



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
37410133	03/12/2020 09:17	2770772_CONTESTACAO_Anexo_02	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

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 02/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WELLINGTON HENRIQUE DOS SANTOS

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,

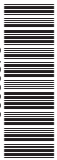
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15967840

Pag. 01751/01752 - carta_01 - INVALIDEZ

00030876





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

Recebedor: **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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Wellington Henrique dos Santos

719 419 30433

agricultor

Rua Formosa Alva Bezerra

S/N

Zona Rural

Arara

PB

58397 000

8323341239

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3452 CONTA: 7187 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (filho nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Campina Grande - PB 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



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 Nº 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 Nº 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 Nº 4480603, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 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 nº 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:

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: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Wellington Henrique dos Santos

719 419 30433

agente

Rua Paraimundo Alves Bezerra

514

Zona Rural

Aracá

PB

58397 000

8323341239

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 3452 CONTA: 7187 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Campina Grande - PB 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

BRADESCO0308202005000000000023703452000000007187236250 PAGO



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

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO		SERVIÇOS REALIZADOS:	
DESTINO DO PACIENTE	_____ / _____ às _____ : _____ hs.	CÓDIGO/PROCEDIMENTO	IDADE
() Centro cirúrgico	_____	_____	_____
() Internação (setor)	_____	_____	_____
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL	_____	_____	_____
<p>() Alta hospitalar () Já revela</p> <p>() Decisão Médica</p> <p>() Óbito</p>		_____	_____
<p><i>Assinatura do médico responsável</i></p> <p>Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)</p>		_____	_____

<http://10.7.1.148/projetohctg/impreurgencia.php?contar> '626851



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1626851 CLASS. DE RISCO: VERMELHO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 02/04/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Vanessa Patrícia Sales Do Nascimento
CEP: 58135000 Nascimento: 08/12/1999

PACIENTE: WELLINGTON
HENRIQUE DOS SANTOS

Endereço: SÍTIO SABIELE

Cidade: Esperança

Nome da Mãe: MARIA JOSE HENRIQUE DOS SANTOS

CPF:

Responsável: JOAO PAULO

Estado Civil: Solteiro(a)

Motivo: QUEIMADURA

Médico: 4

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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

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

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID: M20 + QUEIMADURA DE 1º GRAU

http://10.1.1.148/projetohtg/impreurgencia.php?contar=1626851

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente sem queimadura no rosto, membros

superiores, cervicais e membros inferiores, membros

inferiores, membros superiores e membros inferiores

sem queimadura.

ALERGIA:

Não há / sem queimadura

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS Anisocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA HGT: Sat02

RAIO X
REALIZADO EM 02/04/2018

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computarizada

() Ultrassonografia:

() Radiografias:

TOMOGRAFIA
REALIZADA EM 02/04/2018

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia

Especialista: /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2	Dipnóico 20mg	
3		
4	Ve com 20mg	
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Ronaldo Gadelha
CRM: 44242



Ficha de Acolhimento

Nome:	Wellington Henrique dos Santos		
End:	Bairro: Esperança		
Data de Nascimento:	08/12/99	Documento de Identificação:	
Queixa:	Queda	Data do Atendimento:	00:40
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	Hora:	02/04/18
Documento:			

Classificação de Risco

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

Estratificação

MOD. 110

Suelio Moreira Torres
() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

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

Assinatura e carimbo do profissional

Isabella Lopes de Costa
COREN: 1716



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. 15

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão 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 checked="" type="checkbox"/> Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.		<i>6/6 h</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.			<input type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente).
<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 checked="" type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais.		<i>6/6 h</i>	
<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"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.			
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.			<input type="checkbox"/> Melhora da integridade da pele.
<input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		<i>6/6 h</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<input type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.			<input type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.			
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.			<input type="checkbox"/> Melhora da perfusão tissular.
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.			<input checked="" type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.			<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<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 frequência cardíaca).			<input checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.			
<input type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		<i>6/6 h</i>	
<input checked="" 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.		<i>6/6 h</i>	<input type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.			
<input checked="" type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.			
<input type="checkbox"/> Outros			<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros			<input type="checkbox"/> Outros

Assinado por: *Gilsam S. Raposo*
ENFERMEIRA
0856-78 495033
Assinatura: 411-496

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

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:	Wellington Henrique	Enfermaria:	201	Leito:	2	Data:	03/04/18	
DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS		
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()
		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 ()	Outro ()
		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 ()	
		Ansiedade ()				Incapacidade de lavar o corpo (✓)		
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()	
		Outros ()				Relato verbal de dor ()		
5	Hipertermia	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()		
		Aumento da taxa metabólica ()				Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Destruição de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo ()	
		Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()		Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()	
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se ()	Dispnéia ao esforço (✓)	Outro
		Prejuízos músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()		Movimentos descontrolados ()		
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade (✓)	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Alterações na profundidade respiratória ()	Dispnéia (✓)	
		Ascite ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()	Batimento de asa de nariz ()	Ortopnéia ()	Outro ()
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Drenos ()	Outros ()					
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos ()	Defesas primárias inadequadas ()					
		Procedimentos invasivos (✓)	Outro ()					
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ()	Medicações ()					
		Extremos de idade ()	Agitação/Desorientação ()					
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controlado do sono ()	Outro (✓)			Mudança do padrão normal do sono ()	Outro ()	
		Ruído (✓)	Imobilização física ()			Relatos de dificuldade para dormir ()		
13	Outro							
14	Outro							

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Wellington Henrique Registro: 84 Leito: 2 Setor Atual: CU 2

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: 1 irpm; PA: 130 ¹⁰ mmHg; FC: 75 bpm; SPO2: 83 %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal (☒) Venturi 80 % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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





PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão 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"/> Aterir 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 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"/> Avaliar alterações de sinais 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"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<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"/> Melhora da integridade da pele.
<input checked="" type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.			<input checked="" 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"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.			
<input checked="" type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.			<input checked="" type="checkbox"/> Melhora da perfusão tissular.
<input checked="" type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).			<input checked="" type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).			<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<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"/> Diminuir o risco de infecção.
<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 de transferência (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 type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.			
<input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.			<input type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.			
<input type="checkbox"/> Outros			<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros			<input type="checkbox"/> Outros

Érika de Sousa Miranda
Rita de Cássia R. Souza

COREN-PB 102681-ENF

COREN-PB 1220215-IE

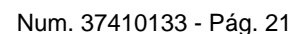
Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:	Wellington Henrique		Enfermaria:	Patolo	Leito:	11	Data:	04/04/28
DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS		
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()
		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 ()	Outro ()
		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 ()	
		Ansiiedade ()				Incapacidade de lavar o corpo ()		
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()	
		Outros ()				Relato verbal de dor ()		
5	Hipertermia	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()		
		Aumento da taxa metabólica ()				Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Destruição de camadas da pele (X)	Invasão de estruturas do corpo ()	
		Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro (X) Relaxe		Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()	
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se ()	Dispneia ao esforço ()	Outro
		Prejuízos músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()		Movimentos descontrolados ()		
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Alterações na profundidade respiratória (X)	Dispneia (X)	
		Dispneia				Batimento de asa de nariz ()	Ortopnéia ()	Outro ()
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ascite ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()			
		Drenos ()	Outros ()					
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos ()	Defesas primárias inadequadas ()					
		Procedimentos invasivos (X) ANP	Outro ()					
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ()	Medicações ()					
		Extremos da idade ()	Agitação/Desorientação ()					
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ()	Outro ()			Mudança do padrão normal do sono ()	Outro ()	
		Ruído ()	Imobilização física ()			Relatos de dificuldade para dormir ()		
13	Outro							
14	Outro							

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Wellington Henrique Registro: Leito: Est II Setor Atual: Orto II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 100x90 mmHg; FC: bpm; SPO2: 98 %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.: 18:25 h

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH20 Máscara Remetor

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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





PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão 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"/> Controle da dor (melhorada / ausente).
<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 sinais vitais.			
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antiérmicos, avaliar e registrar os resultados.			
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.			<input type="checkbox"/> Melhora da integridade da pele.
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.			<input type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.			<input type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input checked="" type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.			
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.			<input checked="" type="checkbox"/> Melhora da perfusão tissular.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.			<input checked="" type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input checked="" type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.			<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<input checked="" type="checkbox"/> Manter 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 checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência 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 type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.			
<input checked="" 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 type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.			<input checked="" type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.			
<input checked="" type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.			
<input type="checkbox"/> Outros			<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros			<input type="checkbox"/> Outros

Elinice Afonso de Sousa
COREN-PR 18656-ENF

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

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:	Wellington Henrique		Enfermária:	Estiva	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	Outro ()
		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 ()	Outro ()
		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 ()	
		Ansiedade ()				Incapacidade de lavar o corpo ()		
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()	
		Outros ()				Relato verbal de dor ()		
5	Hipertermia	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()		
		Aumento da taxa metabólica ()				Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Destruição de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo ()	
		Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()		Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()	
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se ()	Dispnéia ao esforço ()	Outro
		Prejuízos músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()		Movimentos descontrolados ()		
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Alterações na profundidade respiratória ()	Dispnéia ()	
		Ascite ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()	Batimento de asa de nariz ()	Ortopnéia ()	Outro ()
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Drenos ()	Outros ()					
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental a patógenos ()	Defesas primárias inadequadas ()					
		Procedimentos invasivos ()	Outro ()					
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ()	Medicações ()					
		Extremos da idade ()	Agitação/Desorientação ()					
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ()	Outro ()			Mudança do padrão normal do sono ()	Outro ()	
		Ruído ()	Imobilização física ()			Relatos de dificuldade para dormir ()		
13	Outro							
14	Outro							

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Fx perna D

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Wellington Henrique Registro: Extra Leito: 2 Setor Atual: Sbk 2

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 120/70 mmHg; FC: 98 bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal (x) Venturi 30% l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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





PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão 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"/> Atenção 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 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"/> Avaliar 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"/> Melhora da integridade da pele.
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.		<input type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		<input type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.		
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.		<input type="checkbox"/> Melhora da perfusão tissular.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.		<input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<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 frequência cardíaca).		
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.		<input checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<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"/> Diminuir o risco de queda.
<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"/> Melhora do padrão do sono.
<input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.		
<input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.		
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros

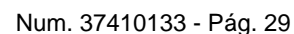
Assinado por: SUELIO MOREIRA TORRES
CPF: 13151

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

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:		Enfermagem:		Leito:		Data:		
DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS		
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()
		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 ()	Outro ()
		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 ()	
		Ansiedade ()				Incapacidade de lavar o corpo ()		
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()	
		Outros ()				Relato verbal de dor ()		
5	Hipertermia	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()		
		Aumento da taxa metabólica ()				Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Destruição de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo ()	
		Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()		Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()	
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se ()	Dispnéia ao esforço ()	Outro
		Prejuízos músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()		Movimentos descontrolados ()		
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Alterações na profundidade respiratória ()	Dispnéia ()	
		Ascite ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()	Batimento de asa de nariz ()	Ortopnéia ()	Outro ()
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Drenos ()	Outros ()					
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos ()	Defesas primárias inadequadas ()					
		Procedimentos invasivos ()	Outro ()					
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ()	Medicações ()					
		Extremos da idade ()	Agitação/Desorientação ()					
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controlado do sono ()	Outro ()			Mudança do padrão normal do sono ()	Outro ()	
		Ruído ()	Imobilização física ()			Relatos de dificuldade para dormir ()		
13	Outro							
14	Outro							

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Wellington Henrique Registro: Ext Leito: 02 Setor Atual: 0247
2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 100x80 mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

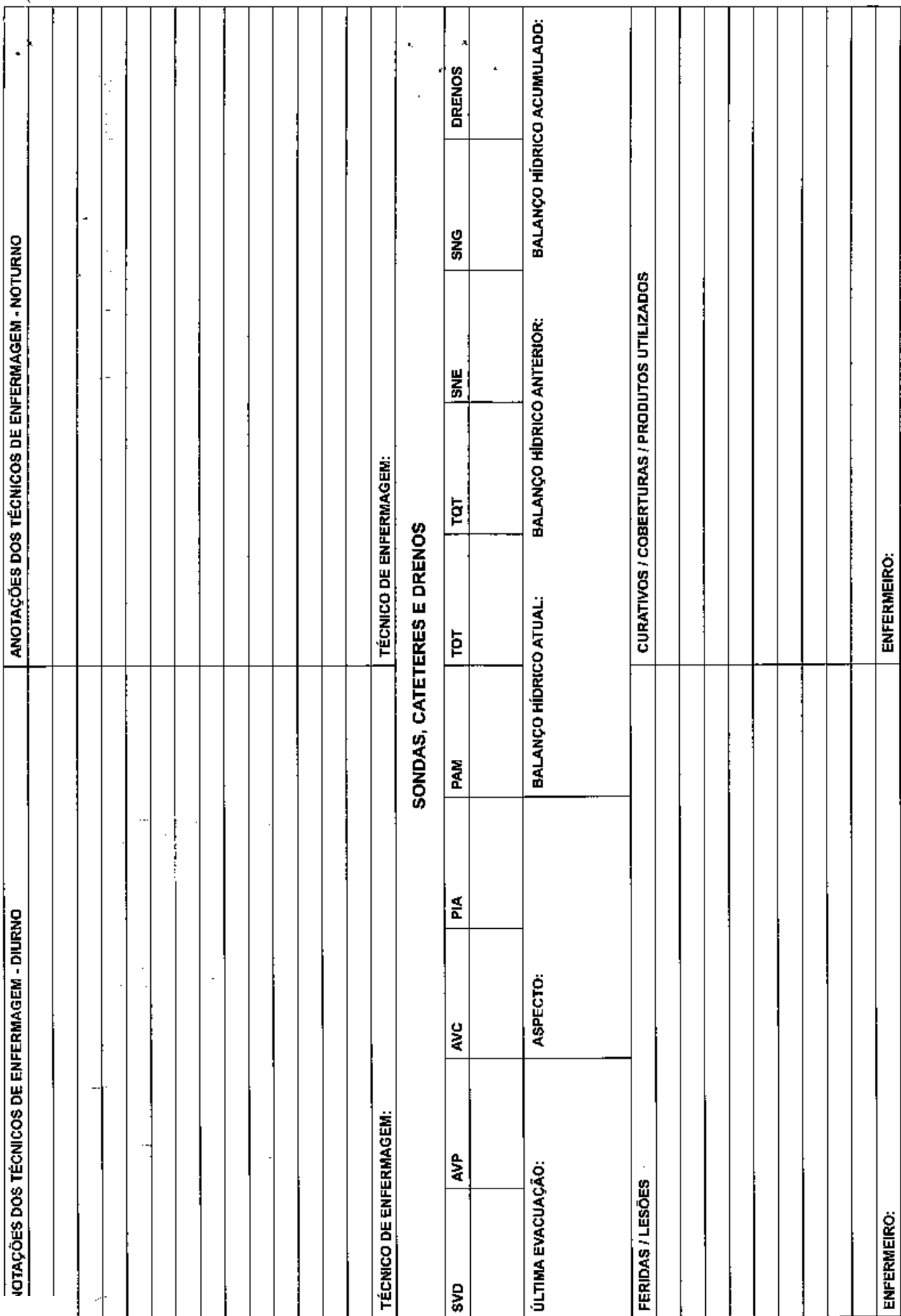
PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

