
Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190703791

Vítima: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO

Data do Acidente: 14/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190703791

Vítima: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO

Data do Acidente: 14/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO

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 dos cotovelos

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: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 00000555075-6

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0494933139	CPF da vítima: 713.221.074-24	Nome completo da vítima: Damião Rogério de Souza Faustino
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Damião Rogério de Souza Faustino		CPF: 713.221.074-24
Profissão: Peçono	Endereço: Sítio Chácaras	Número: SIN Complemento:
Bairro: Centro	Cidade: Fagundes	Estado: PB CEP: 58487-000
E-mail:	Tel.(DDD): 713/98805.6654	

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: **0041** CONTA: **555075** **6**

(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: **João Pessoa, 14/12/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Damião Rogério

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL
8ª DELEGACIA DISTRITAL,



CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 1299 /2019, na mesma continha o seguinte teor: 11 de dezembro de 2019, nesta cidade de João Pessoa e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Geraldo Batinga da Silva, às 09:30 horas, compareceu o Sr. **Damião Rogério de Souza Faustino**, portador da cédula de identidade nº 4 446.832 Sds/PB, CPF nº 713.221.074 – 24, brasileira, natural de Campina Grande/PB, solteiro, com 19 anos de idade, filho de Antonio Faustino Neto e de Maria de Souza Faustino, agricultor, residente no Sítio Craiberas, zona rural de Fagundes-PB, casa s/nº, próximo a Bom Sucesso, o qual notificou que, na tarde do dia 14 de julho de 2019, por volta das 13:14 horas aproximadamente, conduzia a motocicleta Honda 250-Tornado, ano e modelo 2003, cor azul e placa MOV 0671 PB, identificada pelo chassi nº 9C2MD34003R101517, cadastrada em nome de Denilson Cordeiro de França e, nas imediações do Balneário na cidade de Galante-PB, precisamente nas proximidades da Piscina do Lira, foi surpreendido com uma lombada, freou bruscamente e assim, esta derrapou, provocando-lhes uma queda, consequentemente, o Notificante foi socorrido ao Hospital de Traumas Dom Luiz Gonzaga Fernandes na cidade de Campina grande-PB, onde foi submetido a procedimentos cirúrgicos. Conforme laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

João Pessoa, 11 de dezembro de 2019.

Everaldo Martins da Costa
Escrivão de Polícia Civil

x Damião Rogério de Souza Faustino

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0454933139	CPF da vítima: 713.221.074-24	Nome completo da vítima: Damião Rogério de Souza Faustino
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Damião Rogério de Souza Faustino		CPF: 713.221.074-24
Profissão: Peão	Endereço: Sítio Charibemas	Número: SIN Complemento:
Bairro: Centro	Cidade: Fagundes	Estado: PB CEP: 58487-000
E-mail:		Tel.(DDD): (83) 98805-6654

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: **0041** CONTA: **555075** **6**

(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, **João Pessoa, 14/12/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Damião Rogério

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

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: 26/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000555075-6

Nr. da Autenticação EA320E40AA3B195D

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para sempre pagamento da nota fiscalizadora de energia elétrica Nº 004.322.270



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-730
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 18.053.933-1

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE SOUZA FAUSTINO
SIT CRAIBEIRAS S/N
FAGUNDES

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/181849-1

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2019	02/08/2019	76	12/08/2019	R\$ 64,25

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02957.450006 00309.058170 8 79790000006425				
Pagador: MARIA DE SOUZA FAUSTINO CNPJ/CPF: 022.154.404-65				
SIT CRAIBEIRAS S/N - AREA RURAL - FAGUNDES / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
29574500000309058	000181849201908	12/08/2019	R\$ 64,25	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190703791 **Cidade:** Fagundes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA **Data do acidente:** 14/07/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS
FAUSTINO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OLECRANO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE K- 35) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO COTOVELO DIREITO.

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 dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Domício Rogério Registro: _____ Leito: 10-3 Setor Atual: 07/01

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

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

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

Drogas vasoativas: () Quais?

Precordialgia ()

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

Cateter vascular: (☒) Periférico () Central () Dissecção. Localização: M3D Data da punção 21/07/19

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

Alimentação: (☒) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____

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

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

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

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

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

Aspecto: () Outros: _____ Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

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

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

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

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____

Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Curativo em: ____/____/____

Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Retirado em: ____/____/____

CUIDADO CORPORAL

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

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

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

SONO E REPOUSO

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

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (☒) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

*paciente com fratura M3D 1º 2º grau de
talão, fratura escápula M1D realizado Curativo*

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

Gilmar S. Raposo
ENFERMEIRO
CRBEN-PB 499.693

DATA: 21/07/19

HORA: 11:00 h

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Dominas Rogério de Souza Registro: 10 Leito: 3 Setor Atual: Intap

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

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

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

Drogas vasoativas: () Quais?

Precordialgia ()

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

Cateter vascular: ☒ Periférico () Central () Dissecção. Localização: M5D Data da punção: 21/07/19

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

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

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

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

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

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

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

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

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas ☒ Escoriações () Outros:

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

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

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:

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

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Retirado em: / /

CUIDADO CORPORAL

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

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

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

SONO E REPOUSO

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

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: ☒ Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

GILSON S. ROCHA
ENFERMEIRO
CRM 493.693

DATA: 23/07/19

HORA: 8:00 h

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Daniela Rogério de Souza Registro: 10 Leito: 3 Setor Atual: UTAP 5

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

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

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

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

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

Aspiração: Quantidade e aspecto:

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: Daniel Rangel Registro: 10 Leito: 3 Setor Atual: UTI

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: lrpm; 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.

