eguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID

- IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

( ) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

( ) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- **MORTE = R$ 13.500,00**
- **INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDA DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.**
- **DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.**

- **O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃ COMPLETA**
- **COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO O LISTADOS NESTE FORMULÁRIO**
- **PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADOR
DATA _____	DATA _____
IDENTIDADE _____	NOME _____
ASSINATURA _____	ASSINATURA _____

COMPREV SEGUROS E FINANÇAS
JUL. 2010
PROTOCOLO DE PROCESSO
AG 10

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

MMV9566

2017

****

Imprimir Consulta

MMV9566

PASSA / MOTOCICLET GASOLINA

HONDA/CG 125 TITAN KS 2003 2003

PARTICULAR VERDE

30/08/2019

LAGOA SECA 23/07/2019

Último Licenciamento: **2017**
Proprietário: **********
Placa: **MMV9566**
Combustível: **GASOLINA**
Marca/Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN KS**
Espécie/Tipo: **PASSA / MOTOCICLET**
Ano de Fabricação: **2003**
Ano Modelo: **2003**
Categoria: **PARTICULAR**
Cor Predominante: **VERDE**
Vencimento Licenciamento: **30/08/2019**
Observação:
Restrição:
Financeira:
Município:**LAGOA SECA**
Situação: **PENHORA**
Data da Consulta:**23/07/2019**

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013747972305

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C	EXERCÍCIO
1	00913337584-1	00/00000000	2017

NOME: JOAO BATISTA MARTINS DE LIMA

CPF / CNPJ: 05624163401 — PLACA: MMV9566/PB

PLACA ANTERIOR: NOVO PB — CHASSI: 9C2JC30103R251028

MARCA/MODELO: HONDA CG 125 TITAN KS — COMBUSTÍVEL: GASOLINA

ANO FAB.: 2003 — ANO MOD.: 9 — CAPACIDADE: 125 — ESPÉCIE/TIPO: PARTIC — CATEGORIA: VERDE

COTA ÚNICA: 00/00/0000 — VENC. COTA ÚNICA — VENC. COTAS 1ª 2ª 3ª

PARCELAMENTO / COTAS

SEGURO PAGO 15/09/2017

SEGURO OBRIGATÓRIO

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

LOCAL: LAGOA SECA-PB — DATA: 15/09/2017

33375 — 19259

COMPREV

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
24 JUL. 2019

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

PB Nº 013747972305 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2017 — DATA EMISSÃO: 15/09/2017

CPF / CNPJ: 05624163401 — PLACA: MMV9566/PB

RENAVAM: 00913337584 — MARCA/MODELO: HONDA CG 125 TITAN KS

ANO FAB.: 2003 — CAPACIDADE: 9 — CHASSI: 9C2JC30103R251028

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO PAGO

PAGAMENTO: COTA ÚNICA — PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO: 15/09/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

19259 1149154 20170915

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DO TRABALHO DRTE PB

2ª - VIA

Número 63707 Série 00079-PB

ASSINATURA DO PORTADOR

16

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador:
MARICLEIDE FERREIRA DA SILVA ME
CNPJ: 24 052 930/0001-57
Endereço: ALMIRANTE BARROSO **Nº.:** 478
Bairro: QUARENTA
Município: CAMPINA GRANDE **UF:** PB
Esp. Estabelecimento:
Comércio varejista de animais vivos e de artigos e alim
Cargo: MOTORISTA
CBO: 782305
FGTS: 01/03/2018

Data de Admissão: 01/03/2018
Folha/Livro nº.:
Remuneração Especificada:
R$ 2.000,00 (dois mil reais) por Mês

MARICLEIDE FERREIRA DA SILVA ME

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JUL. 2019
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

1º ..... 2º .....

Data saída ..... de ..... de .....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Com. Dispensa CD Nº .....

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JUL. 2019
PROTOCOLO
AÇÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

DOC.IDENTIDADE / ORG.EMISSOR UF
1713278 SSP PB

CPF
024.319.854-07

DATA NASCIMENTO
15/08/1975

FILIAÇÃO
JOAO JOSE DA CRUZ
MARIA DAS NEVES RODRIGUES

PERMISSÃO

ACC

CAT.HAB.
AB

Nº REGISTRO
03185238608

VALIDADE
21/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
24/11/1997

INTERPRINT LTDA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

10091239 69

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site **www.seguradoralider.com.br** ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, João Batista de Lima,

RG nº 3061474, data de expedição 23/03/2011

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 056.241.634-04,

com domicílio na cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA PROJETADA, nº SIN,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Edinaldo Rodrigues da Cruz, cujo o condutor era EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ.

Veículo: Moto Modelo: Honda/CG 125 Titan Ano: 2003

Placa: MMV9566 Chassi: 9C2JC30103R251028

Data do Acidente: 02/05/2019

Local e Data: Campina Grande-PB - 27/06/2019

2º CARTÓRIO C. GRANDE-PB

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2º Cartório de Notas de Campina Grande - PB
Tabelião: Maria do Socorro Leite Cavalcanti
Praça da Bandeira, 120, Centro - C.Grande - PB
Confira endereço: Rua Luiz [illegible]
(83) 3321-5550 - [illegible]

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
JOAO BATISTA MARTINS DE LIMA.

Campina Grande/PB 27/06/2019
Em testemunho _____ da verdade. Dou fé.
Escrevente: VIVIANE CLEVIDIA DE SOUSA CAITANO
Selo Digital: AIT23418-INYB
Confira em https://selodigital.tjpb.jus.br
Emol R$9,91 ISS R$0,50 Fardpen R$0,29
Fepj R$1,82 MP R$0,16

CARTÓRIO DE NOTAS CAMPINA GRANDE

Viviane Clevidia de Sousa Caitano
Escrevente Autorizada

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA: 70177660
REFERÊNCIA: MAI/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

EDNAI DO RODRIGUES DA CRUZ
RUA ROBERTA ANDRADE C PINTO, 45 - QUARENTA CAMPINA
GRANDE PB 58416- 135

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias: Residencial	Comercial	Industrial	Pública	Responsável
018.001.320.1515.000	000	1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
Y11X165554	17/01/2012	EXTERNO	CORTADO	LIGADO

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA
1116	1124	8	29	02/06/2019

HIST. CONS./ANOR. LEIT.| QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.

		PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
ABR/2019	4				
MAR/2019	0	TURBIDEZ	0	0	0
FEV/2019	0	CLORO	0	0	0
JAN/2019	0	COL.TERMOT	0	0	0
DEZ/2018	0	COR	0	0	0
NOV/2018	0	COL.TOTAIS	0	0	0
MEDIA(M)	7	DADOS REFERENTES A: MAR/2019			

DATA DA IMPRESSÃO: 03/05/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 09 14:20

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	8 M3	37,91
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ESGOTO	8 M3	30,33

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

VENCIMENTO: 16/05/2019

Total a Pagar: R$ 68,24

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

INFORMAÇÕES GERAIS:
EM CONFORMIDADE COM ART. 3º DA LEI 12.007/2009, INFORMAMOS QUE NÃO HÁ PENDENCIA OU FATURA VENCIDA PARA ESTA MATRICULA. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI A COMPROVAÇÃO DA QUITAÇÃO DAS FATURAS MENSAIS DOS DEBITOS ATÉ 31/12/2018, NÃO ABRANGENDO OS PARCELAMENTOS PENDENTES NAS FATURAS DE 2018.

CAGEPA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70177660	MAI/2019	16/05/2019	R$ 68,24

DEBITO AUTOMATICO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1887904 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

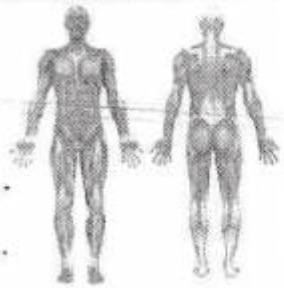
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB. CEP: 58432-809 Data: 02/05/2019
Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 07 Atendente : Francinalva Almeida Torres

PACIENTE: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ
Endereço:R ROBERTA DE ANDRADE PINTO
Cidade: Campina Grande
Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES
Responsável: REGINALDO
Estado Civil:Casado(a)
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO
Médico:

CEP:58400002 Nascimento:22/08/1979
Sexo:M Telefone: 96318924
Idade:039 Bairro:QUARENTA
RG: Nº:75
CPF: Profissão:
Data de Atend:02/05/2019 CNS:22081979
CONVÊNIO:SUS
Hora: 14:15:22 Especialidade:
CRM:

ULTRASSONOGRAFIA 02/05/19

OBS FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empolhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Corte-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Impulsionamento
23. Laceração
24. Lesão
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento
28. Obstrução
29. Choque
30. Palpitação
31. Fe
32. Fe
33. Queimadura
34. Rinorreia
35. Sinais de toxemia
36.

PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 24 JUL. 2019

OBS:

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

EXAME PRIMÁRIO - DADOS VITAIS
Paciente informa que foi atropelamento 1 h
colisão carro-moto. Trazido pelo SAMU
A - Via aérea permeável, muco livre, com colar
cervical
B - MV+ s/RA
C - Sem sinais de choque
D - Glasgow 15
E - Lesão exposta em membro inferior direito

ALERGIA: Nega
MEDICAMENTOS: Nega
PATOLOGIAS: Nega

EXAME FÍSICO
PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas (·) _____
Glasgow 15 PA 110x80 HGT: _____ Sat02 _____

OCIHA 15/9/20

RAIO X REALIZADO EM: 02/05/19

EXAMES SOLICITADOS:
( )Laboratoriais
( )Gasometria arterial
( )Tomografia Computadorizada
(x)Ultrassonografia: FAST
(x)Radiografias: _____
( ) _____

RAIO X REALIZADO EM: 14/05/2019

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: Ortopedia / _____ às ___:___ Dia ___/___/___
Especialista: _____ / _____ às ___:___ Dia ___/___/___

MÉDICO SOLICITANTE _____
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SF0,9% 1000ml, EV, agora	3 14:20
2	Dipirona 1g + AD, EV agora	
3	Tramadol 40mg + AD, EV agora	
4	PARECER ORTOPEDIA	
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

resposta em MID)

CO: AOS EVIDENTES ORTOPEDIA

Jhony Rezende
CIRURGIÃO GERAL
MÉDICO RESIDENTE
CRM-PB 8469

ANTECEDENTE:

Paciente vítima de acidente motociclístico apresentando fratura exposta em perna D

Cirurgia de pulso pedioso

HD: Fratura 1/3 distal de perna D

DESTINO DO PACIENTE ___/___/___ às ___ hs

( )Centro cirúrgico _____

( )Internação (setor) _____

( )Tranferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

( )Alta hospitalar ( )A revelia

( )Decisão Médica

( )Óbito

Ass. do paciente ou resposável(quando necessário)

Há 1 hora. Fratura exposta.

EX: ① membro inferior direito nova
② Paciente com estabilização/avaliação de fratura e contratura cirurgia vascular pós procedimento.
Sugiro avaliação de procedimento de imediato.

Dr. Rodolpho de Miranda
Angiologia e Cirurgia Vascular
CRM-PB 7281

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência

POLÍCIA CIVIL
PARAÍBA

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

Secretaria de Segurança Pública
SSP-PB

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 07574.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07574.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 08:50 horas do dia 09 de julho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Ednaldo Rodrigues da Cruz**, CPF nº 024.319.854-07, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Motorista, filho(a) de Maria das Neves Rodrigues e Joao Jose da Cruz, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 15/08/1975 (43 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Roberta Andrade C Pinto, bairro Quarenta, tendo como ponto de referência Posto Dalas, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98888-0129.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Rio de Janeiro, Escola Estadual Murilo Braga, Campina Grande/PB, bairro Liberdade; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 02/05/19 13:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 02/05/2019, POR VOLTA DAS 13:20, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA TITAN DE COR VERDE, ANO 20003, PLACA MMV-9566/PB, CHASSI 9C2JC30103R251028, REGISTRADA EM NOME DE JOAO BATISTA MARTINS DE LIMA, NA RUA RIO DE JANEIRO, LIBERDADE, CAMPINA GRANDE/PB, QUANDO FOI ALVO DE UMA COLISÃO POR UM VEÍCULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO, O QUAL CRUZOU UM GIRADOR NA CONTRA-MÃO, VINDO A ATINGIR A MOTOCICLETA DESTE NOTIFICANTE; QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERDA DIREITA, COM PERDA MIOFASCIAL EM REGIÃO ANTERIOR DA TIBIA GRAVE, SENDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, VINDO A SER REALIZADA AMPUTAÇÃO TRANSTIBIAL, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. CRISMARCOS RODRIGUES DA SILVA.

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

João Pessoa/PB, 09 de julho de 2019.

JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ
Noticiante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima: 024 319 854-07

Nome completo da vítima: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

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

Nome completo: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ — CPF: 024.319.854-07

Profissão: RECUSO — Endereço: RUA ROBERTA ANDRADE C. PINTO — Número: 45 — Complemento: CASA

Bairro: ALVAREMA — Cidade: CAMPINA GRANDE — Estado: PB — CEP: 58416-135

E-mail: — Tel.(DDD): (83) 98505.6654

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: PAGBANK

AGÊNCIA: 0001 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 04241102 5 (Informar o dígito se existir)

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

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por inva[illegible] na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder [illegible] qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta a[illegible] futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, João Pessoa, 23/07/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

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

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

Instituição: 290 - PagSeguro Internet S.A.

