



Número: **0800445-74.2020.8.15.0071**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Areia**

Última distribuição : **27/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS (AUTOR)	INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37410 133	03/12/2020 09:17	<u>2770772_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200258258 Cidade: Esperança Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS Data do acidente: 02/04/2019 Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

Documentos complementares:

Observações: PÁG.55_CIRURGIA

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200258258 Cidade: Esperança Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS Data do acidente: 02/04/2019 Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

Documentos complementares:

Observações: PÁG.55_CIRURGIA

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0203174/20

Vítima: WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS

CPF: 719.419.304-33

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/04/2019

Titular do CPF: WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS : 719.419.304-33

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: 21/07/2020
Nome: WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS
CPF: 719.419.304-33

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/07/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





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, 23 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200258258

Vítima: WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS

Data do Acidente: 02/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS

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

Pag. 01751/01752 - carta_01 - INVALIDEZ



00036876

Carta nº 15967840



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 09:17:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120309171622600000035695335>
Número do documento: 20120309171622600000035695335

Num. 37410133 - Pág. 4



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, 06 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200258258 Vítima: WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS

Data do Acidente: 02/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recededor: WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000003452-5

Conta: 000007187-0

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, retorno 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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:

719 419 30433

Wellington Henrique dos Santos

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

5 - Nome completo:		6 - CPF:
Wellington Henrique dos Santos		719 419 30433
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número: 10 - Complemento:
agricultor	Rua Joaquim Alves Brizola	511/
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado: 14 - CEP:
Zona Rural	Areia	PB 58397 000
15 - E-mail:		
16 - Tel.(DDD): 83 333 41229		

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:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3452 CONTA: 71 87 0		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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Campina Grande - PB, 21/07/2020

Wellington Henrique dos Santos

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

2002/2019





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) 3310-9319



OCORRÊNCIA N° 000060/20

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 N° 000060/20 registrada em 10/04/2020, que passo a transcrever na íntegra: Aos dez dias do mês de abril 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 16:30 horas, compareceu o Sr. WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS, com 20 anos de idade, filho de JOSÉ ADRIANO FAUSTINO DOS SANTOS e MARIA JOSÉ HENRIQUE DOS SANTOS, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade N° 4480603, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 71941930433, residindo à rua ABEL BARBOSA, S/N, bairro CEPILHO, na cidade de AREIA - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta de 00h10min do dia 02.04.2019, estava trafegando por uma estrada vicinal que liga o Distrito de Massabela a cidade de Esperança/PB, conduzindo a motocicleta DAFRA SUPER 100, ano/modelo 2008/2008, de cor preta, chassi n° 95VAC1G288M011255, de placa NPS-7306/PB, em nome de Marcelo Ferreira Félix, quando em uma curva colidiu frontalmente com outra motocicleta de marca, placa e demais características que ignora, inclusive o condutor, sendo que em decorrência do impacto o comunicante e o outro motociclista foram jogados ao solo, causando-lhes ferimentos graves, sendo ambos socorridos pelo SAMU e encaminhados para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foram submetidos a tratamentos médicos, conforme prontuários médico hospitalar em anexo; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom e com via seca, entretanto, não existe iluminação no local, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, não foi realizada perícia técnica no local por parte dos Policiais Militares da CPTran, pois os mesmos não foram solicitados; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o outro motociclista envolvido no acidente, caso o mesmo seja identificado, pois pretende apenas receber a indenização do seguro obrigatório a que tem direito. 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, 10 de Abril de 2020

Wellington Henrique dos Santos
WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS

Declarante

José Alberto do Nascimento
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 090.241-1
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:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	319 419 30433	Wellington Henrique dos Santos

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Wellington Henrique dos Santos	719 419 30433		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
agricultor	Rua Joaquim Alves Brizola	511	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Zona Rural	Araia	PR	58397-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 8333341229		

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:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 3452 CONTA: 71 87 0		
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):		
<input type="checkbox"/> Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input checked="" type="checkbox"/> O IMI 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

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (velascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> 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 rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Compensa Giambi - PR 21/07/2020

Wellington Henrique dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03452-5

CONTA: 000000007187-0

Nr. Autenticação

BRADESCO03082020050000000002370345200000007187236250 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 09:17:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120309171622600000035695335>
Número do documento: 20120309171622600000035695335

Num. 37410133 - Pág. 9

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda-via de conta.
Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica.: N° 046.964.042



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

MARINES BEZERRA DO NASCIMENTO
RUA RAIMUNDO ALVES BEZERRA S/N
AREIA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/659822-1

REFERÊNCIA
JUL/2020

APRESENTAÇÃO
07/07/2020

CONSUMO
0

VENCIMENTO
14/07/2020

TOTAL A PAGAR
R\$ 23,67

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 13/07/2020

Pagador: MARINES BEZERRA DO NASCIMENTO CNPJ/CPF: 457.532.454-04
RUA RAIMUNDO ALVES BEZERRA S/N - AREA RURAL - AREIA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120017593044	000659822202007	14/07/2020	R\$ 23,67	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 09:17:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120309171622600000035695335>
Número do documento: 20120309171622600000035695335

Num. 37410133 - Pág. 10

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 09:17:16

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120309171622600000035695335>

Número do documento: 20120309171622600000035695335

DESTINO DO PACIENTE _____ às _____ : _____ hs.

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico	<input checked="" type="checkbox"/> Alta hospitalar	<input checked="" type="checkbox"/> 10 a 14 anos
<input type="checkbox"/> Internação (setor)	<input checked="" type="checkbox"/> Decisão Médica	<input checked="" type="checkbox"/> 15 a 19 anos
<input type="checkbox"/> Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL	<input checked="" type="checkbox"/> Óbito	<input checked="" type="checkbox"/> 20 a 24 anos
<i>Suelio Moreira Torres</i> <i>Ass. pelo paciente ou responsável (quando necessário)</i>		



Ficha de Acolhimento

Nome:	Wellington Henrique dos Santos		
End:	Av. Sustg Gabiele		
Data de Nascimento:	08/12/1999		
Queixa:	Dores		
Acidente de trabalho?	(<input type="checkbox"/>) Sim	(<input type="checkbox"/>) Não	02/04/18

Classificação de Risco

Nível de consciência:	(<input type="checkbox"/>) Bom	(<input type="checkbox"/>) Regular	(<input type="checkbox"/>) Baixo	Aspecto:	(<input type="checkbox"/>) Calmo	(<input type="checkbox"/>) Fáceis de dor	(<input type="checkbox"/>) Gemente
Frequência respiratória:							
Pressão arterial:							
Dosagem de HGT:							
Deambulação:	(<input type="checkbox"/>) Livre	(<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas	(<input type="checkbox"/>) Maca				

Estratificação

MOD. 110

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

Assinatura e carimbo do profissional
Vice-Coordenador



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

FONTE: NIC:2010. CHAVES,L.D.;SOLAY,C.A.;SAE. 2.ed. 2013.