OXIGENAÇÃO

Respiração: (☒) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O
(☒) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Damião Rayerio Registro: 10 Leito: 3 Setor Atual: UTIPJ

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS 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.

Data: 21/07/2019

Hora: 01:07:58

Médico (a) Diarista: Ana Maria Da Silva Anselmo

GOVERNO
DA PARAIBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1943618 Paciente: DAMIANO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO Idade: 018

Nome da Mãe: MARIA DE SOUZA FAUSTINO Data de Nascimento: 27/09/2000 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO

DIA 21/07/2019

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE	
2	DIFIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	12, 18, 24, 30, 36
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRÁ AMR, 12h/12h	12, 36
4	Reconstituir 2ML ABD.	
4	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h	12, 36
5	SE DOR	
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 12h/12h	18, 36
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
7	CURATIVOS	

Descompressão manual - 10 ml, VO, 8/18h.

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

Paciente em BEG, sem queixos.

Relato de Dor: nca.
Alívio +. Evolução +.NV: OK.
Evolução em relação +
ad: VPM.Dra. Ana Maria da Silva Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

Data: 22/07/2019
 Horas: 10:15:59

Médico (a) : Wagner Luiz Egito De Araujo



GOVERNO
DA PARAIBA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1943618 Paciente: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO Idade: 018
 Nome da Mãe: MARIA DE SOUZA FAUSTINO Data de Nascimento: 27/09/2000 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermarias: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO

DIA 22/07/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12-18 12 18 06
3	TENOXCAM 20 MG SEMI DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h	12 18 06
4	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	12 18 06
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h	12 18 06
6	DESTORATADINA 5 MG V.O. 1COMPR. 24h/24h (ADM AS 22h)	12 18 06
7	CLUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	12 18 06
8	CURATIVOS	12 18 06

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

10

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1943618 Paciente: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DE SOUZA FAUSTINO Data de Nascimento: 27/09/2000 Admissão: 14/07/2019

Clínica: AMARELA Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO

DIA 14/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Luiz Juvencio Medeiros De Arruda Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	02
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA. 6h/6h	18 24 06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18 06
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	02

EVOLUÇÃO

TA: 14/07/2019 HORA: 15:45:33

#ORTOPEDIA#

PACIENTE VITIMA DE QUEDA EVOLUI COM DOR NO COTOVELO DIREITO
RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA DO OLECRANO DIREITO

CONDUTA:

SOLICITO PRE OP

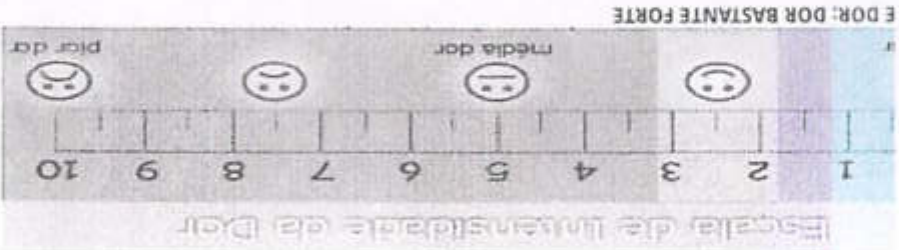
INTERNO PARA TRATAMENTO CIRURGICO

ASSINATURA + CARIMBO

Luiz Juvencio Medeiros De Arruda Camara

DR. LUIZ JUVENCIO MEDEIROS
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM: 6.833 / TEL: 1332

AÇÃO DE RISCO :



() VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
AXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
TRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE

S REFERIDOS

LSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
ENTADO () AGITADO (X) COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
DO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

O NEUROLÓGICA
ERAL : BOM
ÃO EM USO :
: NÃO

CRA () SIM (X) NÃO
() SIM (X) NÃO HAS () SIM (X) NÃO

TAIS
AT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

ACIDENTE DE MOTO
AÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

DADE : CIRURGIA

DE TRABALHO : NAO
17/2019 HORA : 13:20:55

AMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO Idade: 018 Nº ATEND: 1943542

IA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
no, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 14/07/2019

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

HORA PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA	DO

ENFERMEIRO/COREN

acolhimento

OBS:

Miguelly Vanessa P. Marcelino
COREN-PB 69048-ENF



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1943618 Paciente: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DE SOUZA FAUSTINO Data de Nascimento: 27/09/2000 Admissão: 14/07/2019

Clinica: AMARELA Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO

DIA 15/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h	
4	Reconstituir 2ML ABD.	
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

Dia: 15/07/2019 HORA: 08:32:38

#ORTOPEDIA#

PACIENTE VITIMA DE QÜEDA EVOLUI COM DOR NO COTOVELO DIREITO RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA DO OLECRANO DIREITO

CONDTA:

SOLICITO PRE OP

ASSINATURA + CARIMBO

Dr. Schubert Costa Rodrigues
CRM/PB 5523
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Cirurgião da Coluna

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 16/07/2019

Horas: 09:13:47

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa R

PRESCRIÇÃO MÉDICA**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1943618 Paciente: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DE SOUZA FAUSTINO Data de Nascimento: 27/09/2000 Admissão: 14/07/2019

Clínica: AMARELA Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO

DIA 16/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	6/20
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	20 20 30 40
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	5/2 40
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	MT

