



PABLO ANGELIM
ADVOCACIA & ASSESSORIA

PROCURAÇÃO

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

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

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

Bruna Lusía da Silva Sousa
ocorrido na data em 15 / 07 / 2018.

CAMPINA GRANDE - PB, 18 de NOVEMBRO de 2019.

Bruna Lusía da Silva Sousa
OUTORGANTE



Solicitação

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

25/07/18


Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR-ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PS 9361





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

007630

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 1.487.555.233-1

Número do Benefício: 624.152.552-6

Espécie: 31

Ao(A) Sr.(a): BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA

Endereço: CECY RAMOS, BELO 285, BODOCONGO

CEP: 58.430.275 Município: CAMPINA GRANDE

UF: PB

Assunto: Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade.

Decisão: Deferimento do Pedido.

Motivo: Constatação da incapacidade laborativa.

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

Prezado(a) Senhor(a),

Em atenção à sua Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade, apresentada no dia 08/10/2018, informamos que foi reconhecido o direito à prorrogação do benefício.

O pagamento do seu benefício será mantido até o dia: 11/10/2018

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

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

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

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

AG DA P/S CAMPINA GRANDE - DINAMERICA

ENDEREÇO: AV. DINAMERICA ALVES CORREIA, S/N

- SANTA ROSA

CEP: 58416.680

MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE

UF: PB

M:22

Impresso pela Dataprev

Digitalizado com CamScanner



COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 1.497.559.233.1

Número do Benefício: 624.152.552.6

Espécie: 31

Ao Sr(a): BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA

Endereço: CECY RAMOS BELO 285, BODOCONGO

CEP: 59.430-275 Município: CAMPINA GRANDE

UF: PB

Assunto: Requerimento de Auxílio - Doença.

Decisão: DEFERIDO

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa.

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

Prezado(a) Senhor(a),

Em atenção ao requerimento de Auxílio-Doença, efetuado em 30/07/2018, a Previdência Social comunica que foi reconhecido o direito ao benefício, em razão de o exame médico-pericial realizado pelo INSS ter concluído que existe incapacidade para o trabalho e/ou atividade habitual.

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

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

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

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

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

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

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em auxílio doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8.213/91, com redação dada pela Lei nº 13.135/15.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

AG DA P S CAMPINA GRANDE - DINAMERICA

ENDEREÇO: AV. DINAMERICA ALVES CORREIA, 8/N - SANTA ROSA

CEP: 58416-680

MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE

UF: PB

M:16

Impresso pela Dataprev.

FORM ATU34X

Digitalizado com CamScanner





DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA,
brasileira, solteira, operadora de telemarketing, RG:
4.384.062 SSP-PB, CPF: 135.887.404-22, residente e
domiciliado na Rua Cecy Ramos Belo, N° 285, Bairro
Bodocongó, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as
penas da lei, que não tenho condições de arcar com as
despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do
meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da
Gratuidade da Justiça, nos termos do art. 98 e seguintes da
Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro,
ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

CAMPINA GRANDE - PB, 20 de Dezembro, 2021.

Bruna Lusía da Silva Sousa



Declaração de Isenção do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF)

Eu, BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA, RG/CNH nº 4.384.062

órgão expedidor: SSP, UF: PB, CPF 135.887.404-22, endereço

Cecy Ramos Belo, CEP 58430-275,

cidade de Campina Grande - PB, telefone(s) (83) 987443911, **DECLARO** ser

isento(a) da apresentação do Imposto de Renda Pessoa Física (DIRPF) no(s)

exercício(s) 2019;2020;2021 por não incorrer em nenhuma das hipóteses de

obrigatoriedade estabelecidas pelas Instruções Normativas (IN) da Receita Federal do Brasil (RFB).

Esta declaração está em conformidade com a IN RFB nº 1548/2015 e a Lei nº 7.115/83*.

Declaro ainda, sob as penas da lei, serem verdadeiras todas as informações acima prestadas.

_____, _____ de _____ de 2021.

Bruna Lusía da Silva Sousa

Assinatura

*Especificamos que a Receita Federal do Brasil não emite declaração de que o(a) cidadão(a) está isento(a) de apresentar a Declaração do Imposto de Renda da Pessoa Física (DIRPF), pois a Instrução Normativa RFB nº 1548, de 25 de fevereiro de 2015, regula que, a partir do ano de 2008, deixa de existir a Declaração Anual de Isento. Ademais, a Lei nº 7.115/83 assegura que a isenção poderá ser comprovada mediante declaração escrita e assinada pelo próprio interessado. Mais informações podem ser obtidas na página da RFB na *internet*, no seguinte endereço eletrônico: <http://receita.economia.gov.br/orientacao/tributaria/declaracoes-e-demonstrativos/dai-declaracao-anual-de-isento>

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, honraria ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Art. 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º - Revogam-se as disposições em contrário.



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

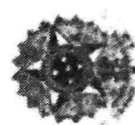
L-234



Bruna Lusía da Silva Sousa

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Ministério da Fazenda



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
135.887.404-22

Nome
BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA

Nascimento
05/09/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

4.384.062

DATA DE
EXPEDIÇÃO

02/02/2016

NOME

BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA

FILIAÇÃO

JOSEMAR BARBOSA DE SOUSA
AURICELIA MARIA DA SILVA SOUSA

NATURALIDADE

CAMPINA GRANDE-PB

DATA DE NASCIMENTO

05/09/1998

DOC ORIGEM

CERT. NASC. Nº75.249 - LIV.A/67 - FLS.193V - CARTORIO 2º
CAMPINA GRANDE-PB

135.887.404-22

O+

Assinado eletronicamente por: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM - 02/02/2021 13:09:22
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020213092239700000037173471

Assinado eletronicamente por: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM - 02/02/2021 13:09:22
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020213092239700000037173471



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 13908.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 13908.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:30 horas do dia 05 de dezembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **BRUNA LUISA DA SILVA SOUSA**, CPF nº 135.887.404-22, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Atendente de Call Center, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 05/09/1998 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Cecy Belo, Nº 285, bairro Bodocongó, tendo como ponto de referência Não Informado, na cidade de Campina Grande/PB, telefone (s) para contato (83) 98776-8542.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Dinamerica Alves Correia, Cruzamento Com a Rua do Sol, Campina Grande/PB, bairro Santa Rosa; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/07/18 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo a declarante no dia 15/07/2018 por volta das 18:00 horas quando transitava na garupa de moto tipo HONDA/CG 160 FAN ESDI ano/mod. 2016/2017, de cor preta de placa: QFQ1186/PB CHASSI: 9C2KC2200HR503363 pertencente ao Sra. TAYWSKA DANNIELY COSTA DA SILVA portadora CPF: 098.482.944-06 e conduzida pelo Sr. Luciano Rodrigues da Silva Júnior, que segundo a mesma vinha na garupa da referida moto quando trafegava pela Av. Dinamerica, Santa Rosa, Campina Grande-PB, quando foi surpreendida por uma motocicleta (não identificada/que evadiu-se do local) que saiu de uma estradinha de barro e atravessou indevidamente o cruzamento da Av. Dinamerica com a Rua do Sol vindo a chocar-se com a moto em que a declarante vinha na garupa. Que devido ao fato a declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrida pelo seu pai ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES, onde foi diagnosticada, FRATURA DO UMEROS PROXIMAL ESQUERDO, de acordo com o Prontuário de nº 1693307, assinado pela médica Dr. Evelon Meira CRM-PB 9900.

Sendo o que havia a constar, certificado(s) o(s) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

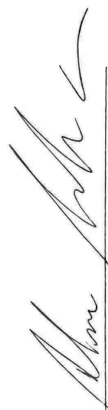
João Pessoa/PB, 05 de dezembro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

BRUNA LUISA DA SILVA SOUSA
Noticiante

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

Declaro para os seguintes fins que BRUNA LUZIA DA SILVA SOUZA ,
cpf:135.887.404-22, esteve em reabilitação da cirurgia de fratura de úmero proximal
esquerdo no período de 07 de agosto de 2018 a 25 de setembro de 2018 realizando o total
de 20 sessões. A mesma houve uma boa evolução mas permaneceu sequelas. Limitação ao
realizar abdução de ombro e perda de força e trofismo no braço cirurgiado. Estando a
mesma sobre minha responsabilidade profissional para tal firma presente.



Alisson Almeida Silva.
CREFITO 117454-F

Campina Grande, 25 de Setembro de 2018.







HTCG-Painel Administrativo

[illegible]

SERVIÇOS REAL ZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
[...]	[...]	[...]
[...]	[...]	[...]
[...]	[...]	[...]
[...]	[...]	[...]

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

2/2



Num. 38994950 - Pág. 1

15/07/2018

HTCG-Painel Administrativo



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1693291 CLASS. DE RISCO: AMARELO

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: 15/07/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Patrícia Maria Gonçalves

PACIENTE: BRUNA LUSIA SOUSA

CEP:58400002

Nascimento:05/09/1998

Endereço: ESI RAMOS BELO

Sexo:F

Telefone: 988671829

Cidade: Campina Grande

Idade:019

Município:BODOCONGO

Nome da Mãe: AURICELIA MARIA DA SILVA SOUZA

RG: 4384062

ID:285

Responsável:

CPF: 13588740422

Profissão:ATENDENTE

Estado Civil:Solteiro(a)

Data de Atend:15/07/2018

CNS:898000764333048

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 18:41:27

CONVÊNIO:SUS

Médico:

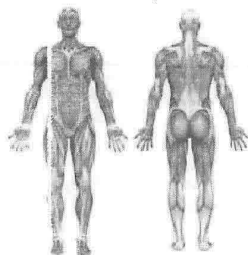
CRM:

Especialidade:

OBS. FICHAS

MECANISMOS DO TRAUMA

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



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

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNÓSTICO / CID:

Fratura de humero (proximal)

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Acidente de moto às 14h40min, c/ trauma local no ombro direito.
Nº de fratura proximal (C).

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Foto reagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Especialista: / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HC RÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: Dr. Winy Paiva
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-PB nº 14.017

3/projetohtcg/impreurgencia.php?contar=1693291

1/2



Assinado eletronicamente por: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM - 02/02/2021 13:09:25
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020213092480900000037174076
Número do documento: 21020213092480900000037174076

Num. 38994950 - Pág. 2





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Priscila Lúcia da Silva Sousa		
End:	Rua Cesário Ramos Belo nº 285	Bairro:	Bodequim
Data de Nascimento:	05-09-90	Documento de Identificação:	123456789-1
Queixa:	te aperto	Data do Atend.:	15/07/18
		Hora:	18:41
		Documento:	123456789-1
Acidente de trabalho?	() Sim (x) Não		

Classificação de Risco

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

Estratificação

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

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

Priscila Moura da Silva
ENFERMEIRA
COREN-PB 2286

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110



[illegible]

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bruna Louisa Sousa Registro: _____ Leito: 10104 Setor Atual: Neurologia 1

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bruna Luzia Sousa Registro: Leito: 204 Setor Atual: ATI

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ☒ ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: ☒ Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>M3 D</u> Data da punção <u>19/07/18</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: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: ☒ Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: ☒ Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: ☒ Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () 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: ____/____/____	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente ☒ Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: ☒ Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: ☒ Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas ☒ Outro: <u>deambula</u>	
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>19/07/18 em 17:20h pele sem queimaduras no momento. As cuidados da equipe</u>	
Karola R. L. Porto Queir COREN-PB 166371-EN	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: <u>19/07/18</u> HORA: <u>17:20</u> h	
Karola R. L. Porto Queiroz COREN-PB 166371-ENF	

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bruna Louisa Sousa Registro: _____ Leito: 30-4 Setor Atual: Onco 1.
2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

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

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

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

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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.


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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

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

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bruna Kauzia Registro: _____ Leito: 10.4 Setor Atual: 09701
2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

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

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

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

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

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): BRUNA LUZIA SOUSA Protocolo: 0000414489 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): YWRY DE PAIVA CAMARA Data: 16-07-2018 11:23 Origem: CLINICA ORTOPEDICA I
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 19 anos Destino: ENF 10 - L. 04

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

[DATA DA COLETA: 16/07/2018 11:22]

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

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

[DATA DA COLETA: 16/07/2018 11:22]

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

Carlos Felipe Souza de Miranda Seltro
Biomédico
CRM 5409

Emissão : 16/07/2018 11:31 - Página 2 de 2

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: D5C4-2EB9-3EE4-63AE-7F74-5C2A-6A27-1942



Sr(a): BRUNA LUZIA SOUSA Protocolo: 0000414489 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): YWRY DE PAIVA CAMARA Data: 16-07-2018 11:23 Origem: CLINICA ORTOPEDICA I
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 19 anos Destino: ENF 10 - L.04

HEMOGRAMA

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

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.42 milhões/mm ³	3,9 à 5,9 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	10,9 g/dL	12,0 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	33,0 %	35,6 à 48,6 %
V.C.M.....	75 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	25 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	8.400 /mm ³	4.500 à 12.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrofilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	3,0	252
Segmentados.....	78,0	6.552
Eosinófilos.....	1,0	84
Basófilos.....	0	0
Linfocitos		
Típicos.....	15,0	1.260
Atípicos.....	0	0
Monocitos.....	3,0	252
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	193.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

[Assinatura]

Carlos Felipe Souza de Miranda Bettão
Biomédico
CRM 5409

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 84D0-549C-8163-B331-EBDE-979B-8FE7-4544





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: _____

1 - SIMTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

() Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

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

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

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

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

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

Medicamentos em uso () Não

() Sim

4 - EXAME FÍSICO:

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

Ap. Cardiovascular - Comentários: _____

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

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.:

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO:

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

Obs.: _____

Ass. do Médico



Bone luma, PROT. 169330 +
24102118

10.4

POI FX Alameda proximal E

1) Ducto de orelhas RPA

2) SCL 1000 ml IV 248

3) GASTRICA 240 mg IV 241248

4) CLODANINA 600 mg IV 668 AB 24/96

5) FULCART 30 mg + AD IV 121124 AB 24/06

6) APORNA 19 + AD IV 668 AB 24/06

7) PARACET 100 mg + 100 ml SF 0.9% IV 24/04

8) 8188 (Lacta)

9) Omeprazol 40 mg + clonid 100 mg + 50 mg

10) SSIV + CCGC

1

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR. ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

25. Alta Anestesia

1

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR. ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

FOLHETA

Exame neurológico, prescrito

Ca: alta + retorne + autocida

1

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR. ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

POI na internação

CV: VPM + pt de controle

1

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR. ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

DATA = 24-07-18

HORA = 13:00

PA = 100x60

Paciente consciente

orientado P.O.S.

operatório a

norma após

apo curativo

de infusão



MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

9594

Hospital: de Amargosa e Truina de P. B. Costa Código: _____Procedimento: Trat. cir com fixação de Uress proximal Cód. Procedimento: _____Paciente: Bruna Glória SousaData da Cirurgia: 24/07/18 Nº prontuário: 1693291 Convênio: _____Cirurgião: Dr. Andrey Código: _____ () Reposição () Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Placa de Uress proximal de 03 Furos			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical 3.5) mm	Nº	20	29					
	Qtd.	01	01					
	Cód.							
Parafuso Cortical 4.0) mm	Nº	38	92					
	Qtd.	03	02					
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

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



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

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


Assinatura do anestesista





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Bruna Luscia Sousa.	Idade:	19 a.
Convênio:	SUS.	Data:	24.07.18
Procedimento:	Hº Cirúrg. C/ Fix. de Ombro "E"		
Cirurgião:	Dº Andrey	Auxiliar:	Anestesista: Dº Rafael
Início:	09:15.	Término:	12:00
		Anestesia	Bloqueio

[illegible][illegible][illegible]

Assinatura Anestesista

Circulante

MOD 103

Relatório de Operação



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Bruna Maria Sousa</u> <u>05/09/1998</u>						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
	<u>04</u>	<u>pub</u>	<u>19 anos</u>	<u>1693295</u>		
CIRURGIA: <u>de Ombro e fixação de ombro esquerdo</u>			CIRURGIÃO: <u>Dr. Ronney + Dr. Alvin + Dr. Cavellan</u>			
ANESTESIA: <u>bloqueio de Plexo + sedação</u>			ANESTESIA: <u>Dr. Rafael</u>			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM		
<u>norma</u>		<u>24.07.18</u>	<u>09:35</u>	<u>12.00hs</u>		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Catel. p/ OXg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
<u>04</u>	Dimore amp. <u>Demmenid</u>		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
<u>02</u>	Efrane ml <u>lido 1/1 caso 20ml</u>		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
<u>04</u>	Fentanil ml <u>30ml</u>		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
<u>02</u>	Inova ml <u>neo 1/1 caso 20ml</u>		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
<u>02</u>	Ketalar ml <u>bup 1/1 caso 20ml</u>		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.		Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Proxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Mononylon 2.0°	
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml		Mononylon	
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Prolene Serfix	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
<u>01</u>	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Serfix	
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5		Vicryl Serfix	
	Glicose amp.		Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.			
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico			
	Lasix amp.		Saco coletor			
	Medrothinazol.		Seringa desc. 10 ml			
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml			
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml			
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuptanon amp.		Sonda folley			
<u>02</u>	Cefalexina 1g <u>cefalexina 750mg</u>		Sonda Nasogátrica			
			Sonda Uretral nº			
			Sterydrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
<u>02</u>	Agulha desc. 25x7 <u>40x12</u>		Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Latese			
	Agulha desc. 3 x 4,5		Latese			
<u>01</u>	Agulha p/ raque nº <u>26</u>		Latese			
	Álcool de Enfermagem		Latese			
	Álcool Iodado ml		Latese			
<u>01</u>	Ataduras de Crepon <u>15cm</u>		Latese			
	Ataduras de Gessada		Latese			
	Azul metileno amp.		Latese			
	Benzina ml		Latese			
				EQUIPAMENTOS		
				☒ Oxímetro de Pulso		☐ Foco Auxiliar
				☐ Serra		☒ Eletrocautério
				☐ Desfibrilador		☐ Oxímetro
				☒ Foco Frontal		☒ Cardiomonitor
				☐ Fonte de Luz		☒ Perfurador Elétrico
CIRCULANTE RESPONSÁVEL: <u>Dr. Ronney</u>						

MOD 066





TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

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

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

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

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

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

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



Bruna Louira

23/07/2018

Procedimento: 16.933.04

1 - Dieta Louira ZERO PRÓS 228

2 - Dipirona 1g VO 12 clm SN

3 - Finie metora

4 - SSV 2 CCG 6000 W.

6

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

Exame pré-natal E

folha 10-4.

BGE, 150cl, 20 clm

CH: VPM

6

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

Jucilene dos Santos Silva
COREN-PB 958.700-TE

DATA = 23-07-18
HORA = 08:30
RA = 100 X 70

Jucilene dos Santos Silva
COREN-PB 958.700-TE

DATA = 23-07-18
HORA = 20:00
RA = 110 X 70

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
22/03/18	08:00	-	-	-	120/80		PCT com sono. 1 evoluindo para em 08:00 grau normal. 8.1 nível não quer ou o momento	
22/03	20:00	-	-	-	120/80		PCT com sono. 1 evoluindo para grau normal. 8.1 nível não quer ou o momento	
							cl. Eguip. de Enfermagem	



**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

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

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

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

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

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

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

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

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



ORTOP
LEITO 10-4

BRUNA LUSIA

21/07/18

Pt 07h 1603307

- 1 DIETA LIVRE
- 2 DIPIRONA 1g VO SE DOR
- 3 FISIO MOTORA
- 4 SSVV + CCGG

Dr. Everlan Meira
MR Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9900

ALA ORTOPÉDICA

PRE-OP:

FX UMERO PROXIMAL E

LEITO 10-4

#ORTOPEDIA# DIH: ____

BFC, emulsi, ni diluam

<0.1VPh
Aguda wewr

Dr. Everlan Meira
MR Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9900

21/07/18 09:50

PA = 110x70 P=93

Paciente consciente e orientado
e glicemia 100mg/dl
sem os cuidados da enfermagem.

21/07/18 21:40

PA = 120x80 P=96

Paciente segue as orientações
da enfermagem.

Verificar a
COREN-PB 9900





TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

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

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

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

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

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

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



BRUNA LUISA
PRONT. 1693307

20.07.18

ORTOP
LEITO 10-4

ALA ORTOPÉDICA

PRE-OP:

LEITO 10-4

1 DIETA LIVRE ~~PARA HAS~~

2 DIPIRONA 1g + AD EV 6/6H

3 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE IV / JEJUM

4 FISIO MOTORA ✓

5 SSVV + CCGG ✓

6 TILATIL 20MG + AD IV 12/12H S, N

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

#ORTOPEDIA# DIH: ____

BGG, estavel, sem intercorrimentos
CD: VPM

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

Jucilene dos Santos Silva
CRM-PB 9907-700-ATA = 20-07
HORA = 08:55
P.A. = 100x70
Jucilene dos Santos Silva
CRM-PB 9907-700-ATA = 20-07
HORA = 20:00
P.A. = 110x70





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME:

DN:

PRONT. Nº:

NATURALIDADE:

PROCEDÊNCIA:

ADMISSÃO:

ALTA:

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

19/07 08:00

2. Resultado dos principais exames

PA=120x80

3. Evolução e complicações

Segu aguardando
cirurgia mas quiza
dar, medicada c.p.h

4. Terapêutica realizada

21:00

PA=100x80

Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

7. Condições de alta

☐ Curado

☐ A pedido

☐ Óbito

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Transferido para:

Campina Grande, ____ de ____ de ____

Responsável pelo resumo



ΒΡΥΓΑ ΚΥΡΙΑ

Πρωτόκολλο: 1693291

19/07/18

10-4

1- Διτάλιαν

2- Διπλών 1g, v0, 6/6H (C 017 padu7t1 ~~18~~ 3106 C5-Vm

3- Σηκ

4- Διχαγν + ωσων 1F0 + SFJSm1, EV, 12/12H ~~18~~ 18

5- 5SVV + CCGG

1304 1001, an 1001

Dr. Euter Fabricio A. Cruz
MR. ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PE 9907

Dr. Euter Fabricio A. Cruz
MR. ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PE 9907

RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

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

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)
2. Resultado dos principais exames
3. Evolução e complicações
4. Terapêutica realizada
5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)
6. Orientações médicas para pacientes / egresso

7. Condições de alta

☐ Curado ☐ A pedido ☐ Óbito

☐ Transferido para:

☐ Melhorado ☐ Inalterado

Responsável pelo resumo

Campina Grande, ____ de ____ de ____

GRUNDA LUSIA

PRONT- 1693 291

18-07-18

1) Dade line

2) Dapene lg TAN, digo, VO 6168

3) SS VV + CCG

4) gulo

5) DEXADON + ST 15-2

IV 12112

Dr. Eiler Fabricio A. Cruz
MR. ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9007

OK ON

Com paciente

10-11

BSG, atead, se - inda comores

cy: VVV

Dr. Eiler Fabricio A. Cruz
MR. ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9007

P.N 100 x 60

18/07/18

08:00

Lara Natheilly Q. A. Crispim
CRM-PB 1282534-TE

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

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

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

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

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

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

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

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

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



URUP
LEITO 10-4

ALA ORTOPÉDICA

PRE-OP:

LEITO 10-4

Paciente: Bruna Luiza Lourenço
17/07/2018. Ref: 1603291.

- 1 DIETA LIVRE ~~PARA~~ *etc*
 - 2 DIPIRONA 1g + AD EV 6/6H *etc*
 - 3 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE IV / JEJUM *etc*
 - 4 FISIOMOTORA *etc*
 - 5 SSV + CCGG *etc*
 - 6 TILATIL 20MG + AD IV 12/12H *etc*
- 2 - Saleco volingado. *etc*
- 8 - Docamatoxina 0,15g + SF 15ml
IV 12/12H (Lato) *etc*

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MEDICO
CRM-PB 9907

DATA = 17-07-18
HORA = 20:06
PA = 100 x 69

Jucileide dos Santos Silva
COREN-PB 958.700-TE

#ORTOPEDIA# DIH: ____

BB, 200g de urina
CON PM

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MEDICO
CRM-PB 9907

17.07.2018

44h + 36°C 120 x 80

Paciente mantido febre salivada
eolui sem febre no momento
medicada conforme prescrito
a mesma aguarda procedimento
cirurgico

Katia Sampaio
COREN-PB 100.000-15

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

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

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

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

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

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

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

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

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



Bruna Lima
Pwnt. 1693291

ORTOP
LEITO 10-4

ALA ORTOPÉDICA

PRE-OP:

LEITO 10-4

1 DIETA LIVRE ~~PARAHAS~~

2 DIPIRONA 1g + AD EV 6/6H 12/18 24/06

3 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE IV / JEJUM

4 FISIO MOTORA

5 SSVV + CCGG

6 TILATIL 20MG + AD IV 12/12H 12/24

7 gelco

8 Desmoterol 3FA + 5F 15ml 12/24 (leito)

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

#ORTOPEDIA# DIH: *

BG, ortoped, v m intercomunicar

CD: VPM

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

DATA - 16-07-18

HORA - 09:00

P.A = 110 x 70

Paciente consciente
orientada medicada
e segue aos
cuidados de enfermeira

DATA - 16-07-18

HORA - 19:00

P.A = 100 x 70

Jucilene dos Santos Silva
COREN-PB 998.700-TE

Jucilene dos Santos Silva
COREN-PB 998.700-TE



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
							12/27	
							20	
							21	
							22	
							23	
							24	
							25	
							26	
							27	
							28	
							29	
							30	
							31	
							32	
							33	
							34	
							35	
							36	
							37	
							38	
							39	
							40	
							41	
							42	
							43	
							44	
							45	
							46	
							47	
							48	
							49	
							50	
							51	
							52	
							53	
							54	
							55	
							56	
							57	
							58	
							59	
							60	
							61	
							62	
							63	
							64	
							65	
							66	
							67	
							68	
							69	
							70	
							71	
							72	
							73	
							74	
							75	
							76	
							77	
							78	
							79	
							80	
							81	
							82	
							83	
							84	
							85	
							86	
							87	
							88	
							89	
							90	
							91	
							92	
							93	
							94	
							95	
							96	
							97	
							98	
							99	
							100	

Diagnóstico

Ortop. I

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Print: 1693307

Решение пох. (с)

Paciente	BRUNA LUISA SOUZA	Alojamento	10	Leito	4	Convênio	
----------	-------------------	------------	----	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
15/07	(1) Dita Livre. (2) Jato Salivante N3 13 (3) Dipnora 1q + m37 ev 6/6h (4) Disarritmia 10r + 15-l SP ev 12/12h (5) Tili-til 20 up + AB7 ev 12/12h (6) Omopronal 40 u + albuterol ev a fgm (7) Estabiliz. Dantrolen. (8) SSVV + CCG.	CR 24/06 24 24 06/06/2024	# Admissões Transfe. vitais de Queda de moto e/ou trauma em ombro (E), apert. dor + deformidade em ombro (E). Rq ci. Rq Smara pop. (E), Demora- nega. Almagos. cd. Intern. pl. cirurgia. Solicito pr. - op. Imobiliz. inj.

MOD. 035





Poder Judiciário da Paraíba
9ª Vara Cível de Campina Grande

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0802529-30.2021.8.15.0001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade judiciária.

Deixo de encaminhar os autos ao CEJUS porque a causa não se predispõe à autocomposição (art. 334, § 4.º, inciso II, do Código de Processo Civil de 2015), no momento inicial do processo, ante a ausência de exame pericial.

Ressalto que esta posição não importa no descumprimento do dever de conciliar as partes, previsto nos arts. 3.º, § 2.º, e 139, V, do CPC, pois este poderá realizar-se “sempre que possível” (art. 3.º, § 2.º) e “a qualquer tempo” (art. 139, V), de sorte que nada impede a promoção da autocomposição, com designação de audiência para esse fim, posteriormente ou em conjunto com a perícia judicial, como, aliás, vem acontecendo nos mutirões de processos de Seguro DPVAT ordinariamente realizados pelo TJPB.

Cite-se o a promovida para tomar conhecimento da presente ação e, querendo, contestá-la em quinze dias, sob pena de revelia.

Campina Grande (PB), 3 de fevereiro de 2021.

Andréa Dantas Ximenes - Juiz(a) de Direito