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a) : Gilsam S. Raposo
ENFERMEIRA
Carimbo: 98.49163 Assinatura: 11.191-1
Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem : Carimbo de Almeida





DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:	Wyllian	Henrique	Enfermaria:	Externa	Leito:	2	Data:	03/10/18
DIAGNÓSTICOS			FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO					
			CARACTERÍSTICAS DEFINidorAS					
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Hábitos de evacuação irregulares ()		Lesão neurológica ()		Anorexia ()	Dor abdominal ()	Outro ()
3	Déficit no auto cuidado para banho	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()			Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()
4	Dor aguda	Fatores psicológicos ()	Outro ()	Dor ()	Fraqueza ()	Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()	Outro ()
5	Hipertermia	Prejuízo neuromuscular ()	Outro ()	Outro ()		Incapacidade de acessar o banheiro (✓)	Outro ()	
6	Integridade da pele prejudicada	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Incapacidade de lavar o corpo (✓)	Outro ()	
7	Mobilidade Física prejudicada	Aumento da taxa metabólica ()				Relato verbal de dor ()		
8	Padrão respiratório ineficaz	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()		
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()		Taquicardia ()	Invasão de estruturas do corpo ()	
10	Risco de infecção	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Destruição de camadas da pele ()	Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()
11	Risco de queda	Prejuízos músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()		Dificuldade para virar-se ()	Dispneia ao esforço (✓)	Outro ()
12	Padrão de sono prejudicado	Ansiedade (✓)	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Movimentos descontrolados ()		
13	Outro	Ascite ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()	Batimento de asa de nariz ()	Dispneia (✓)	Outro ()
14	Outro	Drenos ()	Outros ()			Alterações na profundidade respiratória ()		

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input checked="" type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordialgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sepro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <u>MSE</u> Data da punção <u>03/04/18</u>	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: ___/___/___	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: ___/___/___	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ___/___/___	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: ___/___/___	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<p><i>Paciente informou ter uso de fixador MSO, descontinuando 83% em Mármore de Beira Rio</i></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Gilza S. Raposo ENFERMEIRA COREN-PB 499.693	DATA: <u>03/04/18</u> HORA: <u>9:00</u> h

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Wellington Henrique | Registro: 84 | Leito: 2 | Setor Atual: 012

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: 1 irpm; PA: 130/10 mmHg; FC: 75 bpm; SPO2: 93 %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Pupilas: () Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi 80% l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

() Eupnênia; () Taquipnênia () Bradipnênia () Dispneia () Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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

FONTE: NIC:2010, CHAVES L.D.; SOLAY,C.A.; SAE. 2 ed. 2013.

Rita de Cássia R. Souza
COREN-PB 102681-ENF
Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a) : 
Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem :

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a) : 
Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem :





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

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: <i>M5</i> Data da punção ____/____/____	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotônico () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD; Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas Manifestações de sede: ().	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: <i>MIB</i> Curativo em <i>24/04/18</i>	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> 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: <i>Érika de Sousa Miranda</i> DATA: <i>24/04/18</i> HORA: ____ h COREN-PB 102681-ENF	

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Wellington Henrique | Registro: | Leito: Pat II | Setor Atual: Orto II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 100X80 mmHg; FC: bpm; SPO2: 98 %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: () Local: Obs.: 18:25 hs

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outro

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

Pupilas: Isocôricas Anisocôricas D>E E>D Fotorreagentes Mióticas Midriáticas

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local:

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea Cateter Nasal Venturi % l/min Traqueostomia Ayre/Tubo T
() VMNI VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O Maxcare Reunited
() Eupnênia; () Taquipnênia Bradipnênia Dispneia Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuidos 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
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E
 TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:	Wolelongen Henrique	Enfermaria:	Ent.2	Leito:	2	Data:	05/04/18
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO			CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS			
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação ()
		Hábitos de evacuação irregulares ()		Lesão neurológica ()		Anorexia ()	Dor abdominal ()
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()			Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()
		Fatores psicológicos ()	Outro ()			Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro ()	Outro ()
						Inc apacidade de lavar o corpo ()	
4	Dor aguda	Ansiedade ()				Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()
		Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()					
5	Hipertermia	Outros ()				Relato verbal de dor ()	
		Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()	
6	Integridade da pele prejudicada	Aumento da taxa metabólica ()				Taquicardia ()	Taquipneia ()
		Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()				Outro ()
7	Mobilidade Física prejudicada	Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()		Destruição de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo ()
		Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()
8	Padrão respiratório ineficaz	Prejuízos músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()		Difficultade para virar-se ()	Dispneia ao esforço ()
		Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()		Outro ()
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Outro ()				Movimentos descontrolados ()	
		Ascite ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Outro ()	Alterações na profundidade respiratória ()	Dispneia ()
10	Risco de infecção	Drenos ()	Outros ()			Batimento de asa de nariz ()	Ortopneia ()
		Aumento da exposição ambiental à patógenos ()					Outro ()
11	Risco de queda	Procedimentos invasivos ()		Outro ()			
		Mobilidade física prejudicada ()				Medicações ()	
12	Padrão de sono prejudicado	Extremos da idade ()	Agitação/Desorientação ()				
		Falta de privacidade/controle do sono ()		Outro ()		Mudança do padrão normal do sono ()	Outro ()
13	Outro	Ruído ()	Imobilização física ()				Relatos de dificuldade para dormir ()
14	Outro						

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

Fx perna D

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Wellington Henrique | Registro: Extra | Leito: 2 | Setor Atual: SNS 2

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 120/70 mmHg; FC: 58 bpm; SPO2: %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (✓) Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (✓) Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal (✓) Venturi 80% l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

() Eupnênia; () Taquipnênia () Bradipnênia (✓) 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:

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

P脉: (✓) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distenção abdominal. <input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante. <input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros). <input type="checkbox"/> Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM. <input type="checkbox"/> Atenhir para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos). <input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspas, frequência e quantidade). <input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares. <input type="checkbox"/> Encaminhar ao banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo. <input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo. <input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor. <input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável. <input type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor. <input type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinal vitais. <input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação. <input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados. <input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos. <input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão. <input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM. <input type="checkbox"/> Analisar condições do curativo. <input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele. <input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito. <input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado. <input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%. <input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura). <input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e freqüência cardíaca). <input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico. <input type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos. <input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar. <input checked="" type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações. <input type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos. <input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência). <input type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas. <input type="checkbox"/> Conter o paciente quando necessário. <input type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo. <input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito. <input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM. <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Outros _____		<input type="checkbox"/> Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada. <input type="checkbox"/> Melhora a aceitação alimentar. <input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável. <input type="checkbox"/> Auxílio diário às necessidades de higiene. <input type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente). <input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos. <input type="checkbox"/> Melhora da integridade da pele. <input type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão. <input type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz. <input type="checkbox"/> Melhora da perfusão tissular. <input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz. <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído. <input checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção. <input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda. <input type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono. <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Outros _____
		FONTE: NIC-2010. CHAVES, L.D.; SOLAY,C.A.; SAE, 2 ed, 2013.
		Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a): _____ Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem: _____