Tipo: Conta de pagamento

Agência: 0001 Conta: 04241102-5

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima: 024.319.854-07

Nome completo da vítima: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ — CPF: 024.319.854-07

Profissão: RECUSO — Endereço: RUA ROBERTO ANDRADE C. PINTO — Número: 45 — Complemento: CASA

Bairro: QUARENTA — Cidade: CAMPINA GRANDE — Estado: PB — CEP: 58416-135

E-mail: — Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

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

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 493 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 1022743 7 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

COMPREV — PREVIDÊNCIA S/A — 06 AGO. 2019 — PROTOCOLO — JOÃO PESSOA

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário (Não obrigatória)

Local e Data: João Pessoa, 23/07/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Edinaldo Rodrigues da Cruz

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima: 024 319 854-07

Nome completo da vítima: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

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

Nome completo: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ — CPF: 024.319.854-07

Profissão: RECUSO — Endereço: RUA ROBERTA ANDRADE C. PINTO — Número: 45 — Complemento: CASA

Bairro: ALVAREMA — Cidade: CAMPINA GRANDE — Estado: PB — CEP: 58416-135

E-mail: — Tel.(DDD): (83) 98505.6654

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: PAGBANK

AGÊNCIA: 0001 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 04241102 5 (Informar o dígito se existir)

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

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por inva[illegible] na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder [illegible] qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta a[illegible] futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, João Pessoa, 23/07/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

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

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

Instituição: 290 - PagSeguro Internet S.A.

Tipo: Conta de pagamento

Agência: 0001 Conta: 04241102-5

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190444709 **Vítima: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ**

Data do Acidente: 02/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

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

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 7.087,50

Dano Pessoal: Perda anatômica completa de um dos membros inferiores 70%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%
Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R$ 7.087,50

Recebedor: **EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ**
Valor: **R$ 7.087,50**
Banco: **237**
Agência: **000000493-6**
Conta: **000001022743-7**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190444709
Vítima: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ
Data do Acidente: 02/05/2019
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190444709 **Vítima: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ**

Data do Acidente: 02/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00493-6

CONTA: 000001022743-7

Nr. Autenticação
BRADESCO1308201905000000000023700493000001022743708750 PAGO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0250866/19

Número do Sinistro: 3190444709

Vítima: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

Data do acidente: 02/05/2019

CPF: 024.319.854-07

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ : 024.319.854-07

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 06/08/2019 Nome: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ CPF: 024.319.854-07	Data do cadastramento: 06/08/2019 Nome: RENATO LUNA DIAS CPF: 705.216.494-98
EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ	RENATO LUNA DIAS

SAMU C5

GOVERNO DA PARAÍBA

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

SIC

Ficha de Acolhimento

Fone de Contato: 99871-0657

Nome: Edmaldo Rodrigues da Cruz

End: Roberto de Andrade Pinto 75 Bairro: Ouro Preto

Data de Nascimento: (40 ANOS) Documento de Identificação:

Queixa: AC de Data do Atend.: 02.05.19 Hora: 14:10 Documento:

Acidente de trabalho? ( ) Sim ( ) Não

COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A. 24 JUL. 2019 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

NOTO

Classificação de Risco

Nível de consciência: ( ) Bom ( )Regular ( ) Baixo **Aspecto:** ( ) Calmo ( ) Fáceis ( ) Agitado ( ) Gemente

Frequência respiratória: **Frequência cardiaca:**

Pressão arterial: **Temperatura axilar:**

Dosagem de HGT: **Mucosas:** ( ) Normocorada ( ) Pálida

Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca

MOD. 110

Estratificação

(X) Vermelho - atendimento imediato
( ) Verde - atendimento até 4 horas
( ) Amarelo - atendimento até 1 hora
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Cirurgia

Assinatura e carimbo do profissional

GOVERNO DA PARAÍBA

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

PACIENTE:	EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ
DATA DO EXAME:	02/05/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – "FAST"

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

ANÁLISE:

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

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, pâncreas, rins e bexiga identificáveis ao método.

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

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

Dr. William Ramos Tejo Neto
Médico Radiologista
CRM/PB 6733

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

05/2019 Hora: 15:11:41

Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

belecimento de Saúde

NTO SOLICITANTE: ÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES — 2 - CNES: 2362856

NTO EXECUTANTE: ÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES — 4 - CNES: 2362856

ente

ES DA CRUZ — 6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1887942

8 - DATA DE NASCIMENTO: 22/08/1979 — 9 - SEXO: Masc [X] Fem [ ]

ONSÁVEL: ODRIGUES — 11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 83 Nº DE TELEFONE 96318924

RRO): ADE PINTO , 75 , QUARENTA

CIA — 14 - CÓD IBGE MUNICÍPIO: 250400 — 15 - UF: PB — 16 - CEP: 58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

TOMAS CLÍNICOS: 1 dfpomedd in pere D 4 ellimito dtemo

CAUSA A INTERNAÇÃO: 39 D Wilfpio

S DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

GNÓSTICO INICIAL: Espste di Ellmp — 21 - CID 10 PRINCIPAL — 22 - CID 10 SECUNDÁRIO — 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

MENTO SOLICITADO: Wilfpio — 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

RATER DA INTERNAÇÃO — 28 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF — 29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016004346719

L SOLICITANTE/ASSISTENTE: UJO MENEZES — 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 02/05/2019 — 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

ÍPICO / RAJETO — 36 - CNPJ DA SEGURADORA — 37 - Nº DO BILHETE — 38 - SÉRIE — 39 - CNPJ EMPRESA — 40 - CNAE DA EMPRESA — 41 - CBOR

IA:) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

L AUTORIZADOR — 44 - COD. ORGÃO EMISSOR — 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

8 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

2/05/2019 Hora: 15:11:41

ma Ministério do da do Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

stabelecimento de Saúde

IMENTO SOLICITANTE: RGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES: 2362856

IMENTO EXECUTANTE: RGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES: 2362856

aciente

UES DA CRUZ

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 1887942

8 - DATA DE NASCIMENTO: 22/08/1979

9 - SEXO: Masc [X] Fem [ ]

ESPONSÁVEL: S RODRIGUES

11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 83 Nº DE TELEFONE 96318924

BAIRRO: DRADE PINTO , 75 , QUARENTA

DÊNCIA

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO: 250400

15 - UF: PB

16 - CEP: 58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

E SINTOMAS CLÍNICOS

[illegible]

STIFICAM A INTERNAÇÃO

[illegible]

ADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

X

DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CEDIMENTO SOLICITADO

[illegible]

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

7 - CARATER DA INTERNAÇÃO: 02

28 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF

29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016004346719

IONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: ARAUJO MENEZES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 02/05/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

NSITO

HO TÍPICO

HO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

DÊNCIA ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

IONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

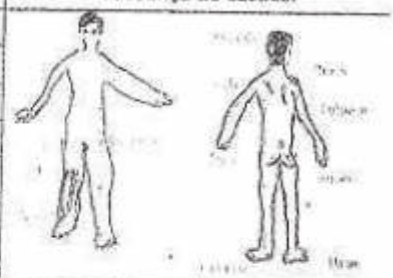
45 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Evolução de enfermagem da Ala Ortopédica II

NOME: Edinaldo Rodrigues da Cruz DATA: 22/05/2019
IDADE: 39 PRONTUÁRIO: 1887942 ENFERMARIA: Ext. 1
CLIENTE: ( )CLÍNICO (X)CIRÚRGICO DIAGNÓSTICO MÉDICO/CIRURGIA:

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA		ATIVIDADE FÍSICA	INTEGRIDADE FÍSICA	
Estado geral:	Nível de consciência:	Mobilidade Física:	Pele e mucosas:	Presença de Lesões:
(X) Bom	(X) Consciente	Deambula	(X) Hidratadas	
Regular	Inconsciente	Deambula c/ ajuda	Desidratadas	
Comprometido	Orientado	(X) Acamado	Normocoradas	
Grave	Desorientado	Atrofia de membros	Hipocoradas	
Gravíssimo	Letárgico	Deficiência Física	Ictéricas	
Resposta a estímulos:	(X) Comunicativo	SONO E REPOUSO	Higiene corporal:	
(X) Verbais	(X) Cooperativo	(X) Preservados	(X) preservada	
Não responsivo	Reativo	Sonolento	( ) prejudicada	

OXIGENAÇÃO		HIDRATAÇÃO	NUTRIÇÃO	ELIMINAÇÃO
(X) Eupneia	Dispneia	(X) Hidratada	Aceitação alimentar: (X) Boa ( ) Regular ( ) Ruim	Diurese: ( ) Ausente (X) Presente ( ) Oligúria ( ) Uso de diuréticos ____ Características: ____
Taquipneia	Bradipneia	Desidratada		
Traqueostomia	Tosse	Ingestão hídrica ___ml/dia	Estado Nutricional: ( ) Normal ( ) Obeso ( ) Desnutrido ( ) Emagrecido	Evacuações: ( ) ausente (X) presente Características: ____
Murmúrios vesiculares	Ruídos adventícios: ____	Edema ____		
Cianose	Expectoração	Restrição hídrica ___ml/dia	Dieta Zero	( ) Náusea ( ) Vômito ____

REGULAÇÃO VASCULAR		REGULAÇÃO TÉRMICA	SENSOPERCEPÇÃO - DOR	
(X) Normocardia	(X) Normotenso	(X) Normotérmico	Localização: ____ EVA: ____	
Taquicardia	Hipertenso	Hipertérmico		
Bradicardia	Hipotenso	Hipotérmico		

USO DE DISPOSITIVOS:

(X) AVP: ____ Data: 22/5/19	( ) SNG – Data: —	( ) Cateter de O_2 — l/min	( ) SVA —
( ) CVC: ____ Data: ____	( ) SOG – Data: —	( ) Máscara de Venturi — %	( ) SVD — Data: —
( ) Dissecção: ____ Data: ____	( ) SNE – Data: —	( ) VNI — ( ) TQT —	( ) Dreno — Data: —
( ) TI: ____ Data: ____	( ) GTT – Data: —	( ) Ventilação Mecânica	( ) Ostomia —

Intercorrências

Paciente com procedimento cirurgico ortopedico devido outras urgências no centro cirúrgico.

Enfermeiro(a)/COREN: Otavio COREN 54464

PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnósticos de enfermagem	Intervenções de enfermagem	
( )Respiração prejudicada	( )Monitorar SSVV	
( )Dispneia	( )Atentar e comunicar para alteração do nível de consciência.	
( )Tosse produtiva	( )Monitorar oxigenioterapia e registrar Sat.SO_2.	
( )Desidratação	( )Elevar decúbito.	
( )Edema	( )Realizar aspiração de vias aéreas.	
( )Desnutrição	( )Registrar características da secreção.	
( )Sobrepeso	( )Registrar a ingestão e aceitação alimentar.	
( )Falta de apetite	( )Monitorar peso	
( )Intolerância alimentar	( )Monitorar a ingestão e eliminação/perda de líquidos.	
( )Eliminação urinária prejudicada	( )Controlar a terapia venosa de líquidos e eletrólitos.	
( )Diarreia	( )Documentar características das eliminações.	
( )Constipação	( )Monitorar locais e evolução do edema	
( )Vômito	( )Monitorar locais de inserção de dispositivos invasivos.	
( )Sono e repouso prejudicados	( )Documentar a evolução de feridas/ lesões.	
( )Deambulação prejudicada	( )Monitorar o padrão de sono e as horas de sono.	
( )Mobilidade física prejudicada	( )Ajustar horário de medicações para melhorar o sono/repouso.	
( )Higiene corporal prejudicada	( )Realizar higiene corporal no leito.	
( )Higiene oral prejudicada	( )Realizar mudança de decúbito a cada 2 horas.	
( )Capacidade para autocuidado prejudicada	( )Manter procedimentos identificados, datados e fixados.	
( )Integridade da pele prejudicada	( )Trocar equipos /torneirinhas/multivias	
( )Integridade tissular prejudicada	( )Avaliar a habilidade e capacidade de autocuidado quanto à higiene corporal e oral.	
( )Infecção	( )Orientar sobre os hábitos de higiene corporal/oral adequados.	
( )Lesão	( )Administrar soro/medicações por bomba de infusão	
( )Hipertensão	( )Identificar os fatores que prejudicam a adesão ao tratamento.	
( )Hipotensão	( )Orientar a família sobre a importância da sua participação na implementação do cuidado.	
( )Perfusão periférica prejudicada	( )Usar comunicação terapêutica para haver cuidado com empatia.	
( )Rede venosa periférica prejudicada		
( )Hipertermia		
( )Hipotermia		
( ) Risco para infecção		
( ) Risco de sangramento		
( )Dor _____		
OUTROS:	OUTROS:	

Enfermeiro(a)/COREN: COREN 57464

Hora	T °C	R Irpm	PA mmHg	P bpm	FC bpm	SAT O_2	GC Mg/dL	Débito gástrico (ml)	Débito Vesical (ml)	Débito Drano (ml)	Peso (Kg)
7:00	36,7		130x80	79							

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

TÉCNICO/COREN

FONTE: BORDINHÃO, R.C.; Coleta de dados por meio de grupo

Braço (OK)

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Edinaldo Rodrigues dos S. | Registro: | Leito: Cad. 1 | Setor Atual: Cal. 11

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,6 °C; P: 74 bpm; FR: irpm; PA: 140/80 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 ( ) Ou

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 cmH2O

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

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH 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: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.

