

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 13068.01.2019.1.00.401

CERTIFICADO, em razão de não afluência e requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 13068.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) (R) 30 horas do dia 05 de dezembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, a sede Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade da(s) Delegado(a) de Polícia Civil Rubem Guedes Silva, matrícula 1569913, e lido por Cristiano Cruz Cordeira, Agente de Investigação, matrícula 1585099, ao final assinado, compareceu Renata Lúcia da Silva Sousa, CPF nº 135.887.464-32, nacionalidade brasileira, estado civil solteira(s), profissional Autônoma de Call Center, natural da Campina Grande-PB, nascida em 05/06/1998 (21 anos de idade), residente e domiciliada(s) na(s) Casa Belo, nº 285, bairro Rodoviária, tendo como ponto de referência Não Informado, na cidade de Campina Grande-PB, telefone (01) para contato (83) 98376-4542.

Dados da(s) Parte(s)

Local: Av. Disarmeparia Alves Correia, Grammauro Com e Rua do Sol, Campina Grande-PB, bairro Santa Rosa; Tipo do Local: vias de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/07/18 18:00h. Tipificação: em nec, capitalizada (nec) LESÃO ACIDENTAL DE TRANSITO.

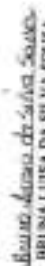
E NOTIFICADO O SEGUINTE:

QUE, segundo a declaração no dia 15/07/2018 por volta das 18:00 horas quando transitei na garupa de moto tipo HONDA-UG 140 FAN ESDI analísod. 2016/2017, de cor preta de placa: QFQ1186/PB CHASSI: 9C2K2206R543163 pertencente ao Sr. TAYNEXA DANNIELY COSTA DA SILVA portadora CPF: 099.482.944-66 e conduzida pelo Sr. Luciano Rodrigues da Silva Júnior. Que seguindo a mesma via da garupa da referida moto quando trafegava pela Av. Disarmeparia, Santa Rosa, Campina Grande-PB, quando fui surpreendida por uma arremetida de um carro vindo de trás (do local) que não de uma estrada de terra e arremetido individualmente o carro veio da Av. Disarmeparia com a Rua do Sol vindo a chocar-se com a moto em que a declaração virou a garupa. Que decido ao fato a declaração veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrida pelo seu pai ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES, onde foi diagnosticada, FRATURA DO UMEROS PROXIMAL ESQUERDO, de acordo com o prontuário de nº 1693307, assinado pela médica Dr. Enatas Moura CRM-PB 9900.

Sendo o que havia a constar, classificando(a) esta declaração das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expede a presente Certidão. A referida é verdadeira. Dada em

João Pessoa-PB, 05 de dezembro de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDEIRA
Agente de Investigação


BRUNA LÚCIA DA SILVA SOUSA
Notificante

Protocolo Policial: 13068.01.2019.1.00.401

FISIOESTÉTICA - Clínica de Fisioterapia e Estética Ltda.
Rua Nilo Peçanha, 636 - Praia
Campina Grande - PB
CNPJ: 00.520.289/0001-70

Declaro para os seguintes fins que BRUNA LUIZIA DA SILVA SOUZA ,
cpf:135.887.404-22, esteve em realização da cirurgia de fratura de úmero proximal
requerido no período de 07 de agosto de 2018 a 25 de setembro de 2018 realizando o total
de 20 sessões. A mesma teve uma boa evolução nas gemmeotomias esquelas. Limitação ao
realizar abdução do ombro e perda de força e movimento ao braço enxergado. Estando a
mesma sobre muita responsabilidade profissional para tal fimna presente.



Alisson Almeida Silva
CPF: 00.520.289/0001-70

Campina Grande, 25 de Setembro de 2018.









PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA, brasileiro, solteira, operadora de telemarketing, RG: 4.384.062 SSP-PB, CPF: 135.887.404-22, residente e domiciliado na Rua Cecy Ramos Belo, N° 285, Bairro Bodocongó, CEP 58430-275, CAMPINA GRANDE-PB.

OUTORGADO: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB n° 26.701, com escritório profissional na Av. Dom Pedro II, 685, sala 307, Centro.

PODERES: Pela presente procuração o Outorgante confere ao Outorgado, poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar documentos junto a Polícia Civil, Polícia Rodoviária Federal e Estadual, Polícia Militar, interpor pedidos e recursos legais cabíveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, preencher e assinar o formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro DPVAT, transigir, desistir, confessar, receber, dar quitação junto à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A e a qualquer Seguradora, podendo ainda, substabelecer esta, com ou sem reserva de iguais poderes, no todo ou em parte, tudo com o fim especial de requerer indenização de Seguro DPVAT Morte, Invalidar Permanente Total ou Parcial e/ou Despesas Médico-Hospitalares, referente ao acidente de trânsito envolvendo a vítima

Bruna Lusía da Silva Sousa
ocorrido na data em 18 / 07 / 2019.

CAMPINA GRANDE - PB, 18 de NOVEMBRO de 2019.

Bruna Lusía da Silva Sousa
OUTORGANTE

Digitalizado com CamScanner



Solicitação

1 Prescrevo fisioterapia motora para a paciente
Bauma Leiria Sousa, submetida a tratamento
cirúrgico de fratura de úmero proximal
esquerdo.

25/07/18

Dr. Euler Fátima A. Cruz
R. O. 11.111-11111-11111
01122-00000-00000





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

007630

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 1.897.555.733-1

Número do Benefício: 624.152.552.6

Espécie: 33

Ad(A) Sr(a): BRUNA LUIZA DA SILVA SOUSA

Endereço: CECY RAMOS BELO 285, BODOCÓNGO

CEP: 58.420.275 Município: CAMPINA GRANDE

UF: PB

Assunto: Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade.

Decisão: Deferimento do Pedido.

Motivo: Constatação da incapacidade laborativa.

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei nº 8.213, de 24/07/1991; Artigos 71 e 77 e § 2º do art. 78 do Decreto nº 3.048, de 06/05/1999; § 6º do Art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016.

Prezado(a) Senhor(a),

Em atenção à sua Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade, apresentada no dia 09/10/2018, informamos que foi reconhecido o direito à prorrogação do benefício.

O pagamento do seu benefício será mantido até o dia 31/10/2018.

Caso considere o prazo insuficiente, o(a) senhor(a) poderá solicitar prorrogação do benefício, dentro do prazo de 15 dias antes de sua cessação, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço eletrônico: meu.inss.gov.br.

Caso considere o prazo suficiente, o(a) senhor(a) poderá retornar voluntariamente ao trabalho, não sendo necessário novo exame médico pericial, conforme § 6º do art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016.

Dessa decisão poderá interpor Recurso, no prazo de 30 dias do recebimento desta comunicação, à Junta de Recurso do Conselho de Recursos do Seguro Social - JR/CRSS, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet, no endereço eletrônico: meu.inss.gov.br.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

AG DA P S CAMPINA GRANDE - DINAMERICA

ENDEREÇO: AV. DINAMERICA ALVES CORREIA, S/N

- SANTA ROSA

CEP: 58416-000

MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE

UF: PB

N:22

Assinado eletronicamente por: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM - 05/05/2020 01:09:33

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 1.487.939.239.3

Número do Benefício: 828.102.902.8

Espécie: TI

Ao Sr(a): BRUNA LUCIA DA SILVA SOUSA

Endereço: CECY RAMOS BELLO 265 - RODOCONGO

CEP: 58.430.275 - Município: CAMPINA GRANDE

UF: PB

Assunto: Requerimento de Auxílio - Doença

Decisão: DEFERIDO

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei nº 8.213, de 24/07/1991 e arts. 71 e 78 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3048, de 06/05/1999

Prezado(a) Senhor(a),

Em atenção ao requerimento de Auxílio-Doença, efetuado em 09/07/2018, a Previdência Social comunica que foi reconhecido o direito ao benefício, em razão de o exame médico-pericial realizado pelo INSS ter concluído que existe incapacidade para o trabalho e/ou atividade habitual.

O Auxílio - Doença foi concedido até 11/10/2018. Data da Cessação do Benefício - DCB

Caso não recupere a capacidade para o trabalho e/ou atividade habitual até a data da cessação fixada, o (a) Senhor(a) poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante Solicitação de Prorrogação, no prazo de 15(quinze) dias antes da cessação do benefício 11/10/2018, observado o disposto no art. 78, §2º, do Regulamento da Previdência Social.

Cessado o benefício, o (a) Senhor(a) poderá apresentar Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social, no prazo de 30(trinta) dias contados a partir de 11/10/2018, observado o disposto no art. 305, § 1º, do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo decreto nº 3.048/99.

A Solicitação de Prorrogação e a apresentação do Recurso poderão ser agendadas por meio da internet pelo endereço eletrônico meu.inss.gov.br, da Central 135 ou em uma Agência da Previdência Social.

Caso haja recuperação da capacidade para o trabalho e/ou atividade habitual antes do prazo fixado, orienta-se o comparecimento a uma Agência da Previdência Social para marcação de exame médico-pericial.

O prazo para a revisão do benefício é de 10(dez) anos contados da data da concessão ou do indeferimento, de acordo com o prazo decadencial previsto no art. 103 da Lei nº 8.213/91 e art. 347 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048/99.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em auxílio doença que retornar voluntariamente a mesma atividade, poderá ter seu auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

AG DA P E CAMPINA GRANDE - TITANERICA

ENDEREÇO: AV. TITANERICA AZEVEDO CORREIA, 579 - SANTA ROSA

CEP: 58410-000

MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE

UF: PB

M=16

Impresso pela Dataprev

FORM ATU34X

Digitalizado com CamScanner



7/5/2020 01:09

RECIBO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

EXAMINE DOCUMENTADO / PARADOR: 11/10/2020

DESTINO DO DOCUMENTO: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

RECEBOS DE ENTREGA

DE DOCUMENTOS RECEBIDOS

DE

DATA

☐ Por via eletrônica
☐ Por via física (cartão)
☐ Por via física (documento)
☐ Por via física (documento e arquivo)

Pablo Rhuán do Nascimento Angelim
Assinado eletronicamente pelo(a) signatário(a)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Assinado eletronicamente pelo(a) signatário(a)

10



18/05/2018



SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA TRAUMA DOM LUIZ DONAZZI FERNANDES



ATENDIMENTO EMERGENTE

PRONT. (B.E) Nº 1803201

CLASS. DE RISCO: AMARELO

ENDEREÇO: AV. SERRA NEGRA, 1100 - JARDIM SERRA NEGRA - JOÃO PESSOA - PB 58050-900
 AV. SERRA NEGRA, 1100 - JARDIM SERRA NEGRA - JOÃO PESSOA - PB 58050-900
 Telefone: (51) 3333-4000 - Fax: (51) 3333-4000

PACIENTE: BRUNA LUIZA SOUSA

CPF: 000.000.000-00

Data de Nascimento: 28/05/1996

Sexo: F. Estado Civil: S

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Local de Atendimento: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

Módulo: Sala de Emergência

Data: 18/05/2018

Hora: 08:00

HISTÓRICO DE ATENDIMENTO

EXAME FÍSICO - DIAGNÓSTICO

Acidente de trânsito com lesão de membro superior direito, fratura de humero humeral, lesão de membro inferior direito, fratura de fêmur direito, lesão de membro superior esquerdo, fratura de úmero esquerdo, lesão de membro inferior esquerdo, fratura de fêmur esquerdo, lesão de membro superior direito, fratura de úmero direito, lesão de membro inferior direito, fratura de fêmur direito, lesão de membro superior esquerdo, fratura de úmero esquerdo, lesão de membro inferior esquerdo, fratura de fêmur esquerdo.

EXAME:

MEDICAMENTOS:

PRESCRIÇÃO:

PARÂMETROS:

FUPAS: () Fato reagenso () Doença () Antibiótico ()

Módulo: Sala de Emergência

Módulo: Sala de Emergência

Módulo: Sala de Emergência

Módulo: Sala de Emergência

Módulo: Sala de Emergência

Módulo: Sala de Emergência

Módulo: Sala de Emergência

Módulo: Sala de Emergência

Módulo: Sala de Emergência

Módulo: Sala de Emergência

Módulo: Sala de Emergência

Módulo: Sala de Emergência

Módulo: Sala de Emergência

Módulo: Sala de Emergência

Módulo: Sala de Emergência

Módulo: Sala de Emergência

Módulo: Sala de Emergência

Módulo: Sala de Emergência

Módulo: Sala de Emergência

Módulo: Sala de Emergência

Módulo: Sala de Emergência

Módulo: Sala de Emergência

Módulo: Sala de Emergência

Módulo: Sala de Emergência

http://www.hospitaltrauma.pb.gov.br/portal/062294

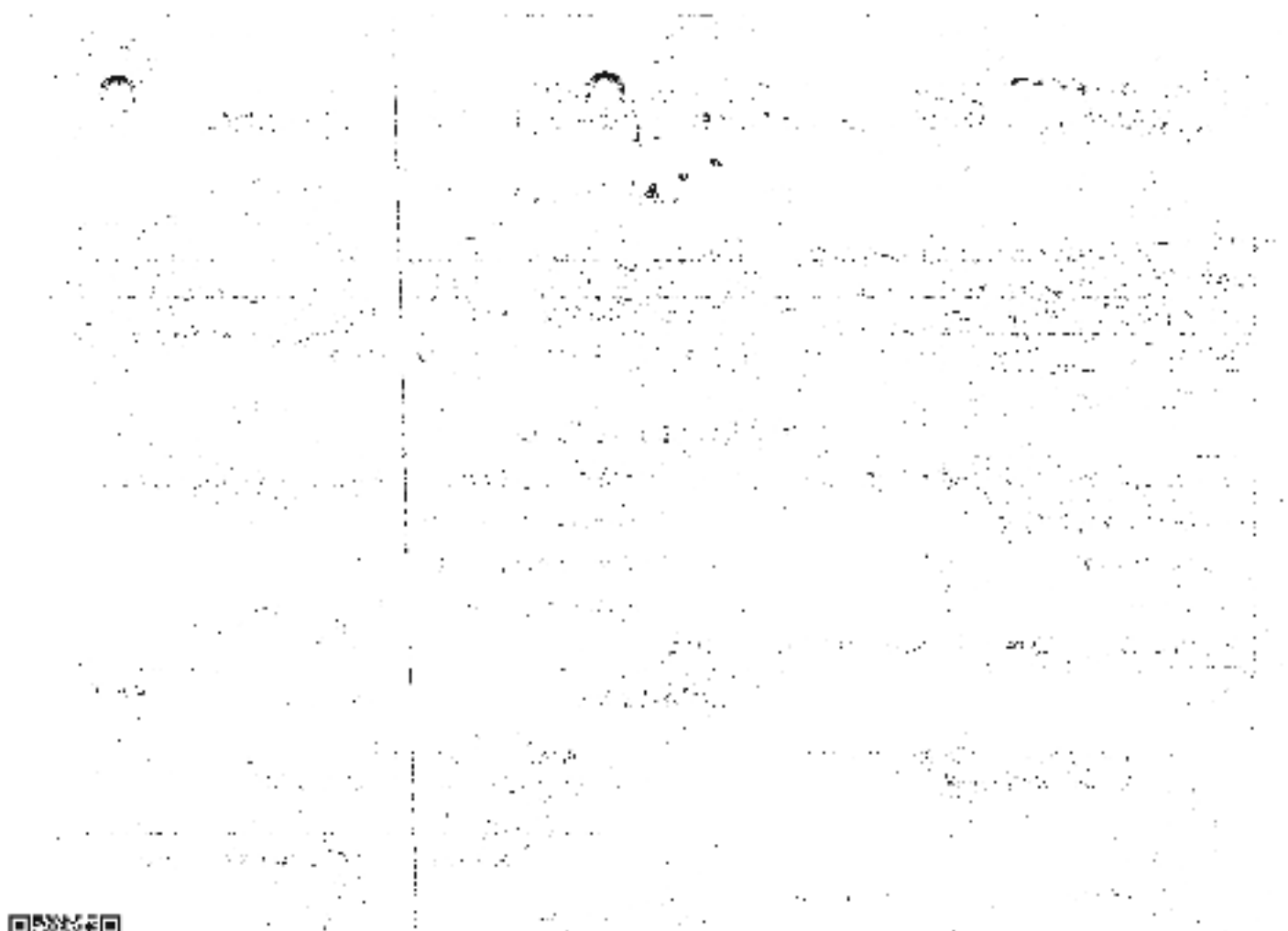
1/2

Assinado eletronicamente por: PABLO RUAN DO NASCIMENTO ANGELIM - 05/05/2020 01:09:33

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050501093336100000029178201

Número do documento: 20050501093336100000029178201

Num. 30369125 - Pág. 2





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Priscila Lusiana da Silva Sousa		
End:	Rua Cesar Ramos Belo nº 225	Bairro:	Boa Esperança
Data de Nascimento:	05.09.90	Documento de Identificação:	123456789 - R.3
Queixa:	Acidente de trabalho	Data do Atend.:	15/07/18
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	Hora:	18:41
		Documento:	

Classificação de Risco

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

Estratificação

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

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

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bruna Louisa Sousa Registro: Leito: 10104 Setor Atual: Unidade 1

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

(X) Eupnéia () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () ID () JE

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

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

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () ID () JE () Selo d'água:

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: BRUNO DEZIEL SOUSA Registro: _____ Leito: 204 Setor Atual: CT

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Pupilas: (☒) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotoreagentes () 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 () VM TGT nº _____ Conexura labial nº _____ FIO2 % PEEP cmH2O

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> > 3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordialgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopros <input type="checkbox"/> Outros. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <u>M3 D</u> Data da punção: <u>23/07/18</u>	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Facos <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT. Hora: <input type="checkbox"/> Data: <input type="checkbox"/>	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normostivos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há <input type="checkbox"/> dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> SVD: Débito <input type="checkbox"/> ml/h.	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/> Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Inteira <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outros:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica. Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas. Manifestações de sede: <input type="checkbox"/> .	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: <input type="checkbox"/> Curativo em: <input type="checkbox"/>	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: <input type="checkbox"/> Débito: <input type="checkbox"/> Retirado em: <input type="checkbox"/>	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: <input type="checkbox"/> Local: <input type="checkbox"/> Descrição: <input type="checkbox"/> Curativo: <input type="checkbox"/>	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória. Higiene Corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>deambula</u>	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada. Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOSPÍRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<u>23/07/18 às 17:20h pele sem queimaduras no momento. pelas condições da equipe</u>	
<u>Karla R. L. Porto Quirós</u>	
<u>COREN-PB 156371-EN</u>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <input type="checkbox"/>	
DATA: <u>23/07/18</u> HORA: <u>17:20</u> h	
<u>Karla R. L. Porto Quirós</u>	
<u>COREN-PB 156371-ENF</u>	

FONTE: BORDINHAO, R.O. Cálculo de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2008).



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bruna Luciana Sousa Registro: _____ Unio: JO-4 Setor Atual: OTOP 1.

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT n° _____ Comissura labial n° _____ FIO2 % PEEP cmH2O

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

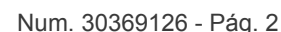
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

REC-416301 01/05/2020



FONTE: BORDINHÃO, R.C. Cálculo da cadeia por meio da cadeia focal. Porto Alegre (2000).



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bruna Kessia Registro: _____ Leito: 10-4 Setor Atual: _____

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bruna Kauzia Registro: 104 Leito: 104 Setor Atual: Orto

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT n° Comissura labial n° FIO2 % PEEP cmH2O

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

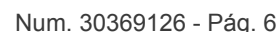
() Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bruna Lúcia Registro: _____ Leito: 10-4 Setor Atual: _____

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotoreagentes () Mióticas () Midríaticas

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

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

Obs: _____

OXIGENACÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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





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):	BRUNA LUZIA SOUSA	Protocolo:	00004144R9	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	YWRY DE PAIVA CAMARA	Data:	16-07-2018 11:23	Origem:	CLINICA OUTRORICA I
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	19 anos	Destino:	UNP 10-1, 04

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 2'30''

(DATA DA CONSULTA: 16/07/2018 11:23)

Material: sangue

Método: tubo

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

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

(DATA DA CONSULTA: 16/07/2018 11:23)

Material: sangue

Método: tubo

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

Carlos Felipe Souza de Almeida
Biólogo
CRM 689

Enviado em 16/07/2018 11:23 - Página 2 de 2

Este laudo foi assinado digitalmente com o número: D5C0-2EB9-25E4-63AE-7F74-5C3A-6A27-1942



Sr(a): BRUNA LUZIA SOUSA Protocolo: 0000414489 RG: NÃO INFORMADO
 Dr(a): YVRY DE PAIVA CAMARA Data: 16-07-2018 11:23 Origem: CLINICA ORTOPÉDICA I
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 19 anos Destino: UN10-L04

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 16/07/2018 11:19]

Resultados

VALORES DE REFERÊNCIA

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos	4,42 milhões/mm ³	3,9 a 5,2 milhões/mm ³
Hemoglobina	10,9 g/dL	12,0 a 16,0 g/dL
Hematócrito	33,0 %	38,0 a 48,0 %
V.C.M.	75 fL	82,0 a 102,0 fL
H.C.M.	25 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.	33 g/dL	32,0 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos	8.400 /mm ³	4.500 a 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos		
Promielócitos	0	0
Mielócitos	0	0
Metamielócitos	0	0
Bastonetes	3,0	252
Segmentados	78,0	6.552
Eosinófilos	1,0	84
Basófilos	0	0
Linfócitos		
Típicos	15,0	1.260
Atípicos	0	0
Monócitos	3,0	252
CONTAGEM DE PLAQUETAS	193.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES Contagens repetidas e confirmadas.

Carlos Felipe Souza de Macedo Bastião
 Médico
 CRM 5465

Enviado em 16/07/2018 11:31 - Página 1 de 4

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 8470-549C-8163-6331-8B0E-379B-8F87-4544





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

IMC: _____ PROCEDENCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

() Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

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

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

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

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

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

Medicamentos em uso () Não () Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

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

Ap. Cardiovascular - Comentários: _____

_____ b.p.m P.A.: _____ mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.:

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO:

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

Obs.: _____

Ass. do Médico



Grave Lúcia, PROT. 16933pt

104 / 4

POI EX Momo normal 15

24/09/18

1) Bacia Lúcia após PEA

2) SKL 1000 ml IV 24/9

3) Gota-a-gota 200mg IV 24/9

4) Clotona 600mg IV 6/6/9 28 24/96

5) Valeril 200mg + AS IV 12/11/9 02

6) Dipriva 194 mg IV 6/6/9 28 24/06

7) Pioral 100mg + 100ml SE 27/2 IV 24 04

de 8/8/9 (24/9)

8) Amperol 40mg + clonaz 14 24/9

9) SSIV + C666

1

Dr. Rafael Ribeiro A. Cruz
CRM-PR 5017

25. Adm. Amperol

1

Dr. Rafael Ribeiro A. Cruz
CRM-PR 5017

POI em andamento

CO: VPM + Pz de controle

1

Dr. Rafael Ribeiro A. Cruz
CRM-PR 5017

FC: 100bpm
Enxame normal, frênido
Ca: 100 + 100 + 100

1

Dr. Rafael Ribeiro A. Cruz
CRM-PR 5017

DATA = 24-07-19

HORA = 13:00

PA = 100x60

Paciente com
evoluções de
apetite e
normal
de 14/9





MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

9594

Hospital: de Aracaju - Trânsito do P.O. Siqueira Código: _____
Procedimento: Fato. Em com. fuso proximal Cód. Procedimento: _____
Paciente: Bruna Jéssica Sousa
Data da Cirurgia: 24/05/18 Nº prontuário: 1693221 Convênio: _____
Cirurgião: Dr. André Código: _____ ☐ Reposição ☐ Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
03	Placa de Uniao Proximal de 03 Furos			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical 3.0) mm	Nº	20	29					
	Qtd.	21	03					
	Cód.							
Parafuso Cortical 4.0) mm	Nº	38	42					
	Qtd.	03	03					
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Moleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____
Reparar N.F. para: _____
Cód. do consultor: _____ Total: _____
Cód. Instrumentador: _____


Anotações do Médico

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



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

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


Assinatura do anestesista

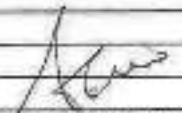




Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Bruna Duxa Duxa	Idade: 39 a.
Convênio: SUS	Data: 24.04.18
Procedimento: Hx Cirúrg. - Cl. Fix. de Ombro "E"	
Cirurgião: Dr. Andrey	Auxiliar:
	Anestesista: Dr. Rafael
Início: 09:15	Término: 12:00
	Anestesia: Bloqueio

[illegible][illegible]

Observações:	
	
Anestesiologista	Circulante

Assistants Anestesiști

Circulante

Relatório de Operação

YCU 933



BPP/LPO/EO = aq. mixed solvent system
 LPS/EAL control dual, foaming
 nobles² + manila² + mentha² 200mg is comparable
 200mg = 2000000
 2000000 is
 2000000 is
 2000000 is
 2000000 is

Summary — do

Ameg and/or a club — 50

9 mat 40
 9 mat 13 day 6
 9 mat 12 day 5

45

七

5

10

50

0909

60

410

40

5

20

22

groef minnaars — 60

of — 10x79

1. செய்தியை 48
 2. செய்தியை 02
 3. செய்தியை 20


72005

277

consumed



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Dra. Maria Souza</u> <u>05/09/1998</u>						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dr. Lúcio Góes Fernandes	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO			
	<u>parto 04</u>	<u>parto</u>	<u>19 anos</u>	<u>1893294</u>			
CIRURGIÃO: <u>Dr. Antônio e Dr. Alencar</u>		CIRURGIÃO: <u>Dr. Diniz e Dr. Alencar</u>					
ANESTESIA: <u>Intubação de Rota + Rota</u>		ANESTESIA: <u>Dr. Rafael</u>					
INSTRUMENTADORA: <u>nerma</u>		DATA: <u>24-07-18</u>		INÍCIO: <u>09h15</u> FIM: <u>12:00h</u>			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostomia		Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Catet. p/ Oes.			Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.			Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.		Compressa Grande			Catgut cromado Sertix	
01	Glucose amp. <u>Dommonid</u>		Compressa Pequena			Catgut Simplex	
	Gentamicina amp.		Colonoside			Catgut Simplex Sertix	
02	Glucose m ^l <u>dado 15/000 20ml</u>		Dreno			Catgut Simplex Sertix	
	Fenacetil amp.		Dreno Kerr m ^l			Catgut Simplex Sertix	
03	Fentil m ^l <u>30ml</u>		Dreno Penrose m ^l			Cera p/ osso	
04	Insulina m ^l <u>insulina 0,001 20ml</u>		Dreno Pizzari m ^l			Ethibond	
05	Katalen m ^l <u>but 51/000 20ml</u>		Equipe da Macrogel			Ethibond	
	Meclozina m ^l		Equipe da Macrogel			Ethibond	
	Nubelín amp.		Equipe da Sangue			Fio de Algodão Sertix	
	Pavilon amp.		Equipe da PVC			Fio de Algodão Sertix	
	Protigine amp.		Esparadrapo Lenco cm			Fio de Algodão Suturax	
	Procto do Im		Furacim m ^l			Fio de Algodão Suturax	
	Quelid m ^l		Base Parafix n° 10 unidades			Parafix	
	Rapifen amp.		H ₂ O m ^l			Mononylon 2-0	
	Thionembutal m ^l		Intracath Adulto			Mononylon	
	Tracium amp.		Intracath Infantil			Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi n° 23			Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11			Prolene Sertix	
01	Dacron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15			Prolene Sertix	
	Dilona amp.		Luzes 7.0			Vicryl Sertix	
	Fluxidol amp.		Luzes 7.5			Vicryl Sertix	
	Fluocortid amp.		Luzes 8.0			Vicryl Sertix	
	Gentamicina amp.		Luzes 8.5			Vicryl Sertix	
	Glucose amp.		Oxigênio lit			Ethibond N° 5-0	
	Glucose de Cálcio amp.		Pelfix				
	Haemacel m ^l		PVPI Dexametorm (Cloroxidina Alcoolica)				
	Heparina m ^l		PVPI Tópico m ^l				
	Kanabon amp.		Sedão Antiséptico				
	Lact amp.		Saco coletor				
	Meclofenazol.		Seringa desc. 10 ml				
	Pasi amp.		Seringa desc. 20 ml				
	Protamina		Seringa desc. 35 ml				
	Revhan amp.		Sonda				
	Siuplanon amp.		Sonda Foley				
02	Colostomia <u>Leq 150ml</u>		Sonda Nasogástrica				
			Sonda Uretral n°				
			Sterychem m ^l				
			Tornelinho				
			Vase lin m ^l				
			Geloon 18				
			Lulepe				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES						
02	Ag. Iha desc. 28 x 28						
	Ag. Iha desc. 28 x 28						
	Agulha desc. 3 x 4,5						
01	Ag. Iha p/ raque n° 26						
	Alcool de Enfermagem						
	Alcool Iodado m ^l						
01	Alfoduras de Crepon 15cm						
	Alfoduras de Gesso						
	Azul metileno amp.						
	Benzina m ^l						
					EQUIPAMENTOS		
					<input checked="" type="checkbox"/> Câmera de Pulso <input type="checkbox"/> Serra <input type="checkbox"/> Desfibrilador <input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal <input type="checkbox"/> Fonte de Luz		
					<input type="checkbox"/> Foco Auxiliar <input checked="" type="checkbox"/> Eletrocautério <input type="checkbox"/> Cistoscópio <input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor <input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico		
					CIRCULANTE RESPONSÁVEL: <u>Dr. Diniz</u>		



Nome do Paciente <i>Bruna Leuzia</i>		Nº Prontuário <i>1693307</i>	
Data da Operação <i>24/07/18</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. Andreu</i>		1º Auxiliar <i>Dr. Hubner (MR3)</i>	
2º Auxiliar <i>Dr. Everson (MR3)</i>	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura úmero proximal E</i>			
Tipo de Operação <i>Ortognóstica</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>id mesma</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>q</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>Sim</i>			
Acidente Durante a Operação <i>não</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
<i>1) Acesso por via aberta</i>
<i>2) Anestesia e antiseptia, colocação de camisas estêreis</i>
<i>3) Incisão com um duto-punção (E) + drenagem por globo + lavagem</i>
<i>4) Redução manual da FX + consolidação com globo 2 lavagens p/</i>
<i>lavagem fisiológica 3F + punção com globo, sem drenagem</i>
<i>5) Lavagem da FX com SF + redução da hemorragia</i>
<i>6) Sutura por globo</i>
<i>7) Curativos</i>

Dr. Everson Mota
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PA-5500

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



23/07/2018

Prontuario : 16 933 07

2-Dieta Kaurina 20110 PROS 2011

2- Dipuena 4g VO at cher SN

3 - Five motona

4-58V & CCGG
3-Phase & No-Phase
600-2 W.

5

Dr. Peter Fiedler, A. C. C. C.
The American Cancer Society
1515 Chestnut St. 2nd Fl.
Philadelphia, Pa. 19102

Exhaustive proximal E

Route 10-4.

Base, Acid, & Indicator

උප: වර්ෂ

4

The Editor, *Parasitology*,
The Zoology Department,
University of Cambridge,
Cambridge CB2 3EJ, UK

Jucilene dos Santos Silva
CORRESPONDENTE 958.710-75

DATA = 23-07-18
HORA = 08:30
P.A. = 100 x 70

$$H_0 R_A = 0.8 - 30$$
$$P_A = 100 \times 70$$

DATA - 23.07.48

$$1 + 0.02 = 1.02$$

04 x 011 A 5

Luciano dos Santos Silva
COREN-PB 858.700-7F



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
22/01/18	08:00	-	-	-	122/82		PCT tomou 1 cápsula de do 8:00h em 8:00h grau 800 algum algum ou o	
22/01	20:00	-	-	-	122/82		PCT tomou 1 cápsula de 8:00h grau 800 algum algum ou o	



Diagnóstico

FOI, HA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente		Alimentação		Prontuário: 1893307	
Data		Prescrição Médica		Exatidão Médica	
22/07/2018		1- Dieta Lisa. 2- Fisioterapia motora. 3- Omeprazol 40mg + Omeprazol 10mg 4- Dipirona 3g 06/08H + AD 12/06/08H 5- RGGG - 350V 6- Tiletal 20mg + AD 12/12H S/N		VPM, enteral, sem halomaxia CD: VPM Aguardando diagnóstico	
		Dr. Alexandre Méd. Cirurgião CRM: 12345		Dr. Alexandre Méd. Cirurgião CRM: 12345	



**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



FX UMERD PROXIMAL E

TRIG-OP:

ALA ORTOPÉDICA

LEITO 10-4

DATA:

BRUNA LUSIA

23/07/18

PROXIM, 1693597

1 DETALHE

2 EXAME DE VISTA

3 FISIOTERAPIA

4 SINAIS DE VIDA

COMPLAQUE DIA

BDA, amarelo, no exame

20/07/18

12:00

Dr. Ricardo M. Lima

MR. Carlos A. Lima

MR. Carlos A. Lima

MR. Carlos A. Lima

Dr. Ricardo M. Lima

MR. Carlos A. Lima

MR. Carlos A. Lima

MR. Carlos A. Lima

21/07/18 09:50

PA = 130x70 P = 93

Boa resposta a medicação
e fígado a 100%
sem alterações
na urina

21/07/18 21:40

PA = 120x80 P = 96

Boa resposta a medicação
e fígado a 100%
sem alterações
na urina



**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



BRENA LUISA
PRONT 1673307

20-09-18

UP-000
ED-000

ALA ORTOPÉDICA

PRE-OP

LEITO 10-4

1 DETALHE METRABRAS

2 DETALHE 2º ACIONADO

3 ORTEZADALANCO (DEBILITANTE)

4 HINCHADORA 6

5 SORTE 1000

6 DIAPHRAGMA 1000/1000 50/10

Dr. Eloy Roberto A. Cruz
R. 00000-00000000
CRM-SP 30007

1 2 3 4 5 6
50/100, 100/100

ORTOPÉDICA DIN.

Bela, especial, com 100/1000

CO: VPA

Dr. Eloy Roberto A. Cruz
R. 00000-00000000
CRM-SP 30007

Dr. Eloy Roberto A. Cruz
R. 00000-00000000
CRM-SP 30007
ATA = 20-08
RA = 08-55
PA = 100x70
RA = 20-00
A = 110x70



RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME:	DN:	PRONT. Nº:
NATURALIDADE:	PROCEDÊNCIA:	
ADMISSÃO:	ALTA:	

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

19/04 08:00

2. Resultado dos principais exames

PA= 120x80

Segu aquat dando
linuqua mas quiza
dar, medicada C.P.H

3. Evolução e complicações

21.00

PA= 100x80

4. Terapêuticas realizada

Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

7. Condições de alta

- ☐ Curado ☐ Apendido ☐ Óbito ☐ Melhorado ☐ Inalterado
☐ Transferido para: _____

Campina Grande, _____ de _____ de _____

Responsável pelo resumo



Phenanthrene: 169329 J

19107128

10-5

3-Distance from

2-Diphenylg, VO, 6/6H (C₆H₅)₂CO
C₆H₅-VO
Pachyderm

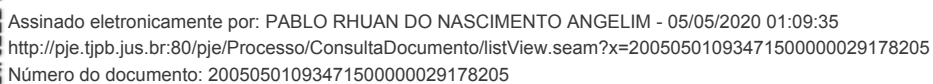
3- Jukka

4 - DAXOR, 72 + 2000005, JFA + 5FJ5m, JEY, J2/J2H ~~JA~~ ~~2~~
5 - 55VV + 111111

Dr. Günter Pothmann, A. G. 1991
Dr. Günter Pothmann, A. G. 1991
Dr. Günter Pothmann, A. G. 1991

The Office of the
Attorney General
Washington, D.C.

But show, or nothing





RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME:	DE:	PRONT. Nº:
NATURALIDADE:	PROVENIÊNCIA:	
ADMISSÃO:	ALTA:	

1. Nome do hospital/locação (incluindo endereço completo da emergência, nome do city)	2. Data de alta (incluindo mês e ano)
3. Local onde a alta ocorreu	4. Local onde a alta ocorreu
5. Diagnóstico (incluindo o diagnóstico)	6. Observações médicas para referência / retorno

7. Características de alta	8. Observações
<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Óbito
<input type="checkbox"/> Transferido para	<input type="checkbox"/> Apetito
Carimbo e Assinatura _____ data _____	

9. Data de alta	10. Data de alta
11. Data de alta	12. Data de alta
13. Data de alta	14. Data de alta
15. Data de alta	16. Data de alta
17. Data de alta	18. Data de alta
19. Data de alta	20. Data de alta
21. Data de alta	22. Data de alta
23. Data de alta	24. Data de alta
25. Data de alta	26. Data de alta
27. Data de alta	28. Data de alta
29. Data de alta	30. Data de alta
31. Data de alta	32. Data de alta
33. Data de alta	34. Data de alta
35. Data de alta	36. Data de alta
37. Data de alta	38. Data de alta
39. Data de alta	40. Data de alta
41. Data de alta	42. Data de alta
43. Data de alta	44. Data de alta
45. Data de alta	46. Data de alta
47. Data de alta	48. Data de alta
49. Data de alta	50. Data de alta
51. Data de alta	52. Data de alta
53. Data de alta	54. Data de alta
55. Data de alta	56. Data de alta
57. Data de alta	58. Data de alta
59. Data de alta	60. Data de alta
61. Data de alta	62. Data de alta
63. Data de alta	64. Data de alta
65. Data de alta	66. Data de alta
67. Data de alta	68. Data de alta
69. Data de alta	70. Data de alta
71. Data de alta	72. Data de alta
73. Data de alta	74. Data de alta
75. Data de alta	76. Data de alta
77. Data de alta	78. Data de alta
79. Data de alta	80. Data de alta
81. Data de alta	82. Data de alta
83. Data de alta	84. Data de alta
85. Data de alta	86. Data de alta
87. Data de alta	88. Data de alta
89. Data de alta	90. Data de alta
91. Data de alta	92. Data de alta
93. Data de alta	94. Data de alta
95. Data de alta	96. Data de alta
97. Data de alta	98. Data de alta
99. Data de alta	100. Data de alta

BRUNN LUSIA
FUND - 1693.291

18-04-18

du on

Jo-h

Com. Acima

832, 832, 832, 832
C9-UN

1) Bude de
2) Bude de 19-10, 19-10, 19-10, 19-10
3) 55 UN + 1000

4) 94 UN

5) 12-11-18 3 F + 5 F 15-18 18 24

Dr. Tullio Tullio A. Costa
10-11-18 12-11-18 12-11-18 12-11-18

Dr. Tullio Tullio A. Costa
10-11-18 12-11-18 12-11-18 12-11-18

P.N. 100x50

18107/118

08:00

Lara M. M. R. A. Costa
12-11-18 12-11-18 12-11-18 12-11-18

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



UNIVERSIDADE
LETO 10-4

ALA ORTOPÉDICA

PRD-OP

Paciente: Bruno Lopes Sousa.
nº1012018. Prent: 2603291.

1 DIETA LIVRE

2 OPIPRICINA 1g + AD EV 5/5H

3 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE IV/1EUUM

4 FÍSIO MOTORA

5 SSVV + CCEG

6 TILATIL 20mg + AD IV 32/12H

2 - Salco volingado. ATT

8 - Doromelaguna 01PA + 5F 15ml
20 21/12/14 (1000)

Dr. Edmar Edmar A. C. C.
Cirurgião Geral
CRM-PR 9907

DATA = 17-07-18

HORA = 20:08

PA = 100 x 69

Assinado eletronicamente por:
CORTES-PR 9907-12

LETO 10-4

#ORTOPEDIA DIK

BBO, 60kg, m. normal
CONRM

Dr. Edmar Edmar A. C. C.
Cirurgião Geral
CRM-PR 9907

17.07.2018

14h + 36°C 120 x 80

Paciente amputado fêmur no nível
distal sem fraturas no segmento
amputado. confusão faciente
a manuseio agudo. procedimento
cirúrgico

Assinado eletronicamente por:
CORTES-PR 9907-12



**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



Onco-fumo.
Orient. 1693291

LEITURAS
LEITURAS

ALA ORTOPÉDICA

PRE-OP.

LEITO 10-4

1. DEXA/ANTROPOMETRIA

2. DEXA/ANTROPOMETRIA

3. ONCEPRAZOL-40mg + DEXA/ANTROPOMETRIA

4. PEROXOTURPA

5. DEXA/ANTROPOMETRIA

6. FLATULÊNCIA + AD 12/12/11

7. Jélio

8. DEXA/ANTROPOMETRIA 12/12/11 + 5F 15ml 12/12/11

12/12/11 (2do)

Dr. Ruy Ribeiro A. Cruz
R. 12/12/11 - 12/12/11
CRM-PR 000000000

ORTOPÉDICA DH

Boto, 12/12/11, 12/12/11, 12/12/11

CO: VPA

Dr. Ruy Ribeiro A. Cruz
R. 12/12/11 - 12/12/11
CRM-PR 000000000

DATA: 16-01-18

HORA: 03:00

PA: 110 x 70

Paciente com
cicatrizada mastectomia
e neoplasia na
cicatriz da mama

DATA: 16-01-18

HORA: 03:00

PA: 110 x 70

Assinado eletronicamente por:
PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM



Diagnóstico

0.05

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Iron 1: 4643202

As shown in Fig. 6

Patient

Environ Monit Assess

Appendix 10

20

1980

Continued

Data	Prescrição Médica	Medica	Exatidão Médica
15/07	<p>(1) Dose: 1000</p> <p>(2) Jato: 1000</p> <p>(3) Dose: 1000</p> <p>(4) Dose: 1000</p> <p>(5) Dose: 1000</p> <p>(6) Dose: 1000</p> <p>(7) Dose: 1000</p> <p>(8) Dose: 1000</p> <p>(9) Dose: 1000</p> <p>(10) Dose: 1000</p>	<p>02</p> <p>20</p> <p>20</p> <p>20</p> <p>20</p> <p>20</p> <p>20</p> <p>20</p> <p>20</p> <p>20</p>	<p>1. Dose: 1000</p> <p>2. Dose: 1000</p> <p>3. Dose: 1000</p> <p>4. Dose: 1000</p> <p>5. Dose: 1000</p> <p>6. Dose: 1000</p> <p>7. Dose: 1000</p> <p>8. Dose: 1000</p> <p>9. Dose: 1000</p> <p>10. Dose: 1000</p>





**Poder Judiciário da Paraíba
2º Juizado Especial Cível
Comarca de Campina Grande**

Av. Vice Prefeito Antônio Carvalho de Sousa , s/n, Liberdade, Campina Grande-PB, CEP: 58410-050

Número do Processo: 0808010-08.2020.8.15.0001

AUTOR: BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA:

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

**ATO ORDINATÓRIO –
AUDIÊNCIA VIDEOCONFERÊNCIA**

Nos termos das Resoluções CNJ nº 105/2010 e 313/2020 que disciplinam a documentação dos depoimentos por meio do sistema audiovisual e realização de interrogatório e inquirição de testemunhas por videoconferência, com respaldo no art. 405, §§ 1º e 2º, do Código de Processo Penal, e artigos 236, § 3º, 385, § 3º, 453, § 1º e 461, § 2º do Código de Processo Civil, intimo a(s) parte(s) interessada através de seu (suas) Advogado(a)(s) constituído (a)(s), para participar Tipo: Conciliação, Instrução e Julgamento Sala: VIDEOCONFERÊNCIA - Data: 22/09/2020 Hora: 08:40 , nos presentes autos, devendo o advogado constituído encaminhar para a parte autora/promovida o link da reunião/audiência virtual agendada.

A audiência virtual será realizada pelo aplicativo Zoom us. Baixe gratuitamente o aplicativo em seu computador ou celular e acesse, no horário da audiência, pelo seguinte link:

2 JEC CIVEL está convidando você para uma reunião Zoom agendada.

Tópico: 0808010-08.2020.8.15.0001
Hora: 22 set 2020 08:40 AM Recife

Entrar na reunião Zoom



<https://us04web.zoom.us/j/71990976042?pwd=b3M4OHBROW03cGcrL0F5T3h2aDlLZz09>

ID da reunião: 719 9097 6042
Senha de acesso: 6 Q g N J 8

Campina Grande-PB, 12 de agosto de 2020

De ordem, ANALISTA/TÉCNICO JUDICIÁRIO

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]





Poder Judiciário da Paraíba
2º Juizado Especial Cível
Comarca de Campina Grande

Processo nº 0808010-08.2020.8.15.0001

DESTINATÁRIO(A): SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.
R SENADOR DANTAS, 74, 15 andar, - de 58 ao fim - lado par, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

Tipo: Conciliação, Instrução e Julgamento Sala: VIDEOCONFERÊNCIA - Data: 22/09/2020 Hora: 08:40

REMETENTE:

UNIDADE JUDICIÁRIA: 2º JUIZADO ESPECIAL CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE

RUA: AV. VICE PREFEITO ANTÔNIO CARVALHO DE SOUSA, S/N

BAIRRO: LIBERDADE

CIDADE: CAMPINA GRANDE-PB

CEP: 58410-050

PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL (436)

Processo nº 0808010-08.2020.8.15.0001

AUTOR: BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA

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



CARTA DE CITACÃO E INTIMAÇÃO - VIDEOCONFERÊNCIA

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 2º Juizado Especial Cível de Campina Grande, fica Vossa Senhoria devidamente **CITADO(A)** por todos os atos do processo acima mencionado, e nos termos das Resoluções CNJ nº 105/2010 e 313/2020 que disciplinam a documentação dos depoimentos por meio do sistema audiovisual e realização de interrogatório e inquirição de testemunhas por videoconferência, com respaldo no art. 405, §§ 1º e 2º, do Código de Processo Penal, e artigos 236, § 3º, 385, § 3º, 453, § 1º e 461, § 2º do Código de Processo Civil, intimo a(s) parte(s) interessada através de seu (sua)s Advogado(a)s constituído (a)s, para participar Tipo: Conciliação, Instrução e Julgamento Sala: VIDEOCONFERÊNCIA - Data: 22/09/2020 Hora: 08:40 nos presentes autos, devendo o advogado constituído encaminhar para a parte autora/promovida o link da reunião/audiência virtual agendada, **ficando advertido(a), desde já, que não comparecimento importará REVELIA, reputando-se verdadeiras as alegações do(a) autor(a) e, em JULGAMENTO ANTECIPADO DA LIDE**, consoante art. 20, da Lei nº 9.099/95 e 355 do Código de Processo Civil, podendo na oportunidade apresentar resposta, oral ou escrita, e produzir provas documentais ou testemunhais, nos termos ao art. 455 do Código de Processo Civil.

A audiência virtual será realizada pelo aplicativo Zoom us. Baixe gratuitamente o aplicativo em seu computador ou celular e acesse, no horário da audiência, pelo seguinte link:
<https://us04web.zoom.us/j/71990976042?pwd=b3M4OHBROW03cGcrL0F5T3h2aDILZz09>

ID da reunião: 719 9097 6042
Senha de acesso: 6QgNJ8

Campina Grande-PB, 12 de agosto de 2020

De ordem, ANALISTA/TÉCNICO JUDICIÁRIO

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ E DOCUMENTOS DO PROCESSO ACIMA MENCIONADO ACESSE O LINK:

<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:

Documentos associados ao processo

Título	Tipo	Chave de acesso**
Petição Inicial	Petição Inicial	20050501093049400000029178194
Petição - DPVAT	Outros Documentos	20050501093177900000029178196
DOC 1 - Boletim de Ocorrência	Documento de Comprovação	20050501093203100000029178197
DOC 2 - Fisioterapia	Documento de Comprovação	20050501093229600000029178198
DOC 3 - RADIOGRAFIA	Documento de Comprovação	20050501093277300000029178199
Documentos	Procuração	20050501093305200000029178200
Protuário Hospitalar-otimizado_1	Informações Prestadas	20050501093336100000029178201
Protuário Hospitalar-otimizado_2	Informações Prestadas	20050501093381900000029178202
Protuário Hospitalar-otimizado_3	Informações Prestadas	20050501093435600000029178204
Protuário Hospitalar-otimizado_4	Informações Prestadas	20050501093471500000029178205
Protuário Hospitalar-otimizado_5	Informações Prestadas	20050501093520800000029178206
Ato Ordinatório	Ato Ordinatório	20081211402946600000031718894
Mandado	Mandado	20081211402946600000031718894