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

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? _____	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>M5D</u>	Data da punção <u>06/04/18</u>
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (F) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastrografia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____	Data: ___/___/___
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros: _____ Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas	Manifestações de sede: ().
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:	Curativo em: ___/___/___
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Débito: _____ Retirado em: ___/___/___
Úlcera de pressão: () Estágio:	Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ___/___/___
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente.	Observações:
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: () Acamado <input checked="" type="checkbox"/> Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido.	Observações:
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: _____	() Praticante () Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS	
<p>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:</p> <p style="text-align: center;">Katarina de S. Bento Amaral ENFERMEIRA COREN-MA 3751</p>	
DATA: <u>06/04/18</u>	
HORA: <u>09:00</u> h	

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Wellington Henrique | Registro: Ext | Leito: 02 | Setor Atual: 02477

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: ~~100~~⁸⁰ mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

Eupnênia; () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispneia () Outros:

Auscultação 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:

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - DIURNO**ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - NOTURNO**

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

SONDAS, CATETERES E DRENOS

SVD	AVP	ANC	PIA	PAM	TOT	TAT	SNE	SNG	DRENOS
ÚLTIMA EVACUAÇÃO:	ASPECTO:				BALANÇO HÍDRICO ATUAL:	BALANÇO HÍDRICO ANTERIOR:	BALANÇO HÍDRICO ACUMULADO:		

FERIDAS / LESÕES

CURATIVOS / COBERTURAS / PRODUTOS UTILIZADOS

ENFERMEIRO:

ENFERMEIRO:





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

NOME: Wellington Henrique da Silveira SETOR: 2º and LEITO: 12 DATA: 02/04/18 HD:

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 09:17:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012030917162260000035695335>
Número do documento: 2012030917162260000035695335

Num. 37410133 - Pág. 32

NOME Wellington Henrique dos Santos
 IDADE 48
 H. D. MID/TEP ADMISSÃO

PROCEDÊNCIA:

MOTIVO INTERNAÇÃO: DVM IRPA Choque I. Renal Coma Neuro ICO Trauma PNM

Hemorragia Outros:

ANTECEDENTES: DPOC AVC HAS DM RM ICO Cirurgia

HDA: Pac. em SOR consciente, bewento desyne

eo, renno venoso, a.o.a. Vescan a a. Cima uso de máscara de respiro, mos no monop. 15 Vistma. A. Fixador extérno em m.d.

SV: FC bpm FR lpm PA: SpO2 % T %

ESTADO GERAL: Bom Regular Grave Gravíssimo

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: Acordado Sonolento Torporoso Comatoso Glasgow

Tônus: Hipo Normal

Reflexos: Aumentos Diminuidos Normal

Bloqueios Articulares (Regiões) M.D

SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR

SUPORTE VENTILATÓRIO: Espontâneo Com TQT Sem TQT VNI VMI

O2 SUPLEMENTAR: Não CEN Aerosol Másc. Simples Másc. Sistema de Venturi %

Másc. Reinalação parc. Másc. não Reinalação Másc. de Reservatório. Fluxo _____ l/min

DESCONFORTO VENTILATÓRIO: BAN Irrigêns supradavicularis Irrigêns intercostais Irrigêns subcostais

Obstrução de musc. acessionâa Insp./Exp. Cianose Taquipnêa Bradipnêa Resp. paradoxa Estridor _____ /4+

OBSTRUÇÃO DE VAS.: Não Sim

PADRÃO VENTILATÓRIO: Costal Diafragmático Misto Paradoxa Superficial

EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: Normal Diminuída Simétrica Assimétrica

Ausculta Pulmonar: UMA SIM SA PA Raio X Torax:

TOSSE: Sim Não Produtiva Nãs produtiva Efciaç Deglute Expectorar Ineficaz

SECREÇÃO: Não Sim, QUANTIDADE: Pequena Média Grande.

COMPOSIÇÃO: Hialina Mucóide Mucopurulenta Purulenta Sanguinolenta

COR SECREÇÃO: Incolor Branca Amarela Verde Marrom Rosada Vermelha

GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes
LEITO:	2,	
HORA		

FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS																																					
<p>DRENOS: <input type="checkbox"/> Pleural D <input type="checkbox"/> Pleural E <input type="checkbox"/> Mediastinal <input type="checkbox"/> Oscilante <input type="checkbox"/> Borbulhante. Débito _____</p> <p>Perfusão: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Deficiente</p> <p>Edema, Regiões: <input type="checkbox"/> Cacilhos</p>																																					
<p>CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE</p> <table border="1"> <tr> <td>CD:</td> <td><input type="checkbox"/> THB</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> TEP invasiva</td> <td><input type="checkbox"/> TEP alien</td> <td><input type="checkbox"/> VNI</td> <td><input type="checkbox"/> O2</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Aspiração</td> <td><input type="checkbox"/> TMV</td> <td><input type="checkbox"/> Decanulação</td> <td><input type="checkbox"/> Cinestoterapia</td> <td><input type="checkbox"/> MRP</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Treino de Marcha</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Orientações</td> <td><input type="checkbox"/> Treino equilíbrio</td> <td><input type="checkbox"/> Transferências</td> <td><input type="checkbox"/> Sedestação</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Ortoplastismo</td> <td><input type="checkbox"/> Marcha</td> <td><input type="checkbox"/> Estimulação sensorial</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Posicionamento:</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Treino Musc. Pré decanulação</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Outros:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		CD:	<input type="checkbox"/> THB	<input checked="" type="checkbox"/> TEP invasiva	<input type="checkbox"/> TEP alien	<input type="checkbox"/> VNI	<input type="checkbox"/> O2		<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> TMV	<input type="checkbox"/> Decanulação	<input type="checkbox"/> Cinestoterapia	<input type="checkbox"/> MRP		<input type="checkbox"/> Treino de Marcha	<input checked="" type="checkbox"/> Orientações	<input type="checkbox"/> Treino equilíbrio	<input type="checkbox"/> Transferências	<input type="checkbox"/> Sedestação		<input type="checkbox"/> Ortoplastismo	<input type="checkbox"/> Marcha	<input type="checkbox"/> Estimulação sensorial				<input type="checkbox"/> Posicionamento:		<input type="checkbox"/> Treino Musc. Pré decanulação				Outros:				
CD:	<input type="checkbox"/> THB	<input checked="" type="checkbox"/> TEP invasiva	<input type="checkbox"/> TEP alien	<input type="checkbox"/> VNI	<input type="checkbox"/> O2																																
	<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> TMV	<input type="checkbox"/> Decanulação	<input type="checkbox"/> Cinestoterapia	<input type="checkbox"/> MRP																																
	<input type="checkbox"/> Treino de Marcha	<input checked="" type="checkbox"/> Orientações	<input type="checkbox"/> Treino equilíbrio	<input type="checkbox"/> Transferências	<input type="checkbox"/> Sedestação																																
	<input type="checkbox"/> Ortoplastismo	<input type="checkbox"/> Marcha	<input type="checkbox"/> Estimulação sensorial																																		
	<input type="checkbox"/> Posicionamento:		<input type="checkbox"/> Treino Musc. Pré decanulação																																		
	Outros:																																				
<p>Observações: <i>Pac. Vem ao - 2002 68% SDR Pac. Vem máscara de respirador 95%. Set O2 Pac. não apreende intéravele pelo conduto. Pouco colab rotativo!</i></p>																																					
<p>DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO: <input type="checkbox"/> ADM MID</p>																																					
<p>Andressa Jana Feliz FISIOTERAPISTA CRÉDITO - 77298-F Fisioterapeuta/CREFITO</p>																																					