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

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

Drogas vasoativas: ( ) Quais?

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

Cateter vascular: (X) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data da p

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 ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: D

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

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: Dé

Aspecto: ( ) Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriaçõe

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

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

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo e

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirad

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

CUIDADO CORPORAL

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

Higiene corporal: (X) Satisfatória ( ) Insatisfatória | Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insat

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: (X) Coope

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

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

Paciente aguardando marcação c
grafia. Já autorizado por direção

21:30 Paciente relata não sentir-se bem após
tração da clonazepam em comprimido, 10 mg, por
que foi relatado ao médico mas a medicação foi
do prescrita.

Elinice Araújo de Sousa
Coren-PI 103.[illegible]

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Elonice COREN 57464 DATA: 16/05/201

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

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Edrolde Rodrigues | Registro: | Leito: Ext 3 | Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 37,4 °C; P: bpm; FR: 22 irpm; PA: 140x8 mmHg; FC: 83 bpm; SPO2: %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

X **REGULAÇÃO NEUROLÓGICA**

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

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

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

Drogas vasoativas: ( ) Quais?

Ausculta cardíaca: (✓) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitóri

X Cateter vascular: (X) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: MSD Data da

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

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

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

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

X Eliminação urinária: (X)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência ( )Hematúria ( )SVD: Dé

Aspecto: ( )Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: (✓) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriaçõe

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

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

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo e

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirad

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

X **CUIDADO CORPORAL**

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

X Higiene corporal: (X)Satisfatória ( )Insatisfatória | Higiene Corporal: ( )Satisfatória ( )Insat

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

X **SONO E REPOUSO**

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

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

X **COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL**

X Comunicação: (X) Preservada ( ) Prejudicada | Sentimentos e comportamentos: ( ) Coope

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

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

Paciente mantém clinicamente estável, consciente em tempo
assistemam, afemaquadro, normotérmico, O2 ambiente, A
eliminação urinária preservada, eliminação intestinal pre
gastrostomia, aspirou as dieta, cuidados corporais integrados
dura satisfatória, mantém SIC, comunicação preservada, re
da equipe de enfermagem, segue todos cuidados da re
AC de enfermagem unifacisa, Ismaldo, Renato Bute

Carimbo & Assinatura do Enfermeiro: DATA: 10/05/19

Emerson Tiago da S. Alves
ENFERMEIRO
COREN-RN/488.125

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

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Edionaldo Rodrigues | Registro: | Leito: Extra 3 | Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 37 °C; P: bpm; FR: 24 irpm; PA: 100x70 mmHg; FC: 75 bpm; SPO2: %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES FISIOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente ( ) 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: (✓) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH20

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Drogas vasoativas: ( ) Quais?

Ausculta cardíaca: (✓) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Tra

Cateter vascular: (✓) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: MSD Da

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

Alimentação: (✓) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora:

Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Piros

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

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

Eliminação intestinal: ( ) Normal ( ) Líquida (✓) Constipado há 1 dias ( ) Outros:

Eliminação urinária: (✓) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD

Aspecto: ( ) Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: (✓) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escori

Coloração da pele: (✓) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica | Turgor da p

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

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curati

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Reti

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

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: ( ) Independente (✓) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Obse

Higiene corporal: (✓) Satisfatória ( ) Insatisfatória | Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) In

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

SONO E REPOUSO

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

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (✓) Preservada ( ) Prejudicada | Sentimentos e comportamentos: ( ) Coo

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

5. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

Paciente evolui clinicamente estável, consciente e orientado em tempo e espaço, normocárdico, eupneico, normotermico; dor (5/10) SIC, D= alimentação oral, eliminação urinária preservada, eliminação int. há 1 dia, estruto ao leito, higiene corporal, sono preservado e preservado. Realizado cuidados de enfermagem, segue sob cu

Ac. de Enfermagem
18/201 0003
Gomes Pontinha

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

Emerson Trindade Alves
ENFERMEIRO
COREN-PB 168 128

DATA: 03/05/2019

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

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Edualdo Rodrigues | Registro: | Leito: Gr3 | Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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 cmH20

(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?

Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Trans

Cateter vascular: (X) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: MSD Data

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:

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

Abdômen: (X) 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

Aspecto: ( ) Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escori

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

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

Incisão cirúrgica: (X) Local/Aspecto: MID, [illegible] Curat

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Ret

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

CUIDADO CORPORAL

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

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

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: (X) Co

( ) 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: DATA: 23/05/19

Enf. [illegible]

COREN 236624

FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Gilmado Rodrigues | Registro: | Leito: Gate 3 | Setor Atual:

2.AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,9 °C; P: bpm; FR: 17 irpm; PA: 120x80 mmHg; FC: 94 bpm; SPO2: %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS: 5/10

3.AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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? ———

Ausculta cardíaca: (✓) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Tran

X Cateter vascular: (X) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: MSE Data

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

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

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

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

X Eliminação urinária: (X) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD

Aspecto: ( ) Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: (✓) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escori

Coloração da pele: ( ) Normocorada (✓) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica | Turgor da p

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

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curat

Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Ret

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

X **CUIDADO CORPORAL**

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

X Higiene corporal: (X) Satisfatória ( ) Insatisfatória | Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) I

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

X **SONO E REPOUSO**

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

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

X **COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL**

X Comunicação: (X) Preservada ( ) Prejudicada | Sentimentos e comportamentos: ( ) Co

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

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

Paciente evoluiu clinicamente estável, consciente e orientado, estado hemodinâmico, normocardico, eupneico, normotenso, O2 ambiente, boa aceitação oral, eliminação urinária pela sondagem intestinal preservada, retirado do leito, AVP em MSE parcialmente dependente (insatisfatória, ~~[illegible]~~ dia, insônia bem tolerada. Após cuidados de enfermagem, segue sob cuidados de enfermagem unidade 1812010060, Poaemo Aurio Ribeiro

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 06 / 05 / 19

Emerson Tiago J. Alves
ENFERMEIRO
COREN-RS 488.128

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (20

ext 1.

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).:	EDNALDO RODRIGUES DA SILVA	Protocolo:	0000467840	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	GUSTAVO L. SIQUEIRA	Data:	24-05-2019 11:00	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA I
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	39 anos	Destino:	GERAL

HEMOGRAMA
[DATA DA COLETA: 24/05/2019 10:59]

	Resultados		Valores de Referência
SÉRIE VERMELHA			
Eritrócitos	3.1 milhões/mm³		4,0 a 4,5 milhões/mm³
Hemoglobina	9,2 g/dL		13,5 a 16,0 g/dL
Hematócrito	27,3 %		40,0 a 52,0 %
V.C.M.	88 fL		82,0 a 98,0 fL
H.C.M.	30 pg		27,0 a 32,0 pg
C.H.C.M.	34 g/dL		32,0 a 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA			
Leucócitos	9.600 /mm³		5.000 a 10.000 /mm³
	(%)	(/mm³)	
Neutrófilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	3,0	288	
Segmentados	71,0	6.816	40 a 70 % - 2.000 a 7.000 /mm³
Eosinófilos	0	0	2 a 4,0 % - abs 200 /mm³
Basófilos	0	0	0 a 1,0 % - abs 100 /mm³
Linfócitos			
Típicos	25,0	2.400	20 a 45 % - 1.000 a 3.000 /mm³
Atípicos ou Reativos	0	0	
Monócitos	1,0	96	2,0 a 10 % - abs 100 a 1.000 /mm³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	581.000 mm³		140.000 a 450.000 /mm³

OBSERVAÇÕES ..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL
Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRBM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 05E3-0E7E-9CA3-82C1-3773-0598-57AA-6C95

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

Sr(a).:	EDNALDO RODRIGUES DA SILVA	Protocolo:	0000467199	RG:	
Dr(a):	THACIRA DANTAS	Data:	21-05-2019 10:52	Origem:	
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	39 anos	Destino:	

HEMOGRAMA
[DATA DA COLETA: 21/05/2019 10:45]

	Resultados		Valores de Referências
SÉRIE VERMELHA			
Eritrócitos	3.62 milhões/mm³		4,2 a 6,0 milhões/mm³
Hemoglobina	9,8 g/dL		13,5 a 18,0 g/dL
Hematócrito	30,0 %		40,0 a 52,5 %
V.C.M.	83 fL		82,0 a 92,0 fL
H.C.M.	27 pg		27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.	33 g/dL		32,5 a 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA			
Leucócitos	6.700 /mm³		5.000 a 10.000 /mm³
	(%)	(/mm³)	
Neutrófilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	3,0	201	
Segmentados	76,0	5.092	40 a 70 % - 1.800 a
Eosinófilos	0	0	0 a 6,0 % - até 500
Basófilos	0	0	0 a 2,0 % - até 100
Linfócitos			
Típicos	17,0	1.139	20 a 45 % - 1.000 a
Atípicos ou Reativos	0	0	
Monócitos	4,0	268	2,0 a 10 % - até 1.0
CONTAGEM DE PLAQUETAS	695.000 mm³		140.000 a 400.000 mm³

OBSERVAÇÕES ..... **Contagens revisadas e confirmadas.**

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 1707-0FE4-F919-4865-7620-0

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nac de Controle de

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).:	EDNALDO RODRIGUES DA SILVA	Protocolo:	0000467199	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	THACIRA DANTAS	Data:	21-05-2019 10:52	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	39 anos	Destino:	ENF DI - L 01

GLICEMIA

[DATA DA COLETA: 21/05/2019 10:51]

Resultado..... **79 mg/dL** 70 a 99 mg/dL

Resultados anteriores:

Material: PLASMA OU SORO

Método: Automatizado WIENER, METROLAB 2300

URÉIA

[DATA DA COLETA: 21/05/2019 10:51]

Resultado..... **26 mg/dL** VALOR DE REFERÊNCIA 17 a 43 mg/dL

Resultados anteriores:

Material: SORO

Método: AUTOMATIZADO WIENER, METROLAB 2300

Emissão : 21/05/2019 10:51 - Página 1 de 1

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: EFD2-0C61-9148-94FC-79E9-C835-94D7-5144

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

Sr(a).:	**EDNALDO RODRIGUES DA SILVA**	**Protocolo:**	**0000467199**	**RG:**	N
Dr(a):	THACIRA DANTAS	**Data:**	21-05-2019 10:52	**Origem:**	C
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	**Idade:**	39 anos	**Destino:**	E

CREATININA

[DATA DA COLETA: 21/05/2019 10:51]

Resultado..... **0,6 mg/dL**

Homens:
Recém-nascidos a
mg/dL
5 dias a 3 anos.
mg/dL
4 a 11 anos.....
mg/dL
12 a 17 anos....
mg/dL
18 a 60 anos....
mg/dL
61 a 90 anos....
mg/dL
Acima de 90 anos
mg/dL

Mulheres:
Recém-nascidos a
mg/dL
5 dias a 3 anos.
mg/dL
4 a 11 anos.....
mg/dL
12 a 17 anos....
mg/dL
18 a 60 anos....
mg/dL
61 a 90 anos....
mg/dL
Acima de 90 anos
mg/dL

Resultados anteriores:

Material: SORO

Método: Automatizado WIENER, METROLAB 2300

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: EFD2-0C61-9148-94FC-79E9-C

GOVERNO DA PARAIBA

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).:	EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ	Protocolo:	0000466811	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	GUSTAVO L. SIQUEIRA	Data:	18-05-2019 12:45	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA E
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	39 anos	Destino:	EXTRA

UREIA

DATA DA COLETA: 18/05/2019 12:40 |

Resultado..... **25 mg/dL**

VALOR DE REFERENCIA
17 a 42 mg/dL

Resultados anteriores: 05/05/19: 17 |
Material: SORO
Método: AUTOMATIZADO WIENER, METROLAB 2300

CREATININA

DATA DA COLETA: 18/05/2019 12:45 |

Resultado..... **1,2 mg/dL**

Homens:
Recem-nascidos até 4 dias: 0,35 a 1,00 mg/dL
5 dias a 3 anos.....: 0,20 a 0,40 mg/dL
4 a 11 anos.....: 0,30 a 0,70 mg/dL
12 a 17 anos.....: 0,40 a 1,00 mg/dL
18 a 60 anos.....: 0,70 a 1,30 mg/dL
61 a 90 anos.....: 0,80 a 1,30 mg/dL
Acima de 90 anos.....: 1,00 a 1,70 mg/dL

Mulheres:
Recem-nascidos até 4 dias: 0,30 a 1,00 mg/dL
5 dias a 3 anos.....: 0,20 a 0,40 mg/dL
4 a 11 anos.....: 0,35 a 0,70 mg/dL
12 a 17 anos.....: 0,50 a 1,00 mg/dL
18 a 60 anos.....: 0,60 a 1,10 mg/dL
61 a 90 anos.....: 0,60 a 1,20 mg/dL
Acima de 90 anos.....: 0,60 a 1,30 mg/dL

Resultados anteriores: 05/05/19: 0,9 |
Material: SORO
Método: Automatizado WIENER, METROLAB 2300

Carlos Felipe Souza de Miranda Deltrão
Biomédico
CRBM 5409

Este laudo foi assinado digitalmente por o número: 56B8-090A-BA66-08B9-8729-4168-AE37-FAA7

