. 5811511978

02

02

x - x

10



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Nivaldo Camilo da Silva D.N. 28/12/1978</i>						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
		<i>S.U.S.</i>	<i>39 anos</i>	<i>1593575</i>		
CIRURGIA <i>Retirada de material de síntese do ombro D.</i>		CIRURGIÃO <i>Dr. Julio Cesar</i>				
ANESTESIA <i>Bloqueio local + Sedação</i>		ANESTESIA <i>Dr. Marinho</i>				
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM		
		<i>23/02/18</i>	<i>11:10'</i>	<i>11:30</i>		

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calel. p/ OXg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Cotonóide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
<i>01</i>	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
<i>01</i>	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaína % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparadrapo 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 ₂ O ₂ ml	<i>01</i>	Mononylon 2-0	
	Thionembutal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
<i>01</i>	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
<i>02</i>	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidól amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5 <i>proad.</i>			
	Glicose amp.	Oxigênio l/m <i>2 l/min</i>			
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix			
	Haemacel ml	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml	PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico <i>cloux</i>	<i>01</i>	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp. <i>Nauseobron</i>	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotrinazol.	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	
	Revivan amp.	Sonda			
	Stuptanon amp.	Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
<i>01</i>	Cefalotina 1g	Sonda Nasogátrica			
<i>01</i>	<i>Xilocaina 5/10</i>	Sonda Uretral nº			
<i>01</i>	<i>Dexamid</i>	Sterydrem ml			
		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
<i>02</i>	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28	Latese			
	Agulha desc. 3 x 4,5				
	Agulha p/ raque nº				
<i>05</i>	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

EQUIPAMENTOS	
☒ Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
() Serra	() Eletrocautério
() Desfibrilador	() Oxícapiógrafo
☒ Foco Frontal	☒ Cardiomonitor
() Fonte de Luz	() Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Adriana Ferreira Rodrigues
 TÉCNICA DE ENFERMAGEM
 COREN - PB 432.177

MOD 066



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

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

Assinatura do anestesista





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Miguelito Comelo da Silva		Idade:	39
Convênio:	805		Data:	23-02-18
Procedimento:	Ret. mat. Síntese			
Cirurgião:	J. J. J.	Auxiliar:	Anestesista: J. Mancini	
Início:		Término:	Anestesia: local + sed	

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
11:45	112x75	85	97%	J. J. J.	+	+

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:	ACF SPPA SMM/336

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Wivoldo Cavaleiro Gles</i>			IDADE <i>58A</i>	SEXO <i>M</i>	COR <i>M</i>
<i>23.02.18</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRÔNQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Prostata com bra direito (blásculo)</i>					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS						INDUÇÃO	
LIQUIDOS						Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____	
						Laringo esparmo: _____ Lenta: _____	
CÓDIGOS VP - ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO						Náuseas: _____ Vômitos: _____	
						Outros: _____	
						MANUTENÇÃO	
						<i>Propofol 20</i> <i>Sufuram 20</i> <i>Desage braço 10</i> <i>amburol trans hml</i>	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<i>11:00 FAPJ</i> <i>11:30 Dureta</i> <i>58/1</i> <i>Colateral</i>					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____	
POSIÇÃO						DESPERTAR	
AGENTES	<i>4.00mg 2% 1000mg + mulo 20mg 25ug + Ketarol 100mg + Propofol 250mg</i>					Reflexos na SO: _____	
TÉCNICA	<i>local + sedação</i>					Obstr.: _____ Co: _____ Excit.: _____	
OPERAÇÃO	<i>Retirodo material de sutura</i>					Náuseas: _____ Vômitos: _____	
CIRURGIÕES	<i>Anuro</i>					Outros: _____	
ANESTESISTAS	<i>Wivoldo</i>					Com cânula: _____	
OBSERVAÇÕES						Paro o Leito Sim _____ Não _____	
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 11/10/2018 23:02:09

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18101123000155600000016703558