GOVERNO DA PARAÍBA
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO
NOME: Wellington Henrique dos Santos HD: SETOR: Anco LEITO: 12 DATA: 02/04/18

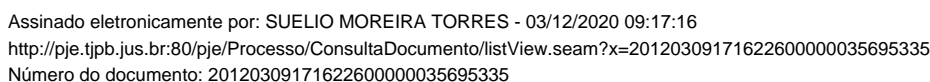
HORÁRIO	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	12H
P. ARTERIAL																			120 x 65					110 x 60
PULSO/FC																			78					61
TEMPERATURA																			36.5 °C					36.0 °C
RESPIRAÇÃO																			18					18
SAT. O2																			99%					99%
PVC																								
PIA																								
HGT																								135
SF 0.9%																								
SRL																								
SG 5%																								
SORO EXTRA																								
SEDACÃO																								
ANALGESIA																								
MEDICAÇÕES																								
NORA																								
DORA																								
HEMODERIVADOS																								
NPT																								
DIETA																								
ÁGUA																								
MEDICAÇÕES																								
DRENOS																								
SNG/VÓMITOS																								
FESES																								
DIURESE																								
HEMODIALISE																								
DRENO TÓRAX D																								
DRENO TÓRAX E																								
DRENO SUCÇÃO																								
D. CAVITÁRIO																								
DVE																								
GANHOS 12H DIA=																								
PERDAS 12H DIA=																								
BH DIA=																								
GANHOS 12H NOITE=																								
PERDAS 12H NOITE=																								
BH NOITE=																								
GANHOS 24H DIA=																								
PERDA 24H + 1000ML=																								
BH 24H=																								
ASSINATURA:																								



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

TRAUMA - CG

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

[illegible]



NOME Wellington Henrique dos Santos		GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE	
IDADE 48	ENFERMARIA 5302	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes	
H. D. 18/12/2017	ADMISSÃO	FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS	
PROCEDÊNCIA:		DRENO: <input type="checkbox"/> Pleural <input type="checkbox"/> Pleural E <input type="checkbox"/> Mediastinal <input type="checkbox"/> Oscilante <input type="checkbox"/> Borbulhante. Débito	
MOTIVO INTERNAÇÃO: <input type="checkbox"/> DVM <input type="checkbox"/> IRpA <input type="checkbox"/> Choque <input type="checkbox"/> I. Renal <input type="checkbox"/> Coma Neuro <input type="checkbox"/> ICO <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> PNM		Perfusão: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Deficiente	
<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Outros:		<input type="checkbox"/> Edema. Regiões:	
ANTECEDENTES: <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> ICO <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia		CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE	
HDA: Pac. em sob. consciente, recentemente despiu o, nomeado a a a, vem a a (em uso de máscara de reservatório, mas no momento vem a a). Fixador externo em M.D.		CD: <input type="checkbox"/> THB <input checked="" type="checkbox"/> TEP <input checked="" type="checkbox"/> TEP <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> O2	
SV: FC bpm FR lpm PA: mmHg SpO2 % T %		<input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> TMV <input type="checkbox"/> Decanulação <input type="checkbox"/> Cinesioterapia <input type="checkbox"/> MRP	
ESTADO GERAL: <input type="checkbox"/> Bom <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Gravíssimo		<input type="checkbox"/> Treino de Marcha <input checked="" type="checkbox"/> Orientações <input type="checkbox"/> Treino equilíbrio <input type="checkbox"/> Sedestação	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Comatoso Glasgow		<input type="checkbox"/> Ortostatismo <input type="checkbox"/> Marcha <input type="checkbox"/> Estimulação sensorial	
Tônus: <input type="checkbox"/> Hipo <input type="checkbox"/> Hiper <input checked="" type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Posicionamento: <input type="checkbox"/> Treino Musc. Pré decanulação	
Reflexos: <input type="checkbox"/> Aumentados <input type="checkbox"/> Diminuídos <input checked="" type="checkbox"/> Normal		Outros:	
Bloqueios Articulares (Regiões) MID		Observações:	
SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR		Pac. vem a a - sob o2 68%. SDR	
<input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Semi alterações		Pac. vem máscara de reservatório 95%. Sob o2	
SUPPORTO VENTILATÓRIO: <input checked="" type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Com TQT <input type="checkbox"/> Sem TQT <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> VMI		Pac. nos apresenta interesse pelo conteúdo. Pouco colaborativo!	
O2 SUPLEMENTAR: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> CEN <input type="checkbox"/> Aerosol <input type="checkbox"/> Másc. Simples <input type="checkbox"/> Másc./Sistema de Venturi <input type="checkbox"/> %		DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO: JADM MID	
<input type="checkbox"/> Másc. Reinalação parc. <input type="checkbox"/> Másc. não Reinalação <input checked="" type="checkbox"/> Másc. de Reservatório. Fluxo ____ l/min		Campina Grande, 03/04/18	
DESCONFORTO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> BAN <input type="checkbox"/> Tiragens supraclaviculares <input type="checkbox"/> Tiragens intercostais <input type="checkbox"/> Tiragens subcostais		Andreza Jaua Feijó Barros FISIOTERAPÊUTA CREFITO - 77298.f	
<input type="checkbox"/> Uso de musc. acessória Insp./Exp. <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Estridor ____ /4+		Fisioterapia/CREFITO	
OBSTRUÇÃO DE VAS: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
PADRÃO VENTILATÓRIO: <input checked="" type="checkbox"/> Costal <input type="checkbox"/> Diafragmático <input type="checkbox"/> Misto <input type="checkbox"/> Paradoxal <input type="checkbox"/> Superficial			
EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Simétrica <input type="checkbox"/> Assimétrica			
Ausculta Pulmonar: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> SILENTE. Raio X Tórax:			
TOSSE: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Não produtiva <input type="checkbox"/> Eficaz <input type="checkbox"/> Deglute <input type="checkbox"/> Expectora <input type="checkbox"/> Ineficaz			
SECREÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, quantidade: <input type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Grande.			
COMPOSIÇÃO: <input type="checkbox"/> Hialina <input type="checkbox"/> Mucóide <input type="checkbox"/> Mucopurulenta <input type="checkbox"/> Purulenta <input type="checkbox"/> Sanguinolenta			
COR SECREÇÃO: <input type="checkbox"/> Incolor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Marrom <input type="checkbox"/> Rosada <input type="checkbox"/> Vermelha			



EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente	Prontuário	Ala	Leito	Enfermari
Willington Henrique		Onco 2	2	506
Data	Hora	Data	Hora	
04/04/11	M			
<p>Pac. em CRP, acordado, pouco interessado na conduta, eup- meico, normotenso, acid. volém metab. de reserva. ap: MV 20 U/min, 120/80 cf: CRP, MRP, fisioterapia, Ortopedia</p>				

4020.053



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 Critico: 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 MAXIONS

Valores de Referência:

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

Criança.....: 3.4 a 5.0 mmol/l

Valor critico (adulto).....: menor que 2.5 e/ou

maior que 6.5 mmol/l

Valor critico (recem-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



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

Recem-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



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. 02*

HEMOGRAMA

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

Resultados

Valores de Referências

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)
Neutrófilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	1,0	67
Segmentados.....	62,0	4.154
Eosinófilos.....	3,0	201
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	32,0	2.144
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	2,0	134
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	197.000 mm ³	140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Ana Claudia Barroso
Ana Claudia Barroso
 Biomédica
 CRBM - 5793

Impresso : 06/04/2018 15:57 - Página 2 de 3





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):	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 12 minutos

Carlos Felipe Souza de Almeida Botelho
Biomédico
CRM 5409

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



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/mm ³	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 /mm ³	4.500 à 12.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrofilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	4,0	644
Segmentados.....	82,0	13.202
Eosinófilos.....	1,0	161
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	10,0	1.610
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	3,0	483
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	254.000 mm ³	140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Carlos Felipe Souza de Miranda Botelho

Carlos Felipe Souza de Miranda Botelho
Biomédico
CRB 5405

Emissão : 02/04/2018 09:52 - Página 1 de 2



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 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 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.

REIMPRESSÃO

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



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]

Material: Soro

Método: Eletrodo Seletivo W300 MAXIONS

Valores de Referência:

IDEAL : 97 a 108 mmol/L

ALERTA: Menor que 80 mmol/L

Maior que 115 mmol/L

EXAME RELACIONADO: Ionograma, Gasometria, Na, K.

SÓDIO 150 mmol/l

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

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 4.1 mmol/l

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

Material: Soro

Método: Eletrodo Seletivo W300 MAXIONS

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 (recem-nascido): menor que 2.5 mmol/l

maior que 8.0 mmol/l

[Assinatura]

Carlos Felipe Souza de Miranda Brito
Biomédico
CRB 5405

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





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

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

Recem-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 NIENR

Carlos Felipe Souza de Miranda Brito
Biomédico
CRM 5409

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



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/mm ³	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 /mm ³	4.500 à 12.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos		
Promielócitos.....	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
Linfócitos		
Típicos.....	6,0	1.368
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	3,0	684
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	210.000 mm ³	140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.



Carlos Felipe Souza de Miranda Beltrão
 Biomédico
 CREM 5409

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



Diagnóstico

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Wellington Henrique

Paciente Data	Prescrição Médica	Horário		Enfermaria	Leito
	Dieta livre				
07	SF 0,9% 1500ml em 24hs	12	18 00 06		
	Dipirona 2ml + AD EV 6/6hs				
	Omeprazol 40 mg EV / dia	18	06		
	Tilatil 20mg EV 12/12hs				
	Tramal 100mg + SF EV 8/8hs (SN)				
	Plasil 2ml + AD EV 8/8hs (SN)				
	Clexane 40mg SC/ dia		20		
	SSV + CCGG				
	Qa umido sob CV 3h/min a sat 90%.				
	Unida 600mg + Aq (Q) 6/6h.	12	18 00 06		
	Sym bi vent 04 perf 12/12h.	12	00		
	Acamp. Unida Médica.				
	Hidrocortisona 500mg + AD (Q) 1x/dia. 12.				

Atte

Dr. Eduardo
CRM-PB 05592

Atte

Dr. Eduardo
CRM-PB 05592

Acamp. Amb. Outy. HT.Cb.

Ex. exp. para Q

[illegible]



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FX EXP PERNA D

Paciente	Wellington Henrique dos Santos, 18	Leito	Convênio
EXTRA 2			

[illegible]



204

Paciente	Wellington Lima	Alojamento:	Leito	Convênio	Evolução Médica
Data	Prescrição Médica		Horário		
05	1. Dieta livre	ET	18h		
	2. SRL 1500ml EV/24h	18h	18h		
	3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h	18h	18h		
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	18h	18h		
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	ET			
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	ET			
	7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN	ET			
	8. Clexane 40mg SC/dia	ET			
	9. SSVV + CCGG	ET			
	10. Glimepirida 1,0 + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	18h	18h		
	11. Urtida 600mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	18h	18h		
	12. Urtida 600mg	18h	18h		
	13. D2 / Marmelada	18h	18h		
	14. Marmelada	18h	18h		
	15. Marmelada	18h	18h		
	16. Marmelada	18h	18h		
	17. Marmelada	18h	18h		
	18. Marmelada	18h	18h		
	19. Marmelada	18h	18h		
	20. Marmelada	18h	18h		
	21. Marmelada	18h	18h		
	22. Marmelada	18h	18h		
	23. Marmelada	18h	18h		
	24. Marmelada	18h	18h		
	25. Marmelada	18h	18h		
	26. Marmelada	18h	18h		
	27. Marmelada	18h	18h		
	28. Marmelada	18h	18h		
	29. Marmelada	18h	18h		
	30. Marmelada	18h	18h		
	31. Marmelada	18h	18h		
	32. Marmelada	18h	18h		
	33. Marmelada	18h	18h		
	34. Marmelada	18h	18h		
	35. Marmelada	18h	18h		
	36. Marmelada	18h	18h		
	37. Marmelada	18h	18h		
	38. Marmelada	18h	18h		
	39. Marmelada	18h	18h		
	40. Marmelada	18h	18h		
	41. Marmelada	18h	18h		
	42. Marmelada	18h	18h		
	43. Marmelada	18h	18h		
	44. Marmelada	18h	18h		
	45. Marmelada	18h	18h		
	46. Marmelada	18h	18h		
	47. Marmelada	18h	18h		
	48. Marmelada	18h	18h		
	49. Marmelada	18h	18h		
	50. Marmelada	18h	18h		
	51. Marmelada	18h	18h		
	52. Marmelada	18h	18h		
	53. Marmelada	18h	18h		
	54. Marmelada	18h	18h		
	55. Marmelada	18h	18h		
	56. Marmelada	18h	18h		
	57. Marmelada	18h	18h		
	58. Marmelada	18h	18h		
	59. Marmelada	18h	18h		
	60. Marmelada	18h	18h		
	61. Marmelada	18h	18h		
	62. Marmelada	18h	18h		
	63. Marmelada	18h	18h		
	64. Marmelada	18h	18h		
	65. Marmelada	18h	18h		
	66. Marmelada	18h	18h		
	67. Marmelada	18h	18h		
	68. Marmelada	18h	18h		
	69. Marmelada	18h	18h		
	70. Marmelada	18h	18h		
	71. Marmelada	18h	18h		
	72. Marmelada	18h	18h		
	73. Marmelada	18h	18h		
	74. Marmelada	18h	18h		
	75. Marmelada	18h	18h		
	76. Marmelada	18h	18h		
	77. Marmelada	18h	18h		
	78. Marmelada	18h	18h		
	79. Marmelada	18h	18h		
	80. Marmelada	18h	18h		
	81. Marmelada	18h	18h		
	82. Marmelada	18h	18h		
	83. Marmelada	18h	18h		
	84. Marmelada	18h	18h		
	85. Marmelada	18h	18h		
	86. Marmelada	18h	18h		
	87. Marmelada	18h	18h		
	88. Marmelada	18h	18h		
	89. Marmelada	18h	18h		
	90. Marmelada	18h	18h		
	91. Marmelada	18h	18h		
	92. Marmelada	18h	18h		
	93. Marmelada	18h	18h		
	94. Marmelada	18h	18h		
	95. Marmelada	18h	18h		
	96. Marmelada	18h	18h		
	97. Marmelada	18h	18h		
	98. Marmelada	18h	18h		
	99. Marmelada	18h	18h		
	100. Marmelada	18h	18h		

Dra. Jacy Nóbrega de Souza Lima
Oncologia Gm 7752-38
CPF: 262.135.594-34
Instituto de Diagnóstico e Referência Epidemiológica

Dr. Jaye Maria de Souza Lima
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PA 6596



SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

TGO
Fr 7510

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Data	Prescrição Médica	Alojamento	Horário	Leito	Convênio
6111-UN-UN-UN-UN	09/04/18	1. ALERJA VIVIAN	UN			
02	02	2. CECILIA VIVIAN	UN	14		
02	02	3. CLARA VIVIAN	UN	14		
		4. CLARA VIVIAN	UN	14		
		5. CLARA VIVIAN	UN	14		
		6. CLARA VIVIAN	UN	14		
		7. CLARA VIVIAN	UN	14		
		8. CLARA VIVIAN	UN	14		
		9. CLARA VIVIAN	UN	14		
		10. CLARA VIVIAN	UN	14		
		11. CLARA VIVIAN	UN	14		
		12. CLARA VIVIAN	UN	14		
		13. CLARA VIVIAN	UN	14		
		14. CLARA VIVIAN	UN	14		
		15. CLARA VIVIAN	UN	14		
		16. CLARA VIVIAN	UN	14		
		17. CLARA VIVIAN	UN	14		
		18. CLARA VIVIAN	UN	14		
		19. CLARA VIVIAN	UN	14		
		20. CLARA VIVIAN	UN	14		
		21. CLARA VIVIAN	UN	14		
		22. CLARA VIVIAN	UN	14		
		23. CLARA VIVIAN	UN	14		
		24. CLARA VIVIAN	UN	14		
		25. CLARA VIVIAN	UN	14		
		26. CLARA VIVIAN	UN	14		
		27. CLARA VIVIAN	UN	14		
		28. CLARA VIVIAN	UN	14		
		29. CLARA VIVIAN	UN	14		
		30. CLARA VIVIAN	UN	14		
		31. CLARA VIVIAN	UN	14		
		32. CLARA VIVIAN	UN	14		
		33. CLARA VIVIAN	UN	14		
		34. CLARA VIVIAN	UN	14		
		35. CLARA VIVIAN	UN	14		
		36. CLARA VIVIAN	UN	14		
		37. CLARA VIVIAN	UN	14		
		38. CLARA VIVIAN	UN	14		
		39. CLARA VIVIAN	UN	14		
		40. CLARA VIVIAN	UN	14		
		41. CLARA VIVIAN	UN	14		
		42. CLARA VIVIAN	UN	14		
		43. CLARA VIVIAN	UN	14		
		44. CLARA VIVIAN	UN	14		
		45. CLARA VIVIAN	UN	14		
		46. CLARA VIVIAN	UN	14		
		47. CLARA VIVIAN	UN	14		
		48. CLARA VIVIAN	UN	14		
		49. CLARA VIVIAN	UN	14		
		50. CLARA VIVIAN	UN	14		
		51. CLARA VIVIAN	UN	14		
		52. CLARA VIVIAN	UN	14		
		53. CLARA VIVIAN	UN	14		
		54. CLARA VIVIAN	UN	14		
		55. CLARA VIVIAN	UN	14		
		56. CLARA VIVIAN	UN	14		
		57. CLARA VIVIAN	UN	14		
		58. CLARA VIVIAN	UN	14		
		59. CLARA VIVIAN	UN	14		
		60. CLARA VIVIAN	UN	14		
		61. CLARA VIVIAN	UN	14		
		62. CLARA VIVIAN	UN	14		
		63. CLARA VIVIAN	UN	14		
		64. CLARA VIVIAN	UN	14		
		65. CLARA VIVIAN	UN	14		
		66. CLARA VIVIAN	UN	14		
		67. CLARA VIVIAN	UN	14		
		68. CLARA VIVIAN	UN	14		
		69. CLARA VIVIAN	UN	14		
		70. CLARA VIVIAN	UN	14		
		71. CLARA VIVIAN	UN	14		
		72. CLARA VIVIAN	UN	14		
		73. CLARA VIVIAN	UN	14		
		74. CLARA VIVIAN	UN	14		
		75. CLARA VIVIAN	UN	14		
		76. CLARA VIVIAN	UN	14		
		77. CLARA VIVIAN	UN	14		
		78. CLARA VIVIAN	UN	14		
		79. CLARA VIVIAN	UN	14		
		80. CLARA VIVIAN	UN	14		
		81. CLARA VIVIAN	UN	14		
		82. CLARA VIVIAN	UN	14		
		83. CLARA VIVIAN	UN	14		
		84. CLARA VIVIAN	UN	14		
		85. CLARA VIVIAN	UN	14		
		86. CLARA VIVIAN	UN	14		
		87. CLARA VIVIAN	UN	14		
		88. CLARA VIVIAN	UN	14		
		89. CLARA VIVIAN	UN	14		
		90. CLARA VIVIAN	UN	14		
		91. CLARA VIVIAN	UN	14		
		92. CLARA VIVIAN	UN	14		
		93. CLARA VIVIAN	UN	14		
		94. CLARA VIVIAN	UN	14		
		95. CLARA VIVIAN	UN	14		
		96. CLARA VIVIAN	UN	14		
		97. CLARA VIVIAN	UN	14		
		98. CLARA VIVIAN	UN	14		
		99. CLARA VIVIAN	UN	14		
		100. CLARA VIVIAN	UN	14		
		101. CLARA VIVIAN	UN	14		
		102. CLARA VIVIAN	UN	14		
		103. CLARA VIVIAN	UN	14		
		104. CLARA VIVIAN	UN	14		
		105. CLARA VIVIAN	UN	14		
		106. CLARA VIVIAN	UN	14		
		107. CLARA VIVIAN	UN	14		
		108. CLARA VIVIAN	UN	14		
		109. CLARA VIVIAN	UN	14		
		110. CLARA VIVIAN	UN	14		
		111. CLARA VIVIAN	UN	14		
		112. CLARA VIVIAN	UN	14		
		113. CLARA VIVIAN	UN	14		
		114. CLARA VIVIAN	UN	14		
		115. CLARA VIVIAN	UN	14		
		116. CLARA VIVIAN	UN	14		
		117. CLARA VIVIAN	UN	14		
		118. CLARA VIVIAN	UN	14		
		119. CLARA VIVIAN	UN	14		
		120. CLARA VIVIAN	UN	14		
		121. CLARA VIVIAN	UN	14		
		122. CLARA VIVIAN	UN	14		
		123. CLARA VIVIAN	UN	14		
		124. CLARA VIVIAN	UN	14		
		125. CLARA VIVIAN	UN	14		
		126. CLARA VIVIAN	UN	14		
		127. CLARA VIVIAN	UN	14		
		128. CLARA VIVIAN	UN	14		
		129. CLARA VIVIAN	UN	14		
		130. CLARA VIVIAN	UN	14		
		131. CLARA VIVIAN	UN	14		
		132. CLARA VIVIAN	UN	14		
		133. CLARA VIVIAN	UN	14		
		134. CLARA VIVIAN	UN	14		
		135. CLARA VIVIAN	UN	14		
		136. CLARA VIVIAN	UN	14		
		137. CLARA VIVIAN	UN	14		
		138. CLARA VIVIAN	UN	14		
		139. CLARA VIVIAN	UN	14		
		140. CLARA VIVIAN	UN	14		
		141. CLARA VIVIAN	UN	14		
		142. CLARA VIVIAN	UN	14		
		143. CLARA VIVIAN	UN	14		
		144. CLARA VIVIAN	UN	14		
		145. CLARA VIVIAN	UN	14		
		146. CLARA VIVIAN	UN	14		
		147. CLARA VIVIAN	UN	14		
		148. CLARA VIVIAN	UN	14		
		149. CLARA VIVIAN	UN	14		
		150. CLARA VIVIAN	UN	14		
		151. CLARA VIVIAN	UN	14		
		152. CLARA VIVIAN	UN	14		
		153. CLARA VIVIAN	UN	14		
		154. CLARA VIVIAN	UN	14		
		155. CLARA VIVIAN	UN	14		
		156. CLARA VIVIAN	UN	14		
		157. CLARA VIVIAN	UN	14		
		158. CLARA VIVIAN	UN	14		
		159. CLARA VIVIAN	UN	14		
		160. CLARA VIVIAN	UN	14		
		161. CLARA VIVIAN	UN	14		
		162. CLARA VIVIAN	UN	14		
		163. CLARA VIVIAN	UN	14		
		164. CLARA VIVIAN	UN	14		
		165. CLARA VIVIAN	UN	14		
		166. CLARA VIVIAN	UN	14		
		167. CLARA VIVIAN	UN	14		
		168. CLARA VIVIAN	UN	14		
		169. CLARA VIVIAN	UN	14		
		170. CLARA VIVIAN	UN	14		
		171. CLARA VIVIAN	UN	14		
		172. CLARA VIVIAN	UN	14		
		173. CLARA VIVIAN	UN	14		
		174. CLARA VIVIAN	UN	14		
		175. CLARA VIVIAN	UN	14		
		176. CLARA VIVIAN	UN	14		
		177. CLARA VIVIAN	UN	14		
		178. CLARA VIVIAN	UN	14		
		179. CLARA VIVIAN	UN	14		
		180. CLARA VIVIAN	UN	14		
		181. CLARA VIVIAN	UN	14		
		182. CLARA VIVIAN	UN	14		
		183. CLARA VIVIAN	UN	14		
		184. CLARA VIVIAN	UN	14		
		185. CLARA VIVIAN	UN	14		
		186. CLARA VIVIAN	UN	14		
		187. CLARA VIVIAN	UN	14		
		188. CLARA VIVIAN	UN	14		
		189. CLARA VIVIAN	UN	14		
		190. CLARA VIVIAN	UN	14		
		191. CLARA VIVIAN	UN	14		
		192. CLARA VIVIAN	UN	14		
		193. CLARA VIVIAN	UN	14		
		194. CLARA VIVIAN	UN	14		
		195. CLARA VIVIAN	UN	14		
		196. CLARA VIVIAN	UN	14		
		197. CLARA VIVIAN	UN	14		
		198. CLARA VIVIAN	UN	14		
		199. CLARA VIVIAN	UN	14		
		200. CLARA VIVIAN	UN	14		
		201. CLARA VIVIAN	UN	14		
		202. CLARA VIVIAN	UN	14		
		203. CLARA VIVIAN	UN	14		
		204. CLARA VIVIAN	UN	14		
		205. CLARA VIVIAN	UN	14		
		206. CLARA VIVIAN	UN	14		
		207. CLARA VIVIAN	UN	14		
		208. CLARA VIVIAN	UN	14		
		209. CLARA VIVIAN	UN	14		
		210. CLARA VIVIAN	UN	14		
		211. CLARA VIVIAN	UN	14		
		212. CLARA VIVIAN	UN	14		
		213. CLARA VIVIAN	UN	14		
		214. CLARA VIVIAN	UN	14		
		215. CLARA VIVIAN	UN	14		
		216. CLARA VIVIAN	UN	14		
		217. CLARA VIVIAN	UN	14		
		218. CLARA VIVIAN	UN	14		
		219. CLARA VIVIAN	UN	14		
		220. CLARA VIVIAN	UN	14		
		221. CLARA VIVIAN	UN	14		
		222. CLARA VIVIAN	UN	14		
		223. CLARA VIVIAN	UN	14		
		224. CLARA VIVIAN	UN	14		
		225. CLARA VIVIAN	UN	14		
		226. CLARA VIVIAN	UN	14		
		227. CLARA VIVIAN	UN	14		
		228. CLARA VIVIAN	UN	14		
		229. CLARA VIVIAN	UN	14		
		230. CLARA VIVIAN	UN	14		
		231. CLARA VIVIAN	UN	14		
		232. CLARA VIVIAN	UN	14		
		233. CLARA VIVIAN	UN	14		
		234. CLARA VIVIAN	UN	14		
		235. CLARA VIVIAN	UN	14		
		236. CLARA VIVIAN	UN	14		
		237. CLARA VIVIAN	UN	14		
		238. CLARA VIVIAN	UN	14		
		239. CLARA VIVIAN	UN	14		
		240. CLARA VIVIAN	UN	14		
		241. CLARA VIVIAN	UN	14		
		242. CLARA VIVIAN	UN	14		
		243. CLARA VIVIAN	UN	14		
		244. CLARA VIVIAN	UN	14		
		245. CLARA VIVIAN	UN	14		
		246. CLARA VIVIAN	UN	14		
		247. CLARA VIVIAN	UN	14		
		248. CLARA VIVIAN	UN	14		
		249. CLARA VIVIAN	UN	14		
		250. CLARA VIVIAN	UN	14		
		251. CLARA VIVIAN	UN	14		
		252. CLARA VIVIAN	UN	14		
		253. CLARA VIVIAN	UN	14		
		254. CLARA VIVIAN	UN	14		
		255. CLARA VIVIAN	UN	14		
		256. CLARA VIVIAN	UN	14		
		257. CLARA VIVIAN	UN	14		
		258. CLARA VIVIAN	UN	14		
		259. CLARA VIVIAN	UN	14		
		260. CLARA VIVIAN	UN	14		
		261. CLARA VIVIAN	UN	14		
		262. CLARA VIVIAN	UN	14		
		263. CLARA VIVIAN	UN	14		
		264. CLARA VIVIAN	UN	14		

510.00M



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



GOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

LEITO 12

WELLINGTON HENRIQUE DA COSTA

FRATURA EXPOSTA TÍBIA DIREITA-OPERADA ONTEM

TEP ?

03/04/2018	1	DIETA VO LÍQUIDA-PASTOSA ASSISTIDA	
	2	SF 0,9% 500ML IV 12\12H	
DO:2\4\18	3	CEFTRIAXONA 1G + AD, EV, 12\12H	
DO:2\4\18	4	CLINDAMICINA 600MG + SF 0,9% 100ML IV 6\6H	
	5	OMEPRAZOL 40MG EV + AD ÀS 6H	
	6	NAUSEDRON 01FA + AD EV 8\8H, S/N	
	7	DIPIRONA 01FA + AD EV 6\6H	
	8	CLEXANE 60MG SC 24\24H	
	9	HGT DE 6\6H E INSULINA REGULAR SC CONFORME PROTOCOLO	
	10	GH 50% 60ML EV SE HGT < 70	
	11	HIGIENE ORAL 2 X AO DIA	
	12	O2 3L/MIN S/N, SE SATO < 92%	
	13	DECÚBITO ELEVADO	
	14	FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA	
	15	MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA	
	16		
	17	ACOMPANHAMENTO CONTÍNUO E OBSERVAÇÃO	
	18		
	19		
	20		

03/04/18- Ave Vermelha 04:54h

Faceti consult, orientado e retornado 98%
adequa para Ave Vermelha aos cuidados da
Ortopedia

Dr. Leonardo Leite Balsa
CLÍNICA MÉDICA
CRM 5195 - DEF 1 e FIEL

#0194718

Deixei o fixador externo e o
ed. Aquando contin' da pnh.

Dr. Leonardo Leite Balsa
CLÍNICA MÉDICA
CRM 5195 - DEF 1 e FIEL





Ex. Reporte clínico (D)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Willington Wanderley da Silva	Alojamento	EXT.	Leito	92	Convênio	
----------	-------------------------------	------------	------	-------	----	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
03/04/18	1) Dose baixa, após URPA		
	2) Captopril 1g + ARD EV 120m	18	
	3) Clonidina 500g + ARD 616m	18	
	4) 500g 1500g + ARD 616m	18	
	5) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	6) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	7) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	8) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	9) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	10) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	11) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	12) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	13) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	14) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	15) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	16) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	17) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	18) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	19) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	20) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	21) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	22) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	23) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	24) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	25) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	26) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	27) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	28) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	29) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	30) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	31) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	32) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	33) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	34) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	35) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	36) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	37) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	38) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	39) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	40) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	41) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	42) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	43) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	44) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	45) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	46) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	47) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	48) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	49) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	50) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	51) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	52) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	53) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	54) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	55) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	56) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	57) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	58) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	59) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	60) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	61) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	62) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	63) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	64) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	65) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	66) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	67) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	68) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	69) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	70) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	71) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	72) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	73) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	74) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	75) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	76) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	77) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	78) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	79) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	80) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	81) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	82) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	83) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	84) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	85) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	86) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	87) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	88) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	89) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	90) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	91) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	92) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	93) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	94) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	95) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	96) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	97) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	98) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	99) 1000g 1500g + ARD 616m	18	
	100) 1000g 1500g + ARD 616m	18	

05:40

• • •

୧୦

10

10

10. *Hyacinth*

2.4

2.2 molarities, — 10

05 5.0 ..

10

50

10

40

502

2. 0

14/11/20

.. F 50

• • 750

so nachher 10

0505

14

0.5 g/L
0.1 g/L
0.05 g/L

10 ————— 51xOH

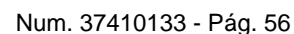
082

25

capitulum, long	10
capitulum, short	10
capitulum, long	10
capitulum, short	10


Partner a

✓
✓



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:		Wellington Henrique dos Santos		DN. 08/12/99	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
	Sala 04	JUS	18 A	1626851	
CIRURGIA			CIRURGIÃO		
Trat. cirur. Trat. exp.			Dr. Wagner		
ANESTESIA			ANESTESIA		
Roguit Sedação			Dr. Rafael		
INSTRUMENTADORA		DATA	INICIO	FIM	
Andre		02/04/18	03:30	04:20	
Qtz.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtz.	FIOS
	Adrenalina amp.		Calel. p/ OXg.		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.	03	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
01	Dimofe amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolarfina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
01	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
01	Mefase ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
	Protigmine amp.	4.5	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutapak
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutapak
01	Guedes ml	9.5	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml	02	Mononylon 2-0
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix
Qtz.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix
01	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix
	Decadron amp.	01	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix
02	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Serfix
	Flaxidol amp.	04	Luvas 7.5		Vicryl Serfix
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Serfix
	Geramicina amp.	02	Luvas 8.5		
	Glicose amp.	7.0	Oxigênio l/m	4L/min	
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix		
	Haemacel ml.	0.5	PVP Degemante ml		
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtz.	SOROS
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
	Lasix amp.		Saco coletor	02	SG Gelado fr 500 ml
	Medrotinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
01	Morfedron	02	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml
	Prolamina	02	Seringa desc. 05 ml	02	SG fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda		p/ Paciente ..
	Stuptanon amp.		Sonda folley	Qtz.	ORTESE E PRÓTESE
01	Cefalotina 1g	01	Sonda Nasogástrica		
01	Ranitidina		Sonda Uretral nº		
02	Filadil		Sterydrem ml		
			Torneirinha		
Qtz.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18		
01	Aguilha desc. 28 x 28		Latex		
	Aguilha desc. 3 x 4,5	05	Coletor		
01	Aguilha p/ raque nº	03	Escovas		
0.5	Álcool de Enfermagem	03	Scopes p/ R-X		
	Álcool Iodado ml	01	Capote descartável		
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

ORTOSINTENSE IND. E COM. LTDA
Raf. 4742/02 Lote: 5318H17
FIXADOR LAY FOX C/ BARRA 300
FIXADOR EXTERNO LAY FOX
Registro ANVISA: 1823710086

Res. Técnico: CARLOS M. NAKAMURA / CRE A N. 0601828973

ENTRADA 25/04/2017

EQUIPAMENTOS

(X) Oxímetro de Pulso	(X) Foco Axial
() Serra	() Eletrocautério
() Desfibrilador	() Oxícapnógrafo
(X) Foco Frontal	(X) Cardiomonitor
() Fonte de Luz	(X) Perfurador Elétrico

Maria Milene CIRCUANTE RESPONSÁVEL



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

<http://pie.tipb.ius.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120309171622600000035695335>

Número do documento: 20120309171622600000035695335

Num. 37410133 - Pág. 57

INSTITUTO DE REABILITACAO E CUIDADOS
CENTRO DE ATENDIMENTO E CUIDADOS
FARMACIA - 0100 0000 / 0000 0000
Nº 4367

INSTITUTO DE REABILITACAO E CUIDADOS
CENTRO DE ATENDIMENTO E CUIDADOS
FARMACIA - 0100 0000 / 0000 0000
Nº 4367

1026117 DE TINA
Grande
Mellin
1026117
Tina. Grã. DE TINA EXISTE DE TINA
TINA DO EXISTE DE TINA
OT

///

05/04/18
Dr. Wagner + Dr. Nereu
Dr. F. X. 1001 EXISTE

Centro André de Sá Lima
TÉCNICO DE ENFERMAGEM

10/10



PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMA

CIDADE

E. GRUPE

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

Wellington Henrique dos Santos

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AI. H

COD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

Trat. Cirúrgico de Fratura Exposta de Tibia

PRODUTO

REF.

QUANT.

COD. ROMP.

T1/2011 Externa Ortopedia

01

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

02/04/18

Dr. Wagner + Dr. Pereira

OBSERVAÇÕES

Q Fratura Externa

81



3814/110 2.

Welding with the torch

228561

1107. Plank. Dr. Loring Evans de Libris

10

1. 2018-19-2019-20

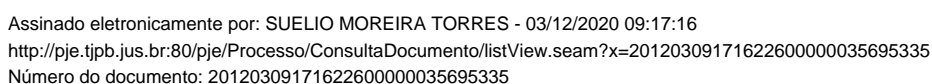
~~Mr. Warner + Mr. New-~~

81/10/50

Q. 7 x 1000 = 7000

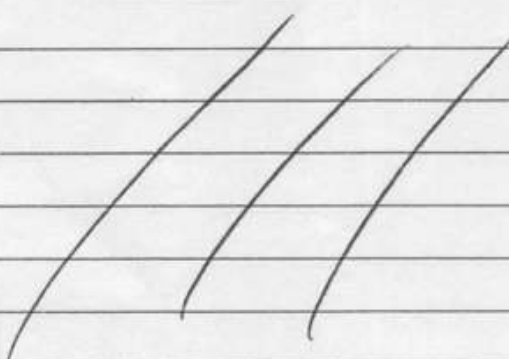
COHEN-98 118.838
TECHNO DE EMPREENDIM
CARLOS ANDRÉ DA SILVA LIMA

209



PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL			
HOSPITAL DE TIROUMA			
CIDADE	TEL / FAX / E-MAIL		
E. GRUPE			
NOME DO PACIENTE			
Wellington Henrique dos Santos			
Nº DO PRONTUÁRIO	Nº AL. H	COD. PROCEDIMENTO	CONVÊNIO
1626851			

PROCEDIMENTO REALIZADO			
TÍT. CIMA DE FUSION EXPOSTA DE TITUM			
PRODUTO	REF.	QUANT.	COD. ROMP.
TITUM EXTERNO ORIOSSINI.		01	
			

DATA DA UTILIZAÇÃO	DATA DA COMUNICAÇÃO	MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM
02/04/18		Dr. Wagner + Dr. Pereira
OBSERVAÇÕES		

Q Fx120L EXTERNO		


ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
 <div style="float: right;"> <p>Carlos André da Silva Lima TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN-PB 115.838</p> </div>



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 O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

CRM 7028
Suelio Moreira

Assinatura do anestesista





Ortopedia II
Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	<i>Wellington Henrique dos Santos</i>		Idade:	<i>18 a</i>	
Convênio:			Data:	<i>02/04/18</i>	
Procedimento:	<i>T.T.O. cirúrgico de fratura exposta do asso do pé (D)</i>				
Cirurgião:	<i>Dr. Wagner</i>	Auxiliar:	<i>—</i>	Anestesista:	<i>Dr. Rafael</i>
Início:	<i>03:30</i>	Término:	<i>04:20</i>	Anestesia	<i>Raque + Sedação</i>

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
04:30	86 x 32	92 bpm	88%	<i>Dr. + Limiana</i>	- MM II	consciente
04:50	102 x 45	100 bpm	100%	<i>Dr. + Limiana</i>	- MM II	+
06:00	99 x 55	101	100%	<i>Dr. + Limiana</i>	- MM II	consciente
06:30	126 x 47	85 bpm	99%	<i>Dr. + Limiana</i>	+	+
07:30	118 x 41	104 bpm	90%	<i>Ana Karine de A. Almeida</i>	+	+
09:50	115 x 80	114 bpm	90%	<i>Enfermeiro</i>	+	+
				<i>CRP: 303.727</i>		

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações: <i>04:30- Paciente em P.O.I. de ortopedia, encontra-se consciente, orientado, eupneico, sem perfusão em M.S.E. pério, fixador externo em M.I.D. com curativo limpo. Segue em monitorização contínua, sem queixas de dor e sem desconfortos e aguarda alta na enfermaria.</i> <i>Ana Karine de A. Almeida</i> <i>Enfermeira</i> <i>CRP: 303.727</i>
<i>CRP 10228</i> <i>10/11/18</i> Assinatura Anestesista
Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103



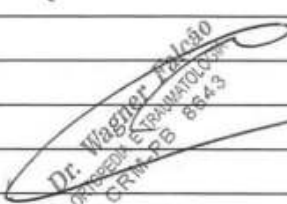


**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <i>Wellington Henrique dos Santos</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>02/04/20</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. Wagner</i>		1º Auxiliar <i>Dr. Everton</i>	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>fx exposta de osso de</i>			
Tipo de Operação <i>fixação externa</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>0 melhora</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
<ol style="list-style-type: none"> 1) Paciente em DDM sob anestesia 2) Assepsia + Antissepsia + Aplicação de campo estéril 3) Desbridamento de tecido desvitalizado 4) Lavagem extensiva c/ S.F. 2171 5) Incisões mínimas em pele + Aplicação de fixação externa monoplane linear. 6) Sutura de aproximação + curativo


Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



de acordo com o relatório
de acordo com o relatório
de acordo com o relatório

de acordo com o relatório

de acordo com o relatório

de acordo com o relatório 8582

de acordo com o relatório

0108020200

7



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°, BAIRRO)
SÍTIO SABIELE, 0, SÍTIO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Esperança

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP
250600 PB 58135000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Deformidade + edema +
lesão cutânea por trauma.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessita de cirurgia.

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

R-x anamne.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fx exposta tíbia (D)

21 - CID 10 PRINCIPAL
S82.8

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento cirúrgico de fratura da tíbia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408030500

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) 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 (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BELHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - 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 (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

/ /





FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PB Nº **9670467832**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: **1** **14839916-9** **00/00000000** **2012**
CDD. RENAVAM: **20120000144789-0** EXERCÍCIO:

NOME: **MARCELO FERREIRA FELIX**

CPF / CNPJ: **01174378409** PLACA: **NPS7306/PB**

PLACA ANT / UF: **NOVO PB** CHASSI: **95VAC1G288M011255**

ESPECÍFICO: **PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC** COMPLETIVO: **GASOLINA**

MARCA / MODELO: **DAFRA/SUPER 100** ANO FAB: **2008** ANO MOD: **2008**

CAP / POT / CIL: **2 P/100 /CI** CATEGORIA: **PARTIC** COR PREDOMINANTE: **PRETA**

CORA ÚNICA: **IPVA PAGO EM 30/04/2012** 1ª VENC / COTAS: **1**

FAXA LIVA: **0** PARCELAMENTO / COTAS: **2**

PREMIO TARIFÁRIO (R\$): ********* IOF (R\$): ********* PREMIO TOTAL (R\$): ********* DATA DE PAGAMENTO: **30/04/2012**

OBSERVAÇÕES: **A.F BV FINANCEIRA S.A.**

JOAO PESSOA-PB

32280  **30/04/2012**
40533

Rodolfo Augusto de Carvalho Costa
Diretor Superintendente - DEPLAC/DETRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAÓ - 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: **2012** DATA EMISSÃO: **30/04/2012**

VIA: **1** CPF / CNPJ: **01174378409** PLACA: **NPS7306/PB**

RENAVAL: **48399169 GAS** MARCA / MODELO: **DAFRA/SUPER 100**

ANO FAB: **2008** CILATIF: **9** Nº CHASSI: **95VAC1G288M011255**

PRÊMIO TARIFÁRIO

FINS (R\$): ********* DETRAN (R\$): ********* CUSTO DO SEGURO (R\$): *********

CUSTO DO BILHETE (R\$): ********* IOF (R\$): ********* TITULA BERRIGO PELA SEGURO-RS: *********

S COTA ÚNICA: **SEGURO** PAGAMENTO: **PARCELADO** DATA DE QUITAÇÃO: **30/04/2012**

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: **08.248.608/0001-04**
40533-1144520-20120430