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

Sr(a).:	EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ	Protocolo:	0000465977	RG:	
Dr(a):	SEM IDENTIFICACAO MEDICA	Data:	15-05-2019 12:01	Origem:	
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	39 anos	Destino:	

HEMATOCRITO, DETERMINACAO DE ..... 33.3 %

Resultados anteriores: 10/05/19: 28.0 | 08/05/19: 21.9 |

[DATA DA COLETA: 15/05/2019 14:28]
Material: Sangue
Método: Wintrobe

Valores de Referência:
37 - 47 % (Wintrobe)

HEMOGLOBINA 11.1

Resultados anteriores: 10/05/19: 9.2 | 08/05/19: 7.3 |

[DATA DA COLETA: 15/05/2019 14:28]
Material: Sangue
Método: Cianometahemoglobina

Valores de Referência:
VR: Feminino: 11.5 - 16.0 g%
Masculino: 13.5 - 18.0 g%

Geider Farias C
Biomédica
CRBM - 7

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 1E9D-5B9D-A916-C622-E840

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ
Programa N
de Controle

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).:	EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ	Protocolo:	0000464984	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	CRISMARCOS R. DA SILVA	Data:	08-05-2019 10:14	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA B
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	39 anos	Destino:	ENF 1

HEMOGLOBINA 7.3

HEMATOCRITO, DETERMINACAO DE ..... 21.9 %

Carlos Felipe Souza de Miranda Beltrão
Biomédico
CRBM 6499

Laboratório Newlab

SELO DESIGNALDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EXA

NOME:	PRONTUÁ
Leandro Rodrigues da Cruz	762

IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEI
	M F	B P A					

DADOS CLÍNICOS: Politrauma -

RAIO X

MATERIAL A EXAMINAR:

REALIZADO EM: 02/05/19

EXAMES SOLICITADOS:

~~Rx de cervical perfil~~
~~Rx de tórax em AP~~
Rx de tornozelo (D) em AP e perfil
Rx de perna (D) em AP e perfil -

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):	EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ	Protocolo:	0000465264	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	SEM IDENTIFICACAO MEDICA	Data:	10-05-2019 11:10	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA E
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	39 anos	Destino:	ENF 3

HEMATOCRITO, DETERMINACAO DE ..... 28.0 %

HEMOGLOBINA 9.2

Marcelo Augusto Feitosa Oliveira
CRM 7961

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Sr(a).:	EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ	Protocolo:	0000464546	RG:	
Dr(a):	EVERLAN MEIRA	Data:	05-05-2019 11:05	Origem:	
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	39 anos	Destino:	

HEMOGRAMA
[DATA DA COLETA: 05/05/2019 11:00]

	Resultados		Valores de Referência
SÉRIE VERMELHA			
Eritrócitos	2,2 milhões/mm³		4,2 a 6,0 milhões/mm³
Hemoglobina	7,0 g/dL		13,5 a 16,0 g/dL
Hematócrito	21,3 %		40,0 a 52,0 %
V.C.M.	97 fL		82,0 a 92,0 fL
H.C.M.	32 pg		27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.	33 g/dL		32,5 a 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA			
Leucócitos	7.300 /mm³		5.000 a 10.000 /mm³
	(%)	(/mm³)	
Neutrófilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	2,0	146	
Segmentados	80,0	5.840	40 a 70 % - 2.800 a [illegible]
Eosinófilos	1,0	73	0 a 6,0 % - até 500 [illegible]
Basófilos	0	0	0 a 2,0 % - até 100 [illegible]
Linfócitos			
Típicos	14,0	1.022	20 a 45 % - 1.000 a [illegible]
Atípicos ou Reativos	0	0	
Monócitos	3,0	219	2,0 a 10,0 % - até 1.0[illegible]
CONTAGEM DE PLAQUETAS	170.000 mm³		140.000 a 450.000 mm³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL
Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Geider Farias Ca[illegible]
Biomédic[illegible]
CRBM - 7[illegible]

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: A03A-D592-976D-4A53-A165-[illegible]

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ
Programa Na[illegible]
de Controle d[illegible]

GOVERNO DA PARAIBA

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).:	EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ	Protocolo:	0000464546	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	EVERLAN MEIRA	Data:	05-05-2019 11:05	Origem:	CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	39 anos	Destino:	Leito - 01

GLICEMIA

[DATA DA COLETA: 05/05/2019 11:02]

Resultado..... **115 mg/dL** 70 a 99 mg/dL

Resultados anteriores

Laboratório FEMBA 07/2006

Método: automatizado WIENER, METODOS 2380

UREIA

[DATA DA COLETA: 05/05/2019 11:02]

Resultado..... **17 mg/dL** VALOR DE REFERÊNCIA 17 a 43 mg/dL

Resultados anteriores

Laboratório FEMBA

Método: automatizado WIENER, METODOS 2380

Gelder Farias Cavalcanti
Biomédico
CRBM - 7494

Emissão: 08/05/2019 11:20 - Página 1 de 1

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 838E-C3D7-5118-A13E-BFB3-2F5E-6CA7-16A1

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

Sr(a).:	EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ	**Protocolo:**	0000464546	**RG:**	NÃ
Dr(a):	EVERLAN MEIRA	**Data:**	05-05-2019 11:05	**Origem:**	CL
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	**Idade:**	39 anos	**Destino:**	Le

CREATININA

[DATA DA COLETA: 05/05/2019 11:05]

Resultado..... 0,9 mg/dL

Homens:
Recém-nascidos at
mg/dL
5 dias a 3 anos..
mg/dL
4 a 11 anos.....
mg/dL
12 a 17 anos.....
mg/dL
18 a 60 anos.....
mg/dL
61 a 90 anos.....
mg/dL
Acima de 90 anos.
mg/dL

Mulheres:
Recém-nascidos at
mg/dL
5 dias a 3 anos..
mg/dL
4 a 11 anos.....
mg/dL
12 a 17 anos.....
mg/dL
18 a 60 anos.....
mg/dL
61 a 90 anos.....
mg/dL
Acima de 90 anos.
mg/dL

Resultados anteriores:
Material: SORO
Método: Automatizado WIENER, METROLAB 2300

Geider Farias Cava
Biomédico
CRBM - 749

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 838E-C3D7-5110-A13F-BFB9-EF

GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 04/05/2019
Horas: 00:13:12
Médico (a) Diarista : Everlan Da Silva Meira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1887942 **Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ** Idade: 039 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/05/2019

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 3 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 04/05/2019
MÉDICO(A) ASSISTENTE : Andre Ribeiro Araujo De Menezes / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Everlan Da Silva Meira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	SND
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML 1FRASCO , 12h/12h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 2D/10D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06
4	METRONIDAZOL 0,5% 100 ML E.V, 1BOLSA, 8h/8h 2D/10D Diluir em APRESENTACAO PRONTA PARA USO	14 22 06
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 00 06
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18 06
7	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
8	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	22
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%	14 22 06
11	CAPTOPRIL 25 MG V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CE

EVOLUÇÃO

DATA:04/05/2019 HORA:00:12:54

EGR, ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

DIURESE:+ EVACUAÇÕES: 4

FO: Deambula sem auxílio, queixando dor com estímulo fisio motorial

CD:VPM

ASSINATURA + CARIMBO
Everlan Da Silva Meira

Dr. Everlan Meira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9909

GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-
Data: 03/05/2019
Horas: 08:11:16
Médico (a) Diarista : Cris

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1887942 **Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ** Idade: 039 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/05/

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 3 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PE

DIA 03/05/2019
MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Andre Rib

Item	Prescrição	
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML 1FRASCO , 12h/12h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 1D/10D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
4	METRONIDAZOL 0,5% 100 ML E.V, 1BOLSA, 8h/8h 1D/10D Diluir em APRESENTACAO PRONTA PARA USO	
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
8	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%	
11	CAPTOPRIL 25 MG V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA:03/05/2019 HORA:08:08:46

FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA GRAU III
1º DPO COM PERFUSÃO PERIFERICA
COM FIXADOR EXTERNO
G. ESTAVEL
FAZER CURATIVO.

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva

03/05/19 [illegible]
Paciente [illegible]
da Fratura [illegible]
[illegible] e
Tranquilo e
de [illegible]
[illegible] Boa
pé (coloração
[illegible]
Pulso TP 3
presente.
obs. ① observ
da c. verde
conduta

Realizado Tramal de 1:00 hrs com recurso.

GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 02/05/2019
Horas: 15:45:43
Médico (a) Diarista : Andre Ribeiro Araujo De Menezes

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Extra 3

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1887942 **Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ** Idade: 039 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/05/2019

Clinica:AREA VERMELHA Enfermaria: AREA VERMELHA Leito: 9 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 02/05/2019
MÉDICO(A) ASSISTENTE : Andre Ribeiro Araujo De Menezes /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA VIA ORAL APOS RPA	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML 1FRASCO , 12h/12h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 0D/10D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
4	METRONIDAZOL 0,5% 100 ML E.V, 1BOLSA, 8h/8h 0D/10D Diluir em APRESENTACAO PRONTA PARA USO	
5	SAT 5000 UI I.M, 01, USO IMEDIATO	
6	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
7	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
8	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
9	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
10	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
11	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%	
12	CAPTOPRIL 25 MG V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	
13	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA:02/05/2019 HORA:15:44:00

PCTE COM FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA GRAU III, COM AUSENCIA DE PULSO DISTAL

D: AO BLOCO CIRÚRGIO COM URGE^NCIA

ASSINATURA + CARIMBO
Andre Ribeiro Araujo De Menezes

17:15h # Cirurgia Vascular #

Nota Intraoperatória: visualizado artéria tibial posterior íntegra com pulso amplo próximo à fratura e diminuído distal. Lesão com grande perda de substância. Não identificado artéria tibial à exploração (trajeto normal)

Ato: ① Realizado embolectomia de artéria tibial posterior direita com ausência de thrombos. Com fluxo e refluxo de artéria tibial posterior (distal). Sintese com Prolene 6.0.
② Aproximação de tecidos com Vicryl 2.0 e Nylon 2.0.
③ Curativo local.

Dr. Rodolpho de Miranda
Angiologia e Cirurgia Vascular
CRM/PB 7281

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB. Data: 24/05/2019
NOME : Gustavo Lopes Gomes De Siqueira

GOVERNO DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 137873 DATA DA CIRURGIA: 23/05/2019

Número do Atendimento: 1887942 Clin: ORTOPEDIA 2 / Enf: EXTRA / Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

Data da Internação: 31/12/1969

Atendimento:1887942

Diagnostico Pré-Operatório:isquemia d

Diagnostico Pós-Operatório:0408050012 AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE INFERIORES

Cirurgia:AMPUTACAO DE PERNA DIREITA **Data da Cirurgia:23/05/20**

Equipe:
Cirurgião:GUSTAVO LOPES GOMES DE SIQUEIRA
Aux 1:ANTONIO ROBERTO VAZ RIBEIRO FILHO
Aux 2:
Aux 3:
Instrumentador:
Anestesista:
Tipo de anestesia:AMPUTACAO DE PERNA DIREITA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:nao houve

Descrição da Operação:1) paciente em ddh. realizado assepsia e antisepsia com pvpi. campos estereis.
2) incisap arciforme em regiao de perna proximal, 5 dedos apos tuberculo da tibia, parte posterior superior.
3) seccao de musculatura com eletrocauterio
4) ligadura de artérias tibiais e fibular com algodao 2-0. tratamento do nervo.
5) seccao ossea com serra.
6) irrigaçao com sf0,09%. revisao da hemostasia.
7) sutura de musculatura e fascia com vycril 0. posicionado dreno portovac 4.8.
8) sutura d epele com nylon 3-0;
9) curativo.

Dr. Gustavo Lopes G. de Siqueira
Cir. Vascular Endovascular
CRM-PB 7502

Data 23/05/2019 **Assinatura/Carimbo**
Gustavo Lopes Gomes De Siqueira

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB. Data: 23/05/2019
NOME : Gustavo Lopes Gomes De Siqueira

GOVERNO DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 137873 DATA DA CIRURGIA: 14/05/2019

Número do Atendimento: 1887942 Clín: ORTOPEDIA 2 / Enf: EXTRA / Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

Data da Internação: 02/05/2019

Atendimento:1887942

Diagnostico Pré-Operatório:

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia:LMC **Data da Cirurgia:14/05/2019**

Equipe:
Cirurgião:AMARO JORGE PINTO NETO
Aux 1:EULER FABRICIO ALVES CRUZ
Aux 2:
Aux 3:
Instrumentador:NORMA
Anestesista:FELIPE EMANUEL DE QUEIROZ FERREIRA

Tipo de anestesia:RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:NÃO

Acidente Durante Operação:NÃO

Descrição da Operação:
1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. LIMPEZA MECANICO-CIRURGICA COM IRRIGAÇÃO EXAUSTIVA COM SORO FISIOLÓGICO 0,9%;
4. DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS;
5. SUTURA POR APROXIMAÇÃO + CURATIVO.

OBS.: AO EXAME FÍSICO DO PÉ DIREITO FOI OBSERVADO CIANOSE, FRIO, PRESENÇA DE EXTENSA ÁREA NECRÓTICA COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA E TENDÍNEA COM PULSO FORTE DE ARTÉRIA TIBIAL POSTERIOR. FOI SOLICITADO PARECER DO CIRURGIÃO VASCULAR, DR. RODRIGO, O QUAL ORIENTOU DESBRIDAMENTO E SOLICITOU ARTERIOGRAFIA.

Data 14/05/2019 **Assinatura/Carimbo**
Euler Fabricio Alves Cruz

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB. Data: 14/05/2019
NOME : Euler Fabricio Alves Cruz

GOVERNO DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 137873 DATA DA CIRURGIA: 14/05/2019

Número do Atendimento: 1887942 Clín: ORTOPEDIA 2 / Enf: EXTRA / Leí: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

Data da Internação: 02/05/2019

Atendimento:1887942

Diagnostico Pré-Operatório: Fx ossos do pé D + ferimento perna esq

Diagnostico Pós-Operatório: O mesmo

Cirurgia:LMC **Data da Cirurgia:14/05/2019**

Equipe:
Cirurgião:AMARO JORGE PINTO NETO
Aux 1:EULER FABRICIO ALVES CRUZ
Aux 2:
Aux 3:
Instrumentador:NORMA
Anestesista:FELIPE EMANUEL DE QUEIROZ FERREIRA
Tipo de anestesia:RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:NÃO

Acidente Durante Operação:NÃO

Descrição da Operação:
1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. LIMPEZA MECANICO-CIRURGICA COM IRRIGAÇÃO EXAUSTIVA COM S TISIOLÓGICO 0,9%;
4. DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS;
5. SUTURA POR APROXIMAÇÃO + CURATIVO.

OBS.: AO EXAME FÍSICO DO PÉ DIREITO FOI OBSERVADO CIANOSE, FRIC PRESENÇA DE EXTENSA ÁREA NECRÓTICA COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA E T COM PULSO FORTE DE ARTÉRIA TIBIAL POSTERIOR. FOI SOLICITADO P CIRURGIÃO VASCULAR, DR. RODRIGO, O QUAL ORIENTOU DESBRIDAMI SOLICITOU ARTERIOGRAFIA.

Data 14/05/2019 **Assinatura/Carimbo**
Euler Fabricio Alves Cruz

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Gerardo Rodrigues da Cruz | Idade: 39
Convênio: SUS | Data: 23/05/19
Procedimento: Amputação da perna D

Cirurgião: Dr. Gustavo | Auxiliar: | Anestesista: Dra Raoni

Inicio: 20:00 | Término: 22:40 | Anestesia Raqui

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Conciência
22:20	150x74	94	97%	[illegible]	+ -	consciente
22:50	145x72	62	96%	[illegible]	+ +	
23:00	139x65	72	96%	Madalena	+ +	"

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:
22:30 Sondado a bolsa de hemacomcentrado

Assinatura Anestesista

Marcos Rafael Agra Oliveira
Coren 194555-ENF
Coordenante

Relatório de Operação

MOD. 103

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

de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
nto = 0 mbros = 1 mbros = 2		2
tada, Dispnéia = 1 nda e tosse = 2		2
o nível pré-anestésico = 0 0% do nível pré-anestésico = 1 o nível pré-anestésico = 2		2
oxigênio = 0 oxigênio = 1 m oxigênio = 2		2
o chamado = 0 hamado = 1 acordado = 2		2
NTOS:		10

Felipe Pinn
7919

Assinatura do anestesista

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB. Data: 02/05/2019
NOME : Euler Fabricio Alves Cruz

GOVERNO DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 137873 DATA DA CIRURGIA: 02/05/2019

Número do Atendimento: 1887942 Clin: AREA VERMELHA / Enf: AREA VERMELHA / Leit: 9

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

Data da Internação: 02/05/2019

Atendimento:1887942

Diagnostico Pré-Operatório: Fratura aguda de ossos da perna direita (Gustilo - Anderson III - A)

Diagnostico Pós-Operatório: O mesmo

Cirurgia:LMC + FIXACAO EXTERNA **Data da Cirurgia:02/05/2019**

Equipe:
Cirurgião:OTAVIO FERREIRA JUNIOR
Aux 1:EULER FABRICIO ALVES CRUZ
Aux 2:
Aux 3:
Instrumentador:ANA
Anestesista:
Tipo de anestesia:RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:NÃO

Acidente Durante Operação:NÃO

Descrição da Operação:
1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. LIMPEZA MECANICO-CIRURGICA COM IRRIGAÇÃO EXAUSTIVA COM SORO FISIOLÓGICO 0,9%;
4. DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS;
5. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;
6. FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO TIPO DELTA;
7. SUTURA;
8. SOLICITADO PARECER DA CIRURGIA PLÁSTICA.

Data 02/05/2019 **Assinatura/Carimbo**
Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
CRM-PB 10.[illegible]

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Edmaldo Rodrigues da Luz DN 22/08/79

QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
		SUS	39	1887904

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

CIRURGIA: Amputação da perna direita	CIRURGIÃO: Dr. Gustavo
ANESTESIA: Raqui	ANESTESIA: Dr. Raoni

INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM
	23/05/19	20:00	21:40

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostomia	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Catet. p/ Oxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	01	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepan amp.	08	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimorf amp. 0,2		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	01	Dreno de sucção 4.8		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	01	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Mercaina pensado		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp		Equipo de Sangue	02	Fio de Algodão Sertix 2-0	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	05	Esparadrapo Larco cm	03	Fio de Algodão Sutupak 2-0	
	Protoxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		H_2O_2 ml	02	Mononylon 2,0	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto	04	Mononylon 3,0	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	03	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
02	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.		Luvas 7.0	03	Vicryl Sertix 0	
	Flaxidol amp.	02	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	01	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Gentamicina amp.	01	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	TC	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.	01	Polifix			
	Haemacel ml.	05	PVPI Degermante ml			
	Heparema ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Metronidazol	01	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	01	Seringa desc. 20 ml	02	SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	02	Seringa desc. 05 ml	02	SG fr 500 ml	
	Revivan amp		Sonda	02	SF p/ lavar	
	Stuplanon amp.		Sonda foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástica			
02	Cefazolina 1g		Sonda Uretral nº			
			Sterydrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
01	Agulha desc. ~~28 x 7~~ 40 x 12	01	Gelcon 20			
	Agulha desc. 28 x 28		Latese			
	Agulha desc. 3 x 4,5	05	eletrodos			
01	Agulha p/ raque nº 25	05	gel condutor			
05	Alcool de Enfermagem 70%					
	Alcool iodado ml					
04	Ataduras de Crepon 20 cm					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

EQUIPAMENTOS

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

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Francisco [illegible]
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN-PB 590.440

MOD 066

GOVERNO DA PARAÍBA SEGUE o trabalho

LIST PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS

SETOR DE ORIGEM:	Ortopedia II
NOME:	Sodinaldo Rodrigues da Cruz
PROCEDIMENTO:	
☒ AVP:LOCAL: MSD	GELCO Nº: 20 AVC ☐ JEJU ☒
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:	☒ COM CLOREXIDINA ☐ NÃO SE APLICA
RETIRADO:	☐ PRÓTESE DENTÁRIA ☒ ADORNOS ☐ PERTENCES
ENCAMINHADO:	☒ HEMOG ☐ USG ☐ TOMOGRAFIA ☐ RESSONÂNCIA
☒ TERMO DE CONSENTIMENTO	☐ NÃO SE APLICA
☐ RESERVA DE HEMODERIVADO	☒ NÃO SE APLICA
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	COREN: 122484

AV. Marechal FlorianoPeixoto, 4700 – Malvinas
Campina Grande – PBCEP: 58.432-809
Email: chefiarhtraumacg@hotmail.com hospitalregionalcg@hotmail.com

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

TERMO DE RESPONSABILIDADE

sinado Edinaldo Rodrigues da Cruz
vel pelo doente Edinaldo Rodrigues da Cruz
ção aos médicos do Hospital _____ que o
azerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
rometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do

RG. 1713278
SSP-PB

Em, 27 de maio de 2019
Edinaldo Rodrigues da Cruz
Assinatura do doente ou responsável

Maria Antônia Damasceno

---

sinado _____
vel pelo doente _____
o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
a responsabilidade por sua decisão.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

---

sinado _____
vel pelo doente _____
smo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

---

sinado _____
vel pelo doente _____
mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
embro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Edmaldo Rodrigues da Cruz — Idade: 39 a
Convênio: SUS — Data: 14.05.2019
Procedimento: Desbridamento MIE

Cirurgião: Dr Bruno — Auxiliar: — Anestesista: Dr Felipe

Inicio: 10:30 — Término: 11:30 — Anestesia Raqui + Sedação

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Conciência
22:00	113 x 68	77	99%	Talita	-	consciente

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:

Assinatura Anestesista — Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103

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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	*Hora entrada*	
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

PACIENTE: Rodnaldo Rodrigues da Cruz Nascimento 22/08/1979			
QI	LEITE: Sala 04	CONVÊNIO: SUS	IDADE: 39 anos	REGISTRO: 1007904
CIRURGIA: Desbridamento MIE		CIRURGIÃO: Dr. Guler	
ANESTESIA: Raque + Sedação		ANESTESIA: Felipe Emanuel	
INSTRUMENTADORA	DATA: 14.05.19	INÍCIO: 20:30	FIM: 21:30

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

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Qtd.	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp	01	Calet. p/ Oxig.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp		Calet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepan amp.	05	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimorf amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
02	Efene ml Cipurena		Dreno		Catgut Simples Sertix	
01	Fenegan amp Dexametasona		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml Ondansetrona		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
02	Keevr ml Pyonolina		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
01	Ketalar ml	01	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Marcaina Fitatil % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Nubain amp Kormonid		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp Jentomil		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
01	Protomine amp Nesca/Mulas		Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	100	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca	
	Rapifen amp.		H_2O_2 ml	01	Mononylon 2.0	
	Thiopentbutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Digirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidil amp.	04	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Gentamicina amp.	05	Luvas 8.5 Procedimento	nº		
	Glicose amp		Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Polifix			
	Haemacel ml		PVPI Degermante ml			
	Heparema ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	05	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	04	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Metronidazol	02	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasi amp	02	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	01	Seringa desc. 05 ml		SF fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Sauplanon amp.		Sonda foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina fg		Sonda Nasogástrica			
		01	Sonda Uretral nº			
			Sterydrem ml			
			Tomeirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7	01	Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Latese			
	Agulha desc. 3 x 4,5	05	Ultracaine			
01	Agulha p/ raque nº					
100	Álcool de Enfermagem 70%					
	Álcool iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

EQUIPAMENTOS

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

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Edvânia Araújo S. Oliveira
TÉC. EM ENFERMAGEM
COREN 601011658

MOD 056

CNPJ: 11.278.315/0001-11 Insc. Est.: 16.163.712-4

Av. Carlos Gomes, nº 228 - 2º Pavimento - Torre - CEP: 58040-080 - João Pessoa/PB

REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAS

Paciente: Edinalda Rodrigues da Cruz

Quarto: 3

Médico: Ian Pedalpha d. -> Juarez Convênio: SUS

Hospital: Trauma

Bloco: Trauma Sala: 03 Data: 08/05/19

QUANT.	LOTE	MATERIAL
01	LC916	Gotta de Ambroxol Gotas 9F

Intercorrências Cirúrgicas

☐ NÃO ☐ SIM. Quais?

OBS:

Ass. Inst.

Assinatura Enfermeira (a)

REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAL

QUANT.	LOTE	MATERIAL

BANCO: _____ DATA: _____ DATA: _____

MOTORISTA: _____

PRODUTO: _____ CONTRATO: _____

PROPRIETÁRIO: _____

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Edvaldo Rodrigues de Souza Idade: 39
Convênio: SUS Data: 02/05/19
Procedimento: Trto cirúrg. fratura exposta de osso do braço

Cirurgião: Dr Clóvis Auxiliar: Anestesista: Dr Leandro

Início: 18:00 Término: 19:30 Anestesia Raqui

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Conciência
19:40	120x68	103	100%	[illegible]	++	consciente
20:40	115 x 69	101	99%	Madalena	++	4
21:30	121 x 64	103	100%	[illegible]	+	4

Medicamentos/Materiais	Quantidade
Pós op SAT = 20:30	

Observações: Ortopedia II

Assinatura Anestesista Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103

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

ta de sala de recuperação pós anestésico	*Hora entrada*	*Hora saida*
ento = 0 *embros = 1* *embros = 2*		2
itada, Dispnéia = 1 funda e tosse = 2		2
do nível pré-anestésico = 0 0% do nível pré-anestésico = 1 do nível pré-anestésico = 2		2
n oxigênio = 0 n oxigênio = 1 em oxigênio = 2		2
ao chamado = 0 chamado = 1 e acordado = 2		2
NTOS:		10

Assinatura do anestesista

Embolectomia + Fasciotomia perna "D"

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

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

PACIENTE: Edinaldo Rodrigues da Cruz			Dn. 22/08/79	
QI —	LEITE —	CONVÊNIO SUS	IDADE 39	REGISTRO 1887.904

CIRURGIA	CIRURGIÃO
Trat cir de fratura exposta de ossos da perna direita	Dr Otavio / R Euller + Dr Rodolfo
ANESTESIA	**ANESTESIA**
Raqui	Ana Cristina

INSTRUMENTADORA	DATA	INICIO	FIM
Ana	02/05/19	16:00	19:20

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Qtd.		Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	03	Bolsa Colostoma		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Cateter p/ Oxig.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepan amp.	50	Cateter De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
03	Dimorf amp. 0,2		Compressa Grande		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Kerr nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Penrose nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
01	Mercaina pesada % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Macrogotas		Fio de Algodão Sertix	
	Ravulon amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Profiginin amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sulupak	
03	Midazolam		Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sulupak	
	Quelicin ml		Furacim ml		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.	05	Gase Pacote c/ 10 unidades	11	Mononylon 3,0	
	Thiopentbutal ml		H_2O_2 ml		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Adulto		Prolene Sertix	
Qtd.	**MEDICAÇÕES**		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.	02	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
03	Decadron amp.	05	Lâmina de Bisturi nº 11	03	Prolene Sertix 0,5	
02	Dipirona amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Vicryl Sertix	
	Flaxidil amp.	02	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flecocortid amp.	03	Luvas 7.5	02	Vicryl Sertix 2,0	
	Gentamicina amp.		Luvas 8.0			
03	Tenoxicam	02	Luvas 8.5			
	Gluconato de Cálcio amp.		Oxigênio l/m			
	Haemacel ml		Polifix			
	Heparema ml.	05	PVPI Degermante ml			
	Kanakion amp.		PVPI Tópico ml	**Qtd.**	**SOROS**	
	Lasix amp.		Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Metronidazol		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Plasil amp.	03	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Prolamina	03	Seringa desc. 20 ml		SG Ringer fr 500 ml	
	Revivan amp.	03	Seringa desc. 05 ml	14	~~SG 500 ml~~ mesa 12+2	
	Stuptanon amp.		Sonda			
02	Cefalotina 1g		Sonda foley	**Qtd.**	**ORTESE E PRÓTESE**	
			Sonda Nasogástrica		MA 2	
			Sonda Uretral nº	03	fixador externo	
			Sterydrem ml		Prograd	
			Torneirinha	01	cateter TE de Fogarty	
Qtd.	**MATERIAIS / SOLUÇÕES**		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28	05	Luvas Estéreis			
	Agulha desc. 3 x 4,5					
01	Agulha p/ raque nº 25					
	Álcool de Enfermagem					
	Álcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

FIXADOR LINEAR FITEIRA PINO 4,5 mm HASTE 300 mm
LOTE: 38341 FAB: 22/11/2018 VALIDADE: 22/11/2019
ESTERIL PLASMA DE PEROXIDO DE HIDROGENIO (PPH)
QTDE: 01 AÇO INOX REG. ANVISA NUM.: 80006480013
NFSP TEC FABIO LUIS GROPO - CREA: 190649297-7
PRODUTO DE USO ÚNICO - NÃO REUTILIZAR - VER INSTRUÇÕES DE USO

EQUIPAMENTOS

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

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

TÉC. DE ENFERMAGEM COREN/PB 187191

MOD 686

CONTROLE CIRÚRGICO

Nº 0341

Paciente: _____

Convênio: _____

Cirurgião: _____

Materiais Utilizados	Qtd.

Data: _____

Assinatura do Responsável

GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Evolução Psicológica

Nome: Edvaldo Rodrigues da Cruz
Setor: Ortopedia II Leito: extra 1

Data	
23/05/19	Atendimento solicitado pela enfermeira Jedna.
09/40	Paciente estava aguardando procedimento ci-
/ /	rúrgico de amputação MID para a data de hoje.
/ /	Paciente encontrava-se ansioso, fala espontâ-
/ /	nea, emocionalmente estável, demonstrando
/ /	aceitação com relação a amputação e a adap-
/ /	tação após a cirurgia. Realizada escuta e
/ /	apoio emocional.
/ /	Marianna Psicóloga CRP
/ /	
/ /	
24/05/19	Paciente lúcida e orientada, humor ansioso,
14h:20min	fala responsiva, aparentemente estável. Re-
/ /	lata que foi submetida ao procedimento cirú-
/ /	rgico de amputação de membro inferior. Algumas
/ /	dúvidas emocionais positivas mediante a vivên-
/ /	cia traumática atual, foram abordadas. Pesqui-
/ /	sa de sentido de vida e de continuidade. Escuta
/ /	psicológica, apoio emocional, esclarecimentos e orien-
/ /	tação de nível social foram realizados.
/ /	Rachelle Melo Psicóloga CRP 13/[illegible]
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	

MOD. 109

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: 25/05/2019
Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 03 NOME : Rodrigo Moraes Farias

GOVERNO DA PARAÍBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

Data da Internação: 02/05/2019 Data da Alta:25/05/2019

Registro:1887942

Tempo de Permanência:-18019

Diagnóstico Inicial:0101040059

Diagnóstico Final:0408050012

Principais Exames:

Cirurgia: Data:

Equipe:
Cirurgião:
Aux 1:
Aux 2:
Aux 3:
Aux 4:
Anestesista:

Medicamentos:

Infecção F.O:

Coleta de Material:

Bacteriologia:

Anatomopatógico:

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações):Paciente vítima de fratura exposta de perna direita (já havia fratura prévia), com esmagamento, perda i de substância e lesão vascular traumática (artérias distais). Na ocasião foi realizado f externa + embolectomia arterial de tibial posterior (conforme descrição cirúrgica). O evoluiu com necrose extensa do pé e perna distal, a arteriografia evidenciou oclusão distais sem deságue adequado no pé (isquemia irreversível). Foi submetido em 23/05/ amputação em perna direita sem intercorrências.

Orientações:1. Prescrito antibiótico para casa + Analgesia. 2. Curativo diário. 3. Reti após 10 a 15 dias.

Dieta:

Medicações para Casa::1. Cefadroxila 500 mg VO 12/12h por 7 dias. 2. Lisador - 01 VO 6/6h se dor.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DU AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RET

IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Retorno ao Ambulatório de : em : para retirada de pontos

ao Ambulatório de : em: para revisão Repouso0dias

Condições de Alta::Melhorado

Data25/05/2019

Assinatura/Carimbo
Rodrigo Moraes Farias

OBS:LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Rodrigo Moraes Farias

Dr. Rodrigo Farias
cirurgião vascular
CRM-PB 6765

GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/
Data: 25/05/2019
Horas: 09:08:00
Médico (a) Diarista

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1887942 **Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ** Idade: 039 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/05/2

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PER

DIA 25/05/2019
MÉDICO(A) ASSISTENTE : Rodrigo Moraes Farias /

Item	Prescrição	
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML 1FRASCO , 12h/12h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%	
7	CLONAZEPAM 2MG V.O, 1COMP. VO AS 21 HORAS	
8	CAPTOPRIL 25 MG V.O, 1COMP. FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA:25/05/2019 HORA:09:06:22

Paciente estável hemodinamicamente
Sem febre
Se dor
Coto de bom aspecto
Dreno obstruído - Retirado

HB 9.2
Leuco 9600 sem desvio

CD: Alta hospitalar.

ASSINATURA + CARIMBO
Rodrigo Moraes Farias

Dr. Rodrigo Farias
CIRURGIA VASCULAR
CRM-PB 8185

Data: 24/05/2019
Horas: 06:00:47
Médico (a) Diarista : Residentes Ala Cirurgica

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

GOVERNO DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1887942 **Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ** Idade: 039

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Sexo: M

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: I Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 24/05/2019
MÉDICO(A): Residentes Ala Cirurgica /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	**DIETA LIVRE**	
2	**SORO RINGER COM LACTATO 500ML** 1FRASCO , 12h/12h	12 12
3	**DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML** E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
4	**OMEPRAZOL INJ 40MG** 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
5	**ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML** E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	PC Recusou
6	**CLONAZEPAM 2MG** V.O, 1COMP, VO AS 21 HORAS	21
7	**TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML** E.V, 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%	14 22 06
8	**CAPTOPRIL 25 MG** V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	
9	**CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS**	

10. Clexane 40mg SC 20:00 20
11. Ceftriaxona 1g IV 12/12hrs 18 06

24/05/19 #cirurgia

* 1º PO de enxerto e perna Direita

Paciente evolui estável, sem queixas.
PO sem óbitos graves.
Direito em jejum guardado a sangue

CO. ① Sol. venoso
Clexane profilático (está faltando heparina subcutânea)

Dr. Daniel Lucena de Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7502

cai-
-s. Deci-
de por
do for mign-
epm.

Data: 23/05/2019
Horas: 04:13:50
Médico (a) Diarista : Residentes Ala Cirurgica

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

GOVERNO DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1887942 **Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ** Idade: 039

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Sexo: M

Clínica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 23/05/2019
MÉDICO(A): Residentes Ala Cirurgica /

Item	Prescrição	Aprazamento			
1	**DIETA LIVRE** após a cirurgia	ct			
2	**SORO RINGER COM LACTATO 500ML** 1FRASCO , 12h/12h	~~12~~		~~24~~	
3	**DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML** E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	~~12~~	~~18~~	~~24~~	~~06~~
4	**ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML** E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	ct			
5	**OMEPRAZOL INJ 40MG** 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	~~06~~			
6	**TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML** E.V. 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%	~~12~~		~~20~~	~~04~~
7	**CLONAZEPAM 2MG** V.O. 1COMP. VO AS 21 HORAS	21			
8	**CAPTOPRIL 25 MG** V.O. 1COMP, FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG				
9	**CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS**				

Cir. Vascular

Paciente evolindo estável, com necrose externa do pé (anti-pé). Mas apresenta lesão externa de partes moles em perna. Col- Amputação Transtibial hoje

Dr. Roberto Ribeiro Filho
CIRURGIA VASCULAR E ENDOVASCULAR
CRM 5983

23/05/19 realizado amputação em perna direita.
Equipe: cirurgiã: Dr. Gustavo Spuer
1º ass.: Antonio Roberto
Instrumentador: Lucas Figueiredo

Dr. Gustavo Spuer
Cirurgião Vascular
CRM-PB 7532

Data: 21/05/2019
Horas: 06:53:16
Médico (a) Diarist

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

GOVERNO DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1887942 **Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ** Idade: 039

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Sexo: M

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA D

DIA 21/05/2019
MÉDICO(A): Residentes Ala Cirurgica /

Item	Prescrição	Apra
1	**DIETA LIVRE** ; jejum após 22h.	C
2	**SORO RINGER COM LACTATO 500ML** 1FRASCO , 12h/12h	
3	**DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML** E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
4	**ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML** E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	S/N
5	**OMEPRAZOL INJ 40MG** 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
6	**ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML** S.C, 2SERINGA, FAZER 1 E 1/2 AMPOLA (60 MG) 12/12H (SUSPENSO)	22
7	**TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML** E.V, 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%	
8	**CLONAZEPAM 2MG** V.O, 1COMP, VO AS 21 HORAS	21
9	**CAPTOPRIL 25 MG** V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	S/N
10	**CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS**	C

#Vascular#

21/05/19

Pcte estável, s/ queixas.
Fez arteriografia que evidenciou pobre revascularização distal.
Col. Índico ante-pé.
Solicito hemograma.
Cirurgia amanhã.

CRM: 6480.

Data: 22/05/2019
Horas: 05:10:38
Médico (a) Diarista : Residentes Ala Cirurgica

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

GOVERNO DA PARAÍBA

* Prescrição entregue às 13:25

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1887942 **Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ** Idade: 039

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Sexo: M

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 22/05/2019
MÉDICO(A): Residentes Ala Cirurgica /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	**DIETA LIVRE** após cirurgia sem pausa	
2	**SORO RINGER COM LACTATO 500ML** 1FRASCO , 12h/12h	1º 2º
3	**DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML** E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	13 18 24 6
4	**ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML** E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
5	**OMEPRAZOL INJ 40MG** 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	6
6	**TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML** E.V, 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%	14 22 6
7	**CLONAZEPAM 2MG** V.O, 1COMP, VO AS 21 HORAS PACIENTE RECUSOU ESSA MEDICAÇÃO	
8	**CAPTOPRIL 25 MG** V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	
9	**CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS**	

22/05/19

* vascular

Paciente com isquemia irreversível do pé – áreas de necrose extensa. Arteriografia ~~não~~ evidenciou oclusão de artérias distais e deságua pobre. Hb 9,8

Pd. Paciente aceitou amputação maior (nível de perna) – cirurgia hoje.

Dr. Rodrigo Farias
CIRURGIA VASCULAR
CRM-PB 6185

GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 20/05/2019
Horas: 07:25:25
Médico (a) Diarista : Crisma

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1887942 **Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ** Idade: 039 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/05/2C

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PE

DIA 20/05/2019
MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML 1FRASCO , 12h/12h	13
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 2SERINGA, FAZER 1 E 1/2 AMPOLA (60 MG) 12/12H	18
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%	14
8	CLONAZEPAM 2MG V.O, 1COMP. VO AS 21 HORAS	
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O, 1COMP. FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA:20/05/2019 HORA:07:23:24

Paciente em PO de fratura exposta de ossos da perna (segunda fratura)
Com perda de substância importante e esmagamento distal

Evolui com necrose extensa de pele e tecidos (desbridado por mais de uma vez pela ortopedia)
Cianose e hematoma em dorso do pé, região plantar perfundida
Lesão extensa circunferencial (devascularizou o pé)

1. Aguarda arteriografia para definir deságue circulatório do pé (alto risco de amputação)
2. Manter Clexane em dose plena (60 mg SC 12/12h).
Fratura estabilizada tibia distal.

alta da ortopedia aos cuidados da cirurgia vascular

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva

Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM 1039

Data: 19/05/2019
Horas: 06:54:15
Médico (a) Diarista : Residentes Ala Cirurgica

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

GOVERNO DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1887942 **Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ** Idade: 039

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Sexo: M

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 19/05/2019
MÉDICO(A): Residentes Ala Cirurgica /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	**DIETA LIVRE** – Jejum após 00:00	SND
2	**SORO RINGER COM LACTATO 500ML** 1FRASCO , 12h/12h	
3	**DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML** E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 00 06
4	**ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML** E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
5	**OMEPRAZOL INJ 40MG** 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
6	~~**ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML** S.C, 2SERINGA. FAZER 1 E 1/2 AMPOLA (60 MG) 12/12H~~ (Suspenso)	
7	**TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML** E.V, 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%	14 22 06
8	**CLONAZEPAM 2MG** V.O, 1COMP, VO AS 21 HORAS	21
9	**CAPTOPRIL 25 MG** V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	
10	**CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS**	

11. Fluimucil 600mg VO 12/12horas 18 06
Falta SO em ampola

19/05/19 Evolução 4

Paciente evoluindo estável, ao exame e reflexo
Quadro. Sem piora da ferida em da lesão.
Flexão e TP presente
Mantendo a deambulação normal

CD ① Arteriografia do membro inferior - marcado para amanhã.

19/05/19 PA: 120 x 80

Realizado todos procedimentos + cu
pelo Medicado esta
cuidados da equi

20/05/19 VASCULAR / ICC DR J

Realizado Angiografia de MID
punção Anterógrada, digo, retrógrada
Identificamos oclusão distal
Ao. TA e TP, A. fibular patente.
A. Plantar opacificada pelo ram
ramo posterior da fibular. não identi
A. Perfurante

- CD: manter MID imóvel 6H
- Curativo compressivo 12H
- dieta fraca venosa

Willamax Oliveira
CIRURGIA V.
CRM-

Data: 18/05/2019
Horas: 07:15:40
Médico (a) Diarista : Residentes Ala Cirurgica

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

GOVERNO DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1887942 **Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ** Idade: 039

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Sexo: M

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 18/05/2019
MÉDICO(A): Ywry De Paiva Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	**DIETA LIVRE**	
2	**SORO RINGER COM LACTATO 500ML** 1FRASCO , 12h/12h	
3	**DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML** E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
4	**ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML** E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
5	**OMEPRAZOL INJ 40MG** 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
6	**ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML** S.C, 2SERINGA, FAZER 1 E 1/2 AMPOLA (60 MG) 12/12H	18
7	**TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML** E.V, 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%	17
8	**CLONAZEPAM 2MG** V.O, 1COMP, VO AS 21 HORAS	21
9	**CAPTOPRIL 25 MG** V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	
10	**CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS**	

19/05/19 #c.vascular#

Paciente lúcido com membro inferior apresentando massa desproporcional e pé, tendismo de artéria tibial anterior; cianose restrita e 1º, 2º e 3º pododáctilo direito.

Fluxo trifásico presente e TP ausente.

CO: Agendar atendimento para segunda - Sobre F. renal.

Dr. Bruno Luis G. de Souza
Cirurgião Endovascular
CRM-PB 7502

Ortopedia:
Dor local - Acomp. c/
Vascular.
Ed. vpm

GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-5
Data: 17/05/2019
Horas: 07:12:18
Médico (a) Diarista : Cris

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1887942 **Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ** Idade: 039 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/05/

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PI

DIA 17/05/2019
MÉDICO(A) ASSISTENTE : Residentes Ala Cirurgica /

Item	Prescrição	
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML 1FRASCO , 12h/12h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 2SERINGA, FAZER 1 E 1/2 AMPOLA (60 MG) 12/12H	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%	
8	CLONAZEPAM 2MG V.O, 1COMP, VO AS 21 HORAS	
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA:17/05/2019 HORA:07:11:12

Paciente em PO de fratura exposta de ossos da perna (segunda fratura)
Com perda de substância importante e esmagamento distal

Evolui com necrose extensa de pele e tecidos (desbridado por mais de uma vez pela ortopedia)
Cianose e hematoma em dorso do pé, região plantar perfundida
Lesão extensa circunferencial (devascularizou o pé)

Ausência de pulso pedioso e presença de pulso TP.

CD:
1. Aguarda arteriografia para definir deságue circulatório do pé (alto risco de amputação)
2. Manter Clexane em dose plena (60 mg SC 12/12h).

visto pela angiologia e ortopedia

mantido conduta.

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva

17/05 09horas
209

Paciente consciente, mediado, no leito, realizado todos os cuidados necessários de enfermagem, o mesmo foi avaliado pelo médico plantonista do Dia. Dr Bernardo Ortopedista e pelo médico Dr Gustavo, vascular, os demais o paciente foi realizado curativo periodicamente com uso de medicações específicas. "Hidrogel" que encontra-se com o paciente; curativo realizado pela Enfermeira do plantão Jalma e Enf. Técnica Amy, No demais paciente repousa todos os cuidados gerais de enfermagem ele o mesmo no aguardo maiores quadros após este momento.. 18h30

Enf. Jalma
Coren 30637
Jalma

Amy
Coren 434293-13

"OBS" Curativo MID... aspecto melhorando...

GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 16/05/2019
Horas: 06:26:29
Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

:

Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ Idade: 039 Sexo: M

AS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/05/2019

Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

NTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Prescrição	Aprazamento
	rd
M LACTATO 500ML 1FRASCO , 12h/12h	12 24
A 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 6
A CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	rd
40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) LUENTE PROPRIO	6
ODICA 40 MG/04 ML S.C, 2SERINGA, POLA (60 MG) 12/12H	8
RIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h L DE SF 0,9%	08 14 22 6
MG V.O, 1COMP,	8 Paciente dormindo
G V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO MHG OU PAD > 100 MMHG	rd
IS + SINAIS VITAIS	rd

ORA:06:25:09

ra exposta de ossos da perna (segunda fratura)
a importante e esmagamento distal

nsa de pele e tecidos (desbridado por mais de uma vez pela ortopedia)
dorso do pé, região plantar perfundida
encial (devascularizou o pé)

so e presença de pulso TP.

t para definir deságue circulatório do pé (alto risco de amputação)
ose plena (60 mg SC 12/12h).

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva

GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 15/05/2019
Horas: 07:02:14
Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1887942 **Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ** Idade: 039 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/05/2019

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 15/05/2019
MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML 1FRASCO , 12h/12h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
6	ENOXAPARINA SODICA 4G/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	observar 2º
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%	14 22 6
8	CLONAZEPAM 2MG V.O, 1COMP, VO AS 21 HORAS	20
9	CAPTOPRIL 25 MG V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

11. Ceftriaxona 1g + 05 IV 12/12h

DATA:15/05/2019 HORA:07:00:15

Dr. Ester Fabricio A. Cruz
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

REG. ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

DIURESE: + EVACUAÇÕES OK

PACIENETE COM PERDA MIOFASCIAL EM REGIÃO ANTERIOR DA TIBIA, GRAVE COM POSSIBILIDADE DE NECROSE TOTAL DE PELE E EXPOSIÇÃO ÓSSEA
REALIZADO LIMPEZA CIRURGICA ONTEM

CD: MANTIDA
NÃO FAZER CURATIVO HOJE.

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva

Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MEDICO - CRM. 2536

Data: 15/05/2019
Horas: 07:57:31
Médico (a) Diari

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

GOVERNO DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1887942 **Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ** Idade: 039

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Sexo: M

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA

DIA 15/05/2019
MÉDICO ASSISTENTE (A): Rodrigo Moraes Farias /

Item	Prescrição	Apr
1	**ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML** S.C. 2SERINGA. FAZER 1 E 1/2 AMPOLA (60 MG) 12/12H	

Dr. Rodrigo Farias
CIRURGIÃO VASCULAR
CRM-PB 6165

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Edinaldo Rodrigues da Silva Registro: Leito: Ca. 1 Setor Atual: Ca. 1

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:

NECESSIDADES FISIOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.
o capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )
Precordialgia ( )
) Quais?
) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo
) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data da punção __/__/__
) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:

IMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

lutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.
eta ( ) Incompleta ( ) Prótese.
( )SNG ( )SNE ( )Gastronomia ( )Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data : __/__/__
stência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( )Outros:
tenso ( )Distendido ( )Tenso ( )Ascítico ( )Outros:
s ( )Ausentes ( )Diminuídos ( )Aumentados
l: (x)Normal ( )Líquida ( )Constipado há dias ( )Outros:
(x)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência ( )Hematúria ( )SVD: Débito ml/h;
( )Outros: Observações:

CA E CUTÂNEO-MUCOSA

) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( )Outro:
( )Normocorada ( )Hipocorada ( )Ictérica ( )Cianótica | **Turgor da pele:** ( )Preservado
osas: ( )Úmidas ( )Secas | **Manifestações de sede:** ( ).
Curativo em: __/__/__
) Local/Aspecto:
Retirado em: __/__/__
ecto: Débito:
Curativo : __/__/__
( )Estágio: Local: Descrição:

RAL

( ) Independente (x) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:
x)Satisfatória ( )Insatisfatória | **Higiene Corporal:** ( )Satisfatória ( )Insatisfatória.
)Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:

O

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

AS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

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

ES PSICOESPIRITUAIS

GIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

Recente avaliação por Cirurgião Vascular pus-
ra angiografia desde 15ca-feira. Acontece que ho-
ja alta autorizada mas/ administração
ro negrada, ou seja devido a voluntá-
ria da Política não se encontrava que pe-
lhorar. Segue, aguardando a realiza-

atura do Enfermeiro: DATA: 15/05/2019 HORA: 13:24

COREN 574 64

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

GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 15/05/2019
Horas: 07:32:23
Médico (a) Diarista : Rodrigo Moraes Farias

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1887942 Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ Idade: 039

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Sexo: M

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA
Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA:15/05/2019 HORA:07:28:13

Paciente em PO de fratura exposta de ossos da perna (segunda fratura)
Com perda de substância importante e esmagamento distal

Evolui com necrose extensa de pele e tecidos (desbridado ontem pela ortopedia)
Cianose e hematoma em dorso do pé, região plantar perfundida
Lesão extensa circunferencial (devascularizou o pé)

Ausência de pulso pedioso e presença de pulso TP.

CD:
1. Aguardo arteriografia para definir deságue circulatório do pé (alto risco de amputação)
2. Manter Clexane em dose plena (60 mg SC 12/12h).

ASSINATURA + CARIMBO
Rodrigo Moraes Farias

Dr. Rodrigo Farias
CIRURGIÃO VASCULAR
CRM-PB 6168

16/05/19
Em Vala
Paciente c/ PO de debridamento de MID.
Ferida c/ necrose e coxim Lat.
Alto risco de Amputação
Aguardo Arteriografia

Cristiano Cruz Barbosa
CIR. VASCULAR/ANGIOVASCULAR
CRM-PB 5441

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 14/05/2019
Horas: 07:39:41
Médico (a) Diarista : Cris

GOVERNO DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1887942 **Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ** Idade: 039 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/05/2

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PE

DIA 14/05/2019
MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	
1	DIETA LIVRE Dieta 200 a 17:00	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML 1FRASCO , 12h/12h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
6	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) (Susp)	
8	HEPARINA SODICA DE 5000 UI/ML ENDOVENOSA 5 ML (Susp) HEPARINA NAO FRACIONADA 5.000 UI,SC 12/12 H	
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%	
10	CLONAZEPAM 2MG V.O, 1COMP, VO AS 21 HORAS	
11	CAPTOPRIL 25 MG V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA:14/05/2019 HORA:07:39:07

REG. ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

DIURESE: + EVACUAÇÕES OK

FO - PERDA MIOFASCIAL EM REGIÃO ANTERIOR DA TIBIA GRAVE COM POSSIBILIDADE DE ...LE E EXPOSIÇÃO ÓSSEA
...RESENCA DE ÁREAS DE NECROSE.

PRESCRITO PELA CIRURGIA VASCULAR
HEPARINA NÃO FRACIONADA 5.000 UI SC 12/12 H

CD: mantida
CURATIVO COM COLAGENASE

Dieta zero a partir de suspender Heparina curativo

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva

Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM 3339

CC 151

19/05/19 PA- 140/90

vascular

21/05/19 20h: Paciente com fratura de ossos da perna há 12 dias, submetido a sutura externa de ferimento + fixação externa. (2ª fratura) Evolui com área de sofrimento e necrose de pele. Pulso poplíteo amplo. Pulso TP presente, TA ausente cianose + ou hematoma em dorso do pé.

Cd. 1) Sugiro desbridamento dos tecidos desvitalizados.

2) Solicito arteriografia para avaliar necessidade de intervenção cirurgica vascular (12 dias de moléstia)

Dr. Rodrigo Farias
CIRURGIÃO VASCULAR
CRM-PB 6195

GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 13/05/2019
Horas: 07:53:47
Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ Idade: 039 Sexo: M

S NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/05/2019

Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

TE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Prescrição	Aprazamento
M LACTATO 500ML 1FRASCO , 12h/12h	
500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	
G SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h 3D.	
CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
0MG 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) LUENTE PROPRIO	
DICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
A DE 5000 UI/ML ENDOVENOSA 5 ML RACIONADA 5.000 UI,SC 12/12 H	
RIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h L DE SF 0,9%	14 22 02
IG V.O. 1COMP.	21
V.O. 1COMP. FAZER SE NECESSARIO HG OU PAD > 100 MMHG	
IS + SINAIS VITAIS	

OBS Paciente não aceitou o item 10, o mesmo referiu que não há necessidade p/ fazer uso da medicação.

⇒ o item 19 está em falta no hospital.

ORA:07:52:17

DISTERMIAS

ÕES OK

IAL EM REGIÃO ANTERIOR DA TIBIA GRAVE COM POSSIBILIDADE DE NECROSE TOTAL DE ÓSSEA
S DE NECROSE.

RURGIA VASCULAR
CIONADA 5.000 UI SC 12/12 H

COLAGENASE

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva

GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 12/05/2019
Horas: 07:07:42
Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1887942 **Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ** Idade: 039 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/05/2019

Clínica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 12/05/2019
MÉDICO(A) ASSISTENTE : Andre Ribeiro Araujo De Menezes / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML 1FRASCO , 12h/12h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 10D/10D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
4	METRONIDAZOL 0,5% 100 ML E.V, 1BOLSA, 8h/8h 10D/10D Diluir em APRESENTACAO PRONTA PARA USO	
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
8	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
10	CLONAZEPAM 2MG V.O, 1COMP, VO AS 21 HORAS	
11	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%	
12	CAPTOPRIL 25 MG V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	
13	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA:12/05/2019 HORA:07:07:27

REG, ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

URESE: + EVACUAÇÕES OK

FO - PERDA MIOFASCIAL EM REGIÃO ANTERIOR DA TIBIA GRAVE COM POSSIBILIDADE DE NECROSE TOTAL DE PELE E EXPOSIÇÃO ÓSSEA
PRESENCA DE ÁREAS DE NECROSE. AVALIAÇÃO COM STAF PARA POSSÍVEL DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO

CD: CURATIVO COM COLAGENASE

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo

GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 11/05/2019
Horas: 10:35:25
Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1887942 **Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ** Idade: 039 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/05/2019

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 11/05/2019
MÉDICO(A) ASSISTENTE : Andre Ribeiro Araujo De Menezes / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	cte
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML 1FRASCO , 12h/12h	12
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 9D/10D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	10 sem
4	METRONIDAZOL 0,5% 100 ML E.V, 1BOLSA, 8h/8h 9D/10D Diluir em APRESENTACAO PRONTA PARA USO	14
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	18
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	cte
8	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%	14 sem
11	CLONAZEPAM 2MG V.O, 1COMP, VO AS 21 HORAS	21 pact necessa
12	CAPTOPRIL 25 MG V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	cte
13	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	cte

EVOLUÇÃO

DATA:11/05/2019 HORA:10:31:49

REG. ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

URESE: + EVACUAÇÕES OK

FO - PERDA MIOFASCIAL EM REGIÃO ANTERIOR DA TIBIA GRAVE COM POSSIBILIDADE DE NECROSE TOTAL DE PELE E EXPOSIÇÃO ÓSSEA
PRESENCA DE ÁREAS DE NECROSE. AVALIAÇÃO COM STAF PARA POSSÍVEL DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO

CD: CURATIVO COM COLAGENASE

ASSINATURA E CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo

GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 10/05/2019
Horas: 07:35:16
Médico (a) Diarista : Crisma

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1887942 **Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ** Idade: 039 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/05/20

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 3 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PER

DIA 10/05/2019
MÉDICO(A) ASSISTENTE : Andre Ribeiro Araujo De Menezes / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismar

Item	Prescrição	
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML 1FRASCO , 12h/12h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 8D/10D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
4	METRONIDAZOL 0,5% 100 ML E.V, 1BOLSA, 8h/8h 8D/10D Diluir em APRESENTACAO PRONTA PARA USO	
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
8	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h) (FALTA)	
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%	
11	CLONAZEPAM 2MG V.O, 1COMP, VO AS 21 HORAS	
12	CAPTOPRIL 25 MG V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	
13	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO (14) HEPARINA NÃO FRACIONADA 5.000 UI, SC, 12/12

DATA:10/05/2019 HORA:07:32:25

REG, ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

RESE: + EVACUAÇÕES OK

FO - PERDA MIOFASCIAL EM REGIÃO ANTERIOR DA TIBIA GRAVE COM POSSIBILIDADE DE PELE E EXPOSIÇAO OSSEA

COM SINAIS INFLAMATÓRIOS

CURATIVO

SOLICITO HB + HT POS TRANSFUSÃO

PARECER DA CIRURGIA VASCULAR
OBS - PACIENTE COM VASCULOPATIA CRONICA NO MID
FAZER ALGUMA MEDICAÇÃO??

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva

Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva
MÉDICO - CRM 3335

Cirurgia Vascular

10/05/10

Paciente com história de fístula exposta com perda de substância significativa em perna direita, no terço proximal, submetido à amputação de artéria tibial posterior direita, com boa evolução no pós-operatório.

No momento, movimentos de articulações preservados, referindo melhora da dor, apresentando edema em MID, sem profilaxia para trombose há 8 dias, boa perfusão extremo.

Cd. ① Heparina não fracionada 5.000 UI, SC, 12/12h
② Cefalexina 4g cada 1x/dia (alergia anot.)
③ Cefazolina com Hibiclens em ferida/leito, 1x/dia
④ Sem indicação para intervenção vascular no momento. Observação da perna de cin cascata

Dr. Rodolpho de Miranda
Angiologia e Cirurgia Vascular
CRM/PB 7291

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 09/05/2019
Horas: 06:56:06
Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

GOVERNO DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ Idade: 039 Sexo: M

S NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/05/2019

Enfermaria: EXTRA Leito: 3 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

TE : Andre Ribeiro Araujo De Menezes / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Prescrição	Aprazamento
	SNG
I LACTATO 500ML 1FRASCO , 12h/12h	~~1~~ ~~2~~
DICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h BD, Diluir em 100 ML SF	~~18~~ 06
,5% 100 ML E.V. 1BOLSA, 8h/8h 7D/10D TACAO PRONTA PARA USO	~~14~~ ~~22~~ 06
500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	~~12~~ ~~18~~ 00 06
G SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 3D,	~~18~~ 06
CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) LUENTE PROPRIO	06
DICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	22 F
RIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h L DE SF 0,9%	~~14~~ ~~22~~ 06
MG V.O, 1COMP,	9 Paciente recusou a medicação.
G V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO MHG OU PAD > 100 MMHG	
DE HEMACIAS CH(BOLSA DE SANGUE) 2Bolsa,	
AIS + SINAIS VITAIS	cte

ORA:06:53:21

DISTERMIAS

CÕES OK

CIAL EM REGIÃO ANTERIOR DA TIBIA GRAVE COM POSSIBILIDADE DE NECROSE TOTAL DE OSSEA

IATÓRIOS

CONCENT HEMACIAS

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva

01 UNIDADES	HEMOC. H	DATA / /	ABO/RH
DOADOR: 19041002 6			A+
INICIO:		VOLUME: 343	
PA:	PULSO:	TEMP:	
TERMINO:		RESPONSAVEL:	
PA:	PULSO:	TEMP:	

01 UNIDADES	HEMOC. H	DATA 9/5/19	ABO/RH
DOADOR: 19091501 2			A+
INICIO: 1315		VOLUME: 267	
PA:	PULSO:	TEMP:	
TERMINO:		RESPONSAVEL:	
PA:	PULSO:	TEMP:	

GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 08/05/2019
Horas: 06:37:58
Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ Idade: 039 Sexo: M

IEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/05/2019

fermaria: EXTRA Leito: 3 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

: Andre Ribeiro Araujo De Menezes / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Prescrição	Aprazamento
	rt
ACTATO 500ML 1FRASCO , 12h/12h	~~14~~ ~~22~~
CA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h D, Diluir em 100 ML SF	~~18~~ 6
% 100 ML E.V, 1BOLSA, 8h/8h 6D/10D ACAO PRONTA PARA USO	~~14~~ ~~22~~ 6
00 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	~~12~~ ~~18~~ ~~24~~ 6
SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h D,	~~18~~ 6
LORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	rt
MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) JENTE PROPRIO	6
DICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	22
DRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h DE SF 0,9%	~~14~~ ~~22~~ 6
G V.O, 1COMP, Paciente recusou.	20
V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO IG OU PAD > 100 MMHG	rt
S + SINAIS VITAIS	rt

RA:06:36:34

ISTERMIAS

ÕES OK

IAL EM REGIÃO ANTERIOR DA TIBIA

ATÓRIOS

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva

GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 07/05/2019
Horas: 07:44:59
Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1887942 **Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ** Idade: 039 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/05/2019

Clínica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 3 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 07/05/2019
MÉDICO(A) ASSISTENTE : Andre Ribeiro Araujo De Menezes / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML 1FRASCO , 12h/12h	12 24
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 5D/10D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06
4	METRONIDAZOL 0,5% 100 ML E.V, 1BOLSA, 8h/8h 5D/10D Diluir em APRESENTACAO PRONTA PARA USO	14 22 06
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18 06
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	SN
8	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	20
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%	14 22 06
11	CLONAZEPAM 2MG V.O, 1COMP, VO AS 21 HORAS	21
12	CAPTOPRIL 25 MG V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	SN
13	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	Atenção

EVOLUÇÃO

DATA:07/05/2019 HORA:07:44:08

REG, ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

URESE: + EVACUAÇÕES OK

FO - PERDA MIOFASCIAL EM REGIÃO ANTERIOR DA TIBIA

COM SINAIS INFLAMATÓRIOS

CURATIVO

AGUARDA CIRURGIA

REPETIR HB + HT AMANHA

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva

Crismarcos Rodrigues da Silva
MÉDICO - CRM

14/08/80 Pcte consciente orientado
Realizado SSVV + CCGG
mediado CPM, Realizado
curativo em MID
Segue aos cuidados da
equipe aguardando
conduta médica.

Emanuelle Silva de Lima
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN-PB 959.114

Tramal não administrado
Pcte não queixa-se de dor
lombar.

GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 06/05/2019
Horas: 07:54:41
Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1887942 **Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ** Idade: 039 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/05/2019 VC

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 3 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 06/05/2019
MÉDICO(A) ASSISTENTE : Andre Ribeiro Araujo De Menezes / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Crismarcos Rodrigues da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML 1FRASCO , 12h/12h	1 ~~2~~
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 4D/10D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 ~~06~~
4	METRONIDAZOL 0,5% 100 ML E.V, 1BOLSA, 8h/8h 4D/10D Diluir em APRESENTACAO PRONTA PARA USO	14 ~~22~~ ~~06~~
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 ~~10~~ ~~24~~ ~~06~~
	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 ~~24~~
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	
8	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)	(14)
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%	~~14~~ ~~22~~ ~~06~~
11	DIAZEPAM 10 MG V.O, 1COMP, 24h/24h (ADM AS 22h)	~~22~~
12	CAPTOPRIL 25 MG V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG	
13	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA:06/05/2019 HORA:07:52:01

REG, ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

RESE: + EVACUAÇÕES OK

FO: DRENANDO SECREÇÃO SANGUINOLENTA.OBSERVADA INTENSA PERDA MIOFASCIAL EM REGIÃO ANTERIOR DA TIBIA

COM SINAIS INFLAMATORIOS

CURATIVO

AGUARDA CIRURGIA

REPETIR HB + HT COM 2 DIAS

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva

CNPJ: 10.848.19C
Data: 05/05/2019
Horas: 08:48:34
Médico (a) Diari

GOVERNO DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1887942 **Paciente: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ** Idade: 039 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES RODRIGUES Data de Nascimento: 22/08/1979 Admissão: 02/0

Clinica:ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 3 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE OSSOS DA

DIA 05/05/2019
MÉDICO(A) ASSISTENTE : Andre Ribeiro Araujo De Menezes / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ever

Item	Prescrição
1	DIETA LIVRE
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML 1FRASCO , 12h/12h
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 3D/10D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF
4	METRONIDAZOL 0,5% 100 ML E.V, 1BOLSA, 8h/8h 3D/10D Diluir em APRESENTACAO PRONTA PARA USO
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h
8	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 14h)
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%
11	CAPTOPRIL 25 MG V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO SE P A S > 160 MMHG OU PAD > 100 MMHG
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

EVOLUÇÃO

DATA:05/05/2019 HORA:08:47:48

REG, ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

DIURESE: + EVACUAÇÕES: -

FO: DRENANDO SECREÇÃO SANGUINOLENTA.OBSERVADA INTENSA PERDA MIOFASC
DA TIBIA

CD: VPM
AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Everlan Da Silva Meira

Dr. Everlan Meira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 3000

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190444709
Cidade: Campina Grande
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ
Data do acidente: 02/05/2019
Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO INFRAPATELAR. ALTA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO PARCIAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DESCRIÇÃO CIRÚRGICA - PÁGINAS 34,35,36,39

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R$ 7.087,50
		Total	**52,5 %**	**R$ 7.087,50**

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0250866/19

Vítima: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

Data do acidente: 02/05/2019

CPF: 024.319.854-07

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ : 024.319.854-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 24/07/2019	Data do cadastramento: 24/07/2019
Nome: EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ	Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 024.319.854-07	CPF: 114.261.744-03
EDNALDO RODRIGUES DA CRUZ	LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO