



Número: **0805965-31.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **20/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46111096	22/07/2021 13:24	Petição	Petição
46111098	22/07/2021 13:24	2720786_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
46111451	22/07/2021 13:24	2720786_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190675302

Vítima: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO

Data do Acidente: 18/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00565/00566 - carta_02 - INVALIDEZ

00070283



Carta nº 15265302



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 13:24:19

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072213241727300000043812187>

Número do documento: 21072213241727300000043812187

Num. 46111098 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190675302

Vítima: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO

Data do Acidente: 18/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 00000639-4

Conta: 0000038104-7

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

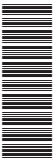
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01257/01258 - carta_15R - INVALIDEZ

00020629



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: **0390549119** CPF da vítima: **738752014-34** Nome completo da vítima: **Adriano Magno Alves Florenço**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: **Adriano Magno Alves Florenço** CPF: **738752014-34**
 Profissão: **Recuso** Endereço: **Rua: DR. INÁCIO MAYER** Número: **308** Complemento: **CASA**
 Bairro: **CENENÁRIO** Cidade: **CAMPINA GRANDE/PB** Estado: **PB** CEP: **58428075**
 E-mail: **(83) 987088728**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

REDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: **BRADESCO**
 AGÊNCIA: **639** CONTA: **38.104-8**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções)**:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
 Vivos: _____ Falecidos: _____
 Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não afibricado

Local e Data: **João Pessoa, 07/11/2019**
 Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO
[Assinatura]
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____
 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

1
2 Bradesco
3 Ag 639
4 Conta corrente 38.104-7
5 Adriano Magno





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0431434 119	CPF da vítima: 738752014-34	Nome completo da vítima: Adriano Magno Alves Florencio
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Adriano Magno Alves Florencio		CPF: 738752014-34
Profissão: Recuso	Endereço: Rua: DR. INACIO MAYER	Número: 303
Bairro: CENENÁRIO	Cidade: COMUNA GRANDE/PB	Estado: PB
E-mail:	CEP: 58428075	Tel. (DDD): (83) 987083728

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRADESCO**

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **639** CONTA: **38.104-** **8**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **João Pessoa, 04/12/2019**

Nome: **João Pessoa**

CPF: **738752014-34**

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: **João Pessoa**

CPF: **738752014-34**

Assinatura

2º Nome: **João Pessoa**

CPF: **738752014-34**

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



1
2 Bredesco
3 Ag 639
4 Conta corrente 38.104-7
5 Adriano Magno



00XAMPEPEXAMPEPE{{0~000~}AxM@xPE{~iE`Skp

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00235.01.2019.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00235.01.2019.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:07 horas do dia 04 de novembro de 2019, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Adriano Magno Alves Florenço**, conhecido(a) por Adriano, CPF nº 738.752.014-34, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Funcionário Público Municipal, filho(a) de Eugênia Alves Florenço e João Berto Florenço, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 28/08/1969 (50 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Dr. Inácio Mayer, Nº 303, complemento CASA, bairro Centenário, tendo como ponto de referência Perto da Funerária Paz do Senhor, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua José Gonzaga Sobrinho, nº S/N, Via Pública, Cruzamento da Rua José Gonzaga Sobrinho Com Antonio José Santiago, Campina Grande/PB, bairro Dinamérica; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/08/19 12:07h, Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo NXR150 BROS ES, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2007/2007, UF: PB, placa MNX-8573, chassi 9C2KD03307R035454, renavam 0092208622-2, características gerais: Nº. C.r.Lv.: 014799415197; nº. P.r.t.: 20190000247227-1; nº. Lacre: 0047832436; categoria: Particular; Combustível: Gasolina; placa Anterior: Nova; placa Atual: Campina Grande/pb; alienação Fiduciária: Sem Reserva de Domínio; em Nome de Rondineiro Luna Correia.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO TRAFEGAVA EM PLENA VIA PÚBLICA, FOI TRANCADO POR UM VEÍCULO DE CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO E NEM O TIPO DE VEÍCULO E QUE O MESMO SE EVADIU DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA AO DECLARANTE E QUE O DECLARANTE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS SOCORROS E ATENDIMENTOS DE EMERGÊNCIA, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

Procedimento Policial: 00235.01.2019.1.05.101



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 04 de novembro de 2019.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Camposina - Matr. 157.356-7

ADRIANO MAGNO ALVES FLORENÇO

Noticiante



Procedimento Policial: 00235.01.2019.1.05.101

2/2



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

Lucena/PB, 04 de novembro de 2019.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Cadastro - Matr. 257.356-7



ADRIANO MAGNO ALVES FLORENÇO
Noticiante

Procedimento Policial: 00235.01.2019.1.05.101

2/2





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0390549119 CPE da vítima: 738752014-34 Nome completo da vítima: Adriano Magno Alves Florenço
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Adriano Magno Alves Florenço CPF: 738752014-34
Profissão: Recusado Endereço: Rua: DR. INACIO MAYER Número: 303 Complemento: CASA
Bairro: CENTENARIO Cidade: CAMPINA GRANDE/PB Estado: PB CEP: 58428075
E-mail: Tel.(DDD): (33) 982083728

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 639 CONTA: 38.104-
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa, 07/11/2019
Nome:
CPF:
Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:
CPF:
Assinatura

2º | Nome:
CPF:
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0433434 119 CPF da vítima: 738752014-34 Nome completo da vítima: Adriano Magno Alves Florenço

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Adriano Magno Alves Florenço CPF: 738752014-34
Profissão: Recusado Endereço: Rua Dr. INACIO MAYER Número: 303 Complemento: CASA
Bairro: CENTENARIO Cidade: CAMPINA GRANDE/PB Estado: PB CEP: 58428075
E-mail: Tel. (DDD): (83) 982083728

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 639 CONTA: 38.104-7

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: João Pessoa, 04/12/2019
Nome:
CPF:

Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1ª | Nome:
CPF:
Assinatura:
2ª | Nome:
CPF:
Assinatura:

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00639-4

CONTA: 000000038104-7

Nr. Autenticação

BRADESCO0201202005000000000023700639000000038104168750 PAGO



Requerimento de Benefício por Incapacidade

Comprovante do Requerimento

Requerimento: 198626504

Benefício N°: 6295624000

Data: 16/09/2019

Dados Do Requerimento

NIT (PIS/PASEP):	12245729619
Nome:	ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO
Endereço:	R DOUTOR INACIO MAYER, 303
Bairro/Município/UF/CEP:	CENTENARIO / CAMPINA GRANDE / PB / 58428075
Agência:	CAMPINA GRANDE DINAMERICA
Endereço da Realização da Perícia:	AV DINAMERICA ALVES CORREIA, S N
Bairro/Município/UF/CEP da Perícia:	SANTA ROSA / CAMPINA GRANDE / PB / 58416680
Exame médico-pericial agendado para:	18/09/2019 08:20
Data do último dia de trabalho:	16/08/2019

Termo de Responsabilidade

Confirmo a data do último dia de trabalho informada:

Responsabilizo-me sob as penas da lei pela veracidade das informações prestadas.

Data: __/__/__

Carimbo e Assinatura
do responsável pela Empresa

Assinatura

Observação

- Quando do comparecimento para a realização da perícia médica apresentar os seguintes documentos:
 - Documento de IDENTIDADE Original;
 - EXAMES ou RELATÓRIOS MÉDICOS, caso possua;
 - Se empregado, exceto doméstico, declaração preenchida pela empresa com a informação do último dia trabalhado, valendo para esse fim, a informação prestada neste formulário de requerimento;
 - Se empregado, ou trabalhador avulso, NOME e DATA DE NASCIMENTO dos dependentes para fins de salário-família, caso informado;
 - Se segurado especial (trabalhador rural), apresentar a documentação que comprove a atividade;
- A agência bancária selecionada poderá sofrer alteração de acordo com as regras para seleção de local de pagamento de benefícios do INSS. A informação do local de pagamento constará na Carta de Concessão do Benefício ou poderá ser obtida no endereço www.previdencia.gov.br ou ligando para o número 135 da Central.
- Para que a Previdência Social possa localizá-lo(a), mantenha o seu endereço sempre atualizado, o que pode ser feito, inclusive, por meio da Central 135.

Encerrar

Imprimir

v2.16.12 - build-time 2019-05-19T20:02:36Z

MPS | INSS

Segunda-feira, 16 de Setembro de 2019



Requerimento de Benefício por Incapacidade

Comprovante do Requerimento

Requerimento: 198626504
Benefício Nº: 6295624000
Data: 16/09/2019

Dados Do Requerimento

NIT (PIS/PASEP):	12245729619
Nome:	ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO
Endereço:	R DOUTOR INACIO MAYER, 303
Bairro/Município/UF/CEP:	CENTENARIO / CAMPINA GRANDE / PB / 58428075
Agência:	CAMPINA GRANDE DINAMERICA
Endereço da Realização da Perícia:	AV DINAMERICA ALVES CORREIA, S N
Bairro/Município/UF/CEP da Perícia:	SANTA ROSA / CAMPINA GRANDE / PB / 58416680
Exame médico-pericial agendado para:	18/09/2019 08:20
Data do último dia de trabalho:	16/08/2019

Termo de Responsabilidade

Confirmo a data do último dia de trabalho informada:	Responsabilizo-me sob as penas da lei pela veracidade das informações prestadas.
	Data: __/__/__
Carimbo e Assinatura do responsável pela Empresa	Assinatura

Observação

- Quando do comparecimento para a realização da perícia médica apresentar os seguintes documentos:
 - Documento de IDENTIDADE Original;
 - EXAMES ou RELATÓRIOS MÉDICOS, caso possua;
 - Se empregado, exceto doméstico, declaração preenchida pela empresa com a informação do último dia trabalhado, valendo para esse fim, a informação prestada neste formulário de requerimento;
 - Se empregado, ou trabalhador avulso, NOME e DATA DE NASCIMENTO dos dependentes para fins de salário-família, caso informado;
 - Se segurado especial(trabalhador rural), apresentar a documentação que comprove a atividade;
- A agência bancária selecionada poderá sofrer alteração de acordo com as regras para seleção de local de pagamento de benefícios do INSS. A informação do local de pagamento constará na Carta de Concessão do Benefício ou poderá ser obtida no endereço www.previdencia.gov.br ou ligando para o número 135 da Central.
- Para que a Previdência Social possa localizá-lo(a), mantenha o seu endereço sempre atualizado, o que pode ser feito, inclusive, por meio da Central 135.

Encerrar

Imprimir

v2.16.12 - build-time 2019-05-19T20:02:36Z

MPS | INSS

Segunda-feira, 16 de Setembro de 2019



2019

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°: 1970304 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: 18/08/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

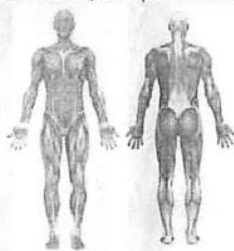
PACIENTE: ADRIANO MAGNO
ALVES FLORENCO
Endereço: RUA DR INANCIO MAIA
Cidade: Campina Grande
Nome da Mãe: EUGENIA ALVES FLORENCO
Responsável: MARIA VITORIA DINIZ
Estado Civil: Solteiro(a)
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

CEP: 58400002 Nascimento: 24/08/1969
Sexo: M Telefone: 988088955
Idade: 049 Bairro: CENTENARIO
RG: 1291307 N°: 31
CPF: 73875201434 Profissão: FUNCIONARIO PUBLICO
Data de Atend: 18/08/2019 CNS: 898000504724438
Hora: 12:07:36 CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA:

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. Empalhamento
9. Enfiadura subcutânea
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Certo-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otalgia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorréia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNÓSTICO / CID:

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DAI

EL COS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow PA HGT: SatO2

EXAMES SOLICITADOS:

☐ Laboratoriais
☐ Gasometria arterial
☐ Tomografia Computadorizada

☐ Ultrassonografia:
☐ Radiografias

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

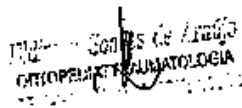
Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Ademir Costa Wanderley
 CRM: 10.100.000-0
 RPPS: 10.100.000-0
 TEL: 3111-1111

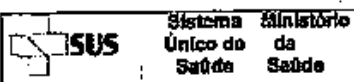


HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE			
Nome do Paciente: ADRIANO MAGNO			Data da Cirurgia 29/08/2019
CNS	Enfermaria 2	Leito 3	Prontuário
Cirurgião: Dr. ELDIMAN		1º Auxiliar: DR JULIO	
2º Auxiliar DR EULER		Instrumentador TIAGO	
Anestesiista: DR ALFREDO		Anestesia: Raqui	
Diagnóstico Pré-operatório : FRATURA TNZ D			
Tipo de Cirurgia : TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO			
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			
<p>01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA</p> <p>02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MID</p> <p>03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS</p> <p>04- INCISAO FACE LATERAL TNZ D + DIVULSAO POR PLANOS + REDUÇÃO CRUENTA + FIXACAO PLACA DCO 3.4MM</p> <p>05- INCISAO EM FACE MEDIAL DE TNZ D + DIVULSAO POR PLANOS + REDUÇÃO CRUNETA + FIXAÇÃO COM 2 PARAFUSOS MALEOLARES;</p> <p>06- LAVAGEM SF 0.9%</p> <p>07- HEMOSTASIA</p> <p>08- SUTURAS;</p> <p>09- CURATIVOS.</p>			


 SUELIO MOREIRA TORRES
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



Data da Internação: 18/08/2019 Hora: 12:58:11



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	2 - CNES 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	4 - CNES 2362856

Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1970325
7 - CARTÃO DO SUS 898000504724438	8 - DATA DE NASCIMENTO 24/08/1969
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL EUGENIA ALVES FLORENCO
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA DR INANCIO MAIA, 31, CENTENARIO	12 - TELEFONE DE CONTATO 000 83 988088955
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande	14 - CÓDIGO MUNICIPAL - 15 - UF - 16 - CEP 250400 PB 58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente atendido com relato de acidente e trauma no membro direito.</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Exatona Bimolecular Exatona D.</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>PR Exatona D.</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Exatona Bimolecular</i>	21 - CID-10 PRIMÁRIO	22 - CID-10 SECUNDÁRIO	23 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Exatona Bimolecular Exatona D.</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARATELA DA INTERNAÇÃO
28 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 120318505140018	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE ADEMIR COSTA WANDERLEY	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 18/08/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - CNPJ DA SEGURADORA	35 - Nº DO BILHETE	36 - SÉRIE
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	38 - CNPJ EMPRESA	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNPJ EMPRESA
41 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	43 - EMPREGADO	44 - EMPREGADOR
45 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	47 - AUTÔNOMO	48 - DESEMPREGADO
49 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	50 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	51 - APOSENTADO	52 - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	



30/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

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: 30/08/2019

NOME: Ana Maria Da Silva Anselmo

Boletim de Emergência (D.E) - Modelo 03

**GOVERNO
DA PARAIBA**



GOVERNO
DO ESTADO DA PARAIBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO

Data da Internação: 18/08/2019

Data da Alta: 30/08/2019

Registro: 1970325

Tempo de Permanência: -18127

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAME CLINICO + RADIOLOGICO

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data: 29/08/2019

Equipe:

Cirurgião: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1: JULIO CESAR RIBEIRO DE CA

Aux 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 3:

Aux 4:

Anestesiista: ALFREDO LUCAS FILHO

Medicamentos:

Inferção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): - PRESCREVO CIPROFLOXACINO + ARFLEX RETARD + DIPIRONA 1 G. - ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. - ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES GERAIS + RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRÊNCIAS. - ALTA HOSPITALAR.

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!

Condições de Alta: Melhorado

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7825

Data: 30/08/2019

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL: Ana Maria Da Silva Anselmo



29/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 29/08/2019

Horas: 10:37:56

Médico (a) Diarista : Residentes Ala Cirurgica

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1970325 Paciente: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO Idade: 049

Nome da Mãe: EUGENIA ALVES FLORENCO Data de Nascimento: 24/08/1969 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 3 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA TORNOZELO D - MALEOLO MEDIAL E TERCO DISTAL FIBULA

DIA 29/08/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo / MÉDICO(A): Residentes Ala Cirurgica /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE APÓS RPA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	18 06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 6D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18 06
5	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	18 06
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18 06
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H SE NAUSEA OU VOMITOS	25
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	20 ps op. imediato
9	FISIOTERAPIA MOTORA	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
11	CURATIVOS	

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 13:24:19
 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072213241727300000043812187
 Número do documento: 21072213241727300000043812187



D = 29-08-19 Paciente consciente orientado
H - 07:20 medicado Pós-operatório
P.A - 120x80 imediato sem intercorrência
o mesmo segue aos
cuidados da enfermagem.

Jucilene dos Santos Silva
COBEN 17.008.708-7E

29.08.19 204 PA; 110x60mmHg.

Paciente em pós op. imediato; segue sem queixas
até o momento - M. C. P. M

Σ Salaria



GOVERNO DA PARAIBA **SEGUE o trabalho**

GOVERNO DA PARAIBA **SEGUE o trabalho** **KLIST PRÉ-OPERATÓRIO - ALAS**

3-3



SETOR DE ORIGEM:	Oftalmologia		
NOME:	Edsona Manoel		
PROCEDIMENTO:	Fx TNP		
<input type="checkbox"/> AVP: LOCAL:	<input type="checkbox"/> GELCO Nº:	<input type="checkbox"/> AVP:	<input checked="" type="checkbox"/> JEEM
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:	<input type="checkbox"/> COM CLOREXIDINA	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
RETIRADO:	<input type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA	<input checked="" type="checkbox"/> ADORNOS	<input type="checkbox"/> PERTENCES
ENCAMINHADO:	<input type="checkbox"/> HEMOG	<input type="checkbox"/> USG	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA
<input type="checkbox"/> TERMO DE CONSENTIMENTO		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
<input type="checkbox"/> RESERVA DE HEMODERIVADO	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA		
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:		COREN:	



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 28/08/2019

Horas: 09:52:39

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1970325 Paciente: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO Idade: 049 Sexo: M

Nome da Mãe: EUGENIA ALVES FLORENCO Data de Nascimento: 24/08/1969 Admissão: 18/08/2019 DIH - 10

Clínica: ORTOPEdia 1 Enfermaria: 3 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA TORNOZELO D - MALEOLO MEDIAL E TERCO DISTAL FIBULA

DIA 28/08/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE (Dieta zero a partir de 00:00h)	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h 5D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18/08/2019 06:00
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	18/08/2019 06:00
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H SE NAUSEA OU VOMITOS	SN
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1 SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	(20) (Suspensão)
6	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O. 01 COMP, 6h/6h SE DOR FORTE	SN
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
9	CURATIVOS	
10	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 28/08/2019 HORA: 09:52:12

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, SEM QUEIXAS. SONO PRESERVADO, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA. PRESENÇA DE FERIMENTO EM MALEOLO MEDIAL SEM SECREÇÃO.

CONDUTA:

- VPM.
- AGUARDA CIRURGIA.
- MANTER JANELA PARA CURATIVO.

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva AnselmoDra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

Det 1001 - A.V.

00:00 - H)

51-80-80 - C

1) aceti consent
 ontrabito, curatore
 malgrado, quando
 sempre, o meno
 l'aceto con cura
 de di

08 x 051 - 4.11

00:80 1-1

- 51 - 80 - 82 - C



27/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-27&contar=1970325&IDC=40705

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 27/08/2019

Horas: 09:15:21

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1970325 Paciente: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO Idade: 049 Sexo: M

Nome da Mãe: EUGENIA ALVES FLORENCO Data de Nascimento: 24/08/1969 Admissão: 18/08/2019 DIH - 9

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 3 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA TORNOZELO D - MALEOLO MEDIAL E TERCO DISTAL FIBULA

DIA 27/08/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	ciente
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 4D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	12/24 12/24
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12/24 12/24
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H SE NAUSEA OU VOMITOS	5mg/8h
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	20
6	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O, 01COMP, 6h/6h SE DOR FORTE	5N
7	FISIOTERAPIA MOTORA	ciente
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ciente
9	CURATIVOS	ciente
10	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	ciente

EVOLUÇÃO

DATA: 27/08/2019 HORA: 09:14:30

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, SEM QUEIXAS.
SONO PRESERVADO, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA.
PRESENÇA DE FERIMENTO EM MALEOLO MEDIAL SEM SECREÇÃO PURULENTO.

CONDUTA:

- VPM.
- MANTER JANELA PARA CURATIVO.

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo

Dra. Ana Maria Da Silva Anselmo
Méd. Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 1825



27 10:00
08 Paciente EGE medicado
74 PA = 120 x 80 BPM = 12
segue sobre os cuida-
dos da enfermagem
Cristiany Alves
COREN-PB 1.000.374-TE

27 22:00
08 Paciente EGE medicado
74 PA = 120 x 70 segue sobre
os cuidados da En-
fermagem
Cristiany Alves
COREN-PB 1.000.374-TE



26/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-26&contar=1970325&IDC=40413

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 26/08/2019

Horas: 08:53:04

Médico (a) Diarista: Ana Maria Da Silva Anselmo

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1970325 Paciente: **ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO** Idade: 049 Sexo: M

Nome da Mãe: EUGENIA ALVES FLORENCO Data de Nascimento: 24/08/1969 Admissão: 18/08/2019 DIH - 8

Clínica: ORTOPEdia 1 Enfermaria: 3 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA TORNOZELO D - MALEOLO MEDIAL E TERCO DISTAL FIBULA

DIA 26/08/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h 3D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 of
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H SE NAUSEA OU VOMITOS	12 18 24 36
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	20 F
6	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O. 01COMP, 6h/6h SE DOR FORTE	
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
9	CURATIVOS	
10	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 26/08/2019 HORA: 08:52:20

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, SEM QUEIXAS.
SONO PRESERVADO, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA.
PRESENÇA DE FERIMENTO EM MALEOLO MEDIAL, COM ÁREA DE NECROSE SUPERFICIAL CENTRAL E SEM
SECREÇÃO PURULENTO.

CONDUTA:

- VPM.
- TROCAR TALA-BOTA (COLOCAR TALA-BOTA EM POSIÇÃO NEUTRA).
- MANTER JANELA PARA CURATIVO.

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo

Dra. Ana Maria Da Silva Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

48/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-26&contar=1970325&IDC=40413

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 13:24:19

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072213241727300000043812187

Número do documento: 21072213241727300000043812187

Num. 46111098 - Pág. 28

PA-120180

13, 14

26-08-19

Paciente evolui sem
feixe, realizado cu-
rativo, feixe leve,
consciente e orientado
medicado segue ab-
solutos de enferma-
gem.

Osane Cristina de Albuquerque
CREM-PA 174.938-TE

26-08-19
PA-120180
H- 19, 12

Paciente evolui
sem feixe, segue
absolutos de enferma-
gem.

Osane Cristina de Albuquerque
CREM-PA 174.938-TE



25/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-25&contar=1970325&IDC=40177

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 25/08/2019

Horas: 09:21:07

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1970325 Paciente: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO Idade: 049 Sexo: M

Nome da Mãe: EUGENIA ALVES FLORENCO Data de Nascimento: 24/08/1969 Admissão: 18/08/2019 DIH - 7

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 3 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA TORNOZELO D - MALEOLO MEDIAL E TERCO DISTAL FIBULA

DIA 25/08/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 2D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H SE NAUSEA OU VOMITOS	
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	20
6	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O. 01COMP, 6h/6h SE DOR FORTE	
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	feito
9	CURATIVOS	feito
10	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 25/08/2019 HORA: 09:20:54

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, SEM QUEIXAS.
SONO PRESERVADO, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA.
PRESENÇA DE FERIMENTO EM MALEOLO MEDIAL, COM ÁREA DE NECROSE SUPERFICIAL CENTRAL E SEM
SECREÇÃO PURULENTE.

CONDUTA:

- VPM.
- AGUARDA MELHORAR CONDIÇÕES DE PELE PARA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA.
- MANTER JANELA PARA CURATIVO.

ASSINATURA CARIMBO
Ana Maria Da Silva AnselmoDra. Ana Maria Da Silva Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

25/08/19

às 08:00hs

T = 37°C

P.A.: 130 x 90 mmHg

Paciente consciente e orientado.
sueta dieta. Com diurese e
evacuação presente. Feito eva-
tivo e troca de A.V.P. Segue
nos cuidados da enferma-
gem. m.c. p.m.

Ana Maria Cavalcante Falcão
COREN-PB 177.451-TE

A

25.08.19 20hA PA: 120x80

Monalisa Fortunato Soares
COREN-PB 84381-TE



24/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-24&contar=1970325&IDC=39929

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 24/08/2019

Horas: 10:16:56

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo



GOVERNO DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1970325 Paciente: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO Idade: 049 Sexo: M

Nome da Mãe: EUGENIA ALVES FLORENCO Data de Nascimento: 24/08/1969 Admissão: 18/08/2019 DH1 - 6

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 3 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA TORNOZELO D - MALEOLO MEDIAL E TERCO DISTAL FIBULA

DIA 24/08/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	14 22 06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h ID/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H SE NAUSEA OU VOMITOS	
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	20
7	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O. 01COMP, 6h/6h SE DOR FORTE	
8	FISIOTERAPIA MOTORA	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	M N
10	CURATIVOS	M

EVOLUÇÃO

DATA: 24/08/2019 HORA: 10:16:18

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, SEM QUEIXAS. SONO PRESERVADO, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA. PRESENÇA DE FERIMENTO EM MALEOLO MEDIAL, COM ÁREA DE NECROSE SUPERFICIAL CENTRAL E SEM SECREÇÃO PURULENTE.

CONDUTA:

- VPM.
- AGUARDA MELHORAR CONDIÇÕES DE PELE PARA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA.
- MANTER JANELA PARA CURATIVO.

ASSINATURA:
Ana Maria Da Silva Anselmo
Dra. Ana Maria Da Silva Anselmo - Traumatologista
MR. Ortopedia
CRM-PB 7825



24/08/19 08:40

PA = 120x80

P = 69

Sat = 95%

T = 36,2

Paciente consciente e
orientado, seguindo
atendimento, feito
curativo e os EEGs. Segue
as cuidados da enfermagem

Isa Lúcia Fialho de Oliveira
COREN-PB 202.185-TE

24/08/19

PA = 130x70

Pc. 78

Sat 94

T = 36,1

Paciente medicado
bem quanto aos
cuidados de enfer

Marta Medina Gonçalves
COREN-PB 394.358 - TE



23/08/2019

10.1.1.148/projetohicg/imprimevo.php?datasai=2019-08-23&contar=1970325&IDC=39582

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 23/08/2019

Horas: 08:15:43

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1970325 Paciente: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO Idade: 049 Sexo: M

Nome da Mãe: EUGENIA ALVES FLORENCO Data de Nascimento: 24/08/1969 Admissão: 18/08/2019 DIH - 5

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 3 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA TORNOZELO D - MALEOLO MEDIAL E TERÇO DISTAL FIBULA

DIA 23/08/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	✓
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	34 23 06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 0D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06 18 24 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18 06 18 24 06
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8/8H SE NAUSEA OU VÔMITOS	SIN
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	18 06 18 24 06
7	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O. 01COMP. 6h/6h SE DOR FORTE	SIN
8	FISIOTERAPIA MOTORA	✓
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	✓
10	CURATIVOS	✓

EVOLUÇÃO

DATA: 23/08/2019 HORA: 08:14:40

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, SEM QUEIXAS. SONO PRESERVADO, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA. PRESENÇA DE FERIMENTO EM MALEOLO MEDIAL E FLECTENAS

CONDOTA:

- VPM.
- AGUARDA MELHORAR CONDIÇÕES DE PELE PARA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA.
- MANTER JANELA PARA CURATIVO.

ASSINATURA: Ana Maria Da Silva Anselmo
Dra. Ana Maria Da Silva Anselmo
CRM: 10.848.190/0001-55



23/08 -> Realizado curativo em MRD, pelas alunas
de Mariana (Enfermagem), segue sendo me-
dicado conforme prescrição médica.

PA: 120 x 80

Valéria MS

20 horas -> PA: 140 x 80 Valéria MS



20/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-20&contar=1970325&IDC=38669

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 20/08/2019

Horas: 07:51:30

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1970325 Paciente: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO Idade: 049 Sexo: M
Nome da Mãe: EUGENIA ALVES FLORENCO Data de Nascimento: 24/08/1969 Admissão: 18/08/2019 DIH - 2
Clínica: AMARELA Enfermaria: 3 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA TORNOZELO D - MALEOLO MEDIAL E TERCO
DISTAL FIBULA

DIA 20/08/2019

MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335) /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	SN
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 02COMP, 6h/6h	12/18/24/30
3	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H SE NAUSEA OU VOMITOS	SN
4	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O. 01COMP, 6h/6h SE DOR FORTE	SN
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT

EVOLUÇÃO


DATA: 20/08/2019 HORA: 07:50:53

REG. ESTAVEL
COM DOR.com tala gessada
aguardo exames solicitadosASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)


Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Médico - CRM 3335



20-08-19 Paciente estável, sem queixas,
consciente, medicado, segue
aos cuidados da Enfermagem.

PA - 120 x 80 
FC - 72

20-08-19 Paciente estável, sem
queixas, aguarda procedi-
mentos cirúrgicos, segue
aos cuidados da Enfer-
magem.

PA - 120 x 80 
FC - 77



19/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2019-08-19&contar=1970325&IDC=38339

GOVERNO
DO ESTADO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 19/08/2019

Hora: 07:29:52

Médico (a) Diarista: Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

PRESCRIÇÃO MÉDICA**DADOS DO PACIENTE:**

Nº do prontuário: 1970325 Paciente: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO Idade: 049 Sexo: M

Nome da Mãe: EUGENIA ALVES FLORENCO Data de Nascimento: 24/08/1969 Admissão: 18/08/2019 DIH - 1

Clínica: AMARELA Enfermaria: 11 Leito: 6 Diagnóstico: FRATURA TORNOZELO D - MALEOLO MEDIAL E TERÇO DISTAL FIBULA

DIA 19/08/2019

MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335) /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, 02COMP, 6h/6h	12/AR 29 92
3	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H SE NAUSEA OU VOMITOS	SA
4	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O, 01COMP, 6h/6h SE DOR FORTE	SA
5	FISIOTERAPIA RESPIRATORIA	
6	FISIOTERAPIA MOTORA	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
8	MOVIMENTACAO ATIVA NO LEITO (MMII)	

EVOLUÇÃO

DATA: 19/08/2019 HORA: 07:28:43

reg. estável

com tala gessada
aguardo exames solicitadosASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME:			
IDADE:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: / / às : h	
SETOR:		LEITO:	
DIAGNÓSTICO MÉDICO:			
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/> TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/> EUPNÉICO <input type="checkbox"/> BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DUSÚRIA <input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
	DEÂMBULA <input type="checkbox"/> DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/> ACAMADO <input type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>		
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>		
ST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/>		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>		
DADOS VITAIS:	PA: T: FR: FC: PESO:		
DIAGNOSTICO DA ENFERMAGEM			
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILIBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
			CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.			
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.			
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).			
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.			
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.			

MOO 125



RESULTADOS ESPERADOS:		

REGISTROS									
10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	80-90	90-100	ASSINATURA

paciente consciente,
brunado melado
com fome e presença
médica. Após 10
minutos da infusão

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA	INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA
---------------------------------------	--



18/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 18/08/2019

Horas: 13:20:02

Médico (a) Diarista : Felipe Miranda Mendonca Fernandes

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1970325 Paciente: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO Idade: 049

Nome da Mãe: EUGENIA ALVES FLORENCO Data de Nascimento: 24/08/1969 Sexo: M

Clínica: AMARELA Enfermaria: 11 Leito: 6 Diagnóstico: FRATURA TORNOZELO D - MALEOLO MEDIAL E TERCO DISTAL FIBULA

DIA 18/08/2019

MÉDICO(A): Felipe Miranda Mendonca Fernandes /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 02COMP, 6h/6h	18 24 9/6
3	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H SE NAUSEA OU VOMITOS	SM
4	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O. 01COMP, 6h/6h SE DOR FORTE	SM
5	FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA	
6	FISIOTERAPIA MOTORA	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
8	MOVIMENTACAO ATIVA NO LEITO (MMII)	

Dr. Felipe Fernandes
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8819 - TEOT 15656



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLÉTIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Adriane Nogueira</u>			
IDADE:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:	/ / às : h
SETOR:	LEITO:		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:			
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/> TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/> EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/> BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DUSÚRIA <input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
	DEÂMBULA <input type="checkbox"/> DEÂMBULA C/ APOIO <input checked="" type="checkbox"/> ACAMADO <input type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>		
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>		
ST. GAS. ROINTEATINAL (JET)	VO <input checked="" type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/>		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>		
DADOS VITAIS:	PA: T: FR: FC: PESO:		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR: <u>paciente no leito</u>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <u>Procedimento Cirúrgico</u>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR: <u>Fraqueza TMZ</u>		
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
Assinatura do Enfermeiro Responsável: <u>Raquel dos Anjos Cinha</u>		CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	
ENFERMEIRA		FR: FATOR RELACIONADO	
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<u>sempre</u>	
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.			
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).			
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		<u>sempre</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.		<u>sempre</u>	

MCO 125



[illegible]

30/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-30&contar=1970325&IDC=41487



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 30/08/2019

Horas: 09:23:02

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1970325 Paciente: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO Idade: 049 Sexo: M

Nome da Mãe: EUGENIA ALVES FLORENCO Data de Nascimento: 24/08/1969 Admissão: 18/08/2019 DIH - 12

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 3 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA TORNOZELO D - MALEOLO MEDIAL E TERÇO DISTAL FIBULA

DIA 30/08/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 7D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	

EVOLUÇÃO

DATA: 30/08/2019 HORA: 09:22:49

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, EM 1º DPO, SEM QUEIXAS. SONO PRESERVADO, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA. FO COM BOM ASPECTO.

CONDUTA:

- PRESCREVO CIPROFLOXACINO + ARFLEX RETARD + DAPIRONA 1 G.
- ENCAMINHO À FISIOTERAPIA.
- ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO.
- FORNEÇO ATESTADO MÉDICO.
- ORIENTAÇÕES GERAIS + ORIENTO RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRÊNCIAS.
- ALTA HOSPITALAR.

ASSINATURA + CARIMBO

Ana Maria Da Silva Anselmo

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Adriano Augusto A. Flomenio Registrô: 3 Leito: 3 Setor Atual: UTI

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:

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

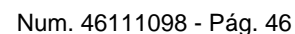
(☒) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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



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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Adriano Hugo Idade: 49 Sexo: M Enf/Leito: 3-3

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 DIAGNÓSTICO MÉDICO: FAITN

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

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

MOBILIDADE 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 () OBESO. DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

ALIMENTAÇÃO: (☒) VO () SNG () SNE () OUTROS:

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: (☒) NORMAL () ALTERADO () OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (☒) ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (☒) NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: (☒) ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____

LESÃO POR PRESSÃO: () SIM (☒) NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____

localização anatômica da ferida: Curativo em: _____

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: (☒) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA HIGIENE BUCAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIA DE RODAS SONO/REPOUSO: () PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (☒) PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMENTO/COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

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



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95% () OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
(X) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO () REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO	1 x 2x 2	(X) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR () AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR (X) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	12 1 2	() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		(X) RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
(X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS (X) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL A 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	hoje sempre	
OUTRO		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? (X) SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITAÇÃO () DISTÚRBO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Gilsara S. Raposo

ENFERMEIRA

22/07/2021



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Adriano Magno Registro: Leito: 3-3 Setor Atual: 017

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: lprpm; 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 () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outros:

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (X) 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: (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:

Tosses: () Improdutiva () Produtiva Expectorção: () Quantidade e aspecto:

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

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

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



Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: () Precordialgia ()

Drogas vasoativas: () Quais?

Ausulta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção: 25/08/19

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 () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: 1/1

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

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

RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

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

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

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: () Inteira () 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: 1/1

Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: 1/1

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: 1/1

CUIDADO CORPORAL

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

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

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

SONO E REPOUSO

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

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Medo.

() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:

5. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Janiere Vitoria Ferreira COREN-PB 355745-ENE DATA: 27/08/19 HORAS: 12:20

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





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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME:	Adriano Mendes		
IDADE:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:	26.08.15
SETOR:	Otorrinolaringologia	LEITO:	3.3
DIAGNÓSTICO MÉDICO:	PNEUMONIA		
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input type="checkbox"/>	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> EUPNEICO <input checked="" type="checkbox"/>	BRADIPNEICO <input type="checkbox"/>	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE):	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>	
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input checked="" type="checkbox"/> DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/> ACAMADO <input type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>	
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>	
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA):	VOZ <input checked="" type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>	
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>	
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:
			FC:
			PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:	
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE	<input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	121 1215	ASSINATURA	
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DUMIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AERIAS.			
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.			
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).	121 1215		
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.			
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS REPOSTAS DO PACIENTE.	121 1215		



22/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-22&contar=1970325&IDC=39384

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 22/08/2019

Horas: 10:55:35

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK OK

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1970325 Paciente: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO Idade: 049 Sexo: M

Nome da Mãe: EUGENIA ALVES FLORENCO Data de Nascimento: 24/08/1969 Admissão: 18/08/2019 DIII - 4

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 3 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA TORNOZELO D - MALEOLO MEDIAL E TERCO DISTAL FIBULA

DIA 22/08/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	14/ 22 04
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12/ 13 24/04
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8/8H SE NAUSEA OU VÔMITOS	
	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	20/
6	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O. 01COMP. 6h/6h SE DOR FORTE	
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 22/08/2019 HORA: 10:54:24

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR (+/+).
SONO PRESERVADO, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA.
PRESENÇA DE FERIMENTO EM MALEOLO MEDIAL E FLICTENAS

CONDUTA:

- VPM.
- AGUARDA MELHORAR CONDIÇÕES DE PELE PARA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA.
- MANTER JANELA PARA CURATIVO.

ASSINATURA:
Ana Maria Da Silva AnselmoDra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

22.09.19 09hA PA: 120x80

Procedimento: com a seguinte orientação:
em virtude da realização de um
m. d. de acordo de trabalho.

Moralisa Fortunato Soares
COREN-PB 843.811-TE

22.09.19 20hA PA: 120x80

Moralisa Fortunato Soares
COREN-PB 843.811-TE



21/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-21&contar=1970325&IDC=39018

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 21/08/2019

Horas: 08:27:51

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1970325 Paciente: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO Idade: 049 Sexo: M

Nome da Mãe: EUGÊNIA ALVES FLORENCO Data de Nascimento: 24/08/1969 Admissão: 18/08/2019 DIH - 3

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 3 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA TORNOZELO D - MALEOLO MEDIAL E TERCO DISTAL FIBULA

DIA 21/08/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE <i>22/08/19</i>	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8/8H SE NAUSEA OU VÔMITOS	SN
5	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	(5000) (20)
6	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEÍNA 30 MG V.O. 01COMP, 6h/6h SE DOR FORTE	SN
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ciut

EVOLUÇÃO

DATA: 21/08/2019 HORA: 08:24:50

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR (+/+). SONO PRESERVADO, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA. PRESENÇA DE TALA EM PERNA DIREITA.

CONDUTA:

- VPM.
- ABRIR TALA PARA AVALIAR CONDIÇÕES DE PELE.
- AGUARDA CIRURGIA.

ASSINATURA E CARIMBO
Ana Maria Da Silva AnselmoDra. Ana Maria Da Silva Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 782

- Dura 22/08/19
- SN ciut

Dr. Wagner Luiz Egito de Araújo
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8926

21/08/19 Consciente, Orientado, deambula, aceita
dieta. Apido P.A. 120x70; P=77. Em uso de
filo salinizado. Seguem os cuidados. Imery

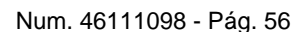
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES
CORREIO PA 250705 TI

23/08/2019

23:00

PA- 120/80 Q.



HTCG-Painel Administrativo

HTCG-Panel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO[illegible]

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

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

Marina Victoria Dm
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

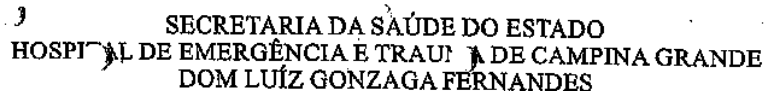
http://impreclassi.php?contar=1970304&dataatend=2019-08-18">gratend=12:07:55

2/3



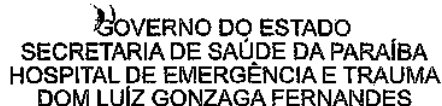
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 13:24:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072213241727300000043812187>
 Número do documento: 21072213241727300000043812187

Num. 46111098 - Pág. 57



Paciente	Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
Adriano Vargens Alves Fleurance		Osteopatia I	3	3
Data	Hora	Data	Hora	
01/08/19	13:38	22/08/19	Tardi.	
<p>Paciente em EGR calibratório, não mesomorfo, apêndice ao toque, eufônico, aproximado protuberância torácica D. molécula mediana e torção com ri-mais uteris PA + 120/80 mmHg PAF: 120/80 mmHg FC 67 bpm Fr. 19 lpm SPDe: 96%, Sem dor opressão no movimento da niti-eulação do Toracozelo, banda 2 grau de dor, ADM: diminuída em região do toracozelo e presen-çado em fexão e quadril, tó-nus e trejeitos fisiológico sem presença de ulmo conduto: mo-bilização passiva em dedos do pé direito M.T.D. isometria em flexão plomton exercício de apex/ext de fexão e quadril (3x10") no - membrana contralateral exercício de apex/ext Abd/Od de quadril e apex/ext de fexão (3x10") exercício mioimpulsivo - art impasso huri-elio Nascimento Monteiros</p>		<p>Paciente um EGB, mesomorfo, apêndice ao to-que, eufônico, mesomorfo, calibratório com a conduta. Paciente não apresenta dor, força e ADM preservadas, boa mobilidade e está fazendo uso de sola grossa, num sustento ao duto e no momento da conduta estava num acompanhamento Conduta realizada: mobilização passiva inter-falangiana do p(1) na sentido AP e latro-lateral, mobilização patelar (D²) na sentido latro-lateral e nupre-injuria de fexão passiva; mobilização ativa de Toracozelo (E) na sentido AP e um circun-dução; terapia de energia muscular no Toracozelo para os movimentos de dorsiflexão e flexão plan-tar (3x3); exercício de triplicar flutua de MRE, de fexão ativa (3x5); mobilização passiva de qua-dril (E) na sentido latro-lateral e um circun-dução; exercício ativo isométrico de flexão de qua-dril e extensão de joelho (3x5)- MRE obs: Pacien-te sedentária Foi supostada a existência da próxi-mi valgar Triplax flutua ativa de MRE, 4 vezes di manha e a noite ACRIQUEBIA Rimata Tomaz de Araújo Souza</p>		



[illegible]

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <u>ADRIANO MAGDO FERNES FERNANDES</u>			IDADE <u>49</u>	SEXO <u>MAS</u>	COR <u>M.</u>
DATA <u>28/08/19</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO BAHU/UBI	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLUCÊMIA	UREIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO				DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO	
ESTADO MENTAL				ATARRAÇADOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>fract de Tornozelo TIA</u>					ESTADO FÍSICO		RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS							INUBAÇÃO Satisf.: <u> </u> Excit.: <u> </u> Tosse: <u> </u> Laringo espasmo: <u> </u> Lenta: <u> </u> Náuseas: <u> </u> Vômitos: <u> </u> Outros: <u> </u> MANUTENÇÃO ① <u>cefoglin</u> ② <u>Tramadol</u> ③ <u>DECADOL</u> ④ <u>LAUSEDA</u> ⑤ <u>OMEDRA</u> ⑥ <u>Efedr.</u> ANESTESIA SATISF.: Sim <u> </u> Não <u> </u> Não, por quê? <u> </u> DESPERTAR Reflexos na SO: <u> </u> Obst.: <u> </u> Co.: <u> </u> Excit.: <u> </u> Náuseas: <u> </u> Vômitos: <u> </u> Outros: <u> </u> Com cânula: Para o Leito Sim <u> </u> Não <u> </u> CONDIÇÕES:
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES							
POSICÃO	<u>Proneito m.</u>						
AGENTES	<u>NEOCLINA T Dimanf.</u>						
TÉCNICA	<u>Pericardial</u>						CÂNULAS
OPERAÇÃO	<u>Red. Simples e/fixas</u>						
CIRURGIÕES	<u>DR EUDISMAN</u>						
ANESTESISTAS	<u>ALFREDO LUCAS</u>						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATORIAS E POS-OPERATORIAS.						PERDA SANGÜÍNEA	

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Sp-100 / 10000

Handwritten notes:

- 10/10/1968
- 10/10/1968
- 10/10/1968
- 10/10/1968

100

— 16 —

100

50

100

40

10



1894-1895

15

40

10	10
20	20
30	30
40	40
50	50
60	60
70	70
80	80
90	90
100	100

2000

[Faint handwritten notes, possibly "The end of the world"]



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

10:30 Garrote

OK retrieved
Gren 250730



[illegible][illegible][illegible][illegible]

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA		INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA	
---------------------------------------	--	--	--

[illegible]

paciente faz uso de tola N510 + Constipação
deve, medicado conforme prescrição médica.

Glisara S. Raposo
ET/TERAPIA

[illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: Adriano Mano Registrô: Leito: 3.3 Setor Atual:

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:

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.

Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.

Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()

Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()

Ausulta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: MSD Data da punção 22/08/19

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 () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: 1/1

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

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

RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

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

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

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

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

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

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

Inclinação cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: 23/08/19

Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: 1/1

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: 1/1

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:

AValiação 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

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 23/08/19 HORA: 1/1

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Adriano Mauro Alves Pereira Registro: Lelto: 3-3 Setor Atual: ortop.

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

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: () 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 () Cifelo.



Pele: (X) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.

Tempo de enchimento capilar: (X) ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: () Precordialgia ()

Drogas vasoativas: () Quais?

Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: M5 E Data da punção: 19/08/19

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: 1 / 1 / 1

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

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

RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

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

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

Aspecto: (X) Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: (X) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:

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

Condições das mucosas: (X) Úmidas () Secas Manifestações de sede: () Curativo em: 19/08/19

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Retirado em: / /

Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Curativo: / /

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

CUIDADO CORPORAL

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

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

Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas (X) Outro: deambula e/ou ajuda

SONO E REPOUSO

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

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Medo:

() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:

5 - NECESSIDADES PSIC ESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

22/08/19 às 16:30h, pte com DB em MZD, realizado. enotivo (com glecter
maquagem), indicados e p.m. aos envolvidos da equipe.

Karola R. L. Porto Queiroz
COREN-PB 166371-ENF

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 19/08/19 HORA: 16:30h
Karola R. L. Porto Queiroz
COREN-PB 166371-ENF

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: Adriano Moreno Registro: 33 Leito: 33 Setor Atual: 01701

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:

REGULACÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):
Droga (Sedação/Analgésia):
Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Parética () Plágia () Parestesia Local:
Linguagem: () Qual? () Distonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENACÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FI02 % PEEP cmH20

() Eupnéia () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

2 rcp Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estidor () Outros:
Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoratório: () Quantidade e aspecto:
Aspiração: Quantidade e aspecto:
Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:
Geometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SPO2 Data: / / Hora:

PERCEPCÃO DOS ORGÃO DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:
SEGURANÇA FÍSICA
() Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação:
REGULACÃO CARDIOVASCULAR
Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.

Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: () Precordialgia ()

Drogas vasoativas: () Quais?

Ausulta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: MSD Data da punção 21/08/19

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 () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: 1/1

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

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

RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

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

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

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: () Inteira () 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: 1/1

Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: 1/1

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: 1/1

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:

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GRÉGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:

() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:

NECESSIDADES PSICOSPÍRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

Aguarda procedimento cirúrgico.

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: *Janiela S. Cruz Gondim* DATA: 21/08/19 HORA: 11:00

ENFERMEIRA
COPEN PB 500.860

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





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): ADRIANO MAGNO ALVES Protocolo: 0000483127 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): ADEMIR COSTA WANDERLEY Data: 18-08-2019 14:28 Origem: ÁREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 49 anos Destino: Leito - 09

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 18/08/2019 14:27]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	5.5 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	17,0 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	52,0 %	40,0 à 52,5 %
H.C.M.....	95 fL	80,0 à 100,0 fL
H.C.M.....	31 pg	27,0 à 31,0 pg
H.C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	11.300 /mm ³ (%)	5.000 à 10.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrófilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	5,0	565
Segmentados.....	82,0	9.266
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	10,0	1.130
Atípicos ou Reativos.....	0	0
Monócitos.....	3,0	339
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	213.000 mm ³	140.000 à 400.000 mm ³

BSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRBM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: BF1B-E655-6FBB-E87E-72F2-D6FF-4140-9917





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: Adriano M. Alves Florença IDADE: 49 SEXO: M

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 19/08/19

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

() Assintomática () Sintomática ☒ Oligossintomática

SINTOMAS:

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

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

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

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: meiga ☒ Tabagismo
() Etilismo () Sedentarismo
() Dislipidemia () Cirúrgico _____ () Outros

Medicamentos em uso ☒ Não () Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

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

Ap. Cardiovascular - Comentários: RCR, 2T, DV

FC: 72 b.p.m P.A.: 130 x 80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: R. sinusal, dist. de condução intraven

trículos repolarização precoce

Ex. Laboratoriais: hg 17

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.: _____

Dra. Imara Queiroz Barbosa
Cardiologista
CRM-PB 65463 - RQE 3024

Ass. do Médico





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Adriano Magno Alves Florêncio			Idade:	50 anos
Convênio:	SUS			Data:	29-08-19
Procedimento:	OT - Cirurgia de fratura de tornozelo (D)				
Cirurgião:	Dr. Eldimar	Auxiliar:	Dr. Júlio	Anestesista:	Dr. Alpedio
Início:	10:10	Término:	11:45	Anestesia	Raquir

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
12:00	124x79	54	96%	Sueli + Ruim	-	Consciente
12:30	124x73	60	97%	Sueli + Ruim	-	Consciente

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:
Paciente consciente, orientado, mantendo-se voluntariamente de 4 membros. Sem queixas. Alta de 3000
Assinatura Anestesista
Circulante

Relatório de Operação

MOB. 183



**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





● Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso
Sala 901/902 - Coelho - Recife/PE - CEP: 50.070-540
CNPJ: 26.296.089/0001-78

0840

Paciente: Adriano Marcos Alves Florêncio
Hospital: de Jussara, Dr. C. G. G. G. G.
Médico: Dr. João Carlos + Dr. Glederson
Data da Cirurgia: 24/08/19 Procedimento: Cir. do Pâncreas
Prontuário: 1970304 Convênio: 0
Instrumentadora(O): Elvira S. O. Circulante:

Dr. Julio Cesar Castro
Oncólogo e Tumorólogo
CRM-PR-09657 CRM-RN-0320

Recife, 27 de 05 de 2017

Médico Responsável



Dr. Anuar Murad Filho

Clínica Médica

C.R.M-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

O paciente ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO é portador do CID : S 82
proveniente de fratura de tornozelo direito ocasionado por acidente de motocicleta ,
tendo como seqüela um comprometimento de 50 % do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

02-12-2019

Dr. Anuar Murad Filho
Médico - CRM-PB 8.742
V. Dr. João da Mata, Nº 400
João Pessoa - PB

Eco Medical Center Cartaxo (C.N.P.J : 29.955.582/0001-41)

Rua : Antônio Rabelo Junior N - 170 (Miramar - João Pessoa) CEP : 58032-090



Dr. Anuar Murad Filho

Clínica Médica

C.R.M-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

O paciente ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO é portador do CID : S 82
proveniente de fratura de tornozelo direito ocasionado por acidente de motocicleta ,
tendo como seqüela um comprometimento de 50 % do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

02-12-2019

Dr. Anuar Murad Filho
Médico - CRM-PB 8.742
R. Dr. João da Mata, Nº 400
João Pessoa - PB



Eco Medical Center Cartaxo (C.N.P.J : 29.955.582/0001-41)

Rua : Antônio Rabelo Junior N - 170 (Miramar - João Pessoa) CEP : 58032-090



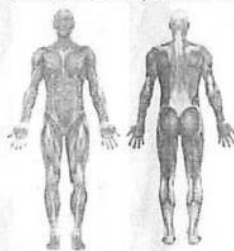
ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº: 1970304 CLASS. DE RISCO: AMARELO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 18/08/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : acolhimento

PACIENTE: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO
Endereço: RUA DR INANCIO MAIA
Cidade: Campina Grande
Nome da Mãe: EUGENIA ALVES FLORENCO
Responsável: MARIA VITORIA DINIZ
Estado Civil: Solteiro(a)
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

CEP: 58400002 Nascimento: 24/08/1969
Sexo: M Telefone: 988088955
Idade: 049 Bairro: CENTENARIO
RG: 1291307 Nº: 31
CPF: 73875201434 Profissão: FUNCIONARIO PUBLICO
Data de Atend: 18/08/2019 CNS: 898000504724438
Hora: 12:07:36 CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA:
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. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Certo-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorréia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

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

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DAI

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

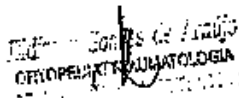
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

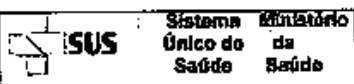
Dr. Ademir Costa Wanderley
ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGIA
MED. CO. TRIBUNAL

HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE			
Nome do Paciente: ADRIANO MAGNO			Data da Cirurgia 29/08/2019
CNS	Enfermaria 2	Leito 1	Prontuário
Cirurgião: Dr. ELDIMAN		1º Auxiliar: DR JULIO	
2º Auxiliar DR EULER		Instrumentador TIAGO	
Anestesista: DR ALFREDO		Anestesia: Raquel	
Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA TNZ D			
Tipo de Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO			
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			
<p>01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA</p> <p>02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MID</p> <p>03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS</p> <p>04- INCISAO FACE LATERAL TNZ D + DIVULSAO POR PLANOS + REDUÇÃO CRUENTA + FIXACAO PLACA DCO 3.4MM</p> <p>05- INCISAO EM FACE MEDIAL DE TNZ D + DIVULSAO POR PLANOS + REDUÇÃO CRUNETA + FIXAÇÃO COM 2 PARAFUSOS MALEOLARES;</p> <p>06- LAVAGEM SF 0.9%</p> <p>07- HEMOSTASIA</p> <p>08- SUTURAS;</p> <p>09- CURATIVOS.</p>			


 SUELIO MOREIRA TORRES
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



Data da internação: 18/08/2019 Hora: 12:58:11



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	2 - CNES 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	4 - CNES 2362856

Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO	
6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1970325	
7 - CARTÃO DO SUS 898000504724438	8 - DATA DE NASCIMENTO 24/08/1969
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL EUGENIA ALVES FLORENCO	11 - TELEFONE DE CONTATO 83 988088955
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA DR INANCIO MAIA ,31 , CENTENARIO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande	14 - CEP 58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente atendido com relato de acidente e trauma no membro direito.			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Fratura Bimaleolar Ungho D.			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Pr Ungho Di.			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura Ungho Di.	21 - CID-10 PRINCIPAL	22 - CID-10 SECUNDÁRIO	23 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Teste de Força Ungho Di.	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA 02	27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO 120318505140018
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ADEMIR COSTA WANDERLEY	29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 120318505140018
30 - DATA DA SOLICITAÇÃO 18/08/2019	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRANSITO	34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - () VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - CNPJ DA EMPRESA
41 - CBOE	42 - CNES DA EMPRESA	43 - CBOE	44 - CNES DA EMPRESA
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	46 - EMPREGADOR	47 - AUTÔNOMO	48 - DESEMPREGADO
49 - APOSENTADO	50 - NÃO SEGURO	51 - NÃO SEGURO	52 - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

30/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

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

Data: 30/08/2019

NOME: Ana Maria Da Silva Anselmo



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO

Data da Internação: 18/08/2019

Data da Alta: 30/08/2019

Registro: 1970325

Tempo de Permanência: -18127

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAME CLINICO + RADIOLOGICO

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data: 29/08/2019

Equipe:

Cirurgião: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1: JULIO CESAR RIBEIRO DE CA

Aux 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 3:

Aux 4:

Anestesiologista: ALFREDO LUCAS FILHO

Medicamentos:

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): - PRESCREVO CIPROFLOXACINO + ARFLEX RETARD + DIPIRONA 1 G. - ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. - ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES GERAIS + RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRÊNCIAS. - ALTA HOSPITALAR.

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!

Condições de Alta: Melhorado

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB/1825

Data: 30/08/2019

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL: Ana Maria Da Silva Anselmo

148/projetohctg/imprimirresumoalta.php?contar=1970325

1/1





● Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso
Sala 901/802 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540
CNPJ: 26.296.089/0001-79

0840

Instrumentadora(O): Flavio Circulante:

naife 27 de 05 de 2019

Médico Responsável

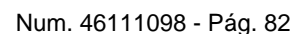




TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

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



29/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 29/08/2019

Horas: 10:37:56

Médico (a) Diarista : Residentes Ala Cirurgica

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1970325 Paciente: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO Idade: 049

Nome da Mãe: EUGENIA ALVES FLORENCO Data de Nascimento: 24/08/1969 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 3 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA TORNOZELO D - MALEOLO MEDIAL E TERCO DISTAL FIBULAR

DIA 29/08/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo / MÉDICO(A): Residentes Ala Cirurgica /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE APÓS RPA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	18 06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 6D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18 06
5	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	18 06
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18 06
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H SE NAUSEA OU VOMITOS	25
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	(20) pres op. imediato
9	FISIOTERAPIA MOTORA	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
11	CURATIVOS	

Dr. Suelio Moreira Torres
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



D = 23 - 08 - 19 Paciente consciente orientada
H - 07:20 medicado Pós-operatório
P.A. 120x80 imediato sem intercorrência
o mesmo segue sob
cuidados da enfermagem.

Juciane dos Santos Silva
COREN 108.708-7E

20.08.19 20h PA: 110x60 mmHg.

Paciente em pós op. imediato; segue sem queixas
caso momento - M. L. P. M

Σ Sálvia



3-3



SETOR DE ORIGEM:	Ortopedia I		
NOME:	Suelio Moreira		
PROCEDIMENTO:	Fx TVE		
<input type="checkbox"/> AVP: LOCAL:	<input type="checkbox"/> GELCO Nº:	<input type="checkbox"/> AVP	<input checked="" type="checkbox"/> JEEM
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:	<input type="checkbox"/> COM CLOREXIDINA	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
RETIRADO:	<input type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
<input type="checkbox"/> RESERVA DE HEMODERIVADO	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA		
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:		COREN:	



28/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-28&contar=1970325&IDC=41036

GOVERNO
DO PARÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 28/08/2019

Horas: 09:52:39

Médico (a) Diarista: Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1970325 Paciente: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO Idade: 049 Sexo: M
Nome da Mãe: EUGENIA ALVES FLORENCO Data de Nascimento: 24/08/1969 Admissão: 18/08/2019 DII - 10

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 3 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA TORNOZELO D - MALEOLO MEDIAL E TERCO DISTAL FIBULA

DIA 28/08/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE (Dieta 3º ou a partir de 00:00h)	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h 5D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18/08 06 18/08 24 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	SN
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H SE NAUSEA OU VOMITOS	(20) (Suspensão)
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. I SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h) PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O. 01COMP, 6h/6h SE DOR FORTE	SN
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
9	CURATIVOS	
10	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 28/08/2019 HORA: 09:52:12

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, SEM QUEIXAS.
SONO PRESERVADO, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA.
PRESENÇA DE FERIMENTO EM MALEOLO MEDIAL SEM SECREÇÃO.

CONDUTA:

- VPM.
- AGUARDA CIRURGIA.
- MANTER JANELA PARA CURATIVO.

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825



JUCIA DOS SANTOS SILVA
CORREIA-08 938700-1E

P.A. 120170
H - 20:00
C - 28-08-19

JUCIA DOS SANTOS SILVA
CORREIA-08 938700-1E

de de
regua com euda
lotada e muma
cunha ocara
medida. guarda
avulsa, curat
loant consenti

P.A. - 150 x 90
H - 08:00
C - 28-08-19



27/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-27&contar=1970325&IDC=40705

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 27/08/2019

Horas: 09:15:21

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1970325 Paciente: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO Idade: 049 Sexo: M

Nome da Mãe: EUGENIA ALVES FLORENCO Data de Nascimento: 24/08/1969 Admissão: 18/08/2019 DIH - 9

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 3 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA TORNOZELO D - MALEOLO MEDIAL E TERÇO DISTAL FIBULA

DIA 27/08/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	ciente
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, IFRA AMP, 12h/12h 4D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	12/24 12/24/26
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, IAMPOLA, 6h/6h	12/24/26
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H SE NAUSEA OU VOMITOS	SN
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	20
6	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O, 01 COMP, 6h/6h SE DOR FORTE	SN
7	FISIOTERAPIA MOTORA	ciente
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ciente
9	CURATIVOS	ciente
10	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	ciente

EVOLUÇÃO

DATA: 27/08/2019 HORA: 09:14:30

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, SEM QUEIXAS. SONO PRESERVADO, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA. PRESENÇA DE FERIMENTO EM MALEOLO MEDIAL SEM SECREÇÃO PURULENTA.

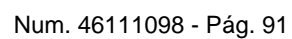
CONDUTA:

- VPM.

- MANTER JANELA PARA CURATIVO.

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva AnselmoDra. Ana Maria Da Silva Anselmo
M.R. Ortopedia e Traumatologia
CRM-98 1825

22000
27 Quant. por medicado
08
74 Pk = 120x70 segue sobre
as unidades da Tem -
Pimogen. Cristiano Alves
SOREN-PB 1.000x1.000x1.000



26/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2019-08-26&contar=1970325&IDC=40413

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 26/08/2019

Horas: 08:53:04

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1970325 Paciente: **ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO** Idade: 049 Sexo: M

Nome da Mãe: EUGENIA ALVES FLORENCO Data de Nascimento: 24/08/1969 Admissão: 18/08/2019 DIH - 8

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 3 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA TORNOZELO D - MALEOLO MEDIAL E TERCO DISTAL FIBULA

DIA 26/08/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h 3D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 of
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H SE NAUSEA OU VOMITOS	12 18 24 36
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	20 F
6	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O. 01COMP, 6h/6h SE DOR FORTE	
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
9	CURATIVOS	
10	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 26/08/2019 HORA: 08:52:20

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, SEM QUEIXAS.
SONO PRESERVADO, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA.
PRESENCIA DE FERIMENTO EM MALEOLO MEDIAL, COM ÁREA DE NECROSE SUPERFICIAL CENTRAL E SEM
SECREÇÃO PURULENTE.

CONDUTA:

- VPM.
- TROCAR TALA-BOTA (COLOCAR TALA-BOTA EM POSIÇÃO NEUTRA).
- MANTER JANELA PARA CURATIVO.

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva AnselmoDra. Ana Maria Da Silva Anselmo
Méd. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2019-08-26&contar=1970325&IDC=40413

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 13:24:19

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072213241727300000043812187>

Número do documento: 21072213241727300000043812187

Num. 46111098 - Pág. 92

PA-120180

13, 14

26-08-19

Paciente, evolui sem
feixes, realizado ex-
rativo, feixes eufia,
consciente e orientado
medicando segue as
evoluções de enferma-
gem.

Isane Cristina de Albuquerque
TREN-PR 174.938-TE

26-08-19

PA-120180

11- 18, 12

Paciente evolui
sem feixes, segue
as evoluções de enferma-
gem.

Isane Cristina de Albuquerque
TREN-PR 174.938-TE



25/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-25&contar=1970325&IDC=40177

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 25/08/2019

Horas: 09:21:07

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1970325 Paciente: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO Idade: 049 Sexo: M

Nome da Mãe: EUGENIA ALVES FLORENCO Data de Nascimento: 24/08/1969 Admissão: 18/08/2019 DHI - 7

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 3 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA TORNOZELO D - MALEOLO MEDIAL E TERCO DISTAL FIBULA

DIA 25/08/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 2D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	1/2 1/2 0/6
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	1/2 1/2 2/2 0/6
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H SE NAUSEA OU VOMITOS	
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 24h)	20
6	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O. 01COMP, 6h/6h SE DOR FORTE	
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	feito
9	CURATIVOS	feito
10	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA: 25/08/2019 HORA: 09:20:54

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, SEM QUEIXAS.
SONO PRESERVADO, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA.
PRESENÇA DE FERIMENTO EM MALEOLO MEDIAL, COM ÁREA DE NECROSE SUPERFICIAL CENTRAL E SEM
SECREÇÃO PURULENTO.

CONDUTA:

- VPM.
- AGUARDA MELHORAR CONDIÇÕES DE PELE PARA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA.
- MANTER JANELA PARA CURATIVO.

ASSINATURA CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo

Dra. Ana Maria Da Silva Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825



25/08/19

as 08:00hs

T = 37°C

P.A.: 130 x 90 mmHg

Paciente consciente e orientado.
sueta dieta. bom diurese e
evacuado presente. Feito eva-
tivo e troca de A.V.P. Segue
aos cuidados da enferma-
gem. m.c. p.m.

Ana Maria Cavalcante Falcão
COREN-PB 177.451-TE

A

25.08.19 20h PA: 120 x 80

Monalisa Fortunato Soares
COREN-PB 843.011-TE



24/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-24&contar=1970325&IDC=39929

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 24/08/2019

Horas: 10:16:56

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1970325 **Paciente: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO** Idade: 049 Sexo: M

Nome da Mãe: EUGENIA ALVES FLORENCO Data de Nascimento: 24/08/1969 Admissão: 18/08/2019 DH1 - 6

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 3 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA TORNOZELO D - MALEOLO MEDIAL E TERCO DISTAL FIBULA

DIA 24/08/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	14 22 06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP. 12h/12h 1D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H SE NAUSEA OU VOMITOS	
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	20
7	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O. 01COMP, 6h/6h SE DOR FORTE	
8	FISIOTERAPIA MOTORA	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	M N
10	CURATIVOS	M

EVOLUÇÃO

DATA: 24/08/2019 HORA: 10:16:18

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, SEM QUEIXAS.
SONO PRESERVADO, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA.
PRESENÇA DE FERIMENTO EM MALEOLO MEDIAL, COM ÁREA DE NECROSE SUPERFICIAL CENTRAL E SEM
SECREÇÃO PURULENTE.

CONDUTA:

- VPM.
- AGUARDA MELHORAR CONDIÇÕES DE PELE PARA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA.
- MANTER JANELA PARA CURATIVO.

ASSINATURA -
Ana Maria Da SilvaAna Maria Da Silva Anselmo
Dra. Anselmo - Traumatologia
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

24/08/19 08:40

PA = 120x80

P = 69

Sat = 95%

T = 36.2

Paciente consciente e
orientado, segue
atendimento, feito
curativo e os EEGG. Segue
os cuidados da enfermagem

Vera Lúcia Reis de Oliveira
COREN-PB 384.358-TE

24/08/19

PA = 130x70

P = 78

Sat 94

T = 36.1

Paciente medicado
bem quanto aos
cuidados de enfer

Marta Maria Gonçalves
COREN-PB 384.358-TE



23/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-23&contar=1970325&IDC=39582

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 23/08/2019

Horas: 08:15:43

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1970325 Paciente: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO Idade: 049 Sexo: M

Nome da Mãe: EUGENIA ALVES FLORENCO Data de Nascimento: 24/08/1969 Admissão: 18/08/2019 DHI - 5

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 3 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA TORNOZELO D - MALEOLO MEDIAL E TERÇO DISTAL FIBULA

DIA 23/08/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	✓
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	14 12 06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 0D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06 18 24 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8/8H SE NAUSEA OU VÔMITOS	SIN
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
7	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O. 01COMP, 6h/6h SE DOR FORTE	SIN
8	FISIOTERAPIA MOTORA	✓
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	✓
10	CURATIVOS	✓

EVOLUÇÃO

DATA: 23/08/2019 HORA: 08:14:40

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, SEM QUEIXAS. SONO PRESERVADO, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA. PRESENÇA DE FERIMENTO EM MALEOLO MEDIAL E FLECTENAS

CONDUTA:

- VPM.
- AGUARDA MELHORAR CONDIÇÕES DE PELE PARA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA.
- MANTER JANELA PARA CURATIVO.

ASSINATURA
Ana Maria Da Silva AnselmoDra. Ana Maria Da Silva Anselmo
MR. Ortopedia e Traumatologia
CRM-182182

23/08 -> Realizado curativo em MFD, pelas alunas
de Mariana (Enfermagem), após serido me-
dicado conforme prescrição médica.

PA: 120 x 80

Clínica nº

20 horas -> PA: 440 x 80 Valência nº



20/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-20&contar=1970325&IDC=38669

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 20/08/2019

Horas: 07:51:30

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1970325 Paciente: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO Idade: 049 Sexo: M
Nome da Mãe: EUGENIA ALVES FLORENCO Data de Nascimento: 24/08/1969 Admissão: 18/08/2019 DIH - 2
Clínica: AMARELA Enfermaria: 3 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA TORNOZELO D - MALEOLO MEDIAL E TERCO
DISTAL FIBULA

DIA 20/08/2019

MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335) /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	SN
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 02COMP, 6h/6h	12 / 18 / 24 / 30
3	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H SE NAUSEA OU VOMITOS	SN
4	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O. 01COMP, 6h/6h SE DOR FORTE	SN
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT

EVOLUÇÃO

DATA: 20/08/2019 HORA: 07:50:53


REG, ESTAVEL
COM DOR.com tala gessada
aguardo exames solicitadosASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
NÚMERO 3335




20-08-19

Paciente estável, sem queixas,
consciente, medicado, segue
aos cuidados da Enfermagem.

PA - 120 x 80 
FC - 77

20-08-19

Paciente estável, sem
queixas, aguarda procedi-
mentos cirúrgicos, segue
aos cuidados da Enfer-
magem.

PA - 120 x 80 
FC - 77



19/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2019-08-19&conta=1970325&IDC=38339

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 19/08/2019

Horas: 07:29:52

Médico (a) Diarista: Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1970325

Paciente: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO

Idade: 049 Sexo: M

Nome da Mãe: EUGENIA ALVES FLORENCO

Data de Nascimento: 24/08/1969 Admissão: 18/08/2019 DIII - I

Clínica: AMARELA

Enfermaria: 11

Leito: 6

Diagnóstico: FRATURA TORNOZELO D - MALEOLO MEDIAL E TERCO

DIA 19/08/2019

MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335) /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O. 02COMP. 6h/6h	12/18 24 96
3	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SE
	8/8H SE NAUSEA OU VOMITOS	
	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O. 01COMP. 6h/6h	SE
5	FISIOTERAPIA RESPIRATORIA	
6	FISIOTERAPIA MOTORA	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
8	MOVIMENTAÇÃO ATIVA NO LEITO (MIII)	

EVOLUÇÃO

DATA: 19/08/2019 HORA: 07:28:43

reg. estavel

com tela gessada
aguardo exames solicitados

ASSINATURA + CARIMBO

Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)



10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2019-08-19&conta=1970325&IDC=38339

1/1



GOVERNO
DA PARAÍBA

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:			
IDADE:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: / / às : h	
SETOR:	LEITO:		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:			
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> EUPNEICO <input type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/>		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/>		
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input type="checkbox"/> DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/> ACAMADO <input type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>		
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>		
ST. GAS. ROINTEATINAL: (DIETA)	VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/>		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>		
DADOS VITAIS:	PA: T: FR: FC: PESO:		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.			
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O ₂ A DL/ MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.			
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).			
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.			
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE			
<input type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.			

MOD 125



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Harmono Magno Registro: Leito: 33 Setor Atual: 01101

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:

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

→ nega 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 () Cifelo.



Pele: (X) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.

Tempo de enchimento capilar: (X) ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()

Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()

Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: na E Data da punção: 22/08/19

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: 22/08/19

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

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

RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há 2 dias () Outros:

Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito 100 ml/h;

Aspecto: (X) Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: (X) Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:

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

Condições das mucosas: (X) Úmidas () Secas Manifestações de sede: (). Curativo em: 22/08/19

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Retirado em: 22/08/19

Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Curativo: 22/08/19

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: 22/08/19

CUIDADO CORPORAL

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

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

Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas (X) Outro: deambula e/ou ajuda

SONO E REPOUSO

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

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Medo:

() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:

5. NECESSIDADES PSI-ESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

22/08/19 às 16:30h, pte com dr. em MZD, realizado: curativo / com eletrocardiograma, medicação e P.M. por membros da equipe.

Karola R. L. Porto Queiroz
COREN-PB 166371-ENF

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 22/08/19 HORA: 16:30h
Karola R. L. Porto Queiroz
COREN-PB 166371-ENF

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: *Adriano* Registro: *3.3* Leito: *3.3* Setor: *Atual*

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

Sinais vitais: Tax: *mg/dl*; Peso: *kg*; Altura: *cm*; Dor: () Local: *Obs.:*
% C; P: *bpm*; FR: *lpm*; PA: *mmHg*; FC: *bpm*; SPO2: *%*

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () ☒ Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outr
Drogas (Sedação/Analgesia):
Pupilas: () ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotoreagentes () Mídicas () Midriáticas
Mobilidade Física: () Preservada () Pareia () Plegia () Parestesia Local:
Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % *l/min* () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº *Comissura labial nº* *FI02* % *PEEP* *cmH20*
() 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: *SPO2* *EB* *Data:* / / *Hora:*

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:
SEGURANÇA FÍSICA
() Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação:
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR
Pulso: () ☒ Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Chelo.

[illegible]

Postare per uso di Tola 1510 + Cavo
della / mediante Cavo come presentato nel foto.

[illegible][illegible][illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: Adriano Wagner Alves Pereira Registro: 3-3 Setor Atual: 020p1

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

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 ☐ Mídricas ☐ Mideáticas

Mobidade Física: ☐ Preservada ☐ Paralisia ☐ Plegia ☐ Parestesia Local:
Linguagem: ☐ Qual? ☐ Distonia ☐ Afasia ☐ Disfasia ☐ Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

(X) Eupneia () Taquipneia () Bradipneia () Dispneia () Outros:
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:
Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:
Aspiração: Quantidade e aspecto:
Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:
Gasometria arterial: PH ☐ PCO2 ☐ PO2 ☐ HCO3 ☐ EB ☐ SPO2 ☐ Data: ☐ / ☐ / ☐ Hora: ☐

PERCEÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

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

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

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:		DATA: 23/08/19		HORA:	
FELT: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida					
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos; () Turgência jugular: () Precordialgia ()					
Drogas vasotivas: () Quais?					
Auscultação cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopra () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo					
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: M 5 D Data da punção 23/08/19					
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 () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: 23/08/19					
Alterações: () Inapetência () Distúrbio () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:					
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:					
RHA: () Normotivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados					
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Consistida há dias () Outros:					
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h:					
Aspecto: () Outros: Observações:					
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA					
Condição da pele: () Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:					
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado					
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()					
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:					
Dreno: () Tipo/Aspecto:					
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Débito: Retirado em: Curativo em: 23/08/19					
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:					
COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL					
Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:					
5. Necessidades Psíquicas					
RELIGIAO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPRITUALIDADE					
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:					
INTERCORRÊNCIAS					

Sabro 3

Clínica: Lúcio

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE		Adriano Magno Mes Flores		DN: 24/08/69	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
			56 anos	1970304	
CIRURGIA		H ² Cirurgias de natureza de emergência direta		CIRURGIÃO	
				Dr. Filipe Cesar + Dr. Edmar	
ANESTESIA		Ragui		ANESTESIA	
				Dr. Alfredo	
INSTRUMENTADORA		DATA		INÍCIO	
Thiago		29/08/19		10:30	
				FIM	
				11:45	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA</p> <p>SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE</p> <p>Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes</p> </div> </div>					
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenaliná amp.		Calet. p/ Oxi.		Calgut cromado Serlix
	Atropina amp.		Calet. De Urinar Sist. Fech.		Calgut cromado Serlix
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Calgut cromado Serlix
01	Dimora amp. 90		Compressa Pequena		Calgut Simples
	Dolantina amp.		Colonoide		Calgut Simples Serlix
	Efrase ml		Dreno		Calgut Simples Serlix
	Fenegan amp.		Dreno Kerr n°		Calgut Simples Serlix
	Fentanil ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso
	Ingua ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond
02	Ketalar ml		Equipo de Macrogolas		Ethibond
	Mercaina peroral		Equipo de Macrogolas		Ethibond
	Nubahin amp.		Equipo de Sengue		Fio de Algodão Serlix
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix
	Prologimine amp.		Esparradapto Larco cm		Fio de Algodão Sutupak
	Protodoxa lfm		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak
	Quetecim ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca
	Rapifen amp.		H ₂ O, ml	02	Mononylon
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serlix
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Serlix
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Serlix
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Serlix
01	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Serlix
01	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Serlix
01	Fluconazol amp. 150mg		Luvas 8.0		Vicryl Serlix
	Geramicina amp.		Luvas 8.5		
	Glicose amp.		Oxigênio lfm		
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix		
	Kanamacel ml		PVPI Degamante ml		
	Kanamacel ml		PVPI Tópico ml.		
	Kanamacel ml		Sabão Antisséptico		
	Kanamacel ml		Saco coletor		
	Lasix amp.		Seringa desc. 1 ml		
	Medrolinazol.		Seringa desc. 20 ml		
	Piasil amp.		Seringa desc. 05 ml		
	Prolamina		Sonda		
	Revivan amp.		Sonda folley		
	Solutanon amp.		Sonda Nasogálica		
	Celalolone 1g		Sonda Uretral n°		
	Cefazolin		Steridrem ml		
			Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18		
	Aguilha desc. 28 x 28		Latex		
01	Aguilha desc. 3 x 4,5				
01	Aguilha p/ raque n° 25				
03	Alcool de Enfermagem				
	Alcool iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gassada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

10:30 Garrote OK retido Coren 250730

8. 10. 1952

СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВОЕ



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>ADRIANO MARIO FERNES FLORENC</u>			IDADE: <u>49</u>	SEXO: <u>MAS</u>	COR: <u>M.</u>
DATA: <u>29/08/19</u>	PRESSÃO ARTERIAL: <u>—</u>	PULSO: <u>—</u>	RESPIRAÇÃO: <u>—</u>	TEMPERATURA: <u>—</u>	PESO: <u>—</u>	ALTURA: <u>—</u>	
TIPO SANGÜÍNEO: <u>—</u>	HEMÁCIAS: <u>—</u>	HEMOGLOBINA: <u>—</u>	HEMATÓCRITO: <u>—</u>	GLICÉLIA: <u>—</u>	URÉIA: <u>—</u>	OUTROS: <u>—</u>	
AP. RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATORIO				ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES: <u>—</u>	PESCOÇO: <u>—</u>	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ANÁRAXICOS: <u>—</u>	CORTICÓIDES: <u>—</u>	ALERGIA: <u>—</u>	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>fract de Tornozelo Tm.</u>					ESTADO FÍSICO		RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES							
INDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EPRITO	
AGENTES ANESTÉSICOS					INUBIAÇÃO Satisf.: <u>—</u> Excit.: <u>—</u> Tosse: <u>—</u> Laringo espasmo: <u>—</u> Lenta: <u>—</u> Náuseas: <u>—</u> Vômitos: <u>—</u> Outros: <u>—</u>		
LÍQUIDOS					MANUTENÇÃO ① <u>cefoglin</u> ② <u>tenoican</u> ③ <u>DECADAN</u> ④ <u>LAUSEDA</u> ⑤ <u>OMEDRAY</u> ⑥ <u>Efedra</u>		
VP. ARTERIAL: <u>—</u> O. PULSO: <u>—</u> O. RESPIRAÇÃO: <u>—</u> AX. ANESTESIA: <u>—</u> O. OPERAÇÃO: <u>—</u>					ANESTESIA SATISF.: Sim <u>—</u> Não <u>—</u> Não, por quê? <u>—</u>		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					DESPERTAR Reflexos na SO: <u>—</u> Obs.: <u>—</u> Co ₂ : <u>—</u> Excit.: <u>—</u> Náuseas: <u>—</u> Vômitos: <u>—</u> Outros: <u>—</u>		
POSICÃO	<u>Proneito M.</u>				Com cânula: Para o Leito Sim <u>—</u> Não <u>—</u> CONDIÇÕES:		
AGENTES	<u>NEOLINA T Dimap.</u>						
TÉCNICA	<u>Deepinhaler</u>				CÂNULAS		
OPERAÇÃO	<u>Red. Limfática A/Fixação</u>						
QUIRURGIOS	<u>DR EUDISMAN</u>						
ANESTESISTAS	<u>ALFARO LUCAS</u>						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



1000 FAK
 2nd 11
 1000 FAK
 2nd 11

17
16
15
14

only 100
10

28/10/92

[Faint handwritten notes at the bottom of the page, possibly indicating a date or reference number.]



EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente		Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
Adriano Magno Alves Almeida			Ortopedia I	3	3
Data	Hora		Data	Hora	
27/08/19	Manhã	Paciente em EGR, encaminhado após o toque; Calorimetria. Conduta: Alongamento de mms, alongamento dos músculos gástricos, mobilização metatarsal, exercício de dorsiflexão e plantar da MIE, Exercício de descarga de peso unipodal do MIE, Exercício de plantar ativo dos mms (3x5) repetição, Mobilização voluta mobilização do membro inferior a longo. Paciente respondeu bem a conduta proposta e não ocorreu nenhuma intercorrência. ACD: Jamile do Centro Olívia (UEPB).	28/08/19	Manhã	Paciente em E.G.R., encaminhado para diagnóstico de fratura de fêmur 2. No exame médico foi observado HTO, mobilização passiva em região de mms, Exercício isométrico de 3x10 repetição, Exercício ativo e com resistência manual para flexão e extensão de joelho e joelho 3x10 repetição. MIE: Alongamento passivo de intersetificação, mobilização passiva de artelhos, Exercício ativo controlado com uma de mini band para o movimento de dorso flexão e plantar, Exercício ativo e resistido com uma de Mini band para flexão e extensão de joelho e joelho, Exercício isométrico de 3x10 repetição, Alongamento de dorsiflexão para mobilização HTO, Alongamento passivo, Exercício ativo resistido com uma Mini band para extensão de joelho e plantar, mobilização passiva em região de dorso e mms.

MON. 012



EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente		Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
Adriano Vagner Sales Fleury			Ortopedia I	3	3
Data	Hora		Data	Hora	
01/08/19	13:38	Paciente com EGE colabematosa, não marcada, afetado no toco, apresentando sintoma torçozelo D. náusea medial e torço, com pi- nais xibos PA+ 120/80 mmHg PAF: 120/80 mmHg, FC 67 bpm Fr. 19 inpm SPO2: 96%, sem dor oprimos no maximo do mili- culação do torçozelo, andar 2 grau de dor, ADM: diminuída em região do torçozelo e prox- imado em fêlho e quadril, to- mos e traçamos fisiológico sem presença de circo conduto: mo- bilização passiva em eleva- ção de fêlho e quadril (3x10") no membro contralateral exercício de flex/ext abd/nd de quadril e flex/ext de fêlho (3x10") exercício miolimpático - polimipais buzi- eleia Nascimento Jenteiro	22/08/19	tarde	Paciente em EGE, marcada, afetado no to- co, apresentando sintoma torçozelo D. náusea medial e torço, com pi- nais xibos PA+ 120/80 mmHg PAF: 120/80 mmHg, FC 67 bpm Fr. 19 inpm SPO2: 96%, sem dor oprimos no maximo do mili- culação do torçozelo, andar 2 grau de dor, ADM: diminuída em região do torçozelo e prox- imado em fêlho e quadril, to- mos e traçamos fisiológico sem presença de circo conduto: mo- bilização passiva em eleva- ção de fêlho e quadril (3x10") no membro contralateral exercício de flex/ext abd/nd de quadril e flex/ext de fêlho (3x10") exercício miolimpático - polimipais buzi- eleia Nascimento Jenteiro



HTCG-Panel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DATE	DESCRIPTION	AMOUNT
1950		
1951		
1952		
1953		
1954		
1955		
1956		
1957		
1958		
1959		
1960		
1961		
1962		
1963		
1964		
1965		
1966		
1967		
1968		
1969		
1970		
1971		
1972		
1973		
1974		
1975		
1976		
1977		
1978		
1979		
1980		
1981		
1982		
1983		
1984		
1985		
1986		
1987		
1988		
1989		
1990		
1991		
1992		
1993		
1994		
1995		
1996		
1997		
1998		
1999		
2000		
2001		
2002		
2003		
2004		
2005		
2006		
2007		
2008		
2009		
2010		
2011		
2012		
2013		
2014		
2015		
2016		
2017		
2018		
2019		
2020		
2021		
2022		
2023		
2024		
2025		
2026		
2027		
2028		
2029		
2030		
2031		
2032		
2033		
2034		
2035		
2036		
2037		
2038		
2039		
2040		
2041		
2042		
2043		
2044		
2045		
2046		
2047		
2048		
2049		
2050		
2051		
2052		
2053		
2054		
2055		
2056		
2057		
2058		
2059		
2060		
2061		
2062		
2063		
2064		
2065		
2066		
2067		
2068		
2069		
2070		
2071		
2072		
2073		
2074		
2075		
2076		
2077		
2078		
2079		
2080		
2081		
2082		
2083		
2084		
2085		
2086		
2087		
2088		
2089		
2090		
2091		
2092		
2093		
2094		
2095		
2096		
2097		
2098		
2099		
2100		
2101		
2102		
2103		
2104		
2105		
2106		
2107		
2108		
2109		
2110		
2111		
2112		
2113		
2114		
2115		
2116		
2117		
2118		
2119		
2120		
2121		
2122		
2123		
2124		
2125		
2126		
2127		
2128		
2129		
2130		
2131		
2132		
2133		
2134		
2135		
2136		
2137		
2138		
2139		
2140		
2141		

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

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

Vilma Pereira Lima
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

[illegible]

tohttp://impractclass.php?comlar=1970304&dataatend=2019-08-18&gmaatend=12:07:55

2/3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 13:24:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072213241727300000043812187>
 Número do documento: 21072213241727300000043812187

Num. 46111098 - Pág. 116

18/08/2019

GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Mairim, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 18/08/2019

Paciente: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO Idade: 049 N° ATEND: 1970304

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 18/08/2019 HORA: 12:07:55

ESPECIALIDADE: ORTOPEdia

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS
HGT: 173 SAT 02: PA: 130x100 TEMP: FC: 93 FR: PESO:

DIABETES () SIM (X) NÃO HAS () SIM (X) NÃO
DEF. MOTORA () SIM (X) NÃO

ALERGIAS : NEGA
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL : BOM
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO (X) COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBLOS () TOSSE



ESCALA DE DOR: DOR MODERADA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
AMARELO

HTCG-Painel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU - CG
ENFERMEIRO/COREN
atendimento

SUELIO MOREIRA TORRES
COREN-PB 418.575-ENF



21/08/19 - Consciente, orientado, desmbrado, aceita
dieta. Afecção P.A. 120x70; P=77. Em uso de
filso salinizado. Seguem os cuidados. Imery

ASSINADO POR: SUELIO MOREIRA TORRES
CPF: 000.000.000-00

21/08/2019

21:00

PA- 120/80 mmHg.



21/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-21&contar=1970325&IDC=39018

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 21/08/2019

Horas: 08:27:51

Médico (a) Diarista: Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1970325 Paciente: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO Idade: 049 Sexo: M
 Nome da Mãe: EUGENIA ALVES FLORENCO Data de Nascimento: 24/08/1969 Admissão: 18/08/2019 DIH - 3

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 3 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA TORNOZELO D - MALEOLO MEDIAL E TERÇO
 DISTAL FIBULA

DIA 21/08/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE <i>22/08/19</i>	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	<i>19/08/19</i>
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	<i>19/08/19</i>
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8/8H SE NAUSEA OU VÔMITOS	<i>SN</i>
5	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	<i>(5000)</i> <i>20</i>
6	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O. 01COMP, 6h/6h SE DOR FORTE	<i>SN</i>
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>clint</i>

EVOLUÇÃO

DATA: 21/08/2019 HORA: 08:24:50

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR (+/+).
 SONO PRESERVADO, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA.
 PRESENÇA DE TALA EM PERNA DIREITA.

CONDUTA:

- VPM.
- ABRIR TALA PARA AVALIAR CONDIÇÕES DE PELE.
- AGUARDA CIRURGIA.

ASSINATURA: *[assinatura]*
 Ana Maria Da Silva Anselmo

[assinatura]
 Dra. Ana Maria Da Silva Anselmo
 MR. Ortopedia - Traumatologia
 CRM-PB 7822

- Dura 22/08/19
- SN

[assinatura]
 Dr. Wagner Luiz Egito de Araújo
 MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
 CRM - PB 8926

1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-21&contar=1970325&IDC=39018

1/1



22/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-22&contar=1970325&IDC=39384

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 22/08/2019

Horas: 10:55:35

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK OK

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1970325 Paciente: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO Idade: 049 Sexo: M

Nome da Mãe: EUGENIA ALVES FLORENCO Data de Nascimento: 24/08/1969 Admissão: 18/08/2019 DIH - 4

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 3 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA TORNOZELO D - MALEOLO MEDIAL E TERÇO DISTAL FIBULA

DIA 22/08/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	12/22 04
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12/13 24/04
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO 8/8H SE NAUSEA OU VÔMITOS	
5	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	20
6	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O. 01COMP, 6h/6h SE DOR FORTE	
7	FISIOTERAPIA MOTORA	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 22/08/2019 HORA: 10:54:24

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR (+/4+).
SONO PRESERVADO, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA.
PRESENÇA DE FERIMENTO EM MALEOLO MEDIAL E FLICLENAS

CONDUTA:

- VPM.
- AGUARDA MELHORAR CONDIÇÕES DE PELE PARA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA.
- MANTER JANELA PARA CURATIVO.

ASSINATURAS: RIMBO
Ana Maria Da Silva AnselmoDra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

22.09.19 08HA ПД: 120x80

Prosimi istovisi, comasimti oximilade
im mimosilasi, miosilade cunotino im
m. i. d. i. tacco di occhio.

Monalisa Fortunato Soares
COREN-PB 843.811-TE

22.08.19 20hA Pa: 120x80

Atorisa Fortunato Soares
COREN-PB 843.811-TE



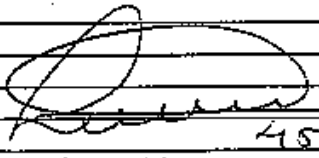


Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Adriano Magno Alves Florenço			Idade:	50 anos
Convênio:	SUS			Data:	29-08-19
Procedimento:	cirurgia de fratura de tíbia e fêmur (D)				
Cirurgião:	Dr. Edmar	Auxiliar:	Dr. Júlio	Anestesiista:	Dr. Alvaro
Início:	10:10	Término:	11:45	Anestesia:	Raqui

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
12:00	124x79	54	96%	Sueli + Ruom	-	Consciente
12:30	114x73	60	97%	Sueli + Ruom	-	Consciente

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:
Paciente consciente, orientado, mantendo voluntariamente a cabeça elevada. Sem queixas após a RPA.
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>  Assinatura Anestesiista </div> <div> Circulante </div> </div>

Relatório de Operação

MOD. 103





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: Adriano M. Alves Florença IDADE: 49 SEXO: M

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 19/08/19

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

() Assintomática () Sintomática ~~() Oligossintomática~~

SINTOMAS:

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

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

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

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: mega ~~() Tabagismo~~
 () Etilismo () Sedentarismo
 () Dislipidemia () Cirúrgico _____ () Outros

Medicamentos em uso ~~() Não~~ () Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

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

Ap. Cardiovascular - Comentários: ROR, 2T, DV

FC: 72 b.p.m P.A.: 130 x 80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: CR. sinusal, dist. de condução intraventricular, repolarização precoce

Ex. Laboratoriais: Hg 17

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.: _____

Dra. Inara Rêgo Barbosa
Cardiologista
CRM-PR 163 - RQE 3024

Ass. do Médico

0011-041





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME:	Adriano Augusto		
IDADE:	SEXO: M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:	26-08-15
SETOR:	Ortopedia	LEITO:	3-3
DIAGNÓSTICO MÉDICO:	Fx TVE D		
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input type="checkbox"/>	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/> TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/> EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/> BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE):	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DUSÚRIA <input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
	DEÂMBULA <input type="checkbox"/> DEÂMBULA C/APOIO <input checked="" type="checkbox"/> ACAMADO <input type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>		
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA):	VOZ <input checked="" type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/>		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>		
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:
			FC:
			PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:	
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE	<input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		12/12/15	
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DUMIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AERIAS.			
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°.			
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA).		12/12/15	
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.			
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS REPOSTAS DO PACIENTE.		12/12/15	

MOD 125



Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: () Precordialgia ()

Drogas vasoativas: () Quais?

Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção: 5.08.19

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 () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: 1.1.1

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

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

RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

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

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

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: () Inteira () 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: 1.1.1

Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: 1.1.1

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: 1.1.1

CUIDADO CORPORAL

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

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

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

SONO E REPOUSO

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

ANÁLISE DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Medo

() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

Janire Vidal Ferreira
COREN-PB 345.716-ENE

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

DATA: 27/08/19

HORA: 12:20

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Adriano Magno Registró: _____ Leito: 3-3 Setor Atual: UTI

ANÁLISE 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:

ANÁLISE DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Pupilas: (X) 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: _____

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: _____

Gesometria 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: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cíeio.



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNÉIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNÉIA () OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNÉIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCULAÇÃO PREJUDICADA () HIPOTERMIA () IMOBILIZAÇÃO FÍSICA () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO () ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	() ASCITE () QUEIMADURA () VÔMITO () DIARRÉIA () DRENOS () OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
(X) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		3 x dia
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
(X) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		12/32
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
(X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS		hoje sempre
(X) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL A 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO		
OUTRO		
RESULTADOS ESPERADOS		
() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR		
() PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ		
(X) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE		
() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)		
() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS		
() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE		
(X) RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO		
() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? (X) SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Giliana S. Raposo
ENFERMEIRA





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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Adriano Lago Idade: 49 Sexo: M Enf/Leito: 3-3

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 DIAGNÓSTICO MÉDICO: FX TNZ

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

MOBILIDADE 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 () OBESO. DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

ALIMENTAÇÃO: (☒) VO () SNG () SNE () OUTROS:

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: (☒) NORMAL () ALTERADO () OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (☒) ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (☒) NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: (☒) ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____

LESÃO POR PRESSÃO: () SIM (☒) NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____

localização anatômica da ferida: Curativo em: ____/____/____.

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: (☒) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA HIGIENE BUCAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIA DE RODAS SONO / REPOUSO: () PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (☒) PRESERVADA () PREJUDICADA

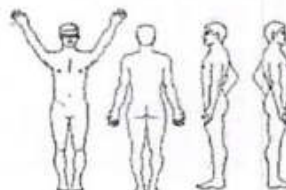
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

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



pele: (✓) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
 Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()
 Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()
 Ausculta cardíaca: (✓) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
 Cateter vascular: (✓) Periférico () Central () Dissecção. Localização: M.D. Data da punção 28.12.19
 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 () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: 1/1
 Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:
 Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
 RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
 Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:
 Eliminação urinária: (✓) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h;
 Aspecto: () Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
 Condição da pele: (✓) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:
 Coloração da pele: (✓) Normocrômica () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado
 Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()
 Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: 1/1
 Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: 1/1
 Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: 1/1
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:
4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
 Comunicação: (✓) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:
 () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:
5. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
 Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS
paciente em pré-op hoje M.D.
 Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 29/08/19 HORA: 10:00
 Gilson S. P. Rosa
 FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Adriano Augusto A. Flumeiro Registro: 3 Leito: 3 Setor Atual: QUIR

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 PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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.



30/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2019-08-30&contar=1970325&IDC=41487



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 30/08/2019

Horas: 09:23:02

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1970325 Paciente: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO Idade: 049 Sexo: M

Nome da Mãe: EUGENIA ALVES FLORENCO Data de Nascimento: 24/08/1969 Admissão: 18/08/2019 DIH - 12

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 3 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA TORNOZELO D - MALEOLO MEDIAL E TERCO DISTAL FIBULA

DIA 30/08/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 7D/7D Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	

EVOLUÇÃO

DATA: 30/08/2019 HORA: 09:22:49

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, EM 1º DPO, SEM QUEIXAS. SONO PRESERVADO, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA. FO COM BOM ASPECTO.

CONDUTA:

- PRESCREVO CIPROFLOXACINO + ARFLEX RETARD + DIPIRONA 1 G.
- ENCAMINHO À FISIOTERAPIA.
- ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO.
- FORNEÇO ATESTADO MÉDICO.
- ORIENTAÇÕES GERAIS + ORIENTO RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRÊNCIAS.
- ALTA HOSPITALAR.

ASSINATURA + CARIMBO

Ana Maria Da Silva Anselmo

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825



[illegible]

RESULTADOS ESPERADOS:

REGISTROS

[illegible]

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIÚRNA

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA

[illegible]



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Adriane Ribeiro</u>			
IDADE:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:	/ / às : h
SETOR:	LEITO:		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:			
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/> TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/> EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/> BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/>		
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input type="checkbox"/> DEÂMBULA C/ APOIO <input checked="" type="checkbox"/> ACAMADO <input type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>		
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>		
ST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/>		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>		
DADOS VITAIS:	PA: T: FR: FC: PESO:		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR: <u>paciente no leito</u>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <u>Procedimento Cirúrgico</u>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR: <u>Fratura T12</u>		
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<u>Raquel dos Anjos Cincha</u> ENFERMEIRA ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL		CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO	
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<u>24h</u>	
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.			
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).			
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		<u>24h</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.		<u>24h</u>	

MCO 125



18/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data: 18/08/2019

Horas: 13:20:02

Médico (a) Diarista : Felipe Miranda Mendonca Fernandes

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1970325 Paciente: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO Idade: 049

Nome da Mãe: EUGENIA ALVES FLORENCO Data de Nascimento: 24/08/1969 Sexo: M

Clínica: AMARELA Enfermaria: 11 Leito: 6 Diagnóstico: FRATURA TORNOZELO D - MALEOLO MEDIAL E TERCO DISTAL FIBULA

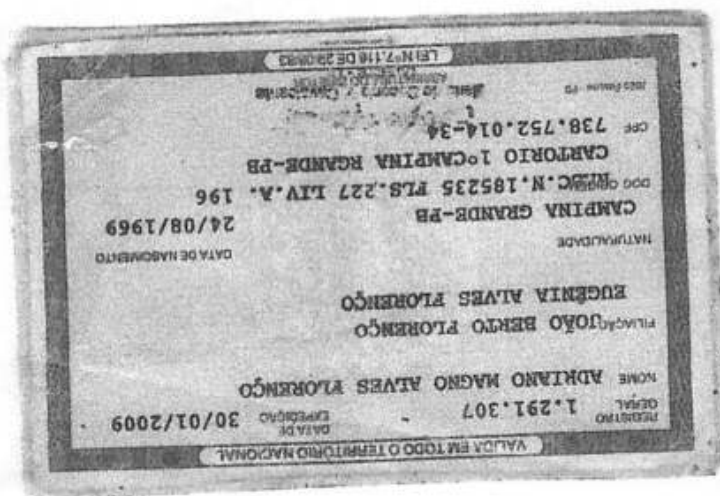
DIA 18/08/2019

MÉDICO(A): Felipe Miranda Mendonca Fernandes /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
	DIPIRONA SODICA 500 MG V.O, 02COMP, 6h/6h	18 24 9/6
3	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H SE NAUSEA OU VOMITOS	SW
4	PARACETAMOL 500MG + FOSFATO DE CODEINA 30 MG V.O, 01COMP, 6h/6h SE DOR FORTE	SW
5	FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA	
6	FISIOTERAPIA MOTORA	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
8	MOVIMENTACAO ATIVA NO LEITO (MMII)	

Dr. Felipe Mendonca
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9619-TEOT 15296







SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT		PB Nº 014799415197 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 2019 DATA EMISSÃO 12/06/2019		VIA 1 CPF / CNPJ 06342134405	
PLACA MNX8573/PB		RENAVAM 00922086222	
MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES		ANO FAB. 2007 CAT. DIVE. 9	
9C2KDD03307R035454		PREMIO TARIFARIO	
CUSTO DO SEGURO (R\$) *****		DIA/TAMAN (R\$) *****	
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****		SEGURO	
DATA DE OUTRACO 06/06/2019		PARCELADO <input type="checkbox"/>	
SEGURADORA LIDER - DPVAT		CNPJ 09.248.608/0001-04	
1431480-1031282-20190612		1431480-1031282-20190612	

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 13:24:19

Número do documento: 21072213241727300000043812187

[illegible]

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 13:24:19

Num. 46111098 - Pág. 139

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190675302**

Nome do(a) Examinado(a): **ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Doutor Inácio Mayer, 303 - Centenário - Campina Grande - PB - CEP 58428-075

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **1291307**

Data e local do acidente: [**18/08/2019**]

Rua José Gonzaga Sobrinho, Bairro Dinamérica Cidade de Campina Grande PB

Data e local do exame: [**23/12/2019**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura de tornozelo direito.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico apresenta cicatrizes cirúrgicas no tornozelo direito, edema residual, limitação de mobilidade articular com perda de 20 graus de flexão dorsal e 25 graus de flexão plantar, déficit de força motora do tornozelo direito.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos, fez várias sessões de fisioterapia.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Apresenta limitação de mobilidade articular, edema residual e déficit de força motora do tornozelo direito.

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

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



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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo Direito.

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

Região Corporal (Sequela):

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

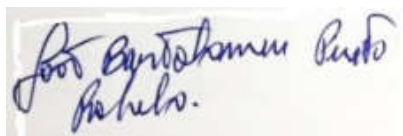
Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



João Bartolomeu Pinto Rabelo - CRM: 4518 - PB



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190675302 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO **Data do acidente:** 18/08/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura de tornozelo direito.

Descrição do exame físico: Ao exame físico apresenta cicatrizes cirúrgicas no tornozelo direito, edema residual, limitação de mobilidade articular com perda de 20 graus de flexão dorsal e 25 graus de flexão plantar, déficit de força motora do tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos, fez várias sessões de fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do tornozelo D devido ao edema e limitação da mobilidade articular.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190675302 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO **Data do acidente:** 18/08/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura de tornozelo direito.

Descrição do exame físico: Ao exame físico apresenta cicatrizes cirúrgicas no tornozelo direito, edema residual, limitação de mobilidade articular com perda de 20 graus de flexão dorsal e 25 graus de flexão plantar, déficit de força motora do tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos, fez várias sessões de fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do tornozelo D devido ao edema e limitação da mobilidade articular. Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190675302 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO **Data do acidente:** 18/08/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO (MALÉOLO LATERAL E TERÇO MÉDIO DA FÍBULA)

Resultados terapêuticos: RATAMENTO CIRÚRGICO COM PARAFUSO P2

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ P1
SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190675302 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO **Data do acidente:** 18/08/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO (MALÉOLO LATERAL E TERÇO MÉDIO DA FÍBULA)

Resultados terapêuticos: RATAMENTO CIRÚRGICO COM PARAFUSO P2

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ P1
SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431434/19

Vítima: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO

CPF: 738.752.014-34

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 18/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO : 738.752.014-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/12/2019
Nome: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO
CPF: 738.752.014-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0390549/19

Vítima: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO

CPF: 738.752.014-34

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 18/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO : 738.752.014-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/11/2019
Nome: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO
CPF: 738.752.014-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/11/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190675302

Vítima: ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO

Data do Acidente: 18/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15210746





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo n.º 08059653120208150001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ADRIANO MAGNO ALVES FLORENCO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 20 de julho de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 13:24:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072213241967300000043812190>
Número do documento: 21072213241967300000043812190