EVOLUÇÃO

DATA: 16/07/2019 HORA: 09:13:37

#ORTOPEDIA#

PACIENTE VITIMA DE QUEDA EVOLUI COM DOR NO COTOVELO DIREITO

RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA DO OLECRANO DIREITO

CONDUTA:

SOLICITO PRE OP

TRATAMENTO CIRURGICO

Dr. Schubert
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Cirurgião de Coluna
CRM/PA 5523

ASSINATURA + CARIMBO
Schubert Luigi Costa Rodrigues

GOVERNO
DA PARAÍBA

10

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 17/07/2019

Horas: 08:43:45

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1943618 Paciente: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DE SOUZA FAUSTINO Data de Nascimento: 27/09/2000 Admissão: 14/07/2019

Clínica: AMARELA Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO

DIA 17/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Schubert Luigi Costa Rodrigues /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	SND
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	18/08 24/00
	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24
	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	OK

EVOLUÇÃO

DATA: 17/07/2019 HORA: 08:43:37

#ORTOPEDIA#

PACIENTE VITIMA DE QUEDA EVOLUI COM DOR NO COTOVELO DIREITO

RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA DO OLECRANO DIREITO

CONDUTA:

SOLICITO PRE OP

TRATAMENTO CIRURGICO

ASSINATURA + CARIMBO

Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Cirurgia da Coluna
CRM/PB 5523

Data: 18/07/2019

Horas: 10:21:30

Médico (a) Diarista : Schubert Luigi Costa Rodrigues

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1943618 Paciente: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO Idade: 018

Nome da Mãe: MARIA DE SOUZA FAUSTINO Data de Nascimento: 27/09/2000 Sexo: M

Clínica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO

DIA 18/07/2019

MÉDICO(A): Schubert Luigi Costa Rodrigues /

uo

OK

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	er uo
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	uo 24 06
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	uo 24

Dr. Schubert Costa
ORTOPEDIA E REUMATOLOGIA
CIRURGIÃO DA COLUMNA
CRM/PB 5523



 GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 14/07/2019

Horas: 15:47:10

Médico (a) Diarista : Luiz Juvencio Medeiros De Arruda Camara

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1943618 Paciente: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DE SOUZA FAUSTINO Data de Nascimento: 27/09/2000 Admissão: 14/07/2019

Clinica:AMARELA Enfermaria: 1 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO

DLA 14/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Luiz Juvencio Medeiros De Arruda Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO:

EVOLUÇÃO

TA:14/07/2019 HORA:15:45:33

#ORTOPEDIA#

**PACIENTE VITIMA DE QUEDA EVOLUI COM DOR NO COTOVELO DIREITO
RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA DO OLECRANO DIREITO**

CONDUTA:

SOLICITO PRE OP

INTERNO PARA TRATAMENTO CIRURGICO

ASSINATURA + CARIMBO

Luiz Juvencio Medeiros De Arruda Camara

DR. LUIZ SUPERIORE MEDeiros
CARDIOLOGISTA E TRANSMISSOLOGIA
CRL E ANT. OSSORIA DO GUARÁ
CRM-FS 112.7 (RST 1982)

[illegible]



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 26/07/2019

Horas: 11:17:28

Médico (a) Diarista : Ána Maria Da Silva Anselmo

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1943618 Paciente: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO Idade: 018

Nome da Mãe: MARIA DE SOUZA FAUSTINO Data de Nascimento: 27/09/2000 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18103

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 26/07/2019 HORA: 11:17:00

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

CONDUTA:
- VPM.

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo

Dr. Ana Maria Da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825



GOVERNO
DA PARAÍBA

Data: 26/07/2019

Horas: 11:16:25

Médico (a) Diarista: Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1943618 Paciente: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO Idade: 018

Nome da Mãe: MARIA DE SOUZA FAUSTINO Data de Nascimento: 27/09/2000 Sexo: M

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO

DIA 26/07/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo / MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento			
1	DIETA LIVRE				
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h 3D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF				
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12	18	34	06
4	TENOICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12	18	34	06
5	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h SE DOR	12	18	34	06
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	12	18	34	06
7	DESLOTRADINA 5 MG V.O. 1COMP, 24h/24h (ADM AS 22h)	12	18	34	06
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	12	18	34	06
9	CURATIVOS	12	18	34	06

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

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 29/07/2019

Horas: 01:57:59

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1943618 Paciente: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DE SOUZA FAUSTINO Data de Nascimento: 27/09/2000 Admissão: 14/07/2019 DI - 15

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO

DIA 29/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE (Dieta zero a partir de 00:00h)	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP. 12h/12h 6D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	10 0/6
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	12 1/6 2/6
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 2/4
5	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h SE DOR	
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 0/6
7	DES Loratadina 5 MG V.O. 1COMP, 24h/24h (ADM AS 22h)	20 0/6
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
9	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA: 29/07/2019 HORA: 01:57:53

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

CONDUTA:

- VPM.

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De AraujoDr. Wagner Luiz Egito De Araujo
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8926

GOVERNO
DA PARAÍBA

Data: 30/07/2019

Horas: 11:25:16

Médico (a) Diarista: Everlan Da Silva Meira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1943618 Paciente: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO Idade: 018

Nome da Mãe: MARIA DE SOUZA FAUSTINO Data de Nascimento: 27/09/2000 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO

DIA 30/07/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo / MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP. 12h/12h 7D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06
3	CURATIVO	
4	RADIOGRAFIA DE CONTROLE	18 06
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18 06
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 06
7	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h SE DOR	18 06
8	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 06
9	DESLORATADINA 5 MG V.O. 1COMP, 24h/24h (ADM AS 22h)	18 06
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	18 06
11	CURATIVOS	18 06

PDI

Paciente submetido a procedimento cirúrgico
ortopedico, sem intercorrências
CD: VPM 12h de controle

Data: 19/07/2019

Horas: 11:08:26

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

**GOVERNO
DA PARAÍBA**

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1943618 Paciente: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO Idade: 018

Nome da Mãe: MARIA DE SOUZA FAUSTINO Data de Nascimento: 27/09/2000 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO

DIA 19/07/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 20/07/2019

Horas: 14:28:08

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1943618 Paciente: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO Idade: 018

Nome da Mãe: MARIA DE SOUZA FAUSTINO Data de Nascimento: 27/09/2000 Sexo: M

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 20/07/2019 HORA: 14:26:44

#ORTOPEDIA#

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

CONDUCTA:

- P.M.

- AGUARDA MELHORAR CONDIÇÕES DE PELE PARA PROGRAMAR CIRURGIA.

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo

Ana Maria Da Silva Anselmo
R. Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.7825

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 27/07/2019

Horas: 12:27:41

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1943618 Paciente: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DE SOUZA FAUSTINO Data de Nascimento: 27/09/2000 Admissão: 14/07/2019 DI - 13

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO

DIA 27/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP. 12h/12h 4D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 06
5	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h SE DOR	18 06
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 06
7	DESLORATADINA 5 MG V.O. 1COMP, 24h/24h (ADM AS 22h)	18 06
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
9	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA: 27/07/2019 HORA: 12:27:31

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

CONDUTA:

- VPM.

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo
MR. ORTOPEDIA - FCM - MITOLOGIA
CRM - 8925

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 28/07/2019

Horas: 11:11:26

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1943618 Paciente: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DE SOUZA FAUSTINO Data de Nascimento: 27/09/2000 Admissão: 14/07/2019 DI - 14

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO

DIA 28/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 5D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 ok
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 ok
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
5	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h SE DOR	
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 ok
7	DESLORATADINA 5 MG V.O, 1COMP, 24h/24h (ADM AS 24h)	14
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
9	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA: 28/07/2019 HORA: 11:11:19

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

CONDUTA:

- VPM.

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo
MIR. ORTOPEDIA
CRM - 1943618
28/07/2019

GOVERNO
DA PARANÁ

CNPE: 10.848.190/0001-55

Data: 19/07/2019

Hora: 11:10:34

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1943618 Paciente: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO Idade: 018

Nome da Mãe: MARIA DE SOUZA FAUSTINO Data de Nascimento: 27/09/2000 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 19/07/2019 HORA: 11:10:07

#ORTOPEDIA#

PACIENTE VITIMA DE QUEDA EVOLUI COM DOR NO COTOVELO DIREITO

RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA DO OLECRANO DIREITO

CONDUTA:

SOLICITO PRE OP

1º TAMENTO CIRURGICO

ASSINATURA + CARIMBO

Wagner Luiz Egito De Araujo

Date: 20/07/2019
Home: 08-36-43

Home: 08:36:42

Médico (a) Dentista : Ayna Maria Da Silva Anselmo

GOVERNO
DA PARAIBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1943618 Paciente: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO Idade: 018

Nome da Mãe: MARIA DE SOUZA FAUSTINO
Data de Nascimento: 27/09/2000
Sexo: M

Clinica: ORTOPEDIA I	Enfermarias: 10	Leito: 3	Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO
----------------------	-----------------	----------	--

DIA 20/07/2019

MEDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item		Prescrição	Aparazamento
1	DIETA LIVRE		
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/MIL 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h		18 18 94 08
3	TENOXCANI 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h		18 18 94 08
4	TROMETANOL CETOCOROLACO 30 MG/MIL 1 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h SE DOR		SV
5	RANTIDINA CLORIDRATO 50 MG/MIL 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h		(18) x (06)
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS		

Dr. Ana Maria G.D. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

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

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

Assinatura do anestesista

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Damião Rogério de Souza Faustino		Idade:	18a	
Convênio:			Data:		
Procedimento:	Troc. livre de prótese de Ovario D)				
Cirurgião:	Dr. André	Auxiliar:	Dr. Eulânio	Anestesista:	Dr. Vitor Hugo
Início:	0:30	Término:	11:30	Anestesia	Óxido

[illegible][illegible]

Observações:

Paciente com dificuldade de respiração devido aos curativos do HSE.
Sem queixas. O2 = 92%


4553

Assinatura Anestesista

Circulante

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 23/07/2019

Horas: 11:17:26

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1943618 Paciente: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO Idade: 018

Nome da Mãe: MARIA DE SOUZA FAUSTINO Data de Nascimento: 27/09/2000 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18100

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 23/07/2019 HORA: 11:13:51

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR (+/4+) SONO PRESERVADO, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES. APOS ABRIR TALA FOI EVIDENCIADO PRESENÇA DE FERIMENTO INFECTADO EM COTOVELO DIREITO, LOGO INICIO ANTIBIOTICOTERAPIA

CONDUTA:

- VPM.

INICIO ANTIBIOTICOTERAPIA

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
ASSINATURA: [assinatura]
Wagner Luiz Egito De Araujo

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 24/07/2019

Horas: 11:14:20

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1943618 Paciente: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO Idade: 018

Nome da Mãe: MARIA DE SOUZA FAUSTINO Data de Nascimento: 27/09/2000 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18101

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 24/07/2019 HORA: 11:14:06

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR (+/4+) SONO PRESERVADO, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES. APÓS ABRIR TALA FOI EVIDENCIADO PRESENÇA DE FERIMENTO INFECTADO EM COTOVELO DIREITO, LOGO INICIO ANTIBIOTICOTERAPIA

CONDUTA:

- VPM.

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo

30/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.

Data: 30/07/2019

NOME: Everlan Da Silva Meira



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 41965

DATA DA CIRURGIA: 30/07/2019

Número do Atendimento: 1943618 Clín: ORTOPEDIA I / Enf: 10 / Lei: 3

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO

Data da Internação: 14/07/2019

Atendimento: 1943618

Diagnostico Pré-Operatório: fx olecrano d

Diagnostico Pós-Operatório: 0204040078 RADIOGRAFIA DE COTOVELO

Cirurgia: RAFI

Data da Cirurgia: 30/07/2019

Equipe:

Cirurgião: ANDREY LEAL WANDERLEY

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: ANDRE

Anestesiista: FERNANDO ANTONIO COSTA WANDERLEY

Tipo de anestesia: BLOQUEIO DE PLEXO

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: NÃO

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação: 1- PACIENTE EM DECÚBITO VENTRAL SOB ANESTESIA

2- ASSEPSIA E ANTISSEPSE

3- CAMPOS ESTÉREIS

4- INCISÃO POSTERIOR COTOVELO D+ DISSECÇÃO POR PLANOS

5- REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DE OLÉCRANO

6- FIXAÇÃO COM DOIS FIOS DE KIRSHNER 2.0 + FIO DE CERCLAGEM, (BANDA DE TENSÃO).

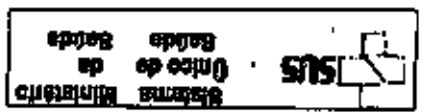
7- LAVAGEM DE FO COM SF 0,9%

8- SUTURA POR PLANOS + CURATIVO

Data 30/07/2019

Assinatura/Carimbo

Everlan Da Silva Meira



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNEB: 2362856

3 - NOME DO PACIENTE: DAMIANO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO

4 - DATA DE NASCIMENTO: 27/09/2000

5 - SEXO: ☒ M ☐ F

6 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: MARIA DE SOUZA FAUSTINO

7 - CARTÃO DO SUS: 898004403988325

8 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO): SETO CAIBEIRA, 0, ZONA RURAL

9 - CIDADE/UF: 250610 PB

10 - CIDADE/UF: 58487000 PB

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - HISTÓRICO DE DOENÇAS E SINTOMAS CLÍNICOS: *Acidente de trânsito de bicicleta com lesão na cabeça e no pescoço.*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: *Contusão da cabeça.*

19 - EXAMES REALIZADOS DE ACORDO COM OS RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS: *Exames realizados.*

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: *Contusão da cabeça.*

PROCEDEMENTO SOLICITADO

21 - PROCEDIMENTO SOLICITADO: *Exames de imagem.*

22 - CLÍNICA: 02

23 - DOCUMENTO: 980016296677001

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 14/07/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

25 - CIDADE/UF: 58487000 PB

26 - DATA DO ACIDENTE: 14/07/2019

27 - CIDADE/UF: 58487000 PB

28 - CIDADE/UF: 58487000 PB

29 - CIDADE/UF: 58487000 PB

30 - CIDADE/UF: 58487000 PB

31 - CIDADE/UF: 58487000 PB

32 - CIDADE/UF: 58487000 PB

33 - CIDADE/UF: 58487000 PB

34 - CIDADE/UF: 58487000 PB

35 - CIDADE/UF: 58487000 PB

36 - CIDADE/UF: 58487000 PB

37 - CIDADE/UF: 58487000 PB

38 - CIDADE/UF: 58487000 PB

39 - CIDADE/UF: 58487000 PB

40 - CIDADE/UF: 58487000 PB

41 - CIDADE/UF: 58487000 PB

42 - CIDADE/UF: 58487000 PB

43 - CIDADE/UF: 58487000 PB

44 - CIDADE/UF: 58487000 PB

45 - CIDADE/UF: 58487000 PB

46 - CIDADE/UF: 58487000 PB

47 - CIDADE/UF: 58487000 PB

48 - CIDADE/UF: 58487000 PB

49 - CIDADE/UF: 58487000 PB

50 - CIDADE/UF: 58487000 PB

51 - CIDADE/UF: 58487000 PB

52 - CIDADE/UF: 58487000 PB

53 - CIDADE/UF: 58487000 PB

54 - CIDADE/UF: 58487000 PB

55 - CIDADE/UF: 58487000 PB

56 - CIDADE/UF: 58487000 PB

57 - CIDADE/UF: 58487000 PB

58 - CIDADE/UF: 58487000 PB

59 - CIDADE/UF: 58487000 PB

60 - CIDADE/UF: 58487000 PB

61 - CIDADE/UF: 58487000 PB

62 - CIDADE/UF: 58487000 PB

63 - CIDADE/UF: 58487000 PB

64 - CIDADE/UF: 58487000 PB

65 - CIDADE/UF: 58487000 PB

66 - CIDADE/UF: 58487000 PB

67 - CIDADE/UF: 58487000 PB

68 - CIDADE/UF: 58487000 PB

69 - CIDADE/UF: 58487000 PB

70 - CIDADE/UF: 58487000 PB

71 - CIDADE/UF: 58487000 PB

72 - CIDADE/UF: 58487000 PB

73 - CIDADE/UF: 58487000 PB

74 - CIDADE/UF: 58487000 PB

75 - CIDADE/UF: 58487000 PB

76 - CIDADE/UF: 58487000 PB

77 - CIDADE/UF: 58487000 PB

78 - CIDADE/UF: 58487000 PB

79 - CIDADE/UF: 58487000 PB

80 - CIDADE/UF: 58487000 PB

81 - CIDADE/UF: 58487000 PB

82 - CIDADE/UF: 58487000 PB

83 - CIDADE/UF: 58487000 PB

84 - CIDADE/UF: 58487000 PB

85 - CIDADE/UF: 58487000 PB

86 - CIDADE/UF: 58487000 PB

87 - CIDADE/UF: 58487000 PB

88 - CIDADE/UF: 58487000 PB

89 - CIDADE/UF: 58487000 PB

90 - CIDADE/UF: 58487000 PB

91 - CIDADE/UF: 58487000 PB

92 - CIDADE/UF: 58487000 PB

93 - CIDADE/UF: 58487000 PB

94 - CIDADE/UF: 58487000 PB

95 - CIDADE/UF: 58487000 PB

96 - CIDADE/UF: 58487000 PB

97 - CIDADE/UF: 58487000 PB

98 - CIDADE/UF: 58487000 PB

99 - CIDADE/UF: 58487000 PB

100 - CIDADE/UF: 58487000 PB

AUTORIZAÇÃO

1 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: *[Assinatura]*

2 - CBO: 35201010

3 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 14/07/2019

4 - CIDADE/UF: 58487000 PB

5 - CIDADE/UF: 58487000 PB

6 - CIDADE/UF: 58487000 PB

7 - CIDADE/UF: 58487000 PB

8 - CIDADE/UF: 58487000 PB

9 - CIDADE/UF: 58487000 PB

10 - CIDADE/UF: 58487000 PB

11 - CIDADE/UF: 58487000 PB

12 - CIDADE/UF: 58487000 PB

13 - CIDADE/UF: 58487000 PB

14 - CIDADE/UF: 58487000 PB

15 - CIDADE/UF: 58487000 PB

16 - CIDADE/UF: 58487000 PB

17 - CIDADE/UF: 58487000 PB

18 - CIDADE/UF: 58487000 PB

19 - CIDADE/UF: 58487000 PB

20 - CIDADE/UF: 58487000 PB

21 - CIDADE/UF: 58487000 PB

22 - CIDADE/UF: 58487000 PB

23 - CIDADE/UF: 58487000 PB

24 - CIDADE/UF: 58487000 PB

25 - CIDADE/UF: 58487000 PB

26 - CIDADE/UF: 58487000 PB

27 - CIDADE/UF: 58487000 PB

28 - CIDADE/UF: 58487000 PB

29 - CIDADE/UF: 58487000 PB

30 - CIDADE/UF: 58487000 PB

31 - CIDADE/UF: 58487000 PB

32 - CIDADE/UF: 58487000 PB

33 - CIDADE/UF: 58487000 PB

34 - CIDADE/UF: 58487000 PB

35 - CIDADE/UF: 58487000 PB

36 - CIDADE/UF: 58487000 PB

37 - CIDADE/UF: 58487000 PB

38 - CIDADE/UF: 58487000 PB

39 - CIDADE/UF: 58487000 PB

40 - CIDADE/UF: 58487000 PB

41 - CIDADE/UF: 58487000 PB

42 - CIDADE/UF: 58487000 PB

43 - CIDADE/UF: 58487000 PB

44 - CIDADE/UF: 58487000 PB

45 - CIDADE/UF: 58487000 PB

46 - CIDADE/UF: 58487000 PB

47 - CIDADE/UF: 58487000 PB

48 - CIDADE/UF: 58487000 PB

49 - CIDADE/UF: 58487000 PB

50 - CIDADE/UF: 58487000 PB

51 - CIDADE/UF: 58487000 PB

52 - CIDADE/UF: 58487000 PB

53 - CIDADE/UF: 58487000 PB

54 - CIDADE/UF: 58487000 PB

55 - CIDADE/UF: 58487000 PB

56 - CIDADE/UF: 58487000 PB

57 - CIDADE/UF: 58487000 PB

58 - CIDADE/UF: 58487000 PB

59 - CIDADE/UF: 58487000 PB

60 - CIDADE/UF: 58487000 PB

61 - CIDADE/UF: 58487000 PB

62 - CIDADE/UF: 58487000 PB

63 - CIDADE/UF: 58487000 PB

64 - CIDADE/UF: 58487000 PB

65 - CIDADE/UF: 58487000 PB

66 - CIDADE/UF: 58487000 PB

67 - CIDADE/UF: 58487000 PB

68 - CIDADE/UF: 58487000 PB

69 - CIDADE/UF: 58487000 PB

70 - CIDADE/UF: 58487000 PB

71 - CIDADE/UF: 58487000 PB

72 - CIDADE/UF: 58487000 PB

73 - CIDADE/UF: 58487000 PB

74 - CIDADE/UF: 58487000 PB

75 - CIDADE/UF: 58487000 PB

76 - CIDADE/UF: 58487000 PB

77 - CIDADE/UF: 58487000 PB

78 - CIDADE/UF: 58487000 PB

79 - CIDADE/UF: 58487000 PB

80 - CIDADE/UF: 58487000 PB

81 - CIDADE/UF: 58487000 PB

82 - CIDADE/UF: 58487000 PB

83 - CIDADE/UF: 58487000 PB

84 - CIDADE/UF: 58487000 PB

85 - CIDADE/UF: 58487000 PB

86 - CIDADE/UF: 58487000 PB

87 - CIDADE/UF: 58487000 PB

88 - CIDADE/UF: 58487000 PB

89 - CIDADE/UF: 58487000 PB

90 - CIDADE/UF: 58487000 PB

91 - CIDADE/UF: 58487000 PB

92 - CIDADE/UF: 58487000 PB

93 - CIDADE/UF: 58487000 PB

94 - CIDADE/UF: 58487000 PB

95 - CIDADE/UF: 58487000 PB

96 - CIDADE/UF: 58487000 PB

97 - CIDADE/UF: 58487000 PB

98 - CIDADE/UF: 58487000 PB

99 - CIDADE/UF: 58487000 PB

100 - CIDADE/UF: 58487000 PB

GOVERNO
DA PARAÍBA

Data: 23/07/2019

Horas: 11:13:21

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1943618 Paciente: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO Idade: 018