Número do documento: 18101123000155600000016703558



Nome do Paciente Nivaldo Camilo de Silve		Nº Prontuário	
Data da Operação 23/02/18	Enf. otop I	Leito 10.2	
Operador Dr Amaro Jorge		1º Auxiliar Dr Julio MR1	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório	Exposição maxilar de síntese submax		
Tipo de Operação RM S			
Diagnóstico Pós-Operatório 0 mes			
Relatório Imediato da Patologia φ			
Exame Radiológico no Ato N2			
Acidente Durante a Operação N2			

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) Paciente em DDH sob anestesia
- 2) Assepsia e antisepsia
- 3) Campos estéreis
- 4) Incisão sobre ombro D em local de passagem de Fio K.
- 5) Retirada de Fio K de ombro D
- 6) Lavar com SF 0,9%
- 7) Sutura + Curativo

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9005

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
22/02/18	18:15				130/70		paciente, aguardando curativo, oitavo momento e segun- do cuidador. Ena Daniele S. Peres Técnica de enfermagem CRP 17117/2000	
					200/60		Paciente estável segundo curativo depois da enfermagem decair	

PRE OP 28

EXP MAT SINTESI OMBRO D

LEITO 10-2

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
----------	------------	-------	----------

[illegible]

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FOLHA DE TRATAMENTO E

MARCELO CORREIA DA SILVA

7.2

L.A.C. Bin

Paciente					
	Alojamento	5	Leito	2	Convênio

[illegible]



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Nivaldo Santos	Alojamento	PRE OP:	Leito	2	Convênio
----------	----------------	------------	---------	-------	---	----------

PRE OP:

OK

LAC D

Prescrição Médica

Evolução Médica

Data 16/12

1 DIETA LIVRE

2 DIPYRONA 500MG 1 CP VO 6/6H

4 VOLTAREM 75MG 1 AMP IM SE DOR

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

6 OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO JEJUM

7 SSV + CCGG

#ORTOPEDIA# DH: ____

BEG, estável
sem intercorrências

#CD: VPM

Dr. Julio Cesar Castro
Medicina do Trabalho
CRM-1 - 33651 / CRM-1 - 8320

Dr. Julio Cesar Castro
Medicina do Trabalho
CRM-1 - 33651 / CRM-1 - 8320



OM
OK

7-2

MOD. 035



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

F-2

0470 2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

00 L A C O

Paciente Nivaldo Santos Alojamento F Leito 2 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
18/12	1 DIETA LIVRE APÓS RPA	CRE	° DIH
	2 SE 0,9% 1500ML EV P/ 24H	12:00	#ORTOPEDIA
	3 CLINDAMICINA 600MG + SE EV 6/6H	14:00	
	4 GENTAMICINA 240MG + 100ML SG 5% EV 1X DIA	16:00	POI
	5 DILIRONA 1g+ABD EV 6/6H	18:00	Paciente submetido a procedimento cirurgico ortopédico sem intercorrências.
	6 TRAMMAL 100MG + 100ML SE EV 8/8H SN	20:00	No momento em URPA.
	7 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN	22:00	Conduta: Rx b-toile
	8 TILATIL 20MG + ABD EV 8/8H	06:00	
	9 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEJUM	08:00	
	10 GLEAXANE 40MG SC 1X DIA		
	11 MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H	CRE	
	12 CURATIVO 1XDIA	CRE	
	13 RADIOGRAFIA DE CONTROLE	CRE	
	14 SSV+CCGG	CRE	

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-8865

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-8865







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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NOME:	<u>Nivaldo comilio da Silva</u>				
IDADE:	<u>40</u>	SEXO:	M ☒ F ☐	DATA DE NASCIMENTO:	/ / às : h
SETOR:	<u>Amarelo</u>	LEITO:	<u>9</u>		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					
ALERGIAS:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS:			
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS:			
DOENÇA CRÔNICA:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS:			
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐ NÃO ☒	LOCAL:			
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐	NORMOPOTENSO ☒	HIPERTENSO ☐		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☒	INCONSCIENTE ☐	ORIENTADO ☒		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO ☐	TAQUIPÊNICO ☐	EUPNÉICO ☒	BRADIPNÉICO ☐	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL ☒	POLÚRIA ☐	OLIGÚRIA ☐	SVD ☐	
MOBILIDADE:	DUSÚRIA ☐	CISTOSTOMIA ☐	ANÚRIA ☐		
	DEÂMBULA ☒	DEÂMBULA C/ APOIO ☐	ACAMADO ☐	S/ DEFICITE MOTOR ☐	
	TETRAPLEGIA ☐	HEMIAPLEGIA ☐	PARESIA ☐	RESTRITO NO PEITO ☐	
SIST. GAS. ROINTEATINAL: (DIETA)	VOX ☒	SNG ☐	SNE ☐		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒	DESNUTRIDO ☐	OBESEO ☐	CAQUÉTICO ☐	
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
☐ RISCO DE QUEDA	CD/FR:				
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:				
☐ RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:				
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:				
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:				
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	☐ RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:			
☐ RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:				
☐ NÁUSEA	CD/FR:				
☐ DOR AGUDA	☐ DOR CRÔNICA	CD/FR:			
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:				
☒ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:		<u>Fraqueza de membros.</u>		
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	☐ ALIMENTAR-SE	☐ PARA BANHO	CD/FR:		
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:				
☐	CD/FR:				
☐	CD/FR:				
☐	CD/FR:				
☐	CD/FR:				
<u>Raquel dos Anjos Cunha</u>		CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
ENFERMEIRA		FR: FATOR RELACIONADO			
COREN 357 347					
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA		
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<u>Sempre</u>			
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.					
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
☐ INSTALAR CATÉTER DE O ₂ A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.					
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUÍDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).					
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.					
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.					
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.					
☐ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).					
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		<u>S/N</u>			
☒ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS REPOSTAS DO PACIENTE.		<u>Sempre.</u>			





**Núcleo de Segurança do Paciente
TRAUMA - CG**

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ▶▶

ANTES DA INCISAO ▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶

IDADE:

PRONTUÁRIO:

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

ENTRADA

PAUSA CIRURGICA

SAIDA

☒ CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE

- ☒ CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

- PROCEDIMENTO A SER REALIZADO
- CONSENTIMENTO

- SÍTIO CIRÚRGICO
- PROCEDIMENTO

☒ O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO: HÁ PASSOS CRÍTICOS

☒ A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM

☒ OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO

PERDAS SANGÜINEAS?

☒ BIÓPSIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE

☒ O PACIENTE POSSUI:

☒ HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO

ALERGIA CONHECIDA?

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS, SÃO PRESENTES E DENTRO

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?

HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU
QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?

O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE

SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL
RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML
(7 ML/KG EM CRIANÇAS)?

A PROFILOXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO

MAO SE APLICA
AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?

Adriana Ferreira Rodrigues
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN - PB 432.177

Assinatura





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): NIVALDO CAMILO DA SILVA Protocolo: 0000386614 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA Data: 17-02-2018 11:33 Origem: AREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 39 anos Destino: AREA AMARELA

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 1'30

Resultados anteriores: 02/12/17: 1'30'' | 07/05/15: 1'30'' |
[DATA DA COLETA: 17/02/2018 12:09] Valores de Referência:
Material: sangue De 1 a 3 minutos
Método: Duke

TEMPO DE COAGULACAO..... 7'30 min

Resultados anteriores: 02/12/17: 6'30'' | 07/05/15: 8'00'' |
[DATA DA COLETA: 17/02/2018 12:09] Valores de Referência:
Material: Sangue De 5 a 11 minutos
Método: Lee-White

Ana Cassia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

Emissão : 17/02/2018 14:17 - Página 2 de 2



Convenção: HOSPITAL DE TRATAMENTO DE DOENÇAS INFECCIOSAS
 Data: 11/10/2018
 Nome: ISRAEL DE SOUZA FARIAS
 Profissão: Médico
 Endereço: Rua... nº...
 Cidade: ... Estado: ...

HEMOCGRAMA

(DATA DE COLETA: 11/10/2018 23:02)

Resultados

SÉRIE VERMELHA

.....	4.29 milhões/mm ³
.....	15.4 g/dl
.....	43.2%
.....	93.0%
.....	31.0%
.....	33.0%

SÉRIE BRANCA

.....	5.000/mm ³	(%)
.....	0	0
.....	0	0
.....	0	0
.....	320	2.0
.....	4.000	63.0
.....	0	0
.....	0	0
.....	1.000	10.0
.....	0	0
.....	100	2.0
.....	384.000/mm ³	

..... Contagens repetidas e confirmadas.

Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 11/10/2018 23:02:09
 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18101123003386900000016703561
 Número do documento: 18101123003386900000016703561

Sr(a): NIVALDO CAMILO DA SILVA Protocolo: 0000386614 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA Data: 17-02-2018 11:33 Origem: AREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 39 anos Destino: AREA AMARELA

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 17/02/2018 12:08]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.98 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	15,4 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	46 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	92 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	31 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	6.500 /mm ³	5.000 à 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	5,0	325
Segmentados.....	63,0	4.095
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	30,0	1.950
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	2,0	130
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	264.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Ana Cássia Miguel Agra
Ana Cássia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

Emissão : 17/02/2018 14:17 - Página 1 de 2







GOVERNO
DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Nivaldo Costa										PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:			
	M ☐ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐									

DADOS CLÍNICOS:
W - 2 n.

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:
ECG + msc cirurgia

URGÊNCIA: ☐	ROTINA: ☐	Yury de Paiva Câmara ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM 10.907
DATA: 11/02/18	HORA DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo e Assinatura do Médico		



1

PROCESSO Nº 17151200-2
AUTUAÇÃO Nº 17151200-2
AUTUAÇÃO Nº 17151200-2

PROCESSO Nº 17151200-2

PROCESSO Nº 17151200-2

PROCESSO Nº 17151200-2

PROCESSO Nº 17151200-2

PROCESSO Nº 17151200-2

PROCESSO Nº 17151200-2

PROCESSO Nº 17151200-2	PROCESSO Nº 17151200-2	PROCESSO Nº 17151200-2
PROCESSO Nº 17151200-2	PROCESSO Nº 17151200-2	PROCESSO Nº 17151200-2
PROCESSO Nº 17151200-2	PROCESSO Nº 17151200-2	PROCESSO Nº 17151200-2
PROCESSO Nº 17151200-2	PROCESSO Nº 17151200-2	PROCESSO Nº 17151200-2
PROCESSO Nº 17151200-2	PROCESSO Nº 17151200-2	PROCESSO Nº 17151200-2

PROCESSO Nº 17151200-2

PROCESSO Nº 17151200-2

PROCESSO Nº 17151200-2

PROCESSO Nº 17151200-2

PROCESSO Nº 17151200-2

PROCESSO Nº 17151200-2

PROCESSO Nº 17151200-2

PROCESSO Nº 17151200-2

PROCESSO Nº 17151200-2

PROCESSO Nº 17151200-2

PROCESSO Nº 17151200-2

PROCESSO Nº 17151200-2

PROCESSO Nº 17151200-2

PROCESSO Nº 17151200-2

PROCESSO Nº 17151200-2

PROCESSO Nº 17151200-2

PROCESSO Nº 17151200-2

PROCESSO Nº 17151200-2

PROCESSO Nº 17151200-2

PROCESSO Nº 17151200-2

PROCESSO Nº 17151200-2

PROCESSO Nº 17151200-2

PROCESSO Nº 17151200-2

PROCESSO Nº 17151200-2

PROCESSO Nº 17151200-2





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Mivaldo Camilo da Silva IDADE: 39a SEXO: masculino

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: Alugado PROFISSÃO: AUX. Serv. G. DATA: 17/02/18

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

☒ Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaléia () Tontura () Sincopse
() Dispneia de esforço () Grande () Pequena
() Média () Ortopnéia
() Palpitações () Tosse Seca () Expectoração
() Dor Precordial () Típica () Atípica
Relacionada () Esforço () Emoções () Frio () Pós-prandial

Comentários: fratura de clavícula D.

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica () Hipertensão Pulmonar () DPOC () Outros
() Diabetes Mellitus () Insuf. Cardíaca Congestiva () Insuficiência Coronariana
() Arritmias () insuf. Renal () Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: _____ () Tabagismo
() Etilismo () Sedentarismo
() Dislipidemia ☒ Cirúrgico esofage D.
remissão D. () Outros

Medicamentos em uso ☒ Não () Sim

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral ☒ Bom () Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: RCR, 2T, BCR, sem sop.

FC.: 86 b.p.m P.A.: 140/80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: mv universal, sem RA.

Abdômen - Comentários: plano, simétrico, flácido, fígado subcostal

Membros inferiores - Comentários: p.p.p. (+/+ simétricos)

5 - E.C.G.: normal.

Ex. Laboratoriais:

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.:

João Antônio Almeida Leite

CARDIOLOGISTA

CRM-PB: 5029 - RQE 3589

Ass. do Médico

MOD. 043



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 11/10/2018 23:02:09

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18101123003386900000016703561

Número do documento: 18101123003386900000016703561

X
ME C





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Nivaldo Camilo de Silva															PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:								
	M ☐ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐														

DADOS CLÍNICOS:

Controle

RAIO X
REALIZADO EM:

03/02/18

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx ombro D AP

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA:

23/02/18

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9966

Carimbo e Assinatura do Médico



[illegible]

Almoxarifado 2015

640

Paciente

My Valsbe Cavity

Alojamento

--	--

Leito

2

[illegible]

Convênio	
----------	--

111

11

1111

1

Data	Prescrição Médica	CR	Horário	Evolução Médica
19/12	Dipirona 1g po q 6h 3 x 1g 6h + 3x 1g Ct	✓	✓	Pré-G, e girar
20/12	Dipirona 1g po q 6h 3x 1g 6h + 3x 1g Ct	✓	✓	Pré-G, e girar
21/12	Dipirona 1g po q 6h 3x 1g 6h + 3x 1g Ct	✓	✓	Pré-G, e girar
22/12	Dipirona 1g po q 6h 3x 1g 6h + 3x 1g Ct	✓	✓	Pré-G, e girar
23/12	Dipirona 1g po q 6h 3x 1g 6h + 3x 1g Ct	✓	✓	Pré-G, e girar
24/12	Dipirona 1g po q 6h 3x 1g 6h + 3x 1g Ct	✓	✓	Pré-G, e girar
25/12	Dipirona 1g po q 6h 3x 1g 6h + 3x 1g Ct	✓	✓	Pré-G, e girar
26/12	Dipirona 1g po q 6h 3x 1g 6h + 3x 1g Ct	✓	✓	Pré-G, e girar
27/12	Dipirona 1g po q 6h 3x 1g 6h + 3x 1g Ct	✓	✓	Pré-G, e girar
28/12	Dipirona 1g po q 6h 3x 1g 6h + 3x 1g Ct	✓	✓	Pré-G, e girar
29/12	Dipirona 1g po q 6h 3x 1g 6h + 3x 1g Ct	✓	✓	Pré-G, e girar
30/12	Dipirona 1g po q 6h 3x 1g 6h + 3x 1g Ct	✓	✓	Pré-G, e girar
31/12	Dipirona 1g po q 6h 3x 1g 6h + 3x 1g Ct	✓	✓	Pré-G, e girar



7.2

L.A.C. 67

DIAGNÓSTICO

Eldimar S. de Arriba
Omarillo, P.R.
CRM: 6980 T801-22302



12 pt. conveniente orientado
12 pt. realizado ssuv. cga
12 pt. porque ao eu de enfermeiro

Israel de Souza Farias
C. DE ENFERMAGEM
OREN-PB, 542.016





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

L.A.C. BIR

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Nivaldo

BR

Paciente

Alojamento

7

Leito

2

Convênio

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

15

Duete Home

12 DM

12

Duete Home 10 ciclos (3m)

SU 24

12m

cap + SSR

Plomaton S. 4. Amido

Don

Plomaton S. 4. Amido

Def +

Plomaton S. 4. Amido

Not at

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

14/02/20

7.2

20

for

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
----------	------------	-------	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
14	Difto forte	ca	13: D14
12	Depressão 1º e 2º e 6º e 7º (SM)	ca	Dte
	Cory + SSM	ca	Deficiência ①
	H		No ca



[illegible]

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

07/02/2018

ASS.

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

() Internação (setor) Atividade com a comunidade

() Alta hospitalar / () A revelia
 () Decisão

1 () Decisão Médica

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

()Obito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE



HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°:1599575 CLASS. DE RISCO: AZUL

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES. CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Sócio/tem de Emergência (B,E) – Modelo 07
Atendente: Mercia De Sousa Melo
Data: 17/02/2018

PACIENTE: NIVALDO CAMILO DA **CEP:58125000** **Nascimento:28/12/1978**

SILVA
Sexo: M
Telefone: 81517366

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA LUCIENE CAMILO DA SILVA	RG: 2431990	Nº: 70
CPE: 06899409470	Profissão:SERVICOS GERAIS	

Responsável: MARLENE CLEMENTINO DOS SANTOS

Data de

Atend:17/02/2018

CNS:703409043682700

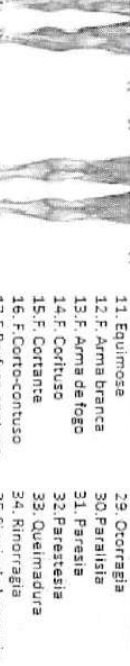
Estado Civil: União Estável
Hora: 01:33:47

CRM: Especialidades

ÖBSIFICH:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Criptação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Emagamento
11. Equimosa
12. F. Alma branca
13. F. Alma de fogo
14. F. Cortiço
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injeção de medicamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento tóxico paradoxal
28. Objeto Enfiado
29. Otiorriza
30. Paralisia
31. Parêsi
32. Parêsi
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinal de Isquemia
36.

OBS:

QUEIMADURA:
 Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
 DIAGNOSTICO / CID: _____

Q7) Speckling

Wrote pth of the (18/11/11) for Dr Fisher
(1) prepare argument brief op's pth (2).
Briefs were done. After the case a
summary op's done.

ALERGIA: *Non*

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()
Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ SatO2 _____

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Tomografía Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

às : Dia / /

Especialista:

____/____ às ____:____ Dia ____/____/____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUITAS

HORARIO REALIZADO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO de Fausto Câmara

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM/PB-16807

Date 19/02/18

Barone/val: *de*





PREFEITURA DE ALAGOA NOVA

Secretaria Municipal de Saúde

Hospital Sofia de Castro Costa

CNPJ: 08.700.684/0001-46

Av. São Sebastião, s/n - Fone: (83) 3365-1011

CEP 58125-000 - Alagoa Nova - Paraíba

Paciente:

WILSON C. DE SILVA

Endereço:

R. CÍCERO MARTINS

SUCUMILANDIA

PARAIBATO.

As seguintes citam

estes locais: Temo-

restado em relação às

ações de prevenção

CD: Saúde e Meio

17/02/18

Dr. Kleiton Farias da Nobrega
Médico
CRM-RN 9260
CRM-PB 11094

Secretaria Municipal de
Saúde



Amamentar: Educar para vida

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Nivaldo Camilo Registro: Leito: 10-2 Setor Atual: Ort
2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

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

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Nivaldo Camilo Registro: 10 Leito: 2 Setor Atual: 045
2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

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

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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




GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente NIVALDO CAMILO DA SILVA Alojamento 10 Leito 10 Convênio

Data 02/12 Prescrição Médica Dieta livre

50% 1000 ml, IV, 24h

Hidral 20mg, IV, 12/12h

Diagnóstico: Inf. + CC66

Inf. + CC66

Dr. Valth Menezes Guimarães

CRMEPE 15317/CRM-PB 6326

TEC. LABOR. 15317/CRM-PB 6326

SECRETARIA DO JOELHO

Dr. Valth Menezes Guimarães

CRMEPE 15317/CRM-PB 6326

TEC. LABOR. 15317/CRM-PB 6326

SECRETARIA DO JOELHO

Dr. Valth Menezes Guimarães

CRMEPE 15317/CRM-PB 6326

TEC. LABOR. 15317/CRM-PB 6326

SECRETARIA DO JOELHO

Dr. Valth Menezes Guimarães

CRMEPE 15317/CRM-PB 6326

TEC. LABOR. 15317/CRM-PB 6326

SECRETARIA DO JOELHO

Dr. Valth Menezes Guimarães

CRMEPE 15317/CRM-PB 6326

TEC. LABOR. 15317/CRM-PB 6326

SECRETARIA DO JOELHO

Dr. Valth Menezes Guimarães

CRMEPE 15317/CRM-PB 6326

LAC

anorexia

trauma bulbo

queixa de prurido.

sem febre (+)

cd: hipertensão

prescrita

bolus pú-af

Dr. Valth Menezes Guimarães

CRMEPE 15317/CRM-PB 6326

TEC. LABOR. 15317/CRM-PB 6326

SECRETARIA DO JOELHO

BEG extatuf apenf

cd: VEM

Tratador: Dr. Valth Menezes Guimarães

CRMEPE 15317/CRM-PB 6326

PA: 120 x 70 em 10:00 h e Andrade 1152195



20

PRE OP:

5

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
------	-------------------	---------	-----------------

[illegible]



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP: 2- 0x

LAC

Paciente	WILLIS CARVALHO	Alojamento		Leito	50	Convênio	
----------	-----------------	------------	--	-------	----	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
5/12	1 DIETA LIVRE 2 DIPIRONA 500 MG 1 CP VO 6/6H 4 VOLTAREM 75MG 1 AMP IM SE DOR 5 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6H SE DOR INTENSA 6 OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO JEJUM 7 SSV + CCGG	18:18 18:41 18:46 18:51 18:56 19:01 19:06	ORTOPEDIA# DHT:_____ Bec, estavel, s/ distúrbios. Diversa Eucalipto. Col: vpm
6/12	1 DIETA LIVRE 2 DIPIRONA 500 MG 1 CP VO 6/6H 3 VOLTAREM 75MG 1 AMP IM SE DOR 4 SSV + CCGG	18:18 18:41 18:46 18:51 18:56 19:01 19:06	Bec, estavel Suave Col: vpm Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/PB-9965

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965



GOVERNO
DA PARAIBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Nivaldo Cam. 13	Alojamento	PRE OP- 7	Leito	2	Convênio	
----------	-----------------	------------	-----------	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
8/12	1 DIETA LIVRE JEICO SALINIZADO 500g DIPIRONA 20ML EV 6/6H OMEPRAZOL 40MG EV JEJUM TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9 EV 8/8H S/N NAUSEDRON 1FA + AD EV 8/8H S/N TILATIL 20mg + AD - EV 12/12h S/N XARETTO 15MG 1 CP VO 1 X DIA SSVV + CCGG	18/24 de	# ORTOPEDIA# DIH: ____ Bela, estável sem intercorrências Diversas Exames # CO: VPM
8/12	DIETA LIVRE Dipirona 500mg EV 6/6H Dipirona 40mg VO dia Cep + SSV	18/24 de	
	Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/RB-98866		Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/RB-98866
	Eliziane de Almeida Ortopedia e Traumatologia CRM/RB-98866		





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

Diagnóstico

Folha de Tratamento e Evolução

h. 9 C

Paciente	Nivaldo Lima			Alojamento	2	Leito	2	Convênio	
----------	--------------	--	--	------------	---	-------	---	----------	--

[illegible]

R. H.

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade requerida.

Nos termos do art. 334, do Novo Código de Processo Civil, agende-se audiência de conciliação.

Cite-se o réu para audiência designada com o prazo mínimo de 20 (vinte) dias de antecedência.

Intime-se a parte autora, através de seu advogado.

O réu poderá apresentar contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, cujo termo inicial será a data da audiência de conciliação.

Cumpra-se.

Juiz de Direito

Data e assinatura digital.



AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO DESIGNADA PARA O DIA **06 (SEIS) DE AGOSTO DE 2020,**
PELAS 9:45H., NO FÓRUM LOCAL.
FICA A PARTE PROMOVIDA ADVERTIDA QUE A CONTESTAÇÃO PODERÁ SER
APRESENTADA, POR PETIÇÃO, 15 DIAS APÓS A REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA APRAZADA.



AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO DESIGNADA PARA O DIA **06 DE AGOSTO DE 2020, PELAS 9:45H., NO FÓRUM LOCAL.**

A PARTE AUTORA DEVERÁ COMPARECER COM O SEU ADVOGADO, INDEPENDENTEMENTE DE INTIMAÇÃO JUDICIAL.