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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÉUTICA





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS Protocolo: 0000396233 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): VIVIAN KELLY REZENDE COSTA Data: 06-04-2018 14:52 Origem: CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 18 anos Destino: GERAL

SÓDIO..... 146 mmol/l

[DATA DA COLETA: 06/04/2018 15:30]
Material: Soro
Método: Eletrodo Seletivo W300 MAX IONS

Valores de Referência:
Adulto.....: 132 a 148 mmol/l
Crianças.....: 134 a 148 mmol/l
Valor Crítico: menor que 120 e/ou maior que 160 mmol/l

POTASSIO..... 4.0 mmol/l

[DATA DA COLETA: 06/04/2018 15:30]
Material: Soro
Método: Eletrodo Seletivo W300 MAX IONS

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

Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

Emissão: 06/04/2018 15:57 - Página 3 de 3



PNCQ
Programma Nacional
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 09:17:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120309171622600000035695335>
Número do documento: 20120309171622600000035695335

Num. 37410133 - Pág. 36



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS Protocolo: 0000396233 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): VIVIAN KELLY REZENDE COSTA Data: 06-04-2018 14:52 Origem: CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 18 anos Destino: GERAL

URÉIA

[DATA DA COLETA: 06/04/2018 15:30]

Resultado..... 37 mg/dl

De 15 A 41 mg/dl

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Sistema Automatizado SELECTRA

Observação:

CREATININA

[DATA DA COLETA: 06/04/2018 15:30]

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

Recém-nato: 0,3 a 1,0 mg/dl
Crianças...: 0,3 a 1,0 mg/dl
Adultos...: 0,4 a 1,3 mg/dl
EXAMES RELACIONADOS: Ureia, Depuração
da Creatinina e Sumário de
Urina.
NOTA! O uso de medicamentos contendo
dipirona e
vitamina C podem alterar o
resultado deste exame.

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Automatizado CM 200 WIENER

Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

Emissão : 06/04/2018 15:57 - Página 1 de 3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 09:17:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120309171622600000035695335>
Número do documento: 20120309171622600000035695335

Num. 37410133 - Pág. 37



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS Protocolo: 0000396233 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): VIVIAN KELLY REZENDE COSTA Data: 06-04-2018 14:52 Origem: CLINICA ORTOPEDICA II
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 18 anos Destino: GERAL Ext. o2

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 06/04/2018 15:29]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	3.32 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	10,8 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	32 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	98 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	33 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	6.700 /mm ³ (%)	4.500 à 12.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrofílos.....		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	1,0	67
Segmentados.....	62,0	4.154 40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm ³
Eosinófilos.....	3,0	201 0,5 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0 0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfocitos.....		
Tipicos.....	32,0	2.144 20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos.....	0	0
Monocitos.....	2,0	134 2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	197.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS	Protocolo: 0000395247	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a): HALLISSON BARROS DE ALMEIDA	Data: 02-04-2018 08:00	Origem:	BLOCO CIRURGICO
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade: 18 anos	Destino:	BLOCO CIRURGICO

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

[DATA DA COLETA: 02/04/2018 08:37]
Material: sangue
Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULACAO..... 7"00" min

[DATA DA COLETA: 02/04/2018 08:37]
Material: Sangue
Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

Carlos Felipe Souza de Miranda Beltrão
Biomédico
CRM: 5409

Emissão : 02/04/2018 09:52 - Página: 2 de 2



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 09:17:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120309171622600000035695335>
Número do documento: 20120309171622600000035695335

Num. 37410133 - Pág. 39



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): **WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS** Protocolo: **0000395247** RG: **NÃO INFORMADO**
Dr(a): **HALLISSON BARROS DE ALMEIDA** Data: **02-04-2018 08:00** Origem: **BLOCO CIRURGICO**
Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES** Idade: **18 anos** Destino: **BLOCO CIRURGICO**

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 02/04/2018 08:36]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.3 milhões/mm³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,5 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	40 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	93 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	31 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	34 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	16.100 /mm³	4.500 à 12.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrofílos		
Promielóцитos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	4,0	644
Segmentados.....	82,0	13.202
Eosinófilos.....	1,0	161
Basóficos.....	0	0
Linfocitos		
Tipicos.....	10,0	1.610
Atípicos.....	0	0
Monocitos.....	3,0	483
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	254.000 mm³	2.0 à 10 % - até 1.000 /mm ³ 140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... **Contagens repetidas e confirmadas.**

Carlos Felipe Souza de Miranda Beltrão
Biomédico
CRBM 5409

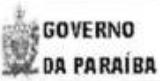


PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 09:17:16
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120309171622600000035695335
Número do documento: 20120309171622600000035695335

Num. 37410133 - Pág. 40



Paciente: Wellington Henrique

Data do Exame: 04/04/2018

Exame: Tomografia Computadorizada de Tórax com Contraste

Técnica: Os cortes tomográficos computadorizados do tórax foram obtidos antes e após a infusão endovenosa de contraste iodado hidrossolúvel, com protocolo para pesquisa de tromboembolismo pulmonar.

Análise:

Técnica inadequada para pesquisa de TEP, reduzindo a acurácia do estudo.

- Não foram visualizadas falhas de enchimento no tronco pulmonar, nem nas artérias pulmonares principais, que indiquem tromboembolismo pulmonar agudo (TEP agudo). Ressalta-se que as artérias pulmonares segmentares não foram bem avaliadas em decorrência do protocolo de injeção de contraste inadequado para sua avaliação, não sendo possível descartar TEP nestes segmentos, apesar de pouco provável.
- Demais estruturas vasculares mediastinais apresentam disposição e calibre anatômicos.
- Opacidades consolidativas e em vidro fosco, com aspecto algodonoso, bilateral e de predomínio central (peri-hilar). Este achado pode estar associado a edema alveolar, hemorragia alveolar difusa ou processos infecciosos disseminados. A correlação clínica e laboratorial é fundamental para o diagnóstico.
- Espessamento da cisura oblíqua direita.
- Traquéia centrada com calibre preservado.
- Carina e brônquios principais sem alterações
- Linfonodo calcificado residual em nível subcarinal.
- Ausência de linfonodomegalias ou outras estruturas ocupando o compartimento mediastinal.
- Ausência de derrame pleural.

Diogo Araújo de Freitas CRM/PB 7195
Médico Radiologista - Membro Titular CBR



Paciente: Wellington Henrique

Data do Exame: 04/04/2018

Exame: Tomografia Computadorizada de Tórax com Contraste

Técnica: Os cortes tomográficos computadorizados do tórax foram obtidos antes e após a infusão endovenosa de contraste iodado hidrossolúvel, com protocolo para pesquisa de tromboembolismo pulmonar.

Análise:

Técnica inadequada para pesquisa de TEP, reduzindo a acurácia do estudo.