Nome da Mãe: MARIA DE SOUZA FAUSTINO Data de Nascimento: 27/09/2000 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO

DIA 23/07/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h 0D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	12.06 12.18 24.06 12.
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	
4	HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V. IFRA AMP, Reconstituir 4ML ABD, 1X AO DIA	
5	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12. 24
6	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1 AMPOLA, 8h/8h SE DOR	
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	12. 24
8	DESLORATADINA 5 MG V.O. 1 COMP. 24h/24h (ADM AS 22h)	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
10	CURATIVOS	Realizados


**GOVERNO
DA PARAÍBA**

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1943618 Paciente: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO Idade: 018

Nome da Mãe: MARIA DE SOUZA FAUSTINO Data de Nascimento: 27/09/2000 Sexo: M

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO

DIA 24/07/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h 1D/7D Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	18/24/06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	18/24/06
4	HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V. IFRA AMP, Reconstituir 4ML ABD, IX AO DIA	18/24/06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18/24/06
6	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h SE DOR	SN
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18/24/06
8	DESCLORATADINA 5 MG V.O. ICOMP, 24h/24h (ADM AS 22h)	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
10	CURATIVOS	

Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo
CRM-PB 8026

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 25/07/2019

Horas: 10:53:07

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1943618 Paciente: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO Idade: 018

Nome da Mãe: MARIA DE SOUZA FAUSTINO Data de Nascimento: 27/09/2000 Sexo: M

Admissão: 31/12/1969 DI - 18102

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 25/07/2019 HORA: 10:53:00

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR (+/4+) SONO PRESERVADO, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA, DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES.
APÓS ABRIR TALA FOI EVIDENCIADO PRESENÇA DE FERIMENTO INFECTADO EM COTOVELO DIREITO, LOGO CIO ANTIBIOTICOTERAPIA

CONDUTA:

- VPM.

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo

Data da internação: 14/07/2019 Hora: 15:40:32

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES
2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
1943618

7 - CARTÃO DO SUS
898004803988325

8 - DATA DE NASCIMENTO
27/09/2000

9 - SEXO
Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
MARIA DE SOUZA FAUSTINO

11 - TELEFONE DE CONTATO
83

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
SITIO CAIBEIRA, 0, ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Fagundes

14 - CÓDIGO MUNICIPAL
250610

15 - UF
PB

16 - CEP
58487000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de moto evolui com lesão no tornozelo

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Intensamente Analgésico

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

Rx + Ex físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de tornozelo

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

FRATURA DE TORNZELO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO DE ORTODONTIA E TRAUMATOLOGIA ORAL - CBO 1512) DO DENTISTA

LUÍZ JUVENCIO MEDEIROS

14/07/2019

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 - CNIE DA EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

11

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Amirio Rogério S. Frustino Registró: Leito: 10.03 Setor Atual: Orto J

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: l/rpm; 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
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS 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.

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 31/07/2019

Horas: 11:22:26

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1943618 Paciente: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO Idade: 018 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DE SOUZA FAUSTINO Data de Nascimento: 27/09/2000 Admissão: 14/07/2019 DI - 17

Clínica: ORTOPEdia 1 Enfermaria: 10 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO

DIA 31/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CURATIVO	
3	RADIOGRAFIA DE CONTROLE	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
6	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h SE DOR	
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	
8	DESCLORATADINA 5 MG V.O, 1COMP, 24h/24h (ADM AS 22h)	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
10	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA: 31/07/2019 HORA: 11:21:39

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

CONDUTA: ALTA HOSPITALAR: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, ATESTADO MÉDICO. CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, ORIENTAÇÕES ORTOPÉDICAS E LIMPEZA DE FERIDAS, PRESCREVO CEFALOXINA 500MG VO 6/6H POR 10 DIAS, ARFLEX 200MG VO 1X AO DIA POR 06 DIAS

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
MR ORTOPEdia
CRM - PB 66428



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO

Data da Internação: 14/07/2019

Data da Alta: 31/07/2019

Registro: 1943618

Tempo de Permanência: -18092

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final:

Fratura do Ombro Direito

Cirurgia: FIXACAO PERCUTANEA + BANDA DE TENSÃO

Data: 30/07/2019

Equipe:

Cirurgião: ANDREY LEAL WANDERLEY

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO (SIC), COM DOR, LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM MEMBROS SUPERIORES DIREITO, FOI REALIZADO PROCEDIMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS

Orientações: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, ATESTADO MEDICO, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, ORIENTAÇÕES ORTOPÉDICAS E LIMPEZA DE FERIDAS

Medicações para Casa: PRESCREVO CEFLEXINA 500MG VO 6/6H POR 21 DIAS, ARFLEX 200MG VO 1X AO DIA POR 06 DIAS

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Condições de Alta: Melhorado

Data: 31/07/2019

Assinatura/Carimbo
Wagner Luiz Egito De Araujo

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA!
Egito De Araujo

RESPONSÁVEL: Wagner Luiz

DI. Wagner Luiz Egito De Araujo
MR. CRISTINA DA SILVA
CRM - PB 1943618

PACIENTE:	DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO
DATA DO EXAME:	14/07/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST" 10

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento diafônico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

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

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

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

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


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

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

OME: Daniello Rogério Souza Feustino

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:
--------	-------	------	-------	---------	----------	------	--------

DADOS CLÍNICOS:

Parturiciã - pós parto 14.07.19

MATERIAL A EXAMINAR:

oro.

EXAME SOLICITADO: Rx anteroposterior AP e perfil, Rx de braço AP, Rx uniaxial perfil, Rx cotovelo AP e perfil, Rx de tornozelo AP

URGÊNCIA:	☒	ROTINA:	☐
DATA:	14/07/19	HORA DA SOLICITAÇÃO:	13:36h

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

Dr. José Antônio T. Beldino
Cirurgião Geral
CRM: 10381
RQE: 2540

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>DANIEL R. DE SOUZA FORTES</i>			IDADE	SEXO <i>M</i>	COR
DATA <i>30-07-19</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
	UREIA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BROMOITE
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URDNÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATAXICOS	CONTORÇÕES	ALERGIA		HEPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO		RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANEST. SÍMBOLOS							INDUÇÃO Satisf.: _____ Excl.: _____ Tosse: _____ Laringe espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ MANUTENÇÃO
LÍQUIDOS							
VP. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO							
AX. ANESTESIA: O - OPERAÇÃO							
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES							ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____
POSICÃO							DESPERTAR Reflexos na SC: _____ Obsv.: _____ Co ₂ : _____ Excl.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____
AGENTES	<i>curap. - 2 Amp + op. local - 13</i>						CÂMULAS
TÉCNICA	<i>Blowby e PEEP. Respiração</i>						
OPERAÇÃO	<i>Exat. Cir. Brach. Cotonete</i>						
CIRURGIÕES	<i>Handley</i>						
ANESTESISTAS	<i>Wanderley</i>						
OBSERVAÇÕES	<i>Wanderley</i>						
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.							PERDA SANGÜÍNEA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: Damiano Roberto Registro: 10 Leito: 2 Setor Atual: UTIP

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:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

Gesometria 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.



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

713.221.074-24

Nome

DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO

Nascimento

27/09/2000

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

MOV0671

2015

[Imprimir Consulta](#)

	MOV0671	Último Licenciamento: 2015
		Proprietário: *****
		Placa: MOV0671
PASSA / MOTOCICLET	GASOLINA	Combustível: GASOLINA
HONDA/XR 250 TORNADO	2003 2003	Marca/Modelo: HONDA/XR 250 TORNADO
		Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET
		Ano de Fabricação: 2003
PARTICULAR AZUL		Ano Modelo: 2003
29/03/2019		Categoria: PARTICULAR
		Cor Predominante: AZUL
		Vencimento Licenciamento: 29/03/2019
		Observação:
		Restrição:
		Financeira:
		Município: JOAO PESSOA
		Situação: EM CIRCULACAO
		Data da Consulta: 08/08/2019
JOAO PESSOA	08/08/2019	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

L
A
C
R
E

DETRAN - PB

Nº 01202877702

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA

CÓD. RENAVAM

RRT

20150000195036

EXERCÍCIO

2015

1

0079734157-9

00/00000000

NOME

DENILSON CORDEIRO DE FRANCA

CPF / CNPJ

09277167475

PLACA

MOV0671/PB

PLACA ANT / UF

NOVO

PB

CHASSI

9C2MD34003R101517

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

250 TORNAO

ANO FAB.

2003

ANO MOD

2003

CAP. CIL

2 P/249 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

AZUL

COTA ÚNICA

IPVA PAGO EM

VENC. COTA ÚNICA

11/05/2015

VENC / COTAS

1º

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

2º

0

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

SEGURO

PRÊMIO TOTAL (R\$)

P A G O

DATA DE PAGAMENTO

11/05/2015

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO

0

JOAO PESSOA

36994



DATA

13/05/2015

960

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0454933/19

Vítima: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO

CPF: 713.221.074-24

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 14/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO : 713.221.074-24

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: 17/12/2019
Nome: DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO
CPF: 713.221.074-24

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

DAMIAO ROGERIO DE SOUZA FAUSTINO

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA