



Número: **0822132-26.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **07/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.750,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PAULO SERGIO DE OLIVEIRA (AUTOR)		EMMANUEL SARAIVA FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36007764	28/10/2020 10:14	2761041_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 10 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200323755

Vítima: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 01/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16111682





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, 27 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200323755

Vítima: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 01/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000737

Conta: 0000055559-1

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

Pag. 01735/01736 - carta_15R - INVALIDEZ

00020868





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 1254693/20 3 - CPF da vítima: 015.574.934-05 4 - Nome completo da vítima: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA 6 - CPF: 015.574.934-05
7 - Profissão: MOTORISTA 8 - Endereço: RUA CICELA CECILIA FIGUEIRA 9 - Número: 124 A 10 - Complemento:
11 - Bairro: MALVINAS 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58433310
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83 986947653

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 0937 013 CONTA: 00055559 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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 responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

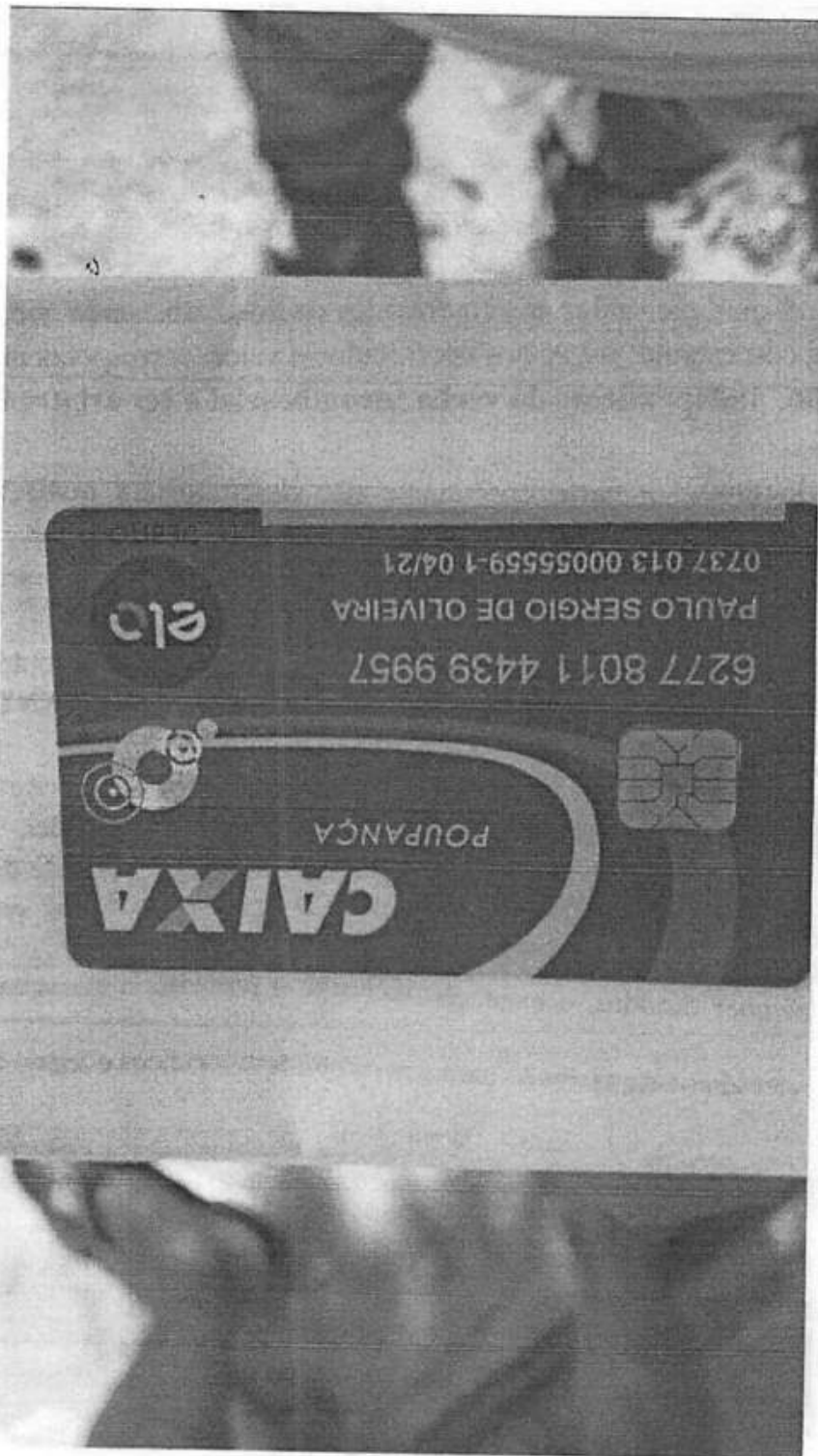
40 - Local e Data, Forquilha, 09.09.20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)







GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3910-9319



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000150/20 registrada em 04/09/2020, que passo a transcrever na íntegra: Aos quatro dias do mês de setembro do ano de 2020, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 08:50 horas, compareceu o Sr. PAULO SÉRGIO DE OLIVEIRA, com 38 anos de idade, filho de NÃO INFORMADO e RITA NUNES DE OLIVEIRA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteiro, escolaridade Medio Completo, profissão , portador da Cédula de Identidade Nº 3.734.482, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 01557493405, residindo à rua RENATA DO NASCIMENTO CRUZ, 299, bairro SERROTÃO, na cidade de Campina Grande - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante que, por volta das 12h50min do dia 01.06.2020, estava trafegando pela Rua Cel. Eufrásio Câmara, Bairro do Monte Santo, nesta cidade de Campina Grande/PB, conduzindo o CICLOMOTOR/L13154, ano/modelo 2012/2012, cor vermelha, chassi nº LXYXCBL09D0533756, de placa QFL-4713/PB, licenciada em nome de José Fabio Moreira da Silva, quando um veículo de marca, placas e demais características não identificadas, inclusive o condutor, invadiu o cruzamento e avançou a via preferencial por onde o comunicante transitava, sendo inevitável a colisão, sendo o comunicante jogado ao solo, sofrendo ferimentos graves, recebendo os primeiros atendimentos através do SAMU e encaminhado para o hospital de Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia, enquanto que o condutor do veículo causador do acidente evadiu-se do local; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica, não sendo realizada perícia técnica no local do acidente; Que, manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Sexta-feira, 4 de Setembro de 2020

Paulo Sérgio de Oliveira

PAULO SÉRGIO DE OLIVEIRA

Declarante

José Alberto do Nascimento

ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL

Mat. 690.241-1

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

D54693/20

3 - CPF da vítima:

015.574.934-05

4 - Nome completo da vítima:

PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo:

PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

6 - CPF:

015.574.934-05

7 - Profissão:

MOTORISTA

8 - Endereço:

RUA CICELA CECILIA FEITOSA

9 - Número:

284 A

10 - Complemento:

11 - Bairro:

MALVINAS

12 - Cidade:

CAMPINA GRANDE

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58433310

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

83 986947655

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR☐ SEM RENDA☐ R\$1.00 A R\$1.000,00☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0937

013

CONTA:

00055559

1

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (no Civil)☐ Divorçado☐ Separado Judicialmente☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vul nascido)?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

Paulo Sérgio de Oliveira 20.09.20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS 001 V0077019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/10/2020 10:14:01

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102810140089400000034385457

Número do documento: 20102810140089400000034385457



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



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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

DATA:	1/6/2020	HORA:	12:50 HRS	ID Nº:	2006010103
NOME:	PAULO SÉRGIO DE OLIVEIRA				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	RUA CORONEL EUFRÁSIO CÂMARA - MONTE SANTO				
COMPLEMENTO:					
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma					

Campina Grande, 3 de julho de 2020.

Deoclecio F Nascimento MAR-14393

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

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



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000055559-1

Nr. da Autenticação FC75965B6557A02E





A vida pede mais que um banco



STC#09286-09SPLA DATA DE VENCIMENTO: 11/06/2010

PAULO SERGIO DE OLIVEIRA
R RENATA DO NASCIMENTO CRU, 200, B.
SERROTAO
55434-140 CAMPINA GRANDE PB





Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 11/06/2020

Horas: 08:54:51

Médico(a) Diarista: Nattan Santos Rozendo De Oliveira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2165482 Paciente: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA Idade: 037 Sexo: M

Nome da Mãe: RITA NUNES DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 06/08/1982 Admissão: 06/06/2020 DIH - 5

Clinica: ALA AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA AVULSAO DO LCP JOELHO ESQUERDO

DIA 11/06/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 24h/24h (ADM AS 6h)	
3	CEFTRIAXONA DISSODICA 1G INTRAVENOSO E.V. 1Frasco/Ampola, 12h/12h	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, 6h/6h	
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h	
6	Reconstituir 2ML ABD, OMEPRAZOL 20 MG V.O. 01COMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	
	Diluir em O	

EVOLUÇÃO

DATA: 11/06/2020 HORA: 08:53:42

PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO, SEM INTERCORRÊNCIAS

CD:

ALTA HOSPITALAR, VIDE RESUMO DE ALTA

ASSINATURA + CARIMBO

Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Rozendo
Médico
CRM-PB 10753



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/10/2020 10:14:01

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102810140089400000034385457>

Número do documento: 20102810140089400000034385457





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
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

PARAÍBA
Governo do Estado

NOME : Nattan Santos Rozendo De Oliveira



Semear a vida
PARAÍBA
Governo do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

Data da Internação: 06/06/2020

Data da Alta: 11/06/2020

Registro: 2165482

Tempo de Permanência: -18420

Diagnóstico Inicial: AVULSAO DO OLHO

Diagnóstico Final:

Principais Exames: NÃO

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data:

Equipe:

Cirurgião: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Infecção F.O: NÃO

Coleta de Material: NÃO

Bacteriologia: NÃO

Anatomopatológico: NÃO

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE EM BEG, SEM INTERCORRENCIAS

Orientações: ORIENTO A LAVAR BEM A FERIDA OPERATÓRIA, EVITAR PISAR NO CHÃO COM O MEMBRO CIRURGIADO, USAR TALA JOELHEIRA POR 8 DIAS OU ATÉ O RETORNO, DADO CARTÃO DE RETORNO, DADO ATESTADO MÉDICO, ENCAMINHADO AO FISIOTERAPEUTA

Medicações para Casa: CIPROFLOXACINO, DIPIRONA E XARELTO

Condições de Alta: Melhorado

Data: 11/06/2020

Nattan Rozendo
Médico
CRM-PB 10753

Assinatura/Carimbo
Nattan Santos Rozendo De Oliveira

RESPONSÁVEL : Nattan Santos Rozendo De Oliveira

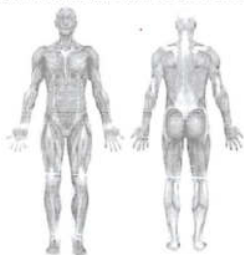


ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº: 2165281 CLASS. DE RISCO: VERDE
 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 06/06/2020
 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento
PACIENTE: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA CEP: 58400002 Nascimento: 06/08/1982
 Endereço: R. RENATO DO NASCIMENTO Sexo: M Telefone:
 Idade: 037 Bairro: BODOCONGO III RG: Nº: 299
 Nome da Mãe: RITA NUNES DE OLIVEIRA CPF: Profissão:
 Responsável: Data de CN: 060882
 Estado Civil: Atend: 06/06/2020 CONVÊNIO: SUS
 Motivo: INTERCORRENCIA Hora: 11:37:59

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Erisipela subcutânea
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Farsia
32. Parästesia
33. Queimadura
34. Rinoorragia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

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

Fratura do fêmur LCV joelho

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS
 Paciente: Vítima de trauma por
 acidente de trânsito, se feriu
 após 06 dias com dor em
 joelho.

ALERGIA:
MEDICAMENTOS:
PATOLOGIAS:
EXAME FÍSICO
 PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()
 Glasgow PA HGT: **RAIO X**
REALIZADO EM:
EXAMES SOLICITADOS:
 () Laboratoriais () Ultrassonografia:
 () Gasometria arterial () Radiografias:
 () Tomografia Computadorizada ()
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
 Especialista: / às : Dia / /
 Especialista: / às : Dia / /
MÉDICO SOLICITANTE
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

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

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:
 Dr. José Renna Gomes
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PA 9111 / CRM-PE 21437
 11/05/2020

htcglmpreclassi.php?contar=2165281&dataatend=2020-06-06&horaatend=11:38:47

1/3

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

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

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

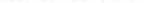
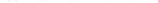
Paulo Sérgio de Oliveira
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE



itcg/impreclassi.php?contar=2165281&dataatend=2020-06-06&horaatend=11:38:47

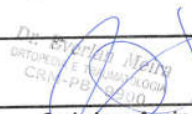
2/3

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/10/2020 10:14:01

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102810140089400000034385457>

Número do documento: 20102810140089400000034385457

Num. 36007764 - Pág. 14

GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				REQUISIÇÃO DE EXAMES			
NOME: <u>Paulo Sérgio de Oliveira</u>								PRONTUÁRIO:			
IDADE:	SEXO M ☐ F ☐	COR: B ☐ P ☐ A ☐	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:				
DADOS CLÍNICOS: <u>pac. op</u>											
MATERIAL A EXAMINAR:											
EXAMES SOLICITADOS: <u>Rx do pulso (E) AP1</u> <u>Ray</u>											
URGÊNCIA: ☐		ROTINA: ☐		 Carimbo e Assinatura do Médico							
DATA: <u>10/02/20</u>		HORA DA SOLICITAÇÃO:									

MOD. 002



PRESCRIÇÃO MÉDICA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 10/06/2020

Horas: 10:29:23

Médico (a) Durista: Everlan Da Silva Meira

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2165482 Paciente: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA Idade: 037 Sexo: M

Nome da Mãe: RITA NUNES DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 06/08/1982 Admissão: 06/06/2020 DIH - 4

Clinica: ALA AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA AVULSAO DO LCP JOELHO ESQUERDO

8.2

DIA 10/06/2020

MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE 1 copo VRPA	END
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 24h/24h (ADM AS 6h)	22
3	CEFTRIAXONA DISSODICA 1G INTRAVENOSO E.V. 1Frasco/Ampola, 12h/12h	22 28 24 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, 6h/6h	22 28 24 06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h	22 28 24 06
6	Reconstituir 25ML ABD.	06
7	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 01COMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	06
8	continuar em 0	

EVOLUÇÃO ① curado etc

DATA: 10/06/2020 HORA: 10:28:36

② Re de controle
③ Indemeter, LRA, cv, 8184 24 22 06

POI

PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO, SEM INTERCORRÊNCIAS

CD:VPM-RX DE CONTROLE

ASSINATURA + CARIMBO

Everlan Da Silva Meira

Dr. Everlan Da Silva Meira



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

Paciente estável apresentando vômito após cirurgia medicado conforme prescrição médica segue os cuidados da enfermagem.

Paciente estável
sem queixas
segue os cuidados
da enfermagem.

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS	
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO	
DEFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR	
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA	
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() ANSIEDADE () DESCONFORTO () RIGIDEZ ARTICULAR () PREJUÍZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	() DIFICULDADE PARA VIRAR-SE () MOVIMENTOS DESCONTROLADOS	
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS (X) PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO		
OUTRO			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
(X) MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95% (X) OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		SN	() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO () REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO			() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR () AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR (X) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS () ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		cont	() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS () INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS			() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO () AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO			() MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
(X) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS (X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS		cont	(X) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
OUTRO			

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO
 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO
 TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBO NEUROLÓGICO
 POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

FONTE:

ASSINATURA E CARIMBO:

368265
con B. L. B.





Número do Prontuário: 192914 DATA DA CIRURGIA: 10/06/2020

Número do Atendimento: 2165482 Clín: ALA AMARELA / Enf: 8 / Leir: 2

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

Data da Internação: 06/06/2020

Atendimento: 2165482

Diagnostico Pré-Operatório: AVULSÃO LCP

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: OSTEOSÍNTESE Data da Cirurgia: 10/06/2020

Equipe:

Cirurgião: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

Atendente: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista: MARIA DO SOCORRO ABRANTES DE OLIVEIRA

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: NÃO

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação: 1. PACIENTE EM DV, SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. INCISÃO POSTERIOR + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA
4. REDUÇÃO CRUENTA DE FX + PASSAGEM DE FIO GUIA + OSTEOSÍNTESE COM
PARAFUSO DE HERBERT NÚMERO 30
5. REINSERÇÃO DO LCP COM ETHIBOND 5.0
6. LAVADO DE FO COM SF
7. FECHAMENTO POR PLANOS
8. CURATIVO

Data 10/06/2020

Assinatura/Carimbo
Everlan Da Silva Meira

Dr. Everlan Meira
CRM-PB 9906







FICHA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

PACIENTE: <u>Paulo Sérgio de Oliveira</u>	IDADE: <u>37</u>
DATA DE CHEGADA NO CC: <u>11/10/20</u>	HORA: <u>08:00</u>
CIRURGIA PROGRAMADA: <u>LCP</u>	CIRURGIÃO RESPONSÁVEL: <u>Dr. Bruno Brilhante</u>

ACOLHIMENTO

ESTADO GERAL:	() GRAVE () COMPROMETIDO () REGULAR (X) BOM
PREPARO:	(X) JEJUM TEMPO DE JEJUM: () RETIRADA DE PRÓTESES (X) RETIRADA DE ADORNOS
ACESSO VENOSO:	(X) SIM () NÃO () AVP () AVC LOCAL: <u>KS</u>
VENTILAÇÃO:	() AR AMBIENTE () M.V. () INTUBADO () TQT
ANTECEDENTES:	() HIPERTENSÃO () DIABETES () DOENÇA RENAL () AVC () MARCAPASSO () CONVULSÃO () TABAGISTA () ISOLAMENTO DE:

MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: () SIM (X) NÃO	NOMES:
RESERVAS SANGÜÍNEAS: () SIM (X) NÃO	() CONC. HEMÁCIAS () PLASMA () PLAQUETAS () CRIOPRECIPITADO

CIRURGIAS ANTERIORES:	QUANDO:
EXAMES	(X) RISCO CIRÚRGICO (X) EX. LAB. (X) RAIO-X () USG () TOMOGRAFIA
PRE-OPERATÓRIOS:	TERMO DE CONSENTIMENTO: () PARA CIRURGIA () NSA () OUTROS:
NECESSITA DE MARCAÇÃO DE LATERALIDADE:	() SIM () NÃO LOCAL:

PRIMEIRA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

O PACIENTE CONFIRMA: (X) IDENTIDADE (X) LOCAL DO PROCEDIMENTO	ALERGIAS CONHECIDAS: (X) NÃO () SIM, DEVIDO A
(X) PROCEDIMENTO A SER REALIZADO	RISCO DE VIA AÉREA DIFÍCIL: (X) NÃO () SIM
(X) CHECAGEM DE MATERIAL DE ANESTESIA	MATERIAL NECESSÁRIO EM S.O.: () NÃO (X) SIM
(X) EQUIPAMENTOS DE MONITORIZAÇÃO	RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA >500ML (7ML/KG EM CRIANÇA): () SIM (X) NÃO
(X) MATERIAL DISPONÍVEL EM S.O. DENTRO DAS NORMAS DE ESTERILIZAÇÃO	OBSERVAÇÕES:

ACOLHIDO POR:

Dr. Danilo R. J. J.

TRANSOPERATÓRIO

SALA:

POSICIONAMENTO:	() DECÚBITO DORSAL (X) DECÚBITO VENTRAL () DECÚBITO LATERAL () LITOTÔMICA () GENUPEITORAL () OUTRAS:
PLACA DE BISTURI:	(X) SIM () NÃO LOCAL: <u>TORAX</u>
EQUIPAMENTOS:	(X) BISTURI ELÉTRICO () MICROSCÓPIO () TORRE VDL () ARCO CIRÚRGICO () LASER () OUTROS:
USO DE COXINS:	(X) SIM () NÃO LOCAL: <u>TUBA</u>

SEGUNDA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

(X) TODOS OS MEMBROS DA SALA SE CONHECEM	(X) NOME DO PACIENTE (X) LOCAL DO PROCEDIMENTO
(X) PASSOS CRÍTICOS DA CIRURGIA; DURAÇÃO ESTIMADA: <u>1h.50'</u>	(X) CIRURGIA PROGRAMADA
(X) PREOCUPAÇÕES EM RELAÇÃO A ANESTESIA	(X) PROFILAXIA ANTIMICROBIANA COM
	(X) EXAMES ESSENCIAIS DISPONÍVEIS DA S.O.

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS PELO ANESTESISTA

HORA: <u>07h.30</u>	<u>Diprivan + NARCALMA</u>	HORA:	
HORA: <u>07h.35</u>	<u>Colazepam</u>	HORA:	
HORA: <u>07h.35</u>	<u>Valproato de Sódio + Diprivan + Diprivan + Diprivan</u>	HORA:	
HORA:	<u>diem + Tenaxorana</u>	HORA:	
HORÁRIO	PA	F.C	SPO2
ADMISSÃO NA S.O.: <u>07h.20'</u>	<u>123x84</u>	<u>68 bpm</u>	<u>98 %</u>
FIM DA CIRURGIA: <u>09h.00</u>	<u>130x77</u>	<u>73</u>	<u>99 %</u>

PROCEDIMENTOS	REALIZADO POR:	DRENOS E CANULAS
() TOT n.º () JSG n.º () SNE n.º		() PENROSE LATEX () PENROSE SILICONE
() ACESSO CENTRAL TIPO: LOCAL:		() WATERMAN () BLAKE
() AVP: CATETER N.º		() GUEDEL () SUCCÃO
() PAM CATETER N.º LOCAL:		() DRENO TORÁCICO () DRENO DE MEDIASTINO
() SVD n.º BALÃO COM ml ABD () SVA		() IRRIGAÇÃO VESICAL

TERCEIRA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

(X) NOME DO PROCEDIMENTO	() CONTAGEM DE COMPRESSAS
(X) ALGUMA PREOCUPAÇÃO EM RELAÇÃO A RECUPERAÇÃO DO PACIENTE.	(X) MATERIAIS PARA EXAMES (X) NÃO () SIM
	QUAL:
	PROBLEMAS COM EQUIPAMENTOS: (X) NÃO () SIM
	QUAL:

OBSERVAÇÕES DE SALA:	
INTEGRADORES DOS MATERIAIS	



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Paulo Sergio do Nascimento</i>			IDADE	SEXO	COR	
DATA <i>10/06/16</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS		
URINA								
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URNÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____			
LÍQUIDOS					MANUTENÇÃO <i>aprendizado de desbloqueio muscular profundo</i> ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____			
CÓDIGOS VP. ARTERIAL PULSO RESPIRAÇÃO AX - AX	DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula: _____ Paro o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____							
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	POSIÇÃO							
AGENTES	<i>neocain + bupivacaína + suco de limão</i>							
TÉCNICA	<i>bloqueio do plexo braquial</i>							
OPERAÇÃO	<i>1º e 2º bloqueio de nervos periféricos post. (biceps)</i>							
CIRURGIÕES	<i>Dr. Bruno S. L. Almeida + Dr. Carlos</i>							
ANESTESISTAS	<i>Suelio K. Torres</i>							
OBSERVAÇÕES	<i>Dr. Carlos</i>							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA			

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/10/2020 10:14:01

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102810140089400000034385457

Número do documento: 20102810140089400000034385457

Num. 36007764 - Pág. 22

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL: **HOSPITAL DE INSULIN**
CIDADE: **G. GRANDE** TEL / FAX / E-MAIL:
NOME DO PACIENTE: **Paulo Sergio de Oliveira**
Nº DO PRONTUÁRIO: **2165482** Nº AL. H: Cód. PROCEDIMENTO: CONVÊNIO:
PROCEDIMENTO REALIZADO: **TRAT. DE TRAUM. LIGAMENTO POSTERIOR**

PRODUTO	REF.	QUANT.	CÓD. ROMP.
PROF. ANDRÉ GIL HERBERT			
Nº 30 mm - I		01	

DATA DA UTILIZAÇÃO: **10/16/20** DATA DA COMUNICAÇÃO: MÉDICO RESPONSÁVEL: CRM: **Dr. Carlos André da Silva Lima**

OBSERVAÇÕES: **Dr. Herbert n. 33**

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Carlos André da Silva Lima
COREN-PB 1.115.838-TE

Dr. Everlan Meira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9900



028828

Clínica

MT

HOSPITAL DE

Clínica

STO

Clínica

Clínica

CT



Clínica

Clínica

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE SAÚDE
1112-833-TE



PA 123x84 - 130x77
FC 68 - 73 bpm
O2 99% - 99%

Q. 07h.30' **NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL**

PACIENTE: <u>Paulo Sergio de Oliveira</u> D.N. <u>06.08.1982</u>						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
		<u>Sus</u>	<u>37 anos</u>	<u>2163482</u>		
CIRURGIA <u>Pro. Cirurgico / fixação</u>			CIRURGIÃO <u>Dr. Bruno Bulhante + Dr. Everlam</u>			
ANESTESIA <u>Raque + Sedação</u>			ANESTESIA <u>Dr. Socorro Alcantares</u>			
INSTRUMENTADORA <u>Andre</u>		DATA <u>10.06.2020</u>	INÍCIO <u>07h.20'</u>	FIM <u>09h.00</u>		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	
			Catet. p/ O2g.		Catgut cromado Sertix	
			Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
			Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
<u>01</u>	<u>Dimore amp. 0.2mg,</u>		Compressa Pequena		Catgut Simples	
			Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
			Dreno		Catgut Simples Sertix	
			Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
			Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
			Dreno Pezzer n°	<u>05</u>	Ethibond <u>5</u> III	
			Equipo de Macrogotas		Ethibond	
<u>01</u>	<u>Mercaína 0,50% ml</u>		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
			Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
			Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
			Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutapak	
			Furacim ml	<u>01</u>	Fio de Algodão Sutapak <u>0</u>	
			Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
			H2O2 ml	<u>09</u>	Mononylon <u>2.0</u> "	
			Intracath Adulto	<u>02</u>	Mononylon <u>2.0</u> "	
			Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi n° 23 "		Prolene Sertix	
<u>04</u>	<u>Água Destilada amp.</u>		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
<u>01</u>	<u>Decadron amp.</u>		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
<u>02</u>	<u>Dipirona amp.</u>		Luvas 7.0	<u>01</u>	Vicryl Sertix <u>0</u>	
<u>02</u>	<u>Flaxidol amp. Nauseidon</u>		Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
<u>02</u>	<u>Flebotid amp. Temoxicam</u>		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
			Luvas 8.5			
			Oxigênio l/m <u>P/min</u>			
			Polifix			
			PVPI Degemante ml			
			PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
			Sabão Antisséptico	<u>03</u>	SE Normotermico fr 500 ml "	
			Saco coletor <u>Lixo/roupa</u>		SG Gelado fr 500 ml	
			Seringa desc. 10 ml		SG Hipertermico fr 500 ml	
			Seringa desc. 20 ml	<u>01</u>	SG Ringr fr 500 ml	
			Seringa desc. 05 ml	<u>03</u>	SE fr 500 ml <u>P/limpeza</u>	
			Sonda <u>Seringa 3ml</u>	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
<u>01</u>	<u>Cefazolina 1g</u>		Sonda folley		<u>TU - Implantes</u>	
			Sonda Nasogátrica		<u>01 Parafuso de Herbert N°30</u>	
			Sonda Uretral n°			
			Sterydrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
<u>03</u>	<u>Agulha desc. 25 x 7</u>		Gelcon 18			
	<u>Agulha desc. 28 x 20 - 40x12</u>		Latese			
	<u>Agulha desc. 3 x 4,5</u>		<u>Eletrodo</u>			
<u>01</u>	<u>Agulha p/ raque n° 25</u>		<u>Algodão Ort.</u>			
<u>03</u>	<u>Alcool de Enfermagem</u>		<u>Folixa Smarch</u>			
	<u>Alcool Iodado ml</u>					
<u>09</u>	<u>Ataduras de Crepon 30cm</u>					
	<u>Ataduras de Gessada</u>					
	<u>Azul metileno amp.</u>					
	<u>Benzina ml</u>					

Obs: Retirado o ganote

Mania Jose

Maria José B. Blandino
Téc. Enfermagem
COREN-PB 250741

MOD 066



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/10/2020 10:14:01

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102810140089400000034385457

Número do documento: 20102810140089400000034385457



CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 09/06/2020

Horas: 09:26:57

Médico(a) Diarista: Nattan Santos Rozendo De Oliveira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2165482 Paciente: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA Idade: 037 Sexo: M

Nome da Mãe: RITA NUNES DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 06/08/1982 Admissão: 06/06/2020 DIH - 3

Clínica: ALA AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA AVULSAO DO LCP JOELHO ESQUERDO

DIA 09/06/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 24h/24h (ADM AS 6h)	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, 6h/6h	
4	ENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h	
5	Reconstituir 2ML ABD,	
	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 01COMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	
5	Diluir em O	

EVOLUÇÃO

DATA: 09/06/2020 HORA: 09:26:18

03 DIH

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO

CD: AGUARDANDO CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO

Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Rozendo
MÉDICO
CRM-PB 10753



FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ÁREA AMARELA (BASEADOS NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO Paulo Sergio de Oliveira

Nome: Paulo Sergio de Oliveira Idade: 37 Sexo: M Enf/Leito: 8.2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença () HAS () DM

() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: Medicacões em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: Ex. Anulção do LCP joelho E

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

MOBILIDADE FÍSICA: (X) PRESERVADA () PLEGIA (X) PARESIA () PARESTESIA. LOCAL: _____

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: (X) ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.: _____

SEGURANÇA FÍSICA: (X) TRANQUILO () AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: () REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: _____

EDEMA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: (X) NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

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

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

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

INTEGRIIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (X) NORMOCORADA () HIPOCORADA

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

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

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

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

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

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

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA () PREJUDICADA

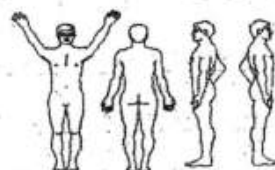
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: (X) COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRÁTICANTE () NÃO PRÁTICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmhg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
10:00	110	36	80								SOG/SNG/SNE	
											SVE	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

Paciente consciente e orientado, medido, sem queixos no momento da enfermagem.

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS
PADRÃO RESPIRATÓRIO- () ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO	() MANUTENÇÃO DE PERFUSÃO PERIFÉRICA () OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA () ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO () REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO () EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR () AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR () AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS () ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO () ADMINISTRAR ANTIÉMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS () ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO () AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO () TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS	() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS () MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA () DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO	() MANUTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95% () OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA	() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
DOR AGUDA () AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR () AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUIPNEIA () DIFICULDADE PARA VIRAR-SE () MOVIMENTOS DESCONTROLADOS	() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR () EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR () ADMINISTRAR ANTIÉMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS () ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO () ADMINISTRAR ANTIÉMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS () ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO () AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO () TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS	() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS () MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA () DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
PREJUDICADA MOBILIDADE FÍSICA () ANSIEDADE () DESCONFORTO () RIGIDEZ ARTICULAR () PREJUIZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO () AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL A PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR () AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUIPNEIA () DIFICULDADE PARA VIRAR-SE () MOVIMENTOS DESCONTROLADOS	() MANUTENÇÃO DE PERFUSÃO PERIFÉRICA () OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA () ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO () REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO () EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR () AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR () AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS () ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO () ADMINISTRAR ANTIÉMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS () ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO () AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO () TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS	() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS () MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA () DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
RISCO DE INFECÇÃO () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR () AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUIPNEIA () DIFICULDADE PARA VIRAR-SE () MOVIMENTOS DESCONTROLADOS	() MANUTENÇÃO DE PERFUSÃO PERIFÉRICA () OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA () ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO () REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO () EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR () AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR () AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS () ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO () ADMINISTRAR ANTIÉMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS () ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO () AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO () TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS	() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS () MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA () DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)
 HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM (X) NÃO
 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM (X) NÃO
 TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO
 POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? () SIM () NÃO
 RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

FONTE:
 ASSINATURA E CARIMBO:

Barbara Albuquerque V. Araújo
 COREN-PB 538.571-ENF

DATA: 09/06/2020



Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 08/06/2020

Horas: 10:34:44

Médico(a): Diarista: Nattan Santos Rozendo De Oliveira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2165482 Paciente: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA Idade: 037 Sexo: M

Nome da Mãe: RITA NUNES DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 06/08/1982 Admissão: 06/06/2020 DIH - 2

Clinica: ALA AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA AVULSAO DO LCP JOELHO ESQUERDO

8.2

DIA 08/06/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 24h/24h (ADM AS 6h)	12
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01 AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1 FRA AMP, 12h/12h	12 24
5	Reconstituir 2ML ABD,	
	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 01 COMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	06
5	Diluir em O	

EVOLUÇÃO

DATA: 08/06/2020 HORA: 10:33:50

ok
Joel

03 DIH

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO

CD: AGUARDANDO CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO

Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Rozendo
Médico
CRM 10753



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/10/2020 10:14:01

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102810140089400000034385457>

Número do documento: 20102810140089400000034385457



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

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Paulo Sérgio de Oliveira Idade: 37 Sexo: M Enf/Leito: 8.2 data: / /

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença () HAS () DM

() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: Medicamentos em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: F. Pulso de LCP julho 5

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA. LOCAL:

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: ☒ ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.:

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO ☒ AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: () REGULAR () IRREGULAR () OUTROS:

EDEMA: () LOCAL OBS.:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: ☒ NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

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

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

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

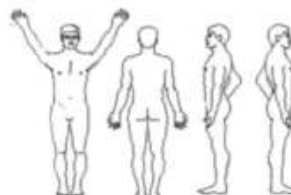
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTELO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: ☒ NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS:

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

localização anatômica da ferida; Curativo em: / / .



CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

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

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

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: ☒ PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: ☒ COOPERATIVO () OUTROS:

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
10:00											SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



ASSINATURA E CARIMBO:
SUELIO MOREIRA TORRES
EXFARMED

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? ☒ SIM () NÃO
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO
TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBIO NEUROLÓGICO
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? ☒ RISCO DE QUEDA? ☒ SIM () NÃO

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

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS)	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() EXTREMOS DE IDADE () CIRCUNSCRIÇÃO PREJUDICADA	() TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS	() ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE QUEDA	() PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	() DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE () OUTRO
OUTRO		

ANOTAÇÕES/INTERCORRENCIAS DE ENFERMAGEM:





Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 07/06/2020

Horas: 08:17:58

Médico (a) / Diarista: Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2165482 Paciente: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA Idade: 037 Sexo: M

Nome da Mãe: RITA NUNES DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 06/08/1982 Admissão: 06/06/2020 DIH - 1

Clinica: ALA AMARELA Enfermaria: 9 Leito: 6 Diagnóstico: FRATURA AVULSAO DO LCP JOELHO ESQUERDO

DIA 07/06/2020

MÉDICO(A): Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 12h/12h	01x 10 20
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01 AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h	12 24
5	Reconstituir 2ML ABD,	
	OMEPRAZOL INJ 40MG 01 FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	
	Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	06

EVOLUÇÃO

DATA: 07/06/2020 HORA: 08:17:14

02 DIH

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO

AO EXAME

DOR E EDEMA DO JOELHO ESQUERDO

CD: AGUARDA RESULTADO DE TOMOGRAFIA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO

ASSINATURA + CARIMBO

Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

Dr. Matheus Pedroso
MÉDICO
CRM-PB 12-809



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/10/2020 10:14:01

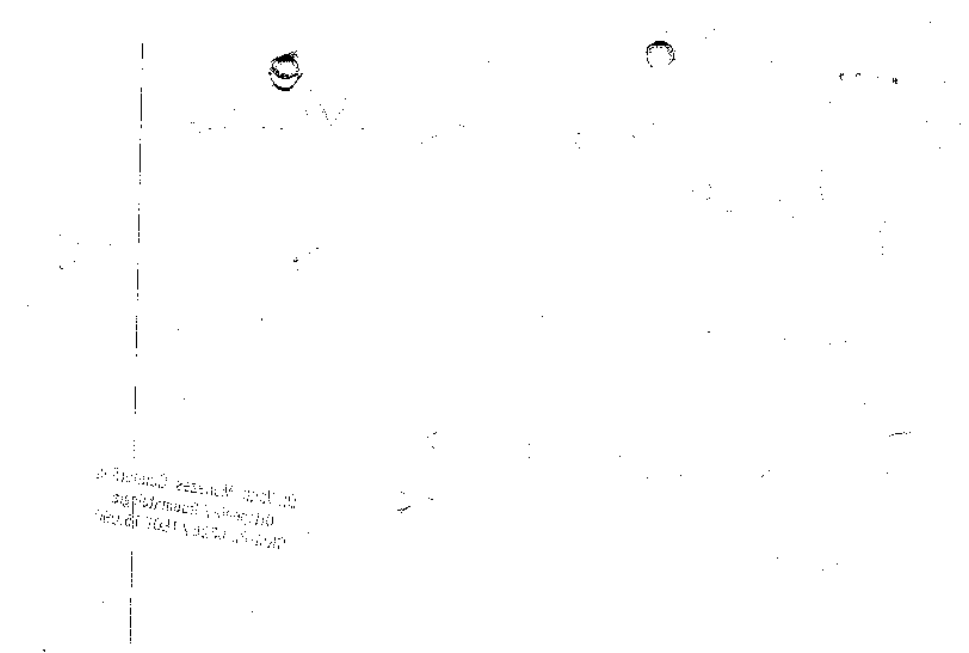
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102810140089400000034385457

Número do documento: 20102810140089400000034385457

 GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA D. LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISIÇÃO DE EXAME			
NOME: <u>Paulo Sérgio de Oliveira</u>		PRONTUÁRIO:					
IDADE:	SEXO M ☐ F ☐	COR: B ☐ P ☐ A ☐	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:
DADOS CLÍNICOS:							
MATERIAL A EXAMINAR:							
EXAMES SOLICITADOS:							
<u>Raio-x Joelho @ - AP</u>							
URGÊNCIA: ☐ ROTINA: ☐							
DATA: HORA DA SOLICITAÇÃO:							
Carimbo e Assinatura do Médico							

MOD. 002





Sr(a): PAULO SERGIO DE OLIVEIRA Protocolo: 0000531195 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): JOSE RENNÁ GOMES Data: 07-06-2020 17:09 Origem: AREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 37 anos Destino: AREA AMARELA

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 07/06/2020 17:07]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	3,90 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	11,6 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	34,0 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	87 fL	80,0 à 100,0 fL
H.C.M.....	30 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	34 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	3.700 /mm ³	5.000 à 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)

Neutrofilos

Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	1,0	37	
Segmentados.....	64,0	2.368	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm ³
Eosinófilos.....	0	0	0 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm ³

Linfocitos

Típicos.....	35,0	1.295	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos ou Reativos.....	0	0	
Monocitos.....	0	0	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	258.000 mm ³		140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRBM - 5010

Emissão : 07/06/2020 20:17 - Página 1 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 935F-F91E-F4D0-8BFC-2966-5828-A6E8-6A24



Sr(a):	PAULO SERGIO DE OLIVEIRA	Protocolo:	0000531195	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	JOSE RENNÁ GOMES	Data:	07-06-2020 17:09	Origem:	AREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	37 anos	Destino:	AREA AMARELA

TEMPO DE COAGULACAO 8' 00"

[DATA DA COLETA: 07/06/2020 17:08]

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
DE 5 A 10 MINUTOS

TEMPO E ATIVIDADE DE PROTROMBINA

[DATA DA COLETA: 07/06/2020 17:08]

TEMPO DE PROTROMBINA 11.0 segundos

ATIVIDADE DE PROTROMBINA 110 %

INR 0.90

10 a 15 Segundos

70% a 100% de atividade de protrombina.

VALOR DE REFERÊNCIA:

Em pessoas

adidas 1.0 a 1.30

Em pacientes que fazem uso de
anticoagulantes orais: 2.0 a 3.5

Resultados anteriores:

Plasma Controle 12.5

Material: PLASMA CITRATADO

Método: COAGULOMÉTRICO


Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRBM - 5010

Emissão : 07/06/2020 20:17 - Página 2 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: D07B-E66C-D1CE-0E7E-C370-B624-5778-B7E6





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):	PAULO SERGIO DE OLIVEIRA	Protocolo:	0000531195	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	SEM IDENTIFICACAO MEDICA	Data:	07-06-2020 17:09	Origem:	AREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	37 anos	Destino:	AREA AMARELA

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 2' 00"

{DATA DA COLETA: 07/06/2020 18:10 }

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
DE 1 A 3 MINUTOS.


Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRBM - 5010

Emissão : 07/06/2020 20:17 - Página 3 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 808D-5AAB-3CDD-6303-5815-DF09-A70B-58FD





CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 06/06/2020

Horas: 20:04:46

Médico (a) Diarista : Jose Renna Gomes Da Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2165482 Paciente: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA Idade: 037 Sexo: M

Nome da Mãe: RITA NUNES DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 06/08/1982 Admissão: 06/06/2020 DIH - 0

Clínica: ALA AMARELA Enfermaria: 2 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA AVULSAO DO LCP JOELHO ESQUERDO

8-2 OK

DIA 06/06/2020

MÉDICO(A): Jose Renna Gomes Da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 12h/12h	SND
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01 AMPOLA, 6h/6h	00 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 01 FRA AMP, 12h/12h	00
5	constituir 2ML ABD, OMEPRAZOL INJ 40MG 01 FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 8h)	06

EVOLUÇÃO

PA = 120 x 80 mm/Hg.

DATA: 06/06/2020 HORA: 20:01:09

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO

AO EXAME

DOR E EDEMA DO JOELHO ESQUERDO

CD: AGUARDA RESULTADO DE TOMOGRAFIA PARA TRATAMENTO CIRURGICO

ASSINATURA + CARIMBO

Jose Renna Gomes Da Silva

Dr. José Renna Gomes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 001.232.62



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/10/2020 10:14:01

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102810140089400000034385457>

Número do documento: 20102810140089400000034385457

Num. 36007764 - Pág. 38

Data da internação: 06/06/2020 Hora: 19:57:00

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE PAULO SERGIO DE OLIVEIRA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 2165482	
7 - CARTÃO DO SUS 		8 - DATA DE NASCIMENTO 06/08/1982	
9 - SEXO Masc ☒ Fem ☐		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL RITA NUNES DE OLIVEIRA	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) R RENATO DO NASCIMENTO, 299, BODOCONGO III		12 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 Nº DE TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande		14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 250400	
15 - UF PB		16 - CEP 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO NECESSIDADE DE TOMOGRAFIA PARA DIFINIR TRATAMENTO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) EXAME FISICO + RADIOGRAFIA			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA AVULSAO DO LCP JOELHO ESQUERDO		21 - CID 10 PRINCIPAL 	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO 		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 	
26 - CLÍNICA 	27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO 	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 980016296973832	
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE JOSE RENNA GOMES DA SILVA	
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 06/06/2020		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 	36 - CNPJ DA SEGURADORA 		37 - Nº DO BILHETE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 	39 - CNPJ EMPRESA 		40 - CNAE DA EMPRESA
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 	41 - CBOR 		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 		44 - COD. ORGÃO EMISSOR 	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF 		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 	
		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 	



Data da internação: 06/06/2020 Hora: 19:57:00

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE PAULO SERGIO DE OLIVEIRA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 2165482	
7 - CARTÃO DO SUS 		8 - DATA DE NASCIMENTO 06/08/1982	
9 - SEXO Masc ☒ Fem ☐		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL RITA NUNES DE OLIVEIRA	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) R RENATO DO NASCIMENTO, 299, BODOCONGO III		12 - TELEFONE DE CONTATO 83	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande		14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 250400	
15 - UF PB		16 - CEP 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO NECESSIDADE DE TOMOGRAFIA PARA DIFINIR TRATAENTO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) EXAME FISICO + RADIOGRAFIA			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA AVULSAO DO LCP JOELHO ESQUERDO		21 - CID 10 PRINCIPAL 	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO 		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 	
26 - CLÍNICA 		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 	
28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 		29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016296973832	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE JOSE RENNA GOMES DA SILVA		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 06/06/2020	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		36 - CNPJ DA SEGURADORA 	
37 - Nº DO BILHETE 		38 - SÉRIE 	
39 - CNPJ EMPRESA 		40 - CNAE DA EMPRESA 	
41 - CBOR 			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 		44 - COD. ORGÃO EMISSOR 	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF 		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 	
		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 	



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME: Nattan Santos Rozendo De Oliveira

CRM : 10753

AV MARECHAL FLORIANO
PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

CAMPINA GRANDE - PB, CEP:
58400002

TEL: 33105850

1ª Via Retenção da Farmácia ou
Drogaria

2ª Orientação Ao Paciente

Nattan Rozendo

MÉDICO
CRM-PB 10753

CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

Endereço: R RENATO DO NASCIMENTO, 299 Bairro: BODOCONGO
III Cidade: Campina Grande

PRESCRIÇÃO:

CIPROFLOXACINO 500MG 14CP

TOMAR 01CP 12/12HORAS POR 07 DIAS

Data: 11/06/2020

Nattan Rozendo

MÉDICO
CRM-PB 10753

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Org. Emissor _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF _____

Fone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data: ____/____/____
Assinatura do Farmacêutico



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE:

Paulo Sérgio de Oliveira

DATA DO ATENDIMENTO:

10 / 06 / 2020

Nº PRONTUÁRIO:

FICHA:

DIAGNÓSTICO:

Análise CCP

PROCEDIMENTO:

MÉDICO (CARIMBO):

Dr. Bruno Zylberstein



TRIBUNAL DE PROMOTORIA DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ
Av. José Francisco Pereira, 470 - Maracanã, Belém - PA, 66050-900
Fone: (91) 3212-1234 - Fax: (91) 3212-1235

PARÁ
Estado do Pará

DADOS DO PACIENTE:

Paciente: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

RECEITUÁRIO

100MG 100MG 01CX
TOMAR 01CX DE 6/6 HORAS SEM DOSE

25MG 100MG 01CX
TOMAR 01CX AO DIA POR 28 DIAS

CAMPINA GRANDE - PB 10/06/2020

Medicamento Prescrito
Medicamento Prescrito
Medicamento Prescrito

Médico: Nathan Santos Rodolfo De Oliveira



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOMESTICAMENTE ATENDIDOS - CNES 33.728.000/0001-01
 Av. São Paulo - Pôrto, 470 - Jd. São Carlos, Campina Grande - PB 53072-900
 Telefone: (31) 3333-1111 - Fax: (31) 3333-1112
 E-mail: hospital@hospitaleduc.pb.gov.br

PARAIBA
 Estado de Paraíba

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

Data da Internação: 06/06/2020 Data da Alta: 11/06/2020

Registro: 2165482

Tempo de Permanência: 18420

Diagnóstico Inicial: AVULSAO DO OLHO

Diagnóstico Final:

Principais Exames: NÃO

Cirurgia: OSTEOSSINTESE Data:

Equipe:
 Cirurgião: BRUNO BEZERRA BRILHANTE
 Anx 1:
 Anx 2:
 Anx 3:
 Anx 4:
 Anestesiologista:
 Medicamentos:

Infeção EO: NÃO

Culota de Material: NÃO

Bacteriologia: NÃO

Anatomopatológico: NÃO

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE EM BEG, SEM INTERCORRENCIAS

Orientações: ORIENTO A LAVAR BEM A FERIDA OPERATORIA, EVITAR PISAR NO CHÃO COM O MEMBRO CIRURGIADO, USAR TALA JOELHO POR 8 DIAS OU ATÉ O RETORNO, DADO CARTÃO DE RETORNO, DADO ATESTADO MÉDICO, ENCAMINHADO AO FISIOTERAPEUTA

Medicações para Casa: CIPROFLOXACINA, DIFERON E XARELTO

Condições de Alta: Melhorada

Data: 11/06/2020

Assinatura e Carimbo
 Nattan Santos Rozendo De Oliveira

RESPONSÁVEL: Nattan Santos Rozendo De Oliveira





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

ENCAMINHAMENTO

AO PRONTO-SOCORRO

ENCAMINHO O PACIENTE PAULO SÉRGIO
FRANCO SUBMETIDO A PROCEDEMENTO UROLÓGICO
DEVIDO A LESÃO DO UTERO
DEVIDO A LESÃO DO UTERO.
GRATO

ANEXO 001

11/06/2020

Data

Nelson Roberto
Médico
CRM-PB 10237

Médico



REGISTRO
GERAL

3.734.982

NOME
PAULO SÉRGIO DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO

RITA NUNES DE OLIVEIRA

NATURALIDADE

CAMPINA GRANDE-PB

DOC ORIGEM

NASC.N.7895 FLS.174 LIV.A/07

DATA DE NASCIMENTO
06/08/1982

CPF
015.574.934-05

JOÃO PESSOA - PB

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

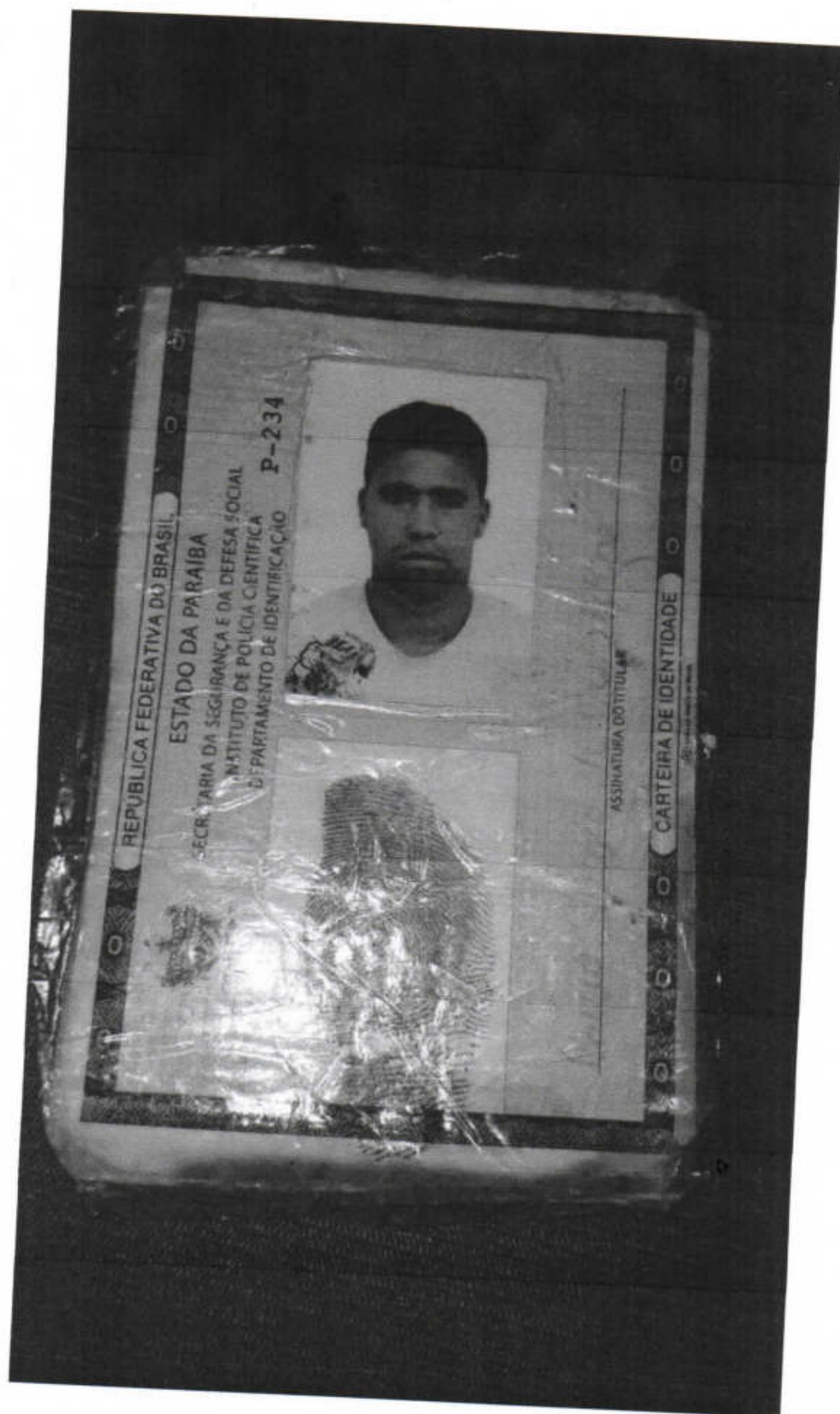
DATA DE
EXPIRAÇÃO
03/02/2009

SECRETARIA DO DIRETOR

LEI Nº 7.176 DE 29/03/63

CHANCELOER







PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200323755 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 01/06/2020 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO ESQUERDO COM AVULSÃO LIGAMENTAR

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. PÁG 1/3/4/10/30

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0254693/20

Vítima: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

CPF: 015.574.934-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/06/2020

Titular do CPF: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

PAULO SERGIO DE OLIVEIRA : 015.574.934-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/09/2020
Nome: PAULO SERGIO DE OLIVEIRA
CPF: 015.574.934-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