- Não foram visualizadas falhas de enchimento no tronco pulmonar, nem nas artérias pulmonares principais, que indiquem tromboembolismo pulmonar agudo (TEP agudo). Ressalta-se que as artérias pulmonares segmentares não foram bem avaliadas em decorrência do protocolo de injeção de contraste inadequado para sua avaliação, não sendo possível descartar TEP nestes segmentos, apesar de pouco provável.
- Demais estruturas vasculares mediastinais apresentam disposição e calibre anatômicos.
- Opacidades consolidativas e em vidro fosco, com aspecto algodonoso, bilateral e de predomínio central (peri-hilar). Este achado pode estar associado a edema alveolar, hemorragia alveolar difusa ou processos infecciosos disseminados. A correlação clínica e laboratorial é fundamental para o diagnóstico.
- Espessamento da cissura obliqua direita.
- Traquéia centrada com calibre preservado.
- Carina e brônquios principais sem alterações
- Linfonodo calcificado residual em nível subcarinal.
- Ausência de linfonodomegalias ou outras estruturas ocupando o compartimento mediastinal.
- Ausência de derrame pleural.

REIMPRESSÃO

Diogo Araújo de Freitas CRM/PB 7195
Médico Radiologista - Membro Titular CBR





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):	WELINGTON HENRIQUE DOS SANTOS	Protocolo:	0000395453	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	FERDINANDO FELIX FERNANDO	Data:	02-04-2018 20:39	Origem:	SALA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	18 anos	Destino:	SALA VERMELHA

CLORO..... 110 mmol/l

[DATA DA COLETA: 02/04/2018 21:17]

Valores de Referência:
IDEAL : 97 a 108 mmol/L

Material: Soro

ALERTA: Menor que 80 mmol/L

Método: Eletrodo Seletivo W300 MAX IONS

Menor que 115 mmol/L

EXAME RELACIONADO: Tionograma, Gasometria, Na, K.

SÓDIO..... 150 mmol/l

[DATA DA COLETA: 02/04/2018 21:17]

Valores de Referência:

Material: Soro

Adulto..... 132 a 148 mmol/l

Método: Eletrodo Seletivo W300 MAX IONS

Criança..... 134 a 148 mmol/l

Valor Crítico: menor que 120 e/ou maior que 160 mmol/l

POTASSIO..... 4.1 mmol/l

[DATA DA COLETA: 02/04/2018 21:17]

Valores de Referência:

Material: Soro

Adulto..... 3.5 a 5.5 mmol/l

Método: Eletrodo Seletivo W300 MAX IONS

Criança..... 3.4 a 5.0 mmol/l

Valor crítico (adulto)..... menor que 2.5 e/ou

Valor crítico (recém-nascido): menor que 2.5 mmol/l

maior que 6.5 mmol/l

maior que 5.0 mmol/l

Carlos Felipe Souza de Miranda Beltrão
Biomédico
CRM 5409

Emissão : 02/04/2018 20:59 - Página 3 de 3



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 09:17:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120309171622600000035695335>
Número do documento: 20120309171622600000035695335

Num. 37410133 - Pág. 43



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	WELINGTON HENRIQUE DOS SANTOS	Protocolo:	0000395453	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	FERDINANDO FELIX FERNANDO	Data:	02-04-2018 20:39	Origem:	SALA VERMELHA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	18 anos	Destino:	SALA VERMELHA

URÉIA

[DATA DA COLETA: 02/04/2018 21:17]

Resultado..... 47 mg/dl

De: 15 A 41 mg/dL

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Sistema Automatizado SELECTRA

Observação:

CREATININA

[DATA DA COLETA: 02/04/2018 21:17]

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

Recém-nascido: 0,3 a 1,0 mg/dl
 Crianças...: 0,3 a 1,0 mg/dl
 Adultos...: 0,4 a 1,3 mg/dl
 EXAMES RELACIONADOS: Ureia, Depuração de Creatinina e Sumário de urina.
 NOTA: O uso de medicamentos contendo dipirona e vitamina C podem alterar o resultado deste exame.

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Automatizado CM 200 NIENER

Carlos Felipe Souza de Miranda Beltrão
 Biomedicina
 CRM 5409

Emissão: 02/04/2018 20:59 - Página 1 de 3



PNCQ
 Programa Nacional
 de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 09:17:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120309171622600000035695335>
 Número do documento: 20120309171622600000035695335

Num. 37410133 - Pág. 44



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): **WELINGTON HENRIQUE DOS SANTOS** Protocolo: **0000395453** RG: **NÃO INFORMADO**
Dr(a): **FERDINANDO FELIX FERNANDO** Data: **02-04-2018 20:39** Origem: **SALA VERMELHA**
Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES** Idade: **18 anos** Destino: **SALA VERMELHA**

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 02/04/2018 21:16]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.49 milhões/mm³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,9 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	42 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	94 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	31 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	22.800 /mm³	4.500 à 12.000 /mm³
	(%)	(/mm ³)
Neutrofílos		
Promielóцитos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	6,0	1.368
Segmentados.....	84,0	19.152
Eosinófilos.....	1,0	228
Basófilos.....	0	0
Linfocitos		
Típicos.....	6,0	1.368
Atípicos.....	0	0
Monocitos.....	3,0	684
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	210.000 mm³	2.0 à 10 % - até 1.000 / mm³ 140.000 a 400.000 mm³

OBSERVACÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Carlos Felipe Souza de Miranda Beltrão
Biomédico
CRM: 5409

Emissão: 02/04/2018 20:59 - Página 2 de 3



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 09:17:16
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120309171622600000035695335
Número do documento: 20120309171622600000035695335

Num. 37410133 - Pág. 45



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 09:17:16

Assinado eletronicamente por: SUELIC MOREIRA TORRES - 03/12/2020 09:11:16
<http://pie.tipp.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120309171622600000035695335>

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/list>
Número do documento: 20120309171622600000035695335

Núm. 37410133 - Pág. 46

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

Diagnóstico

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

DOM JUIZ GONZAGA FERNANDES

Dr. Edwards
Orthopedic

Wkns

DR. ELLIOTT
ORTHOPEDIC
CRM-PB
03949

2





SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico

ORTOPEDIA 2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

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

ORTOPEDIA 2 EXTRA 2	FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO	FX EXP PERNA D	Paciente	• <i>Velveteen</i> hirsutus ps. fundo.	18	Alojamento	Leto	Convênio	EXTRA 2
------------------------	--------------------------------	----------------	----------	--	----	------------	------	----------	---------

FX EXP PERNAD

MOO 035





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 09:17:16

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120309171622600000035695335>

Número do documento: 20120309171622600000035695335

Num. 37410133 - Pág. 49

DIAGNÓSTICO

Wellington Souza Fernandes

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento:	Leito	Esx	Convênio
Prescrição Médica				
Data	1. Dieta	Horário	Evolução Médica	
04/04/2020	2. SRL 1500ml EV/24h	21	10/04/2020	
	3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h	19	11/04/2020	
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	17	12/04/2020	
04/04/2020	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	15	13/04/2020	
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	13	14/04/2020	
	7. Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SN	11	15/04/2020	
	8. Clexane 40mg SC/dia	09	16/04/2020	
	9. SSSVW + CCGG	07	17/04/2020	
10/04/2020	10. Glutamina 1,0g + m EV 12/12h	05	18/04/2020	
	11. Unida 000mg + Wond Skug 120ml EV 12/12h	03	19/04/2020	
	12. Venabell.	01	20/04/2020	
13/04/2020	13. Oxi / Mecamylamina 1/2	21	21/04/2020	
	14. Iansil D.A.	19	22/04/2020	
	15. Quimioterapia.	17	23/04/2020	
	16. Infusão 200ml x 12/12h	15	24/04/2020	
	17. Solut de ampolas	13	25/04/2020	
	Maria da Conceição Jaci Esterim 152 Dra. Jaci Estetica 152 Oncoog Cpt 152	11	26/04/2020	
	Dra. Jacy Estética Cpt 152 CRM-PB 6589	09	27/04/2020	
		07	28/04/2020	
		05	29/04/2020	
		03	30/04/2020	
		01	31/04/2020	
			01/05/2020	
			02/05/2020	
			03/05/2020	
			04/05/2020	
			05/05/2020	
			06/05/2020	
			07/05/2020	
			08/05/2020	
			09/05/2020	
			10/05/2020	
			11/05/2020	
			12/05/2020	
			13/05/2020	
			14/05/2020	
			15/05/2020	
			16/05/2020	
			17/05/2020	
			18/05/2020	
			19/05/2020	
			20/05/2020	
			21/05/2020	
			22/05/2020	
			23/05/2020	
			24/05/2020	
			25/05/2020	
			26/05/2020	
			27/05/2020	
			28/05/2020	
			29/05/2020	
			30/05/2020	
			31/05/2020	
			01/06/2020	
			02/06/2020	
			03/06/2020	
			04/06/2020	
			05/06/2020	
			06/06/2020	
			07/06/2020	
			08/06/2020	
			09/06/2020	
			10/06/2020	
			11/06/2020	
			12/06/2020	
			13/06/2020	
			14/06/2020	
			15/06/2020	
			16/06/2020	
			17/06/2020	
			18/06/2020	
			19/06/2020	
			20/06/2020	
			21/06/2020	
			22/06/2020	
			23/06/2020	
			24/06/2020	
			25/06/2020	
			26/06/2020	
			27/06/2020	
			28/06/2020	
			29/06/2020	
			30/06/2020	
			31/06/2020	
			01/07/2020	
			02/07/2020	
			03/07/2020	
			04/07/2020	
			05/07/2020	
			06/07/2020	
			07/07/2020	
			08/07/2020	
			09/07/2020	
			10/07/2020	
			11/07/2020	
			12/07/2020	
			13/07/2020	
			14/07/2020	
			15/07/2020	
			16/07/2020	
			17/07/2020	
			18/07/2020	
			19/07/2020	
			20/07/2020	
			21/07/2020	
			22/07/2020	
			23/07/2020	
			24/07/2020	
			25/07/2020	
			26/07/2020	
			27/07/2020	
			28/07/2020	
			29/07/2020	
			30/07/2020	
			31/07/2020	
			01/08/2020	
			02/08/2020	
			03/08/2020	
			04/08/2020	
			05/08/2020	
			06/08/2020	
			07/08/2020	
			08/08/2020	
			09/08/2020	
			10/08/2020	
			11/08/2020	
			12/08/2020	
			13/08/2020	
			14/08/2020	
			15/08/2020	
			16/08/2020	
			17/08/2020	
			18/08/2020	
			19/08/2020	
			20/08/2020	
			21/08/2020	
			22/08/2020	
			23/08/2020	
			24/08/2020	
			25/08/2020	
			26/08/2020	
			27/08/2020	
			28/08/2020	
			29/08/2020	
			30/08/2020	
			31/08/2020	
			01/09/2020	
			02/09/2020	
			03/09/2020	
			04/09/2020	
			05/09/2020	
			06/09/2020	
			07/09/2020	
			08/09/2020	
			09/09/2020	
			10/09/2020	
			11/09/2020	
			12/09/2020	
			13/09/2020	
			14/09/2020	
			15/09/2020	
			16/09/2020	
			17/09/2020	
			18/09/2020	
			19/09/2020	
			20/09/2020	
			21/09/2020	
			22/09/2020	
			23/09/2020	
			24/09/2020	
			25/09/2020	
			26/09/2020	
			27/09/2020	
			28/09/2020	
			29/09/2020	
			30/09/2020	
			31/09/2020	
			01/10/2020	
			02/10/2020	
			03/10/2020	
			04/10/2020	
			05/10/2020	
			06/10/2020	
			07/10/2020	
			08/10/2020	
			09/10/2020	
			10/10/2020	
			11/10/2020	
			12/10/2020	
			13/10/2020	
			14/10/2020	
			15/10/2020	
			16/10/2020	
			17/10/2020	
			18/10/2020	
			19/10/2020	
			20/10/2020	
			21/10/2020	
			22/10/2020	
			23/10/2020	
			24/10/2020	
			25/10/2020	
			26/10/2020	
			27/10/2020	
			28/10/2020	
			29/10/2020	





**GOVERNO
DA PARAÍBA.**
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 09:17:16
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012030917162260000035695335>
Número do documento: 2012030917162260000035695335

Num. 37410133 - Pág. 52



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

ÁREA VERMELHA

LEITO 12

	WELLINGTON HENRIQUE DA COSTA	FRATURA EXPOSTA TIBIA DIREITA-OPERADA ONITEM TEP ?
03/04/2018	1 DIETA VO LIQUIDA-PASTOSA ASSISTIDA	102 105
2	2 SF 0,9% 500ML IV 12\12H	106 106
D0:2\4\18	3 CEFTRIAXONA 1G + AD, EV, 12/12H	107 108 109 110
D0:2\4\18	4 CLINDAMICINA 600MG + SF 0,9% 100ML IV 6\6H	111 112 113 114
5	5 OMEPRAZOL 40MG EV + AD ÀS 6H	115 116 117 118
6	6 NAUSEDRON 01FA + AD EV 8/8H, S/N	119 120 121 122
7	7 DIPIRONA 01FA + AD EV 6/6H	123 124 125 126
8	8 CLEXANE 60MG SC 24\24H	127 128 129 130
9	9 HGT DE 6/6H E INSULINA REGULAR SC CONFORME PROTOCOLO	131 132 133 134
10	10 GH 50% 60ML EV SE HGT<70	135 136 137 138
11	11 HIGIENE ORAL 2 X AO DIA	139 140 141 142
12	12 O2 3L/MIN SN,SE SATO< 92%	143 144 145 146
13	13 DECÚBITO ELEVADO	147 148 149 150
14	14 FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA	151 152 153 154
15	15 MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA	155 156 157 158
16	16 ACOMPANHAMENTO CONVOCADO DE ORTOPEDIA	159 160 161 162
17	17 ACOMPANHAMENTO CONVOCADO DE ORTOPEDIA	163 164 165 166
18	18	167 168 169 170
19	19	171 172 173 174
20	20	175 176 177 178

03/04/18 - Até amanhã 04:54h

acuti consult, exames e noturnos 98%,
noturna para Alu Orthopedia nos cuidados da
natura por Alu Orthopedia nos cuidados da
Orthopedia

Dr. Leopoldo Leitão Barreto
CLÍNICA MÉDICA
CRM 5165 - NFE
CRM 5165 - NFE e FIEL

Dr. Yury Paiva
CLÍNICA MÉDICA
CRM 5165 - NFE

Cirurgião-Dentista
CRM 5165 - NFE e FIEL

Cirurgião-Dentista
CRM 5165 - NFE e FIEL

Dr. Leopoldo Leitão Barreto
CLÍNICA MÉDICA
CRM 5165 - NFE



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Paciente	Willington Henrique da Costa	Alojamento	EXT.	Leito	92	Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
02/04/20	Dia 02/04/20, 18:00 - UPPA Cirurgia de corona 1600 e 1600 ev 12h : S 1000g, 1000ml Anestesia local + sed. Inhalador 1600 e 1600 ev 2000g Dissolvente 1600 e 1600 ev 600m CCU 1500 Rx de contínua	16/04/20 16/04/20 16/04/20 16/04/20 16/04/20 16/04/20 16/04/20	<p>Parêntesis intenso d. episódio de mictos + operatório dor + dispneia seca gástrica () + dor nas narinas toracogástric. Rx endovenosa fex 1500 ml ()</p> <p>c/o: Doença urinária. epigástrica excorias genitais V.O. N.</p> <p><i>S. M. Manoel CRM-PB 9500</i></p> <p><i>Solo Veneleira 19/04/20</i></p> <p>Paciente vindo da HLE de Pedro II por anterior desfermeira em百姓 apresentando lesão na tibia ().</p> <p>AE: Paciente orientado a permanecer desfermeiro $\Delta A = 100 \times 80 / S.P. = 70 - 80\% (1600)$ $1600 = 1600 \text{ ml} / \text{dl}$ $\Delta L = 1000 \text{ ml} / 1000 = 33\% (1600)$</p> <p>Conduta: Atendimento Puxotax</p> <p><i>Dr. Leonardo Leitão Batista Medicina Interna S075-HAD II CLINICA MEDICA CRM 5165 CRM 5165</i></p> <p><i>03/04/18 - 04/20h - Ana Venelle - Paciente consultou anestesia e notando epófise retorne a Ala Utopolice</i></p>

abonimotre)

... 80 + 10

10

about 10 minutes

2 · 4

2. B moleculum — 10

.. 0.5 0

10
50

卷之三

50

10

J. P.

c.8

.. 750 50 10
.. 750 50 10

14 Old English Grammar by
S. J. R. Williams

Luxuriously soft

— 140x15 —
OT OT OT OT OT OT
OT OT OT OT OT OT



Contaminada

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Wellington Henrique dos Santos DN. 08/12/99

QI LEITE Solo 04 SUS CONVÉNIO IDADE 18 A REGISTRO 1626851

CIRURGIA Trat. cirur. trat. exp.
de Ortes da perna idíntita

CIRURGIÃO Dr. Wagner

ANESTESIA Rogit Sudagão

ANESTESIA Dr. Rafael

INSTRUMENTADORA Andre

DATA 02/04/18

INÍCIO 03:30

FIM 04:20



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Caleli p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande ***		Catgut cromado Sertix	
01	Dimole amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Cotonóide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Mecadina <u>metocaina</u> <u>iperaceta</u>	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavu.on amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protagmine amp.	Espadrado Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
01	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
01	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.	H ₂ O ₂ ml	02	Mononylon 2-0	..
	Thionembutal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix	
01	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
02	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Serfix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	4.5 Oxiênio l/m 4L/min			
	Glucon de Cálcio amp.	Polflix			
	Haemacel ml.	PVP Degemente ml			
	Heparema ml.	PVP Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco cônico	02	SG Gelado fr 500 ml ..	
	Medrotinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
01	Narcomedren	Seringa desc. 20 ml		SG Ring fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml	02	SG fr 500 ml <u>4/1 luxagem</u> ..	
	Revivan amp.	Sonda			
	Stupitanon amp.	Sonda foley	Qtd.		ORTESE E PRÓTESE
01	Cefalotina 1g <u>Ceftriaxona</u> 01	Sonda Nasogástrica	14		
01	Ranitidina	Sonda Uretral nº			
02	Tiladil	Sterydrem ml			
		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Aguilha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
01	Aguilha desc. 28 x 26 40x12	Latese			
	Aguilha desc. 3 x 4,5	05 Rolet xêdes			EQUIPAMENTOS
01	Aguilha p/ raque nº 26	03 Socas		(<input checked="" type="checkbox"/>) Oxímetro de Pulso	(<input checked="" type="checkbox"/>) Foco Frontal
05	Álcool de Enfermagem	03 Socas up/ kixo		(<input type="checkbox"/>) Serra	(<input type="checkbox"/>) Eletrocautério
	Álcool Iodado ml	01 Copote descontorcida		(<input type="checkbox"/>) Desfibrilador	(<input type="checkbox"/>) Oxicardiograma
	Ataduras de Crepon			(<input checked="" type="checkbox"/>) Foco Frontal	(<input checked="" type="checkbox"/>) Cardiomonitor
	Ataduras de Gessada			(<input type="checkbox"/>) Fonte de Luz	(<input checked="" type="checkbox"/>) Perfurador Elétrico
	Azul metílico amp.				
	Benzina ml				

ORTOPONTENE IND. E COM. LTDA
 Ref.: 474/012 Lote: 5310H17
 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300
 FIXADOR EXTERNO LAYFIX
 Registro ANVISA: 1023710006
 Resp. Técnica: CARLOS M. NAKAMURA / CREA N. 0001628973

TJ

ENTRADA R
24/06/2017

V.M. 25/06/2022

Resp. Técnica: CARLOS M. NAKAMURA / CREA N. 0001628973

EQUIPAMENTOS

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

Maria Milene GROBLANTE Nobreza

TÉCNICO DE ENFERMAGEM
COREN-PB 001.237.002

MOD 066



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 09:17:16
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120309171622600000035695335
Número do documento: 20120309171622600000035695335

TJPA - IN
TOMBO DE DOCUMENTOS

ANUNCIADO DE 11/12/2011
10261171
6.º CIRCUITO
MATERIAL
Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba
LITIS. CIRCUITO
TO
10261171
10261171

|||||

SUELIO MOREIRA TORRES
03/12/2020 09:17:16
CIRCUITO CIRCUITO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 09:17:16
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120309171622600000035695335
Número do documento: 20120309171622600000035695335

Num. 37410133 - Pág. 58



Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE
CEP.: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 99452.1153
1ª Via Cliente / 2ª Via Empresa / 3ª Via Fixa

Nº 4347

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TIBUZAS

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL

E. Giuseppe

NOME DO PACIENTE

Wellinton Siqueira dos Santos

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AI, H

COD. PROCEDIMENTO

CONVÉNIO

1626851

PROCEDIMENTO REALIZADO

INST. CIRURG. DE FUSÃO EXPOSTA DE TIBIA

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

TIBIA DOR EXTERNO ORI ÓSSICO.

01

DATA DA UTILIZAÇÃO
02/09/18

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

Dr. Wagner + Dr. Kevha

A FIXAR O FUSO



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

- how is + search in DS10418

STATEMENT OF EXPENSES

COFFEE-SET
BRASS
EXCELSIOR
MANUFACTURERS

is





Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE
CEP.: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 99452.1153

1^a Via Cliente / 2^a Via Empresa / 3^a Via Fixa

Nº 4347

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TIBAU

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL

E. Giuseppe

NOME DO PACIENTE

Wellinton Henrique dos Santos

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AI. H

COD. PROCEDIMENTO

CONVÉNIO

1626851

PROCEDIMENTO REALIZADO

Inst. Placa de Fixação extrássia de Tibia

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

Tibial externo Osteossínt.

01

DATA DA UTILIZAÇÃO

02/09/18

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

Dr. Wagner + Dr. Kuhn

OBSERVAÇÕES

A Fixar o externo

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

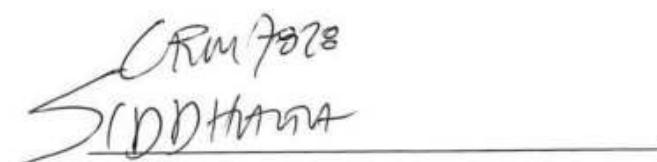
Carlos André da Silva Lima
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
COREN-PB 115.838





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

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



Assinatura do anestesista





Gtoptedua II

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Wellington Henrique da Silveira Idade: 18 a
Convênio: Data: 02/04/18
Procedimento: TTO cirúrgico de redução/reposta de fratura de perna (D)

Cirurgião: Dr. Wagner Auxiliar: — Anestesista: Dr. Rafael

Início: 03:30 Término: 04:20 Anestesia: Ráqui + Sedacão

Observações:

07:30- Paciente em P.O.I. de ortopedia, encontra-se consciente, orientado, eupneico, sem
perceber em M.S.E. parox, fixador externo em M.I.D com curativo limpo. Segue
em monitorização contínua, sem queixas de dor e sem sintomas neurológicos, e agendada reavaliação
a 10 dias.

Anne Karine de A. Almeida
Entelmeida
0001-0000-300-700

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD-101



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

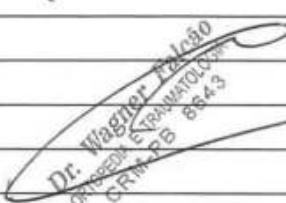


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 09:17:16
<http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120309171622600000035695335>
Número do documento: 20120309171622600000035695335

Num. 37410133 - Pág. 64

| | | |
|---------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| Nome do Paciente | Nº Prontuário | |
| <i>Wellington Município dos Gatos</i> | | |
| Data da Operação | 02/10/19 | Enf. |
| Operador | <i>DJ Wagner</i> | 1º Auxiliar <i>DJ Everlton</i> |
| 2º Auxiliar | 3º Auxiliar | Instrumentador |
| Anestesia | Tipo de Anestesia | |
| Diagnóstico Pré-Operatório | <i>f+ exposta a ossos d+</i> | |
| Tipo de Operação | <i>fixação extensiva</i> | |
| Diagnóstico Pós-Operatório | <i>O mesmo.</i> | |
| Relatório Imediato da Patologia | | |
| Exame Radiológico no Ato | <i>Sim</i> | |
| Acidente Durante a Operação | <i>Não</i> | |
| | | |
| | | |

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

| |
|---|
| Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras |
| <p>(1) Paciente com DTM sob anestesia</p> <p>(2) Aspiração + Autosepsia + Afecções de</p> <p>Cunhos extensos</p> <p>(3) Desbridamento de tecidos desvitalizados</p> <p>(4) Ligação extensa d.S.F. 2/97</p> <p>(5) Incisões mínimas em perna (1) e Abdômen</p> <p>de fixação extensas monoplásticas lineares.</p> <p>(6) Sutura de aspirações e curativo</p> |
|  <p>Dr. Wagner Alencar
CRM-PB 8643</p> |
| Mod. 018 |

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



+ gerais + autorização

depois de um número final
devidamente

confundir com

R-X CIRCULAR

8582 - (1) sobre esteve

000802020

Lotação cumprida no dia 11/09/2010





a internação: 02/04/2018 Hora: 02:37:04

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
WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS

6 - N° DO PRONTUÁRIO
1626865

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO
08/12/1999

9 - SEXO
Masc Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARIA JOSE HENRIQUE DOS SANTOS

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD **83** N° DE TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º BAIRRO)

SITIO SABIELE , 0 , SITIO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Esperança

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

250600

15 - UF

PB

16 - CEP

58135000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

De formid dole + doleus +
desconforto punc D apel
trauma.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessita trz cirúrgico.

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

R-x anamose.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
fx exposte tibie D 5828

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento Cirúrgicos de Fratura da Tibia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050500

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

02

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

706500355121696

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

HALLISSON BARROS DE ALMEI

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

02/04/2018

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

Hallisson Barros de Almeida

| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------|--------------------|------------|-------------------|----------------------|-----------|--|
| 33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO | 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO | 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO | 36 - CNPJ DA SEGURADORA | 37 - N° DO BILHETE | 38 - SÉRIE | 39 - CNPJ EMPRESA | 40 - CNAE DA EMPRESA | 41 - CBOR | 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO |

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

| 45 - DOCUMENTO
() CNS () CPF | 46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) |
|-----------------------------------|--|--------------------------|--|
| | | | |







GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico

CENTRO DE INVESTIGAÇÕES CLÍNICAS
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

de Wellington (vergues do Sertão) Alojano

5989791

MHD 035

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 09:17:16
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120309171622600000035695335>
Número do documento: 20120309171622600000035695335

Num. 37410133 - Pág. 69



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 09:17:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120309171622600000035695335>
Número do documento: 20120309171622600000035695335

Num. 37410133 - Pág. 70

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA PRT 20120000144789-0
1 14839916-9 00/00000000 2012

NOME
MARCELO FERREIRA FELIX

CPF / CNPJ
01174378409

PLACA
NPS7306/PB

PLACA ANT / UF
NOVO PB 95VAC1G288M011255

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL
DAFRA/SUPER 100 GASOLINA

MARCA / MODELO
DAFRA/SUPER 100 ANO FAB.
2008

CAP / FOT / CIL
2 P/100 /CI CATEGORIA
PARTIC COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS
IPVA PAGO EM 30/04/2012 1^a

V FAIXA LEVA PARCELAMENTO / COTAS
***** 0 2^a

3^a
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURADO PAGO 30/04/2012

A.F BV FINANCEIRA S.A.

JOAO PESSOA-PB

32280



DATA
30/04/2012
40533

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓTORES DE VIA TERRESTRE (OU P/ SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS QU NÃO SEGURO DPVAT)

PB Nº 9670467832 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO
2012

CPF / CNPJ
01174378409

PLACA
NPS7306/PB

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PB Nº 9670467832 EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2012 30/04/2012

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 01174378409 NPS7306/PB

RENAVAM MARCA / MODELO
48399169 GAS DAFRA/SUPER 100

ANO FAB. CAT TAIF. N° CHASSI
2008 9 95VAC1G288M011255

PRÉMIO TARIFÁRIO

IPVA (R\$) DESENTRAL (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAIS PAGO PELO DESNTRAL (R\$)
***** SEGURADO PAGO *****

PAGAMENTO DATA DE CHITACAO
S COTA UNICA PARCELADO 30/04/2012

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A
CNPJ: 09.248.608/0001-04
40533-1144520-20120430

