P R O C U R A Ç Ã O "AD JUDICIA"

OUTORGANTE : GLEBERSON RAIA COSTA, brasileiro, solteiro, armazenista, com CPF de n.º 062.905.484-33 e RG de n.º 3.133.132 SSP/PB, residente e domiciliado na Rua Arius, n.º 73, bairro do Catolé, CEP: 58 410-284, na cidade de Campina Grande -PB.

OUTORGADOS: VERA LUCE DA SILVA VIANA OAB/PB 9967; **PABLO GADELHA VIANA OAB/PB 15833**, todos com endereço profissional na Rua: Frei Tito, nº 63, Bairro: Catolé, Campina Grande-PB, telefones 3063-6603, 99970-2149, 98893-9327, e-mail: gadelhaviana@gmail.com;

PODERES: para em conjunto ou isoladamente, representar a outorgante e defender seus interesses, perante qualquer Juiz, instância ou Tribunal, ou fora deles, com os poderes da clausula ad judicia, podendo propor as ações que julgar necessárias, apresentar defesas e recursos, impetrar medidas preventivas ou assecuratórias, confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo substabelecer com ou sem reserva de iguais poderes e, ainda, usar de todos os meios admitidos em direito, para o bom e fiel cumprimento do presente mandato, enfim, praticar todos os atos previstos no **art. 105 do Código de Processo Civil/2015 e art. 5º, §2º da Lei n.º 8.906, de 04 07.94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil)** dando tudo por bom, firme e valioso.

PODERES ESPECÍFICOS: Os poderes específicos acima outorgados **poderão** (ou **NÃO**) ser substabelecidos.

Finalidade: _____

Campina Grande – PB, dia 24 de abril de 2019.

_____

GLEBERSON RAIA COSTA

CPF de n.º 062.905.484-33

TERMO DE HIPOSSUFICIENCIA FINANCEIRA

GLEBERSON RAIA COSTA, brasileiro, solteiro, armazenista, com CPF de n.º 062.905.484-33 e RG de n.º 3.133.132 SSP/PB, residente e domiciliado na Rua Arius, n.º 73, bairro do Catolé, CEP: 58.410-284, na cidade de Campina Grande -PB.

Declara que é pessoa juridicamente pobre, para fins de gozo dos benefícios da Justiça Gratuita, dando continuidade até final sentença.

Declara, ainda, ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais (art. 2º da supracitada Lei), caso o presente documento no porte a verdade.

Campina Grande – PB, dia 24 de abril de 2019.

GLEBERSON RAIA COSTA
CPF de n.º 062.905.484-33

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3133132 DATA DE EXPEDIÇÃO 20 JUL 2003

NOME GILBERSON RAIA COSTA

FILIAÇÃO Geneton Oliveira Costa
Rosana Raia Costa

NATURALIDADE Campina Grande-Pb

DATA DE NASCIMENTO 06.09.1987

REG ORIGEM Certidão Nasc.42.832,fls.88v,liv.A/39,
2º Cart.de Campina Grande-Pb

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA: 68538014
REFERÊNCIA: JUL/2018

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVICOS

JOSELITA PESSOA
RUA PEDRO LEAO, 21 - F - CATOLE CAMPINA GRANDE PB
58400- 000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias Residencial	Comercial	Industrial	Público	Responsável
018.005.130.0106.000	000	1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
Y12N279647	18/08/2012	EXT LACR	LIGADO	LIGADO

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA
459	464	5	29	16/08/2018

HIST. CONS./ANOR.		LEIT.	QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.			
JUN/2018	6	0	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
MAI/2018	4	0	TURBIDEZ	0	0	0
ABR/2018	5	0	CLORO	0	0	0
MAR/2018	4	17	COL.TERMOT	0	0	0
FEV/2018	5	0	COR	0	0	0
JAN/2018	4	0	COL.TOTAIS	0	0	0
MEDIA(M)	4		DADOS REFERENTES A: MAI/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 17/07/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 10:51:46

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	5 M3	37,91
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ESGOTO	5 M3	30,33
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 04/2018		1,35
JUROS DE MORA 04/2018		1,35

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R$ 6,31 PIS E CONFINS.LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 28/07/2018 **Total a Pagar:** R$ 70,94

CAGEPA
CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:
SR. USUÁRIO: EM 30/06/2018, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EN D?BIT O. COMPARE?A AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TEN HA PAGO AP?S A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

CAGEPA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
68538014	JUL/2018	28/07/2018	R$ 70,94

82630000000 5 70940010018 2 06853801401 7 07201850003 2

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **GLEBERSON RAIA COSTA**

Nº Sinistro: **3180379436**
Vitima: **GLEBERSON RAIA COSTA**
Data do Acidente: **19/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **PABLO GADELHA VIANA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180379436.**

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01925/01926 - carta_01 - INVALIDEZ

00010963

Carta nº 13275671

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **GLEBERSON RAIA COSTA**

Sinistro: **3180379436**
Vítima: **GLEBERSON RAIA COSTA**
Data do Acidente: **19/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **PABLO GADELHA VIANA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180379436** foi **interrompido,** em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00951/00952 - carta_02 - INVALIDEZ

00050476

Carta nº 13589344

SINISTRO 3180379436 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA GLEBERSON RAIA COSTA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS
BENEFICIÁRIO GLEBERSON RAIA COSTA
CPF/CNPJ: 06290548433
Posição em 05-04-2020 20:46:16
O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.
Data do Pagamento: XX/XX/XXXX
Valor da Indenização: R$00.000,00
Juros e Correção: R$00.000,00
Valor Total: R$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
28/11/2018	R$ 2.531,25	R$ 0,00	R$ 2.531,25

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
15/11/2018	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	
24/08/2018	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos de Campina Grande

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

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

DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00229.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):
Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO
Data da Ocorrência: 19/05/2018 **Hora:** 11:07:00
Forma da Comunicação: Verbal
Endereço: Em Frente Ao Fórum da Liberdade, Liberdade, Campina Grande, PB.
Ponto de referência: Próximo do Fórum Afonso Campos

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Gleberson Raia Costa
Conhecido por: Não informado
Filiação: Rosana Raia Costa e Geneton Oliveira Costa
Idade: 30 **Data de Nascimento:** 06/09/1987 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Ensino médio completo **Profissão:** Armazenista
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 062.905.484-33
Endereço: Rua Pedro Leão, 21, Catolé, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Perto da Farmácia Dias
Telefone: (83) 99334-5632

TESTEMUNHA

Nome: Joelma de Lima Correia
Conhecido por: Não informado
Filiação: Ana Araújo de Lima e José Severino de Lima
Idade: 51 **Data de Nascimento:** 08/01/1967 **Identidade de Gênero:** feminino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: divorciado(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Cabeleireira
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 886.185.364-15
Endereço: Rua Pedro Leão, Catolé, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Ref: Perto da Farmácia Dias
Telefone: (83) 98831-5399

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos de Campina Grande

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

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

TESTEMUNHA

Nome: Joselita José Pessoa
Conhecido por: Não informado
Filiação: Josefa Maria da Conceição e Severino José Pessoa
Idade: 47 **Data de Nascimento:** 10/08/1970 **Identidade de Gênero:** feminino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Pilar
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Cozinheira
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: Não informado
Endereço: Rua Pedro Leão, 21, Catolé, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Perto do Bar de Joãozinho
Telefone: (83) 99190-1907

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Shineray, modelo l 13154, tipo de veículo Ciclomotor, cor vermelha, ano 2012, placa QFJ-3813, chassi LXYXCBL00C0547950, renavam 0113439481-8

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia o Ciclomotor Shineray, Ano/Modelo 2011/2012, cor vermelha, Placa QFJ-3813-PB, Chassi de Nº LXYXCBL00C0547950, licenciada em nome do comunicante Gleberson Raia Costa,quando trafegava em frente ao Fórum Afonso campos, bairro da Liberdade, momento em que a moto derapou na via, tendo o comunicante perdido o controle de direção da moto, vindo cair aos solo e sofrido fratura do Punho da mão direita, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Procedimento Policial: 00229.01.2018.2.00.420

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos de Campina Grande

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

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

Campina Grande/PB, 23 de julho de 2018.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil

GLEBERSON RAIA COSTA
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia

Procedimento Policial: 00229.01.2018.2.00.420

Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192

SAMU 192
CAMPINA GRANDE - PB

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG – 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 19/5/2018	**HORA:**	11:07 HS	**ID Nº:**	1696436	
NOME:	GLEBERSON RAIA COSTA				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	EM FRENTE AO FORUM - LIBERDADE				
COMPLEMENTO:	NO GIRADOURO				
CIDADE:	CAMPINA GRANDE/PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma					

Campina Grande, 17 de julho de 2018.

Pablo Alexandre B. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191

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

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1657514 **CLASS. DE RISCO:** [redacted]

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: 19/05/2018
Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 07 Atendente : Ligiana Veronica Silva Coutinho

PACIENTE: GLEBERSON COSTA RAIA
Endereço:PEDRO LEAL
Cidade: Campina Grande
Nome da Mãe:
Responsável:
Estado Civil:Solteiro(a)
Motivo: ACIDENTE DE MOTO
Médico:

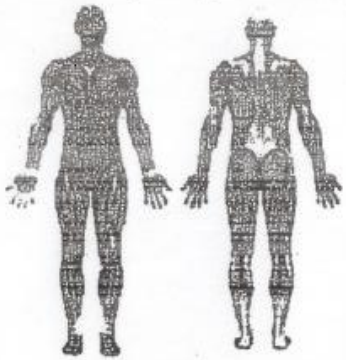
CEP:58400002
Sexo:M
Idade:031
RG:
CPF:
Data de Atend:19/05/2018
Hora: 11:50:49
CRM:

Nascimento:06/09/1986
Telefone: 91587844
Bairro:CATOLE
Nº:21
Profissão:CARREGADOR
CNS:3265985236
CONVÊNIO:SUS
Especialidade:

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. Craptação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisêma subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Corituso
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendínia
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paresia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de Isquemia
36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____ % Grau ( ) 1° Grau ( ) 2° Grau ( ) 3° Grau

DIGNOSTICO / CID: Politrauma

Cirurgia

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS
Paciente trazido pelo SAMU com colar cervical e prancha rígida, intubado, vítima de acidente de colisão moto-muro, sem capacete, Glasgow (6), com presença de escoriações em face e edema em região peritoneal (D).
Médico que fez ventilação fez relato de administração de 1000 ml SF 0,9%.

ALERGIA: ?

MEDICAMENTOS: ?

PATOLOGIAS: ?

TOMOGRAFIA REALIZADA EM: 19/5/2018

EXAME FÍSICO

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

Glasgow (6) PA 130X60 HGT: SatO2

(A) = Vias aéreas permeáveis (TOT)
(B) = Boa ventilação
(C) = Pulsos ⊕ e filiformes
(D) = Pupilas isocóricas e fotorreagentes
(E) = Escoriações em face e região peritoneal

EXAMES SOLICITADOS:
( ) Laboratoriais
( ) Gasometria arterial
( ) Tomografia Computadorizada
(X) Ultrassonografia: FAST
(X) Radiografias: cervical, torax e pelve
( )

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: NCR / _____ às 12:18 Dia 19/05/18
Especialista: _____ / BNF às 18:20 Dia 19/05/18

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Metronidazol 2FA + Fentanil	
2	2FA + Rocuro 5FA 5x	
3		
4		
5		
6		

Realizada 19/05/18

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:
Dr. Sebastião Viana da S. Filho
MÉDICO
CRM-PB 8502

TOMOGRAFIA REALIZADA EM: 22/05/18

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

18/5/2018 #Ncr
às 12h37

Vítima de politrauma por acidente com motocicleta evolvindo com rebaixamento de consciência

Ao exame:
Sedado, intubado
Ramsey 06
Pupilas isocóricas e fotorreagentes
TCE sem anormalidades intracranianas que necessitem de tratamento cirúrgico
Rx col cervical (até C6): s/ fratura.

CD: Estabilização clínica na Vermelho. Retirar colar.

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

( )Centro cirúrgico _____

( )Internação (setor) _____

( )Tranferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

( )Alta hospitalar / ( )A referência / ( )Decisão Médica

( )Óbito

Ass. do paciente ou responsável(quando necessário)

Cirurgia Geral

Pcte com quadro de R.N.C. FCG: 6, sem indicação cirúrgica pela Cirurgia Geral no momento

CD: Alta da Cirurgia Geral

Dr. Sebastião Vieira da S. Filho
MÉDICO
CRM-PA 6302

18/5/2018 #Ncr
à 12h30

Dolu Jeanne

George Mendes
Neurocirurgião
Neuroradiologia
CRM-PA 8396

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

Dr. Pedro de Teixeira Bucharaquel
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
CRO PA-CE 086-992-754-04

Dalva Belém
CRM 25449

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Cleherson Costa | Registro: | Leito: Ext 01 | Setor Atual: UTI II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 130x90 mmHg; FC: bpm; SPO2: %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (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 ( ) 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 cmH_2O

(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 PCO_2 PO_2 HCO_3 EB SpO_2 Data:___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

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

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

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

Ausculta cardíaca: (X) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo

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

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

Alimentação: (X) VO ( )SNG ( )SNE ( )Gatronomia ( )Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data :___/___/___

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

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

RHA: ( )Normoativos (X) 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: (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:** ( ).

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em:___/___/___

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

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

CUIDADO CORPORAL

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

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

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

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:** ( ) Cooperativo ( ) Medo:

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

5. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

Liliane C. de Queiroz e Melo
COREN-PB 337474-ENF

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 30/05/18 HORA:_____ h

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

Paciente: Deborzem Costa Raja

Enfermaria:

1	Constipação	Diuréticos ( ) | Desidratação ( ) | Estresse ( ) | Outro ( )	Abdome distendido ( ) | Dor à evacuação | Outro ( )
		Hábitos de evacuação irregulares ( ) | Lesão neurológica ( )	Anorexia ( ) | Dor abdominal ( )
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ( ) | Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ( )	Cavidade bucal ferida ( ) | Diarréia ( ) | Outro ( )
		Fatores psicológicos ( ) | Outro ( )	Dor abdominal ( ) | Mucosas pálidas ( )
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ( ) | Dor ( ) | Fraqueza ( ) | Outro ( )	Incapacidade de acessar o banheiro ( ) | Outro ( )
		Ansiedade ( )	Incapacidade de lavar o corpo ( )
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ( )	Alterações na pressão sanguínea ( ) | Outro ( )
		Outros ( )	Relato verbal de dor ( )
5	Hipertermia	Anestesia ( ) | Desidratação ( ) | Trauma ( ) | Outro ( )	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ( )
		Aumento da taxa metabólica ( )	Taquicardia ( ) | Taquipnéia ( ) | Outro ( )
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ( ) | Circulação prejudicada ( )	Destruição de camadas da pele ( ) | Invasão de estruturas do corpo ( )
		Hipotermia ( ) | Imobilização física ( ) | Outro ( )	Rompimento da superfície da pele ( ) | Outro ( )
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ( ) | Desconforto ( ) | Rigidez articular	Dificuldade para virar-se ( ) | Dispnéia ao esforço ( ) | Outro
		Prejuízos músculo esquelético ( ) | Desuso ( ) | Outro ( )	Movimentos descontrolados ( )
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ( ) | Dor ( ) | Fadiga ( ) | Obesidade ( ) | Outro ( )	Alterações na profundidade respiratoria ( ) | Dispnéia ( )
			Batimento de asa de nariz ( ) | Ortopnéia ( ) | Outro ( )
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite ( ) | Queimaduras ( ) | Vômito ( ) | Diarréia ( )	
		Drenos ( ) | Outros ( )	
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos ~~DA~~ | Defesas primárias inadequadas ( )	Ausente
		Procedimentos invasivos ~~DA~~ | Outro ( )	Ausente
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ( ) | Medicações ( )	
		Extremos da idade ( ) | Agitação/Desorientação ( )	
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ( ) | Outro ( )	Mudança do padrão normal do sono ( ) | Outro ( )
		Ruído ( ) | Imobilização física ( )	Relatos de dificuldade para dormir ( )
13	Outro		
14	Outro		

( ) Avaliar distenção abdominal.		( ) Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
( ) Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
( ) Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
( ) Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		( ) Melhora a aceitação alimentar.
( ) Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		
( ) Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		( ) Manutenção da glicemia estável.
( ) Observar e comunicar dificuldades alimentares.		( ) Auxílio diário às necessidades de higiene.
( ) Encaminhar ao banho de chuveiro.		
( ) Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
( ) Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		( ) Controle da dor (melhorada / ausente).
( ) Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
( ) Avaliar características, intensidade e local da dor.		
( ) Avaliar alterações de sinais vitais.		
( ) Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
( ) Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		( ) Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
( ) Incentivar a ingestão de líquidos.		
( ) Observar reações de desorientação/confusão.		( ) Melhora da integridade da pele.
( ) Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		( ) Diminuição do risco de lesão.
( ) Analisar condições do curativo.		
( ) Orientar e estimular a hidratação da pele.		( ) Mobilidade física melhorada/eficaz.
( ) Orientar e estimular a movimentação no leito.		
( ) Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		( ) Melhora da perfusão tissular.
( ) Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		( ) Padrão respiratório eficaz.
( ) Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		( ) Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
( ) Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e freqüência cardíaca).		
( ) Realizar balanço hídrico.		
( ) Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		( ) Diminuir o risco de infecção.
(X) Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	3em 3dias	
(X) Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.	Sempre.	
( ) Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
( ) Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		( ) Diminuir o risco de queda.
(X) Manter as grades do leito elevadas.	Sempre	
( ) Conter o paciente quando necessário.		
(X) Manter ambiente calmo e tranquilo.	Sempre	( ) Melhora do padrão do sono.
( ) Orientar repouso no leito.		
( ) Administrar medicação CPM.		( ) Outros
( ) Outros		
( ) Outros		( ) Outros

Liliane C. de Oliveira e Melo
COREN-PB 397474-ENF

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a) : _____

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem : _____

FONTE: NIC;2010. CHAVES,L.D.;SOLAY,C.A.: SAE 2 ed 20

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Gleberson Costa Moia | Registro: | Leito: 05102 | Setor Atual: Ortopedia 1

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES FISIOBIOLÓGICAS

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 ( ) Midriáticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH_2O

(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 PCO_2 PO_2 HCO_3 EB SpO_2 Data:___/___/___ Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

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

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

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo

Cateter vascular: (X) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: M.S.E. Data da punção 26/05/18

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

Alimentação: (X)VO ( )SNG ( )SNE ( )Gatronomia ( )Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data :__/__/__

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: ( ) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( )Outro:

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

Condições das mucosas: ( )Úmidas ( )Secas | **Manifestações de sede:** ( ).

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em:__/__/__

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

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

CUIDADO CORPORAL

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

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

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

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:** ( ) 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: Valuska Luna de Carvalho COREN-PB 398.098-ENF DATA: 28/05/2018 HORA:____ h

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

GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Nome: Glebenson Costa
Idade: 31 Data de Nascimento: ___/___/___
Leito: 01

Unidade de Tratamento Intensivo
CONTROLE GERAL

Data	19/05								19/05						
Evacuação								BE							
Ganhos								HCO_3							
Perdas								FiO_2							
Balanço								Lactato							
Bal. Cumul.								Glicose							
Sangue								Uréia	40						
Diurese								Creatinina	1,0						
Perdas SNG								Sódio							
Drenos								Potássio							
Temp. min/max								Cloro							
Hemácias	5.02							Cálcio							
Hematócrito	42							Fósforo							
Hemoglobina	14							Magnésio							
Leucócitos	8.800							Proteína							
Bastonetes	4,0							Albumina							
Segmentados	84							Globulina							
Eosinófilos	2,0							Bilir. Tot.							
Basófilos	0							B. Direta							
Linfócitos	9,0							B. Indireta							
Monócitos	1,0							Fosf. Alcal.							
Plaquetas	142.000							Amilase							
TP								TGO							
TTPa								TGP							
pH								DHL							
PaO_2								CPK							
$PaCO_2$								CK - MB							
Sat. O_2															

MOD. 01

Data da internação: 19/05/2018 Hora: 18:35:36

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
2 - CNES: 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: GLEBERSON COSTA RAIA
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1657703
7 - CARTÃO DO SUS:
8 - DATA DE NASCIMENTO: 06/09/1986
9 - SEXO: Masc [X] Fem [ ]
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 83 Nº DE TELEFONE 91587844
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): PEDRO LEAL , 21 , CATOLE
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Campina Grande
14 - CÓD.IBGE MUNICÍPIO: 250400
15 - UF: PB
16 - CEP: 58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
Poutrauma por acidente com motocicleta

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
Tratamento conservador

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: TCE
21 - CID 10 PRINCIPAL: S06
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento conservador do TCE
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA:
27 - CARATER DA INTERNAÇÃO: 02
28 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016284947408
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: GEORGE DE ALBUQUERQUE C MENDES
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 19/05/2018
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): George Mendes CRM PB 8396

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº DO BILHETE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNAE DA EMPRESA:
41 - CBOR:
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - COD. ORGÃO 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:

Movimento convergência do LSE

LSE

LCC

Movimento convergência

Worldcore

Movimento Esquerda Com

Data da internação: 19/05/2018 Hora: 18:35:36

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
2 - CNES: 2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES
4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: GLEBERSON COSTA RAIA
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1657703

7 - CARTÃO DO SUS:
8 - DATA DE NASCIMENTO: 06/09/1986
9 - SEXO: Masc [X] Fem [ ]

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 83 Nº DE TELEFONE 91587844

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): PEDRO LEAL , 21 , CATOLE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Campina Grande
14 - CÓD.IBGE MUNICÍPIO: 250400
15 - UF: PB
16 - CEP: 58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
Politrauma por acidente com motocicleta

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
Tratamento conservador

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: TCE
21 - CID 10 PRINCIPAL:
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento conservador do TCE
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

26 - CLÍNICA:
27 - CARATER DA INTERNAÇÃO: 02
28 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016284947408

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: GEORGE DE ALBUQUERQUE C MENDES
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 19/05/2018
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): George Mendes Neurocirurgia / Neuroradiologia CRM-PB 5208

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº DO BILHETE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNAE DA EMPRESA:
41 - CBOR:

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - COD. ORGÃO 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:

GOVERNO DA PARAÍBA

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

NOME:	N.º PRONTUÁRIO	
UTI	ENF.	LEITO

Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
	BMF	
	Paciente vítima de acidente de moto com traumatismo de face + lesão lácero contusa de palpebra inf. A visualização TC não evidenciamos fratura	
	conduta terapêutica	
	1) limpeza do ferimento	
	2) sutura palpebra inf.	
	3) alta do buco maxilofacial	
	Dr. Pedro de Farias Nóbrega CIRURGIÃO BUCOMAXILOFACIAL CRO 639-CPF 095.992.754-04	

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

TCE

Paciente: GLEBERSON COSTA RAIA | Alojamento: | Leito: 1 - 21 | Convênio:

Data	Prescrição Médica		Horário				Evolução Médica
20/5/18	DIETE oral branda	8H					20/5/18 #NCR
	Dipirona 2mL EV 6/6h (EN)						
	Nebulizar 8mg E. 8/8h (EN)						sem intercorrências
	Ranitidina 150mg 1cp VO 12/12h	12	24				Glasgow 15
	VAGA NA enfermaria						sem deficit motor
							OBS: Controle tomografia
							Vaga na enfermaria

George Mendes
Neurocirurgia / Neuroradiologia
CRM PB 2346

George Mendes
Neurocirurgia / Neuroradiologia
CRM PB 2346

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

1/2

Paciente:

TCE

	Prescrição Médica		
	DIETA LIVRE LAXATIVA		
	SF0,9% 2000 mL ev 24h,		NCR
	dipirona 02 ml + abd 10 ml iv 6 em 6 hs se necessário		melhor e alerta
	Cetoprofeno 100mg+SF0,9% 200mL IV 12/12h,		
	Nausedron 8mg IV 8/8H s n		
	Captopril 25 mg VO se pa maior igual a 180 x 110 mmhg.		
	Omeprazol 40mg 1 amp + abd 10 mL IV ao dia,		
	Tramadol 100mg + SF0,9%100mL IV 8/8H s n		
	Fisioterapia motora e respiratória,		
	curativos		

Dr. Marcos Wagner de S. Porto
22 MAIO 2018
CRM-PB 5062 / CRM-PE 14561

Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes

1/2 NEURO

Paciente: Celeuza

Prescrição Médica								NCR
DIETA LIVRE LAXATIVA								
SF0,9% 2000 mL ev 24h,	1º	2º	3º	4º				NCR
dipirona 02 ml + abd 10 ml iv 6 em 6 hs se necessário								melhor e alerta
Cetoprofeno 100mg+SF0,9% 200mL IV 12/12h,								
Nausedron 8mg IV 8/8H s n								
Captopril 25 mg VO se pa maior igual a 180 x 110 mmhg,								
Omeprazol 40mg 1 amp + abd 10 mL IV ao dia,								
Tramadol 100mg + SF0,9%100mL IV 8/8H s n								
Fisioterapia motora e respiratória,								
curativos								

Dr. Marcos Wágner de S. Porto
SBN
21 MAIO 2018
CRM-PB 9662 / CRM-PE 14587

Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Dr. Marcos Wágner de S. Porto
SBN
22 MAIO 2018
CRM-PB 9662 / CRM-PE 14587

21-05
08:00
PA=120x80
T=37,2
Retido SVD
[illegible]

20:00 Paciente evolui com dor intensa, mesmo sem uso ansiedade de equipe
[illegible]

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

09/04

Paciente		Alojamento		Leito	3-2	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	[illegible]		[illegible]
22.05.18	BMO		
	CD: SOLICITO TC DE FACE REALIZAÇÃO DA BMO		

Dr. Reginaldo Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO/PB 2194

Dr. Marcos Wagner de S. Porto
CRM-PB 14587

MOD

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
22/05/18	8H5	36°C	80	20	12x8/80	+	Paciente evolui EGR, consciente, orientado, com hemodinâmica no leito, foi medicado conforme prescrição	Valmir da Silva Soares TEC. EM ENFERMAGEM COREN 224.888
22/05/18							foi liberado acesso peripérico.	Valmir da Silva Soares TEC. EM ENFERMAGEM COREN 224.888

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Gleberson Costa Raia	Alojamento		Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
23/05/2018								# BAF 17:40
								Paciente consciente, orientado, eupneico, afebril, hidratado, clinicamente apresenta escoriações de face, sem limitação de abertura bucal, sem sinais de fratura, a palpação sem queixas/ou intercorrências.
								TC não denota fratura em face.
								CD: ① Alta da BAF ② Aos cuidados da ortopedia.
								José Ricardo dos Santos Souza Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial CRO/PB 6401

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis

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

DIAGNÓSTICO

Fx luxo escafo – semilunar (D)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Glebersou Costa	Alojamento: 1	Leito 2	Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1.Dieta luve		
	2.SRL 1500ml EV/24h		
24/05	~~3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h~~	de 6/6h	Pt c/ alta da NCIR outeiro c/ suspeita de fratura em punho (D).
	4. Tiatil 20mg + AD EV 12/12h – SN	12 18 24 06	
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	06	
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	SN	R/X Fx escafóide (D)
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN	SN	
	8. Clexane 40mg SC/dia		Aprovar
	9.SSVV + CCGG	de 6/6	Pré op: dr
			- cel VPM
			Transfer r p/
			Ortop (D) p/
			marcar cirurgia
			o quanto antes

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 5622

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 5622

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

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Elebarron Costa.	Alojamento:	5	Leito	2	Convênio	Fx-fux. usuário SUS

Data	Prescrição Médica	Horário						Evolução Médica
	1.Dieta Livre							
28/05	~~2.SRL 1500ml~~ EV/24h Jelco.	AH						Paciente respirando bem,
	3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h	12	18	24	06			estável
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	12	24					
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	06						
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN							
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN							
	8. ~~Clexane~~ 40mg SC/dia Susp.							CR: pos.
	9.SSVV + CCGG	AH						Alexandre Pereira

Dr. Schubert Cos.
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 5523

Dr. Schubert Cos.
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 5523

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fx - Luxação Escafo Semilunar (E)

0

ORTOPEDIA 1
LEITO 52

Paciente: Gilberson Costa Reis | Alojamento: 5 | Leito: 2 | Convênio: LEITO 52

Data	Prescrição Médica		Horário				Evolução Médica
26/5	~~1 DIETA LIVRE~~	ef					2 DIH
	~~2 JELCO SALINIZADO~~	ef					BEG, corado, sem desidratação
	~~3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H~~	12	17	24	08	F	Diurese: + Evac: +
	~~3 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN~~	SN					
	~~4 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H SN~~	SN					CD: VPM
	~~5 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN~~	SN					Aguarda cirurgia
	~~6 OMEPRAZOL 40MG + DIL EV EM JEJUM PELA MANHÃ~~		06	F			
	~~7 FISIO MOTORA~~						
	~~8 CCGG+SSVV~~	ef					
	9 Dexketoprofeno 10mg 01 cp VO 12/12h	ef					
	10 Paracetamol 750mg 01 cp VO 6/6h						

Dr. Everlan Meira
MR Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 5900

Dr. Everlan Meira
MR Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 5900

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
26/05		-			150x100	+	Pct consciente	
18							orientado feito	
							SSW + curativo	
							medicado CM	
							aos cuidados de	
							enfermagem.	
26/05	21:00		65		140/80		Pacte segue	
18							aos cuidados	
							da enfarma-	
							gem feito fra-	
							ção de AVP, vo	
							lo 22.	

Vera Lucia Ramos de Oliveira
COREN-PB 203.148

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

~~FX/LUX ESCAFO-SEMILUNAR D~~

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA 1
~~LEITO 5-2~~

Paciente	~~GLEBERSON COSTA MAIA, 31~~	Alojamento		Leito		Convênio	~~LEITO 5-2~~

Data	Prescrição Médica	Horário						Evolução Médica
27/05/2018	~~1 DIETA LIVRE~~							8º - DIN
	~~2 JELCO SALINIZADO~~							
	~~3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H~~	12	18	00	06			BEG, estável, sem disfunções.
	~~4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN~~							
	~~5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H~~	~~14~~	~~22~~	~~06~~				Diurese: ⊕ Evacuação: ⊕
	~~6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN~~							
	~~7 OMEPRAZOL 40MG + DIL EV EM JEJUM PELA MANHÃ~~	06						CD: VPU
	~~8 CLEXANE 40MG SC ÁS 20H~~	~~20~~						aguarda cirurgia p/ hoje
	~~9 FISIO MOTORA~~							
	~~10 SSVV+CCGG~~							
	11. DIAZEPAM 10 mg 01 cp VO à noite.	~~20~~						
	12. PARACETAMOL 750 mg 01 cp VO 8/8h	~~14~~	~~22~~	~~06~~				

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
27/05	15:00	–	–	–	120/80		Paciente evolui	
							consciente, orientado	
							não refere queixas	
27/05	19,24				120/80			
							Paciente, evolui sem	
							queixas, dão cuidados	
							de enfermagem	
							Josane Cristina de Albuquerque COREN-PB 174.938 - TE	

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fx L2 esquerda-semitlogy

Paciente	Gilbertson Costa	Alojamento	EK	Leito	01	Convênio	

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
29/05	1) Dieta livre.	Ok		
	2) Gelo	Ok		
	3) Gilbertil 20mg (EV) 12/12h	Ok		BEG, eupneico
	4) Cefalosporina	Ok		
	Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643			CIV: 0 PA
				Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643

MOD. 0

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FX/LUXAÇÃO SEMILUNAR D

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA 1
LEITO 5-2

Paciente	GLEBERSON COSTA MAIA, 31	Alojamento		Leito	EV. 01	Convênio	[illegible]

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1 DIETA LIVRE		DIH: 9º
	2 JELCO SALINIZADO		
	3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H	12 18 24 06	BEG, estável, sem distúrbios
	4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN		
	5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H	14 22	Diurese: ⊘ Evac: ⊘
	6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H	15 21	
	7 OMEPRAZOL 40MG + DIL EV EM JEJUM PELA MANHÃ	06	CD: VDM
	8 CLEXANE 40MG SC ÁS 20H (SUSPENSO)		Cirurgia programada p/ amanhã.
	9 FISIO MOTORA		
	10 SSVV+CCGG		
	(11) Dozepam 10mg 01 p valento	20	
	Dr. Bordan Meira Mtr Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 9900		Dr. Bordan Meira Mtr Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 9900
3/706	(1) DIETA 7Pmo		
	(1) CCGG + SSVV		C. Mengia Mayo à Tarde
	Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643		Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643

GOVERNO DA PARAÍBA

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

ORTOPEDIA 1
LEITO 5-2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

FX/LUX ESCAFO-SEMILUNAR D

Paciente	GLEBERSON COSTA MAIA, 31	Alojamento		Leito	EVI. 01	Convênio	[redacted]

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1 DIETA LIVRE		DIH: 9º
	2 JELCO SALINIZADO		
	3 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H	12 18 24 06	BEG, estável, sem distúrbios
	4 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN		
	5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H	14 22	Diurese: ⊘ Eliminação: ⊘
	6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H	13 21	
	7 OMEPRAZOL 40MG + DIL EV EM JEJUM PELA MANHÃ	06	CD: VDM
	8 CLEXANE 40MG SC ÁS 20H (SUSPENSO)		Cirurgia programada p/ amanhã.
	9 FISIO MOTORA		
	10 SSVV+CCGG		
	⊘ Bozepam 10mg 01 ap valvula	20	
	Dr. Everlan Meira MR Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 9900		Dr. Everlan Meira MR Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 9900
3.7.20	⊘ Dieta zero		
	⊘ Clexane + SSVV		C. Mungia Mayo à Tarde
	Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643		Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
28/05	08:00				120/80		Paciente se ausentou sem quiroas no momento. Recusa medicação de horário.	

Gleberson — Sitiriz Ortop II Extra
Dr Aristóteles + Dr Julio Cesar MR2
HD: Fx/Luxação escafóide punho D
Procedimento: Fixação
Descrição cirurgica

1) Paciente em DDH sob anestesia
2) Assepsia e antissepsia
3) Campos estéreis
4) Incisão dorsal punho D por planos
5) Redução cruenta de fratura escafóide + fixação com 4 fios K 2,0 sob escopia
6) Lavo FO C/ SFO ...
7) Sutura por planos + curativo + Talz

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

1/2

Paciente:

TCE

Prescrição Médica

	DIETA LIVRE LAXATIVA							NCR
	SF0,9% 2000 mL ev 24h,							melhor e alerta
	dipirona 02 ml + abd 10 ml iv 6 em 6 hs se necessário							
	Cetoprofeno 100mg+SF0,9% 200mL IV 12/12h,							
	Nausedron 8mg IV 8/8H s n							
	Captopril 25 mg VO se pa maior igual a 180 x 110 mmhg,							
	Omeprazol 40mg 1 amp + abd 10 mL IV ao dia,							
	Tramadol 100mg + SF0,9%100mL IV 8/8H s n							
	Fisioterapia motora e respiratória,							
	curativos							

Dr. Marcos Wágner de S. Porto
CRM-PB 5652 / CRM-PE 14997

21 MAIO 2019

Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA | LEITO | Nº PRONTUÁRIO

FOLHA DE ANESTESIA

NOME: Gilberson Costa Raia | IDADE: 31a. | SEXO: M | COR:

DATA: 30/05/18 | PRESSÃO ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | ALTURA

TIPO SANGUÍNEO | HEMÁCIAS | HEMOGLOBINA | HEMATÓCRITO | GLICEMIA | URÉIA | OUTROS

URINA

AP. RESPIRATÓRIO | ASMA | BRONQUITE

AP. CIRCULATÓRIO | ELETROCARDIOGRAMA

AP. DIGESTIVO: yum > 8h | DENTES | PESCOÇO | AP. URINÁRIO

ESTADO MENTAL: LOTE | ATARAXICOS | CORTICOIDES | ALERGIA: nega | HIPOTENSORES

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de punho dir. | ESTADO FÍSICO: II | RISCO

ANESTESIAS ANTERIORES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA | APLICADA ÀS | EFEITO

AGENTES ANESTÉSICOS: O'

LÍQUIDOS: SR 1500ml

PNI
ECG
SpO2

CÓDIGOS
VP. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO

260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

INDUÇÃO
Satisf.:_____ Excit.:_____ Tosse:_____
Laringo espasmo:_____ Lenta:_____
Náuseas:_____ Vômitos:_____
Outros:_____

MANUTENÇÃO
cefazolina 2
tilatil 2
buscopan c. 1
decadron 1
antak 1
dormonid 1
fentanil 1

ANESTESIA SATISF.: Sim____ Não____
Não, por quê? _____

DESPERTAR
Reflexos na SO:_____
Obstr.:_____ Co_2:_____ Excit:_____
Náuseas:_____ Vômitos:_____
Outros:_____

Com cânula:
Para o Leito Sim_____ Não_____
CONDIÇÕES:

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES: 17h15 → 18h00

POSIÇÃO: ⊖

AGENTES: bupi 0,5% + lido 1%

TÉCNICA: bloq. plexo bra. USG | CÂNULAS: CN 02.

OPERAÇÃO: Rto cirúrgico de fratura de punho dir.

CIRURGIÕES: Aristóteles + Júlio

ANESTESISTAS: Tayla

OBSERVAÇÕES

Tayla Tássia de S. Oliveira CRM-PB 8611 MEDICA ANESTESIOLOGISTA 075.157.124-23

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.

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

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Gilberson Gosta Rara Idade: 31
Convênio: SUS Data: 30.05.2018
Procedimento: Trt cirurgico de fratura de punho (E)

Cirurgião: Dr Aristoteles Auxiliar: Dr Vitório Gomes Anestesista: Dr Taylor

Início: 17 15 Término: 18 30 Anestesia: Bloq de plexo + sedação

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Conciência
19 30	121x72	58	100%		-	sonolento
20 10	111x68	75	100%		-	"

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:

Assinatura Anestesista Circulante

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

(Critérios para altas da SRPA)

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

Assinatura do anestesista

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

PACIENTE: Geldverson Costa Maia DN 06-09-1986

QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
		Sus	31 anos	1657514

CIRURGIA: Trº Cirg. Fratura de Punho D.
CIRURGIÃO: Drº Aristóteles + Drº Julio
ANESTESIA: Bl. plexo + Sedação
ANESTESIA: Drª Taylah
INSTRUMENTADORA: Rebeca
DATA: 30-05-18
INÍCIO: 17:45
FIM: 18:30

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS
	Adrenalina amp.
	Atropina amp.
	Diazepan amp.
01	Dimorfa amp.
	Dolantina amp.
	Efrane ml
	Fenegam amp.
01	Fentanil ml
	Inova ml
	Ketalar ml
02	Marcaína 2% ml c/ Vaso
	Nubahin amp.
	Pavulon amp.
	Protigmine amp.
	Protoxido l/m
	Quelicin ml
	Rapifen amp.
	Thionembutal ml
	Tracrium amp.

Qtd.	MEDICAÇÕES
04	Agua Destilada amp.
01	Decadron amp.
	Dipirona amp.
	Flaxidol amp.
	Flebocortid amp.
	Geramicina amp.
	Glicose amp.
	Glucon de Cálcio amp.
	Haemacel ml.
	Heparema ml.
	Kanakion amp.
	Lasix amp.
	Medrotinazol.
	Plasil amp.
	Prolamina
	Revivan amp.
	Stuptanon amp.
	Cefalotina 1g

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES
	Agulha desc. 25 x 7
	Agulha desc. 28 x 28
	Agulha desc. 3 x 4,5
	Agulha p/ raque nº
05	Álcool de Enfermagem 70%
	Álcool Iodado ml
	Ataduras de Crepon
	Ataduras de Gessada
	Azul métileno amp.
	Benzina ml

	Bolsa Colostoma
01	Calel. p/ Oxg.
02	Catet. De Urinar Sist. Fech.
04	Compressa Grande
	Compressa Pequena
	Cotonoide
	Dreno
	Dreno Kerr nº
	Dreno Penrose nº
	Dreno Pezzer nº
	Equipo de Macrogotas
	Equipo de Macrogotas
	Equipo de Sangue
	Equipo de PVC
05	Esparadrapo Larco cm
	Furacim ml
05	Gase Pacote c/ 10 unidades
	H_2O_2 ml
	Intracath Adulto
	Intracath Infantil
01	Lâmina de Bisturi nº 23
	Lâmina de Bisturi nº 11
	Lâmina de Bisturi nº 15
	Luvas 7.0
03	Luvas 7.5
02	Luvas 8.0
	Luvas 8.5
05	Oxigênio l/m
	Poliflix
05	PVPI Degemante ml
	PVPI Tópico ml.
05	Sabão Antiséptico
04	Saco coletor
02	Seringa desc. 10 ml
02	Seringa desc. 20 ml
03	Seringa desc. 05 ml
	Sonda
	Sonda folley
	Sonda Nasogástica
	Sonda Uretral nº
	Sterydrem ml
	Torneirinha
	Vaselina ml
	Gelcon 18
	Latese
05	Eletrodo

Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Catgut cromado Sertix	
	Catgut cromado Sertix	
	Catgut cromado Sertix	
	Catgut Simples	
	Catgut Simples Sertix	
	Catgut Simples Sertix	
	Catgut Simples Sertix	
	Cera p/ osso	
	Ethibond	
	Ethibond	
	Ethibond	
	Fio de Algodrão Sertix	
	Fio de Algodrão Sertix	
	Fio de Algodrão Sutupak	
	Fio de Algodrão Sutupak	
	Fila cardíaca	
	Mononylon	
02	Mononylon 2=0	
	Prolene Serfix	
	Prolene Serfix	
	Prolene Serfix	
	Prolene Serfix	
	Vicryl Serfix	
02	Vicryl Serfix 0	
	Vicryl Serfix	

Qtd.	SOROS
	SG Normotérmico fr 500 ml
	SG Gelado fr 500 ml
	SG Hipertérmico fr 500 ml
01	SG Ringr fr 500 ml
02	SF fr 500 ml

Qtd.	ORTESE E PRÓTESE

EQUIPAMENTOS

- (X) Oximetro de Pulso
- ( ) Serra
- ( ) Desfibrilador
- ( ) Foco Frontal
- ( ) Fonte de Luz
- (X) Foco Auxiliar
- ( ) Eletrocautério
- ( ) Oxicapiógrafo
- (X) Cardiomonitor
- ( ) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL: Wanda Lúcia B. Medeiros
TÉC. DE ENFERMAGEM

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

FX/LUx escapo-semilunar D

Paciente	Elderson Costa Paia	Alojamento	Enfa	Leito	01	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
30/03	① Dieta livre após UR PA		POI
	② SF 0,9% 1000 ml EV / 24h		Paciente submetido a pro-
	③ Clindamicina 600mg + ABD EV 6/6h		cedimento cirúrgico, sem intercor-
	④ Dipirona 1g + AD EV 6/6h		rências.
	⑤ Tilatil 20mg + AD EV 12/12h		Cd.: VPH
	⑥ Omeprazol 40mg EV / pum		Rx de controle
	⑦ Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h		
	⑧ Nauseden 01 FA + AD EV 8/8h S/N		
	⑨ Curativo		
	⑩ Rx de controle		
	⑪ CCCG + SSVV		

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis

Paciente chegou do bloco às 20:45

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

P.O Fx Lx escafoide D

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Gleberson Costa	Alojamento	EXT	Leito	01	Convênio	

Data		Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
32/5	1	DIETA LIVRE 2/29 RPA							
	2	~~SRL 1500ML EV 24H~~			~~18~~	~~29~~	~~32~~		~~ORTOPEDIA~~
D		~~CEFTRIAXONE 1G + ABD EV 12/12H~~ Suspenso							
D	5	GENTA 240 mg EV 1X/DIA				~~22~~ ~~23~~			Pós procedimento
	6	DIPIRONA 2ML EV 6/6H				(24)	(06)		cirúrgico ortopédico
	7	OMEPRAZOL 40MG EV JEJUM	~~06~~						sem intercorrências
	8	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9 EV 8/8H S/N							
	9	NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H S/N							CD: RX Controle
	10	~~TILATIL 20 mg + AD - EV 12/12h~~				~~24~~			
		~~CLEXANE 40 UI SC 1x/DIA~~ Suspenso							
	12	CURATIVO 1 X DIA							
	13	SSVV + CCGG							
		Clindamicina 600mg EV 6/6h				~~24~~	~~28~~		
		Dr. Julio Cesar Costa							
10h									
31/05		Alta hospitalar Retorno ambulatorial Afastado 60 dias AINE'S + ATB Fisioterapia							
		Hallisson Barros de Almeida ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA							

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis

GOVERNO DA PARAÍBA

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).:	GLEBERSON COSTA	Protocolo:	0000404834	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	JHONY W B COSTA	Data:	20-05-2018 09:38	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	31 anos	Destino:	Leito - 01

HEMOGRAMA
[DATA DA COLETA: 20/05/2018 09:38]

	Resultados		Valores de Referências
SÉRIE VERMELHA			
Eritrócitos	4.5 milhões/mm³		4,2 à 6,0 milhões/mm³
Hemoglobina	13,2 g/dL		13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito	40,0 %		40,0 à 52,5 %
V.C.M.	89 fL		82,0 à 92,0 fL
H.C.M.	29 pg		27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.	33 g/dL		32,9 à 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA			
Leucócitos	7.300 /mm³		5.000 à 10.000 /mm³
	(%)	(/mm³)	
Neutrofilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	3,0	219	
Segmentados	74,0	5.402	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm³
Eosinófilos	1,0	73	0,5 à 6,0 % - até 500 / mm³
Basófilos	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm³
Linfocitos			
Típicos	20,0	1.460	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm³
Atípicos	0	0	
Monocitos	2,0	146	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	141.000 mm³		140.000 a 400.000 mm³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Gelder Farias Cavalcanti
Biomédico
CRBM - 7494

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 4448-50A0-B0E3-5A3D-AB62-B973-6895-664A

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

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

SUS Sistema Único de Saúde

Sr(a).:	GLEBERSON COSTA	Protocolo:	0000404834	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	JHONY W B COSTA	Data:	20-05-2018 09:38	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	31 anos	Destino:	Leito - 01

URÉIA

[DATA DA COLETA: 20/05/2018 09:38]

Resultado..... **43 mg/dl** — De 15 A 41 mg/dL

Resultados anteriores: 19/05/18: 40 |

Material: Soro

Método: Sistema Automatizado SELECTRA

Observação:

CREATININA

[DATA DA COLETA: 20/05/2018 09:38]

Resultado..... **0,9 mg/dl**

Recem-nato: 0,3 a 1,0 mg/dl
Criancas..: 0,3 a 1,0 mg/dl
Adultos...: 0,4 a 1,3 mg/dl
EXAMES RELACIONADOS: Ureia, Depuracao da Creatinina e Sumario de urina.
NOTA: O uso de medicamentos contendo dipirona e vitamina C podem alterar o resultado deste exame.

Resultados anteriores: 19/05/18: 1,0 |

Material: Soro

Método: Automatizado CM 200 WIENER

Gelder Farias Cavalcanti
Biomédico
CRBM - 7494

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 6BCC-6F69-1FFB-2A59-3C62-75AD-4BA5-BCFA

Laboratório Newlab — SELO DE QUALIDADE — PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

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).:	GLEBERSON COSTA	Protocolo:	0000404834	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	JHONY W B COSTA	Data:	20-05-2018 09:38	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	31 anos	Destino:	Leito - 01

POTASSIO **4.0 mmol/1**

[DATA DA COLETA: 20/05/2018 09:38]
Material: Soro
Método: Eletrodo Seletivo W300 MAXIONS

Valores de Referência:
Adulto.....: 3.5 a 5.5 mmol/1
Criança.....: 3.4 a 5.0 mmol/1
Valor critico (adulto).....: menor que 2.5 e/ou maior que 6.5 mmol/1
Valor critico (recem-nascido): menor que 2.5 mmol/1 maior que 8.0 mmo/1

SÓDIO **148 mmol/1**

[DATA DA COLETA: 20/05/2018 09:38]
Material: Soro
Método: Eletrodo Seletivo W300 MAX IONS

Valores de Referência:
Adulto.....: 132 a 148 mmol/1
Criancas.....: 134 a 148 mmol/1
Valor Critico: menor que 120 e/ou maior que 160 mmol/1

Geider Farias Cavalcanti
Biomédico
CRBM - 7494

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: E12E-B8A7-E065-ECDF-1D8A-9924-365E-2AB9

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNAND

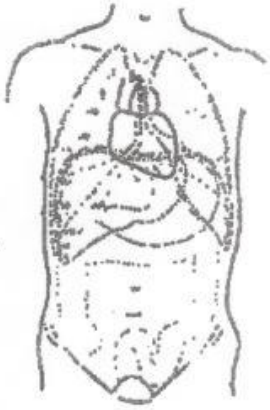
SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA

Nome: GLEBSON COSTA RAIA Idade: 31 an

Exame: Usg FAST Data: 19/05/18

Médico solicitante: Sexo: M

RELATÓRIO



FÍGADO: ☑ Normal ☐ Alterado

VES. BILIAR: ☑ Normal ☐ Alterado

VIAS BILIARES: ☑ Normal ☐ Alterado

PÂNCREAS: ☑ Normal ☐ Alterado

BAÇO: ☑ Normal ☐ Alterado

RIM DIR.: ☑ Normal ☐ Alterado

RIM ESQ.: ☑ Normal ☐ Alterado

BEXIGA: ☑ Normal ☐ Alterado

Outras observações:
Ausência de líquido livre, no ato do exame.

CONCLUSÃO

Dr. [illegible] CRM-PB

Campina Grande, 19/05/2018

MOD 022

Assinatura e Carimbo do Médico

GOVERNO DA PARAÍBA

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).:	GLEBERSON COSTA	Protocolo:	0000404625	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	GEORGE A C MENDES	Data:	19-05-2018 20:15	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	31 anos	Destino:	Leito - 01

HEMOGRAMA
[DATA DA COLETA: 19/05/2018 20:14]

	Resultados		Valores de Referências
SÉRIE VERMELHA			
Eritrócitos	5.02 milhões/mm³		4,2 à 6,0 milhões/mm³
Hemoglobina	14,0 g/dL		13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito	42,0 %		40,0 à 52,5 %
V.C.M.	84 fL		82,0 à 92,0 fL
H.C.M.	28 pg		27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.	33 g/dL		32,9 à 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA			
Leucócitos	8.800 /mm³		5.000 à 10.000 /mm³
	(%)	(/mm³)	
Neutrofilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	4,0	352	
Segmentados	84,0	7.392	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm³
Eosinófilos	2,0	176	0,5 à 6,0 % - até 500 / mm³
Basófilos	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm³
Linfocitos			
Típicos	9,0	792	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm³
Atípicos	0	0	
Monocitos	1,0	88	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	142.000 mm³		140.000 a 400.000 mm³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Deyvisson Bruno S. Cabral
BIOMÉDICO
CRBM-PE 5241

Deyvisson Bruno S. Cabral
BIOMÉDICO
CRBM-PE 5241

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: FCF7-9207-E48F-74F8-6D85-B56E-3A64-7B54

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

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).:	GLEBERSON COSTA	Protocolo:	0000404625	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	GEORGE A C MENDES	Data:	19-05-2018 20:15	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	31 anos	Destino:	Leito - 01

URÉIA

[DATA DA COLETA: 19/05/2018 20:15]

Resultado..... 40 mg/dl

De 15 A 41 mg/dL

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Sistema Automatizado SELECTRA

Observação:

CREATININA

[DATA DA COLETA: 19/05/2018 20:15]

Resultado..... 1,0 mg/dl

Recem-nato: 0,3 a 1,0 mg/dl
Criancas..: 0,3 a 1,0 mg/dl
Adultos...: 0,4 a 1,3 mg/dl
EXAMES RELACIONADOS: Ureia, Depuracao da Creatinina e Sumario de urina.
NOTA: O uso de medicamentos contendo dipirona e vitamina C podem alterar o resultado deste exame.

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Automatizado CM 200 WIENER

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: E06D-888A-2227-CEAD-AB81-8273-EB6F-7492

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

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).:	GLEBERSON COSTA	Protocolo:	0000404625	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	GEORGE A C MENDES	Data:	19-05-2018 20:15	Origem:	AREA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	31 anos	Destino:	Leito - 01

TEMPO DE COAGULACAO ..... 8'00 min

[DATA DA COLETA: 19/05/2018 20:15]
Material: Sangue
Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

TEMPO DE SANGRAMENTO ..... 2'00

[DATA DA COLETA: 19/05/2018 20:15]
Material: sangue
Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 63D7-CD16-8230-0FA7-CF61-C13F-C565-5FF5

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ
Programa Nacional de Controle de Qualidade

NOME					
IDADE		DATA NASC.		LEITO	
H.D.		ADMISSÃO		HORA	

GOVERNO DA PARAÍBA — SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS

PROCEDÊNCIA:

MOTIVO INTERNAÇÃO: ☐ DVM ☐ IRpA ☐ Choque ☐ I. Renal ☐ Coma Neuro ☐ ICO ☐ Trauma ☐ PNM
☐ Hemorragia ☐ Outros: _____

ANTECEDENTES: ☐ DPOC ☐ AVC ☐ HAS ☐ DM ☐ RM ☐ ICO ☐ Cirurgia

HDA:

SV: FC bpm | FR irpm | PA: | SpO2 % | T °c

ESTADO GERAL: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☐ Acordado ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso Glasgow _____

Tônus: ☐ Hipo ☐ Hiper ☐ Normal — Trofismo: ☐ Hipo ☐ Hiper ☐ Normal

Reflexos: ☐ Aumentos ☐ Diminuídos ☐ Normal — Força Muscular: (Grau): ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Bloqueios Articulares (Regiões)

SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR

☐ Eupneico ☐ Sem alterações

SUPORTE VENTILATÓRIO: ☐ Espontâneo ☐ Com TQT ☐ Sem TQT) ☐ VNI _____ ☐ VMI

O2 SUPLEMENTAR: ☐ Não ☐ CEN ☐ Aerosol ☐ Másc. Simples ☐ Másc./Sitema de Venturi ____ %

☐ Másc. Reinalação parc. ☐ Másc. não Reinalação ☐ Másc. de Reservatório. Fluxo ____ l/min

DESCONFORTO VENTILATÓRIO: ☐ BAN ☐ Tiragens supraclaviculares ☐ Tiragens intercostais ☐ Tiragens subcostais

☐ Uso de musc. acessória Insp./Exp. ☐ Cianose ☐ Taquipnéia ☐ Bradipnéia ☐ Resp. paradoxal ☐ Estridor ___ /4+

OBSTRUÇÃO DE VAS: ☐ Não ☐ Sim _____

PADRÃO VENTILATÓRIO: ☐ Costal ☐ Diafragmático ☐ Misto ☐ Paradoxal ☐ Superficial

EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Simétrica ☐ Assimétrica _____

Ausculta Pulmonar: _____ Raio X Tórax: _____

TOSSE: ☐ Sim ☐ Não ☐ Produtiva ☐ Não produtiva ☐ Eficaz ☐ Deglute ☐ Expectora ☐ Ineficaz

SECREÇÃO: ☐ Não ☐ Sim, QUANTIDADE: ☐ Pequena ☐ Média ☐ Grande.

COMPOSIÇÃO: ☐ Hialina ☐ Mucóide ☐ Mucopurulenta ☐ Purulenta ☐ Sanguinolenta

COR SECREÇÃO: ☐ Incolor ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Verde ☐ Marrom ☐ Rosada ☐ Vermelha

DRENO: ☐ Pleural D ☐ Pleural E ☐ Mediastinal ☐ Oscilante ☐ Borbulhante. Débito _____

Perfusão: ☐ Normal ☐ Deficiente

☐ Edema. Regiões: _____ ☐ Cacifos

CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE

CD: ☐ THB | ☐ TEP passivo | ☐ TEP ativo | ☐ VNI _____ | ☐ O2 _____

☐ Aspiração ☐ TMV ☐ Decanulação ☐ Cinesioterapia ☐ MRP

☐ Treino de Marcha ☐ Orientações ☐ Treino equilíbrio ☐ Transferências ☐ Sedestação

☐ Ortostatismo ☐ Marcha ☐ Estimulação sensorial

☐ Posicionamento: ☐ Treino Musc. Pré decanulação

Outros:

Observações:

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO:

Campina Grande,

_____/_____/_____

_____
Fisioterapeuta/CREFITO

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente	Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
Gleisson Costa Pereira		ortopedia II	1	EXTRA

Data	Hora		Data	Hora
3/05/15	14	Paciente evoluindo EGR. Apresenta fratura do escapula e semiluxação D. e escoriações no rosto e ombro D. CID: Cinesioterapia leve em todo MSD e passiva e livre no MSE e membros D. e G. gerais		

Sebastião Cesário Taveira
FISIOTERAPÊUTA
CREFITO 15344-F

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

GOVERNO DA PARAÍBA

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente	Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
Gleberson Costa Reis		Neuro	2	1

Data	Hora		Data	Hora
22.05.18	T	Paciente em ECR, colaborativo, aao, eupneico em VEIAA. Apresenta fratura MSD, não tem deficit motor, sem alteração respiratória. AP: MV+ sem RAD. SIRA. Conduta: MRP, cinesioterapia ativa, sedestação, deambulação e o. gerais.		

Dr. Aldo Barbosa da Silva
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 46812-F

MOD. 012

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM 31a

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Clebrson Costa Raia | Registro: EXT | Leito: 01 | Setor Atual: Ortho II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 110x10 mmHg; FC: bpm; SPO2: %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH_2O

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

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO_2 PO_2 HCO_3 EB SpO_2 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: (X) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.

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

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

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo

Cateter vascular: (X) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data da punção __/__/__

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 ( )Gatronomia ( )Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data :__/__/__

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

Abdômen: (X) 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: (X) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( )Outro:

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

Condições das mucosas: ( )Úmidas ( )Secas | **Manifestações de sede:** ( ).

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em:__/__/__

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

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

CUIDADO CORPORAL

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

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

Limitação física: (X) 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

Veronica Alves
Enfermeira
COREN-PB/PB 592.195

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 29/05/18 HORA: 15:00 h

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

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: | Enfermaria: | Leito: | Data: / /

1	Constipação	Diuréticos ( ) Desidratação ( ) Estresse ( ) Outro ( )	Abdome distendido ( ) Dor à evacuação Outro ( )
		Hábitos de evacuação irregulares ( ) Lesão neurológica ( )	Anorexia ( ) Dor abdominal ( )
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ( ) Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ( )	Cavidade bucal ferida ( ) Diarréia ( ) Outro ( )
		Fatores psicológicos ( ) Outro ( )	Dor abdominal ( ) Mucosas pálidas ( )
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ( ) Dor ( ) Fraqueza ( ) Outro ( )	Incapacidade de acessar o banheiro ( ) Outro ( )
		Ansiedade ( )	Incapacidade de lavar o corpo ( )
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ( )	Alterações na pressão sanguínea ( ) Outro ( )
		Outros ( )	Relato verbal de dor ( )
5	Hipertermia	Anestesia ( ) Desidratação ( ) Trauma ( ) Outro ( )	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ( )
		Aumento da taxa metabólica ( )	Taquicardia ( ) Taquipnéia ( ) Outro ( )
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ( ) Circulação prejudicada ( )	Destruição de camadas da pele ( ) Invasão de estruturas do corpo ( )
		Hipotermia ( ) Imobilização física ( ) Outro ( )	Rompimento da superfície da pele ( ) Outro ( )
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ( ) Desconforto ( ) Rigidez articular	Dificuldade para virar-se ( ) Dispnéia ao esforço ( ) Outro
		Prejuízos músculo esquelético ( ) Desuso ( ) Outro ( )	Movimentos descontrolados ( )
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ( ) Dor ( ) Fadiga ( ) Obesidade ( ) Outro ( )	Alterações na profundidade respiratoria ( ) Dispnéia ( )
			Batimento de asa de nariz ( ) Ortopnéia ( ) Outro ( )
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite ( ) Queimaduras ( ) Vômito ( ) Diarréia ( )	
		Drenos ( ) Outros ( )	
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos ( ) Defesas primárias inadequadas ( )	
		Procedimentos invasivos ( ) Outro ( )	
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ( ) Medicações ( )	
		Extremos da idade ( ) Agitação/Desorientação ( )	
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ( ) Outro ( )	Mudança do padrão normal do sono ( ) Outro ( )
		Ruído ( ) Imobilização física ( )	Relatos de dificuldade para dormir ( )
13	Outro		
14	Outro		

( ) Avaliar distenção abdominal.		( ) Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
( ) Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
( ) Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
( ) Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		( ) Melhora a aceitação alimentar.
( ) Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		
( ) Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		( ) Manutenção da glicemia estável.
( ) Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
( ) Encaminhar ao banho de chuveiro.		( ) Auxílio diário às necessidades de higiene.
( ) Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
( ) Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		( ) Controle da dor (melhorada / ausente).
( ) Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
( ) Avaliar características, intensidade e local da dor.		
( ) Avaliar alterações de sinais vitais.		
( ) Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
( ) Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		( ) Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
( ) Incentivar a ingestão de líquidos.		
( ) Observar reações de desorientação/confusão.		
( ) Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		( ) Melhora da integridade da pele.
( ) Analisar condições do curativo.		( ) Diminuição do risco de lesão.
( ) Orientar e estimular a hidratação da pele.		
( ) Orientar e estimular a movimentação no leito.		( ) Mobilidade física melhorada/eficaz.
( ) Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		
( ) Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		( ) Melhora da perfusão tissular.
( ) Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		( ) Padrão respiratório eficaz.
( ) Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e freqüência cardíaca).		( ) Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
( ) Realizar balanço hídrico.		
( ) Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		( ) Diminuir o risco de infecção.
( ) Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		
( ) Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
( ) Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
( ) Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		( ) Diminuir o risco de queda.
( ) Manter as grades do leito elevadas.		
( ) Conter o paciente quando necessário.		
( ) Manter ambiente calmo e tranquilo.		( ) Melhora do padrão do sono.
( ) Orientar repouso no leito.		
( ) Administrar medicação CPM.		
( ) Outros		( ) Outros
( ) Outros		( ) Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a) : _____

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem : Francisca da Costa R.

FONTE: NIC;2010. CHAVES,L.D.;SOLAY,C.A.; SAE. 2 ed.

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

NOME: Gilverson Costa Raia HD: SETOR: LEITO: 01 DATA: 20/05/

HORÁRIO																								
P. ARTERIAL	130x80			140x90																				
PULSO/FC	65			68																				
TEMPERATURA	36.0			36.0																				
RESPIRAÇÃO	16			14																				
SAT. 02	98%			97%																				
PVC																								
PIA																								
HGT				139																				
SF 0,9%																								
SRL																								
SG 5%																								
SORO EXTRA																								
SEDAÇÃO																								
ANALGESIA																								
MEDICAÇÕES																								
NORA																								
DORA																								
HEMODERIVADOS																								
NPT																								
DIETA																								
ÁGUA																								
MEDICAÇÕES																								
D R E N A G E N S																								
SNG/VÔMITOS																								
FESES																								
DIURESE		300ml				200ml																		
HEMODIALISE																								
DRENO TÓRAX D																								
DRENO TÓRAX E																								
DRENO SUCÇÃO																								
D. CAVITÁRIO																								
DVE																								

GANHOS 12H DIA=	PERDAS 12H DIA=	BH DIA=	GANHOS 12H NOITE=	PERDAS 12H NOITE=	BH NOITE=

GANHOS 24H DIA=	PERDA 24H + 1000ML=	BH 24H=

ASSINATURA: ASSINATURA:

ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - DIURNO 20/05/18	ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - NOTURNO 20/05/18
Paciente consciente orientado foi recebido da ala vermelha medicado se sua ebrinado bem seu responsável queixa foi realizado curativos 18:hs e segue dos medidas da equipe de enfermagem. Lucimar Freire Silva Vasconcelos Técnico de Enfermagem COREN-PB 810735	Paciente consciente orientado foi medicado conforme prescrição medica paciente apresenta queixa de muitas dores no MSD que também o mesmo apresenta edema no dado. foi realizado curativo 21:30 e segue dos mesmos cuidados da equipe de enfermagem. Lucimar Freire Silva Vasconcelos Técnico de Enfermagem COREN-PB 810735
TÉCNICO DE ENFERMAGEM:	TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

SONDAS, CATETERES E DRENOS

SVD	AVP	AVC	PIA	PAM	TOT	TQT	SNE	SNG	DRENOS

ÚLTIMA EVACUAÇÃO:	ASPECTO:	BALANÇO HÍDRICO ATUAL:	BALANÇO HÍDRICO ANTERIOR:	BALANÇO HÍDRICO ACUMULADO

FERIDAS / LESÕES	CURATIVOS / COBERTURAS / PRODUTOS UTILIZADOS
ENFERMEIRO:	ENFERMEIRO:

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

S/ GLEBERSON
COSTA

SOLICITO

LAIR AXILO SARAIVA

D INCLUIR O
COLEGIO

MOD. 001

21/03/19

Data Médico

GOVÊRNO DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

Galeberson Sstz

Solicito Controle

Rx punho D: AP e P

30/5

RAIO X
REALIZADO EM:
30/05/18

RAIO X
REALIZADO EM:
30/05/18

MOD. 001

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
Nº 013746945576
PRT 201701001064 29-6

VIA	COD. RENAVAM	CAT.	EXERCICIO
1	01134394818	00/00000000	2017

NOME: GLEBERSON RAIA COSTA

CPF/CNPJ: 06290548433 — PLACA: QFJ3813/PB

PLACA ANT/UF: NOVO PB — CHASSI: LXYXCBL00C0547950

ESPECIE TIPO: PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC — COMBUSTIVEL: ALCOOL

MARCA/MODELO: CICLOMOTOR/L13154 — ANO FAB: 2011 — ANO MOD: 2012

CAP/POT/CIL: 2 P/4 /CV — CATEGORIA: PARTIC — COR PREDOMINANTE: VERMELHA

IPVA — COTA ÚNICA: IPVA PAGO EM — VENC. COTA ÚNICA: 00/00/0000 — VENC/COTAS: 1ª 2ª 3ª
FAIXA I.P.V.A: ******* — PARCELAMENTO/COTAS: 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$): ******** — IOF (R$): SEGURO — PRÊMIO TOTAL (R$): PAGO — DATA DE PAGAMENTO: 07/11/2017

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMINIO
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA
0

LOCAL: CAMPINA GRANDE-PB — DATA: 09/11/2017

9999999 — 7003820

DENATRAN — CONTRAN — LACRE 0045252

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013746945576 — 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

VIA	CPF / CNPJ	PLACA	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
1	06290548433	QFJ3813/PB	2017	09/11/2017

RENAVAM: 01134394818 — MARCA / MODELO: CICLOMOTOR/L13154

ANO FAB: 2011 — CAT. TARIF.: 8 — Nº CHASSI: LXYXCBL00C0547950

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
******	******	******

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R$)
******	SEGURO	PAGO

PAGAMENTO: ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO — DATA DE QUITAÇÃO: 07/11/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
7003820-1015598-20171109

ADD-2017

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

❖ O SEGURO DPVAT COBRE **DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE**, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO.

❖ ESTÃO COBERTOS TODOS OS CIDADÃOS, EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL, SEJAM ELES MOTORISTAS, PASSAGEIROS OU PEDESTRES.

❖ SÃO OFERECIDOS TRÊS TIPOS DE COBERTURA: MORTE, INVALIDEZ PERMANENTE E **REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES (DAMS)**.

❖ SE VOCÊ FOR VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO OU BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO, REÚNA A DOCUMENTAÇÃO ABAIXO INDICADA E SOLICITE A INDENIZAÇÃO EM UM DOS PONTOS DE ATENDIMENTO AUTORIZADOS (CONSULTE-OS EM **www.seguradoralider.com.br**), SE TIVER DÚVIDAS LIGUE PARA O SAC DPVAT 0800 022 1204.

❖ **VALORES DE INDENIZAÇÃO POR PESSOA VITIMADA E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA PEDIDO DE INDENIZAÇÃO:**

MORTE (1)	INVALIDEZ PERMANENTE (2)	DAMS (3)
R$ 13.500,00	até R$ 13.500,00	até R$ 2.700,00

(1) MORTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CERTIDÃO DE ÓBITO, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E DO(S) BENEFICIÁRIO(S) E PROVA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(S) (VÍNCULO COM O FALECIDO).

(2) INVALIDEZ PERMANENTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL DA CIRCUNSCRIÇÃO DO LOCAL DO ACIDENTE OU DA RESIDÊNCIA DA VÍTIMA, COM A VERIFICAÇÃO DA EXISTÊNCIA E QUANTIFICAÇÃO DAS LESÕES PERMANENTES, TOTAIS OU PARCIAIS, DE ACORDO COM OS PERCENTUAIS DA TABELA CONSTANTE DO ANEXO DA LEI 6.194/1974 E ALTERAÇÕES.

(3) DAMS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR, OU DOCUMENTO EQUIVALENTE, QUE COMPROVE QUE AS DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES EFETUADAS POSSAM DECORRER DO ATENDIMENTO À VÍTIMA DE DANOS CORPORAIS CONSEQUENTES DE ACIDENTE ENVOLVENDO VEÍCULO AUTOMOTOR DE VIA TERRESTRE, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA, CONTA ORIGINAL DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, OU DOCUMENTO EQUIVALENTE, COM DISCRIMINAÇÃO DE TODAS AS DESPESAS, INCLUINDO DIÁRIAS E TAXAS, RELAÇÃO DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS E, AINDA, OS EXAMES EFETUADOS COM OS PREÇOS POR UNIDADE, ALÉM DOS SERVIÇOS MÉDICOS E PROFISSIONAIS QUANDO ESTES FOREM COBRADOS DIRETAMENTE PELO HOSPITAL, NOTAS FISCAIS, FATURAS OU RECIBOS DO HOSPITAL, ORIGINAIS, COMPROVANDO O PAGAMENTO DOS RESPECTIVOS VALORES, RECIBOS ORIGINAIS EMITIDOS EM NOME DA VÍTIMA, OU COMPROVANTES DO PAGAMENTO A CADA MÉDICO OU PROFISSIONAL, CONSTANDO DATA, ASSINATURA, CARIMBO DE IDENTIFICAÇÃO, NÚMERO DO CRM, NÚMERO DO CPF OU CNPJ E A ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO EXECUTADO, COM A DATA EM QUE FOI PRESTADO O ATENDIMENTO E CÓPIA DO LAUDO ANATOMOPATOLÓGICO DA LESÃO E DOS EXAMES REALIZADOS EM GERAL, QUANDO HOUVER.

❖ PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, NOS TERMOS DO ANEXO À RESOLUÇÃO CNSP Nº 273/2012.

❖ **IMPORTANTE:**

- NÃO É NECESSÁRIO ADVOGADO, DESPACHANTE OU QUALQUER INTERMEDIÁRIO PARA DAR ENTRADA NO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO OU ACOMPANHAR O ANDAMENTO DO PROCESSO.

- O REEMBOLSO DE DAMS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES, ESTÁ LIMITADO A VALORES DEFINIDOS EM TABELA QUE ATENDE AOS REQUISITOS DO ART. 19 DA RESOLUÇÃO CNSP Nº 273/2012.

❖ **PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO:** TRINTA DIAS, A PARTIR DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.

❖ A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA COM BASE NO VALOR VIGENTE NA DATA DA OCORRÊNCIA DO SINISTRO.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

❖ O SEGURO DPVAT É OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS PROPRIETÁRIOS DE VEÍCULOS, DE ACORDO COM A LEI Nº 6.194/1974, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO ANUAL DE VEÍCULOS.

❖ PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO: DE 01 DE JANEIRO A 31 DE DEZEMBRO DO EXERCÍCIO A QUE SE REFERE ESTE BILHETE.

❖ O SEGURO DPVAT DEVE SER PAGO JUNTAMENTE COM A PRIMEIRA QUOTA OU COM A QUOTA ÚNICA DO IMPOSTO DE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS AUTOMOTORES - IPVA, CASO SEJA FEITA A OPÇÃO PELO PARCELAMENTO. O VENCIMENTO TAMBÉM ESTARÁ ATRELADO AO PAGAMENTO DAS PARCELAS DO IPVA, OS VENCIMENTOS DO IMPOSTO E DO SEGURO OCORREM SEMPRE NA MESMA DATA.

❖ O VEÍCULO NÃO ESTARÁ DEVIDAMENTE LICENCIADO SE O SEGURO OBRIGATÓRIO NÃO FOR PAGO (RESOLUÇÃO CONTRAN Nº 684/1998).

❖ 50% DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO PAGO TEM A SEGUINTE DESTINAÇÃO:

• 45% AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA-HOSPITALAR ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (ART. 27 DA LEI 8.212/1991).

• 5% AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - DENATRAN, PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS DESTINADOS À PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 75 DA LEI Nº 9.503/1997 - CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO).

Seguradora Líder - DPVAT

ATENDIMENTO AO PÚBLICO
SAC DPVAT 0800 022 1204
www.seguradoralider.com.br

INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO DPVAT, PEDIDOS DE INDENIZAÇÃO E REEMBOLSO, ANDAMENTO DE SOLICITAÇÕES, LOCAIS DE ATENDIMENTO, DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA, PRAZOS E DEMAIS DÚVIDAS.

SUSEP

DISQUE - SUSEP
0800 021 8484
www.susep.gov.br

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - AUTARQUIA FEDERAL RESPONSÁVEL PELA FISCALIZAÇÃO, NORMATIZAÇÃO E CONTROLE DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO, RESSEGURO E CORRETORES DE SEGUROS.

SEGURO OBRIGATÓRIO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

MULTAS DE TRÂNSITO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 1ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

ENCARGOS DO DETRAN

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

N.º 013746945576
10898603495

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20170100106429-6

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC
1	0113439481-8	00/00000000

NOME/ENDEREÇO
GLEBERSON RAIA COSTA
RUA PEDRO LEAO 21 CASA
CATOLE
58410133 CAMPINA GRANDE-PB

CPF CNPJ: 06290548433
PLACA: QFJ3813/PB

NOME ANTERIOR: ASIA MOTOS COMERCIO E SERVICOS D

PLACA ANT/UF: NOVO PB
CHASSI: LXYXCBL00C0547950

ESPÉCIE TIPO: PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC
COMBUSTÍVEL: ALCOOL

MARCA/MODELO: CICLOMOTOR/L13154
ANO FAB: 2011
ANO MOD: 2012

CAP/POT/CIL: 2 P/4 /CV
CATEGORIA: PARTIC
COR PREDOMINANTE: VERMELHA

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO
DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA
N.Motor : 1P39FMBCA083022

LOCAL: CAMPINA GRANDE-PB
DATA: 09/11/2017

9999999 7003820

DENATRAN

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV

AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN, TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

VALOR R$ _____

NOME DO COMPRADOR: _____

_____

RG: _____ CPF/CNPJ: _____

ENDEREÇO: _____

_____

LOCAL E DATA: _____

_____
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas reincidências até a data da comunicação (lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).

b) O adquirente terá prazo máximo de 30(trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).

c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO: _____
ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO(VENDEDOR)
CONFORME ART. 369 C.P.C.

Poder Judiciário **da Paraíba**

6ª Vara Cível de Campina Grande

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0807920-97.2020.8.15.0001

DESPACHO

Vistos, etc.

R. H.

1. Defiro a justiça gratuita;
2. Recebo a inicial vez que presente seus requisitos legais;
3. Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, as quais, via de regra, não conciliam no início da demanda – deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação, nos termos do art. 139, IV do CPC/2015, Enunciado 35 da ENFAM e calcado direito fundamental constitucional à duração razoável do processo e dos meios que garantam sua celeridade de tramitação (art.5º, LXXVIII da CF);
4. Cite-se e intime-se (do item supra) a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, advertindo-se que a ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC, fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC;
5. Decorrido o prazo para contestação, intime-se a parte autora para que no prazo de quinze dias úteis apresente manifestação (oportunidade em que: I – havendo revelia, deverá informar se quer produzir outras provas ou se deseja o julgamento antecipado; II – havendo contestação, deverá se manifestar em réplica, inclusive com contrariedade e apresentação de provas relacionadas a eventuais questões incidentais; III – em sendo formulada reconvenção com a contestação ou no seu prazo, deverá a parte autora apresentar resposta à reconvenção);
6. Via digitalmente assinada deste *decisum* poderá servir como mandado.

Cumpra-se.

Campina Grande, 11 de maio de 2020.

Juiz(a) de Direito

ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
6ª Vara Cível de Campina Grande

PROCESSO Nº 0807920-97.2020.8.15.0001
PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
[Seguro, Indenização por Dano Material]

AUTOR: GLEBERSON RAIA COSTA
REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

CARTA DE CITAÇÃO

De ordem do MM Juiz de Direito deste Juízo, em cumprimento ao despacho proferido nos autos da ação acima identificada, nos termos do art. 334 seguintes do CPC, **CITO** Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.
Endereço: R SENADOR DANTAS, 74, - de 58 ao fim - lado par, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205
, para que tome conhecimento de todo o conteúdo da Ação supra, e, querendo, contestá-la, no prazo de **15** (quinze) dias.
ADVERTÊNCIA: Caso o promovido(a), ora citado(a), não ofereça(m) contestação, serão presumidos como verdadeiros os fatos alegados contra ele(a).

-PB, 12 de maio de 2020.

SUENIA AURELIANO BARRETO
Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:
https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam
NO CAMPO **"Número do documento"** INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:
20043018081133100000029115699