



Número: **0801998-65.2014.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO SUMÁRIO**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **16/09/2014**

Valor da causa: **R\$ 6412.5**

Assuntos: **SEGURO**


Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA
AUTOR	EVERTON ERICK DA SILVA GOMES
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
730303	16/09/2014 09:23	<a href="#">PROCURAÇÃO</a>	Procuração
730306	16/09/2014 09:23	<a href="#">DOCUMENTOS PESSOAIS</a>	Documento de Identificação
730313	16/09/2014 09:23	<a href="#">COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA</a>	Documento de Comprovação
730315	16/09/2014 09:23	<a href="#">CERTIDÃO - DELEGACIA DISTRITAL</a>	Documento de Comprovação
730316	16/09/2014 09:23	<a href="#">DOCUMENTOS MÉDICOS</a>	Documento de Comprovação
730318	16/09/2014 09:23	<a href="#">COMPROVANTE DE PAGAMENTO ADMINISTRATIVO</a>	Documento de Comprovação
790111	08/10/2014 14:49	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
19636461	07/03/2019 17:51	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
19636514	07/03/2019 17:51	<a href="#">Untitled 07032019 055436</a>	Documento de Comprovação

	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	Código: CP - ____
	<b>PROCURAÇÃO</b> <b>"AD JUDICIA ET EXTRA"</b>	Versão: 00 Pagina: 1/1

**OUTORGANTE:** *EVERTON ERICK DA SILVA GOMES, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ESTUDANTE, INSCRITO NA CPF SOB O Nº 101.736.454.02 E C/INSC Nº 3.771.044 - SGBS/PB - RESIDENTE E DOMICILIADO A RUA SENADOR COELHO MELO LISBOA, Nº 48, JARDIM EUROPA I, PLANALTO - TIBIRI, SANTA RITA, PB.*

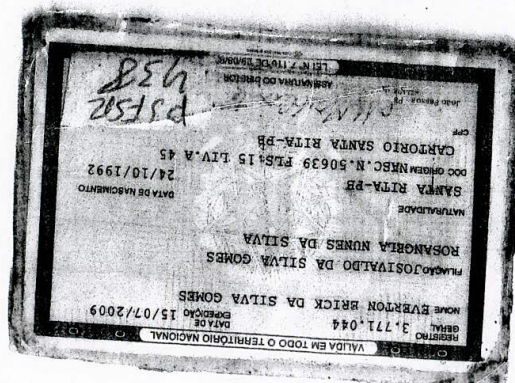
**OUTORGADOS:** **MARCOS ANTONIO INÁCIO DA SILVA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB, OAB/PE, OAB/RN, OAB/CE, OAB/MA e OAB/BA sob os nºs 4.007, 573-A, 560-A, 20.417-A, 9.503-A e 29.933, respectivamente; e no CPF sob o nº 206.448.414-00, **NARRIMAN XAVIER DA COSTA**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 10.334 e no CPF sob o nº 419.121.364-49, **KARLA GABRIELA SOUSA LEITE**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 11.755, e no CPF sob o nº 035.175.634-55, **LETICIA BOLZANI GONDIM**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 12.526, e no CPF sob o nº 039.892.364-74; **NELSON AZEVEDO TORRES**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 11.488 e no CPF sob o nº 031.129.754-48; e **GILVAN AMORIM NAVARRO FILHO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB sob o nº 11057/PB e no CPF sob o nº 024.587.244-26, todos com escritório profissional localizado à Rua Francisca Moura, 548, Centro, JOÃO PESSOA-PB, onde recebem intimações de estilo (art. 39 do CPC).

**PODERES:** Por este instrumento o Outorgante supra qualificado, nomeia e constitui os Outorgados acima identificados, seus bastantes procuradores, conferindo-lhe os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "Ad Judicia Et Extra", para agirem, em conjunto ou separadamente, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defende-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes poderes especiais para requerer em Juízo ou fora dele, como também confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, representar o mesmo perante os Órgãos Públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, receber cheques decorrentes de condenação judicial, além de outros não expressamente constantes nesse mandato. Os poderes aqui descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

**DECLARAÇÃO:** O(a)s outorgantes(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do artigo 5º, da Lei 1.060 de 1950.

*SANTA RITA*, 01 de *SETEMBRO* de 2014.

*Everton Erick da Silva Gomes*  
 OUTORGANTE



JANILDO LUIZ DA SILVA MARCULINO  
RUA SEN COELHO NETO LUBBOA, 48 / JO EUROPA I - PLANALTO TIBIRI  
SANTA RITA / PB CEP: 68200-005 (AG: 1)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICO  
Roteiro: 4 - 8 - 802 - 8180  
Nº medidor: 00008057903

Referência: Dez / 2013  
Emissão: 07/12/2013

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.085.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.247.041  
Código para Débito Automático: 0000438212

27d5 f28b 03d7 7a45 a923 d63b 1588 f885

5/643821-2

Dez / 2013

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.  
- A partir de 2014 vigorará o sistema de bandeiras tarifárias. A bandeira verde não implicará cobrança adicional. As bandeiras amarela ou vermelha, quando acionadas, implicarão tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. No mês de Dezembro vigorará a BANDEIRA VERMELHA, a qual implicará R\$4/kWh 0,030 de acréscimo ao valor da tarifa, líquido de tributos. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).

07/12/2013

08/01/2014

69580243488

Data	Leitura	Data	Leitura	1	220	30
07/11/13	9488	07/12/13	9688			
14/11/2013	78,82					
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)			
Consumo em kWh	30	0,10454	3,13			
Consumo em kWh	70	0,17821	12,54			
Consumo em kWh	120	0,26862	32,25			
IMPOSTOS E ENCARGOS						
PIS			0,81			
COFINS			2,82			
CONTRIB SERV LUM PÚBLICA			2,98			
JUROS DE MORA 10/2013			0,95			
MULTA 10/2013			1,14			
ICMS (Base de Cálculo R\$ 38,43   Alíquota 27,00%)			28,03			
OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS						
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2013			0,40			

Média dos últimos meses  
183 kWh

13/12/2013

R\$ 82,75

DIC MENSAL 8,50  
DIC TRIMESTRAL 12,94  
DIC ANUAL 25,98  
FIC MENSAL 3,80  
FIC TRIMESTRAL 7,72  
FIC ANUAL 15,45  
DMIC 3,80  
DMIC 12,22

10/2013 - Santa Rita

NOMINAL 220  
CONTRATADA 201  
LIMITE INFERIOR 231  
LIMITE SUPERIOR

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	23,47	28,38
Compra de Energia	20,18	24,38
Serviço de Transmissão	1,43	1,73
Encargos Setoriais	2,86	3,46
Impostos Diretos e Encargos	34,43	41,81
Outros Serviços	0,40	0,48
Total	62,75	100,00

Valor do encargo do Uso do Sistema de Distribuição  
(Ref. 10/2013) R\$ 22,52

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 22/12/2013. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento após essa data não elimina a possibilidade da devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comprovado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidere essa mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento. Sua unidade foi faturada como Barra Renda, tendo um desconto de R\$ 18,05.



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA  
DEFESA SOCIAL**  
14ª DELEGACIA DISTRITAL,



## **CERTIDÃO**

**CERTIFICO** em Razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 894/2014, na mesma continha o seguinte teor: Aos vinte e nove dias do mês de maio do ano de dois mil e catorze, nesta cidade de Santa Rita e na 14ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado **Pedro Martins dos Santos**, as 10:00 horas, compareceu o Sr. **Everton Erick da Silva**, natural de Santa Rita/PB, com 21 anos de idade, filho de Josivaldo da Silva Gomes e de Rosangela Nunes da Silva, residente à rua Coelho Neto nº 48, Loteamento Jardim Europa I, nesta cidade, o qual notificou que, no dia 18 de março do ano fluente, quando conduzia sua moto Honda/FAN 125, de placa NQI 6209/PB pelo Loteamento onde reside, quando um veículo que trafegava em sentido oposto, ultrapassava duas motos que também seguia no mesmo sentido, foi de encontro ao notificante, tendo em consequência, com o impacto, sofrido uma queda e em consequência foi socorrido pela ambulância do Corpo de Bombeiros da capital para o Hospital da Unimed em João Pessoa, conforme Laudo apresentado, onde informa CID S72.4 e S 82.0, daquele nosocômio. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrevã o q u e o d i g i t e i .

  
Santa Rita, 29 de maio de 2014.



Cooperativa de Trabalho Médico

CLIENTE: Sr.(a)

Everton Erick Silva  
Júnior

Laud Médico

010572.4  
582.0

Paciente vítima de acidente  
de trânsito lateral perfurante  
Direito com ferimento comi-  
nuado. Sofreu também  
fratura de pectus st.  
grave com grande cominuição  
e perda óssea em 18/04/2014

27/04/2014

Dr. José Gutemberg C. de -

033 001738

Hospital Unimed  
Av. Ministro José Américo de Almeida (Beira Rio), 1450 - Torre  
Tel.: (83) 2106.0216 - Fax: (83) 3241.4359  
CEP: 58040-300 - João Pessoa - Paraíba

ANS Nº 32104-4

F(G).APC.006-1

Obs.: Voltando à consulta  
queira trazer esta receita.

CÓD. 592

DT 119 3865

**LAUDO MÉDICO**

Solicitação de:

- ☐ Diária de UTI  
☐ Mudança de Procedimento  
☐ Prorrogação de Internamento

- ☐ Uso de Oxigenadores  
☐ Procedimento de Alto Custo  
☐ Outros

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Nº GICH: \_\_\_\_\_  
Codigo Usuário: \_\_\_\_\_ Hospital: \_\_\_\_\_  
Data Internação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Previsão de Alta: \_\_\_\_\_

Justificativa: (Detalhada e Legível)

*O paciente necessita de  
internação para  
medicação.*

Dr. Romulo Soares de Castro  
033.002833/CRM-PR 2833  
033.504.45

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ass: Médico Solicitante  
CRM: \_\_\_\_\_

Auditor:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ass: Médico Auditor

1ª Via - Unimed | 2ª Via - Anexar ao Prontuário Médico

ANS Nº 32104-4

**CONFERE COM ORIGINAL**  
Hospital Unimed João Pessoa

Hospital  
**Unimed**  **SOLICITAÇÃO PARA INTERNAÇÃO**  
João Pessoa

NOME: Everton Emeric Silva Gomes.  
DATA: 18/04/14 HORA: 21:50  
PRÓVÁVEL DIAGNÓSTICO: frat. de fêmur. 1193825.

QUADRO CLÍNICO:

CONSCIENTE/ ORIENTADO SIM ☒ NÃO ☐  
ACAMADO SIM ☒ NÃO ☐  
USO DE SONDAS + OXIGENOTERAPIA SIM ☐ NÃO ☒  
SINAIS DE INFECÇÃO SIM ☐ NÃO ☒  
GRAU DE DEPENDÊNCIA A ☐ B ☒ C ☐ D ☐

IDENTIFICAÇÃO:

PULSEIRAS  
SORO E ACESSO VENOSO CONEXÃO 2 VIAS SIM ☒ NÃO ☐  
CONDIÇÕES HIGIÊNICAS SIM ☒ NÃO ☐  
RETIRADA DE ADORNOS E ROUPAS ÍNTIMAS SIM ☒ NÃO ☐  
(quando encaminhado ao Centro Cirúrgico)

PBS: Outstanding

ENFERMEIRO ANA LÍDIA M. DA SILVA **CONFERE COM ORIGINAL**  
COBEN 308306 Hospital Unimed João Pessoa

L78

Hospital  
**Unimed**  
João Pessoa

**HOSPITAL UNIMED JOÃO PESSOA**  
**Sistema de Urgência e Emergência**  
**Ficha de Atendimento de Urgência**

Atendimento: 1193825      Prontuário: 153943      Data/Hora: 18/04/2014 18:41:3  
Paciente: EVERTON-ERICK SILVA GOMES      Sexo: MASCULINO  
Idade: 27 anos 5 meses 25 dias      Doc:  
Endereço: R ANTONIO FERREIRA NUNES      Num: 15  
Bairro: CENTRO      Cidade: SANTA RITA  
Convênio: UNIMED JOAO PESSOA      Plano: BASICO  
Carteira: 0335002000645107      Tipo: ATENDIMENTO (URGÊNCIA)

**Classificação de Risco**      Senha: PA0043      Usuário: WANDIMA DE J O LOPES  
Hora Total: 18:35:34      Fim Classificação: 18:38:19

Prioridade: AMARELO - URGENTE      Especialidade: CIRURGIA GERAL  
Queixa Principal: COLISÃO MOTO X MOTO HÁ CERCA DE 2 HORAS. APRESENTANDO MULTIPLA ESCORIAÇÕES + DOR EM MID.  
Fluxograma/Sintoma: TRAUMA MAIOR      Discriminadores: DOR MODERADA?  
Observação: NEGA COMORBIDADES E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

**Sinais Vitais**

SPO2:100%

**Anamnese**

Queixa Principal / HDA

Paciente vítima de acidente  
automobilístico, colisão 5 metros  
x moto.

Exame Físico

Consciente, orientado. Dor  
e aumento importante da perfuração  
do joelho D (hematoma?).

Alergia

Medicação em Uso

Hipótese Diagnóstica Trauma de joelho

**Exames Imagens**      ☐ ECG    ☐ RX    ☐ TC    ☐ USG    ☐ TC - Contraste    ☐ OUTROS

**Exames Laboratoriais**      ☐ HEM    ☐ URE    ☐ CREAT    ☐ GLIC    ☐ URE    ☐ NA+    ☐ K+    ☐ ENZ.CA

☐ TGO    ☐ TGP    ☐ BILIR    ☐ FOSFAT    ☐ DENG OUTROS

Prescrição Data/Hora

Horário

Silabul Roy Jr      19/20  
Ringer potat      20  
Difinoma 2f      19:20  
Atenção: Observação.  
Fratura de patela  
Fratura de cándela puer.  
Inferno de  
H. em 19:20

MEDICO PLANTONISTA

**Evolução de Enfermagem**

Data/Hora 18/04/14

18/04/2014 10:42:53

19:30 Paciente vitais ok, curativo colado, medicação  
sempre prescrita, encaminhado para RX para D.  
segundo as diretrizes de enfermagem.

Assinatura / CRM  
Téc. Enfermagem  
COP 253328

**Sinais Vitais** Data/Hora   /  /   :    h

T :   

PA :   

P :   

**Evolução Médica** Data/Hora   /  /   :    h

Assinatura / CRM

**ecardiograma (Laudo) :**

Paciente / Responsável

**ocolo de Entrega de ECG ao Paciente/Responsável**

Data/Hora   /  /   :    h

**ino do Paciente :**

553-8

☐ Residência

☒ Apto/Alojamento

☐ Evasão

☐ Alta a pedido

☐ UTI

☐ Bloco Cirúrgico

☐ Transferência

☐ Óbito

**gnóstico/CID de Alta :**

Data/Hora de alta 18/04/14 : 22:50 h

Assinatura / CRM

Paciente: **EVERTON ERICK SILVA GOMES** Atendimento: **1193887**  
Convênio: **3 UNIMED JOAO PESSOA** Plano: **1 BASICO**  
Matrícula: **0336002000645107** N.º Guia:  
Titular: **EVERTON ERICK SILVA GOMES** Senha:  
Filiação: **JOSIVALDO DA SILVA GOMES** Estado Civil: **SOLTEIRO**  
**ROSANGELA NUNES DA SILVA**  
Nascimento: **24/10/1992** 21a 6m 24d Sexo: **MASCULINO** Identidade: **3771044**  
End. Pac.: **R ANTONIO FERREIRA NUNES** Bairro: **CENTRO**  
Cidade: **SANTA RITA** UF: **PB** CEP.: **58300190**  
Telefone(s): **8833.8710**

Prontuário: **153943** N. Dias de Autoriz.: CID: **S728**

Dt. e Hr. Intern.: **18/04/2014 22:26**

Médico(s): **GUTEMBERG PASSOS BOTELHO FILHO**

CRM: **000968**

Tel.:

Procedimento(s):

**S2120104 FRATURAS DO FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO**

Usuário: **LUZIVANIA RAMALHO DA SILVA FONTES**

**18/04/2014**

**22:30**

**CONFERE COM ORIGINAL**  
Hospital Unimed João Pessoa

18/04/201



COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO  
AV. Ministro José Américo de Almeida (Beira Rio), 1450 - Torre - João Pessoa - Paraíba  
CEP: 58040-300 - Fone: (83) 2106-0216 - FAX (83) 3244-5401  
E-Mail: unimed@unimedjp.com.br

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO (RESPONSÁVEL)**

Pelo presente instrumento, declaro que fui suficientemente esclarecido(a) pelo(a) médico(a) **MARCO ANTONIO DA SILVA** (Atend. 1193857) sobre os procedimentos **52120104 - FRATURAS DO FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO** a que vai se submeter o paciente **EVERTON ERICK SILVA GOMES** do qual sou o responsável legal, bem como do diagnóstico, prognóstico, riscos, incluindo os transfusionais, e objetivos de tratamento. Declaro também que fui informado(a) de todos os cuidados e orientações que o paciente deverá seguir a fim de alcançar o melhor resultado. O tratamento não se limita ao procedimento realizado, sendo que o paciente deverá retornar ao consultório/hospital nos dias necessários, bem como informá-lo imediatamente sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir.

Pelo presente também manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para realização do procedimento.

João Pessoa, 18 de 04 de 14.

Responsável

Documento de Identidade

Testemunha 1

Testemunha 2

6

CONFERE COM ORIGINAL  
Hospital Unimed João Pessoa

Prescrição :661527      Usuário : M1738      Data :25/04/2014 00:43  
Atendimento :1193887      Dt Nasc : 24/10/1992 (21a 6m 0d)      Convênio : UNIMED JOAO PESSOA  
Paciente :153943 EVERTON ERICK SILVA GOMES      Altura :      Sup. Corporea :  
Internação : 18/04/2014 22:26 7 Dia(s) Int      Peso :      Serviço :ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
Prestador : JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA  
Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
Unid Internação : 5º AND TSO CIR MASCULIN Leito : LEITO 553 B      Cobertura: ALOJAMENTO - CONJUNTO  
CID : S728      FRAT DE OUTR PARTES DO FEMUR      Ciclo: 1/  
Diagnóstico :  
Protocolo :

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

  
JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA  
CRM: 001738

15  
CONFERE COM ORIGINAL  
Hospital Unimed João Pessoa

Hospital			
<b>Unimed</b> João Pessoa	<b>Evolução Médica</b>		
Atendimento:	01193887 - EVERTON ERICK SILVA GOMES		
Idade:	21a 5m 25d	Sexo:	M
Data:	19/04/2014 11:04:20		
Localização:	5º AND TSO CIR MASCULINO CONJ. LEITO 553 B		

**AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATORIA DO RISCO CIRÚRGICO CARDIACO  
PELO ESCORE DE GOLDMAN  
AVALIAÇÃO CLÍNICA DO CARDIOLOGISTA**

**MEDICO ASSISTENTE: DR ;JOSÉ GUTTEMBERG CRUZZ DE LIMA**

**/ORTOPÉDICA/**

**(TRAUMATOLOGISTA/ORTOPEDISTA)**

**NOME DO PACIENTE: EVERTON ERICK DA PLANO DE SAUDE UNIMED**

**IDADE 21 ANOS ;**

**FRATURA FÊMUR/QUADRIL**

**NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS**

**FATORES DE RISCO CARDIACO DE GOLDMAN : TER TERCEIRA BULHA 11 PONTOS; TER ESTASE DE VEIAS JUGULARES 11 PONTOS; TER TÍDIO IAM 10 PONTOS; PRESENÇA DE EXTRA-SISTÓLES 7 PONTOS; OUTRO RITMO QUE NÃO O SINUSAL 7 PONTOS; TER IDADE ACIMA DE 70 ANOS 5 PONTOS; SER CIRURGIA DE URGENCIA 4 PONTOS; CIRURGIA INTERPEITORAL 3 PONTOS; CIRURGIA AÓRTICA 3 PONTOS; TER COMPROMETIMENTO DO ESTADO GERAL 3 PONTOS; TER POTÁSSIO BAIXO 3 PONTOS; TER CREATININA/URÉIA ALTA 3 PONTOS; TER ENZIMAS HEPÁTICAS ELEVADAS 3 PONTOS; TER DOENÇA RENAL EOU HEPÁTICA CRONICA 3 PONTOS; CLASSIFICAÇÃO DE GOLDMAN: CLASSE I ZERO A 5 PONTOS; CLASSE II 6 A 12 PONTOS; CLASSE III 13 A 25 PONTOS; CLASSE IV 26 PONTOS OU MAIS;**

**ELETROCARDIOGRAMA EM RITMO SINUSAL COM FC DE 75BPM**

**CONCLUSÃO:**

**PACIENTE NORMOTENSO, SEM OUTRAS DOENÇAS DE BASE E IDADE ABAIXO DOS 70 ANOS DE IDADE; (TEM 21 ANOS DE IDADE!)**


**PACIENTE LIBERADO A CIRURGIA ORTOPÉDICA PROPOSTA, SOB ANESTESIA GERAL, E/OU SEDAÇÃO, COM RISCO BAIXO, CLASSE I DO ESCORE DE GOLDMAN (QUE VAI DE I A IV)**

**ESTE O PARECER, SMJ**

**DR EVANIZIO ROQUE  
CRM 1854-PB  
CARDIOLOGISTA**

**DR. EVANIZIO ROQUE DE ARRUDA JUNIOR  
CRM - 001854  
Evanizio Roque de Arruda Jr.  
CRM 1854  
Cardiologia**

**CONFERE COM ORIGINAL  
Hospital Unimed João Pessoa**

Hospital		<b>Unimed</b> 		<b>Evolução Médica</b>	
João Pessoa					
Atendimento:	01193887 - EVERTON ERICK SILVA GOMES				
Idade:	21a 5m 26d	Sexo:	M	Data:	20/04/2014 10:28:19
Localização:	1. 5º AND TSO CIR MASCULINO CONJ. LEITO 553 B				


Paciente em pre-operatório de fratura de patela no joelho direito e fratura de condilo femoral, aguardando liberação do material de OPME para realização do procedimento cirúrgico.

**DR. ROMULO SOARES DE CASTRO**  
CRM - 002833

*(Assinatura)*  
Dr. Romulo Soares de Castro  
CRM 002833 / CDM / PA 2833  
CPF: 181.233.594-68

CONFERE COM ORIGINAL  
Hospital Unimed João Pessoa

21

Hospital		 <b>Evolução Médica</b>	
Unimed João Pessoa			
Atendimento:	01193887 - EVERTON ERICK SILVA GOMES		
Idade:	21a 5m 27d	Sexo:	M
		Data:	21/04/2014 15:06:33
Localização:	1. 6º AND TSO CIR MASCULINO CONJ. LEITO 553 B		

Paciente em pré-operatório de fratura de patela no joelho direito, e fratura de condilo femural, aguardando a liberação do material de OPME para realização do procedimento cirurgico, paciente queixando dor e desconforto no membro inferior direito.

Dr. ROMULO SOARES DE CASTRO  
CRM - 602833

Dr. Romulo Soares de Castro  
602833/CRM/PA 2833  
CPF: 161 533 594-68

22  
CONFERE COM ORIGINAL  
Hospital Unimed João Pessoa

ATEND: NOA  
DATA: 19/04/14  
DIAG:   
DIAS DE INT:   
PESO:   
C. ABD:   
ESTAT:   
LEITO: 553 B

PORTCATH ☐ AVP ☐ CVC ☐ SVO ☐ ENSE ☐ / GNE ☐ GTT ☐ / JTT ☐ TOT ☐

ÁREA DO CUIDADO	NÃO DEPENDENTE	0	POUCO DEPENDENTE	1	MUITO DEPENDENTE	2	TOTAL DEPENDENTE	3
ESTADO MENTAL	ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO	<input checked="" type="checkbox"/>	PERÍODOS DE DESORIENTAÇÃO NO TEMPO E ESPAÇO	<input type="checkbox"/>	DESORIENTADO OU AGITAÇÃO OU PERÍODOS DE INCONSCIÊNCIAS	<input type="checkbox"/>	TORPORDO OU INCONSCIENTE	<input type="checkbox"/>
OXIGENAÇÃO	EM AR AMBIENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	MÁSCARA OU CATETER DE O <sub>2</sub> INTERMITENTE	<input type="checkbox"/>	MÁSCARA OU CATETER DE O <sub>2</sub> CONTÍNUO	<input type="checkbox"/>	VENTILAÇÃO MECÂNICA TRAQUEOSTOMIA	<input type="checkbox"/>
SINAIS VITAIS	SINUS	<input type="checkbox"/>	SINUS	<input checked="" type="checkbox"/>	4MS	<input type="checkbox"/>	22% OU MENOS	<input type="checkbox"/>
MOTILIDADE	MOVIMENTA TODOS OS SEGMENTOS CORPORAIS	<input type="checkbox"/>	LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS	<input checked="" type="checkbox"/>	ENFERMAGEM AUXÍLIA MUDANÇA DE DECÚBITO	<input type="checkbox"/>	ENFERMAGEM REALIZA MUDANÇA DE DECÚBITO	<input type="checkbox"/>
DEAMBULAÇÃO	AMBULANTE	<input type="checkbox"/>	DEAMBULA COM AUXÍLIO	<input type="checkbox"/>	DEAMBULA COM CADDEIRA DE RODAS	<input type="checkbox"/>	RESTRITO AO LEITO	<input checked="" type="checkbox"/>
ALIMENTAÇÃO	AUTOSUFICIENTE	<input type="checkbox"/>	VO COM AUXÍLIO	<input checked="" type="checkbox"/>	SNG / SNE / GTT / JTT	<input type="checkbox"/>	NPP	<input type="checkbox"/>
HIGIENE	AUTOSUFICIENTE	<input type="checkbox"/>	CHUVEIRO COM AUXÍLIO	<input type="checkbox"/>	CADDEIRA, HIGIENE ORAL	<input type="checkbox"/>	NO LEITO	<input checked="" type="checkbox"/>
ELIMINAÇÕES	AUTOSUFICIENTE	<input type="checkbox"/>	VASO SANITÁRIO COM AUXÍLIO	<input type="checkbox"/>	COMADRE / PAPAGAIO	<input checked="" type="checkbox"/>	NO LEITO, SVO OU DISPOSITIVOS URINÁRIOS	<input type="checkbox"/>
TERAPÊUTICA	IM / VO	<input type="checkbox"/>	EV INTERMITENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	EV CONTÍNUO OU POR SNG / SNE	<input type="checkbox"/>	DROGAS VASOATIVAS	<input type="checkbox"/>
ESTADO EMOCIONAL	NÃO SOLICITANTE	<input type="checkbox"/>	POUCO SOLICITANTE	<input type="checkbox"/>	MUITO SOLICITANTE	<input type="checkbox"/>	NECESSITA ATENÇÃO CONSTANTE	<input checked="" type="checkbox"/>
DETERMINAÇÃO DO GRAU							TOTAL / 24 - 30	

ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( ) 9 ( ) 10

a) Se não tiver dor, a classificação é zero.  
b) Se a dor for moderada, seu nível de referência é cinco.  
c) Se for intensa, seu nível de referência é dez.

*Intensa em nível 6,5/10 de dor no abdômen e joelhos constantes, com febre, com diarreia, com náusea e vômito. Durante a internação, houve a administração de antibióticos e analgésicos, com melhora da dor no abdômen e joelhos, porém persistindo a febre e a diarreia. Atualmente, encontra-se em nível 6,5/10 de dor no abdômen e joelhos.*

F(NG).ENF.1055-1

CONFERE COM ORIGINAL  
Hospital Unimed João Pessoa

32

**PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
INTERNAÇÃO - ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM**

ORA	PA	PULSO	TEMP	FR	NOME
4:00	130/80	68	36.5	20	COREN
11:00	130/80	72	36.5	20	COREN
8:15	120/80	80	36.5	20	COREN
7:15	130/80	78	36.4	21	COREN

[illegible]

07:0 = Paciente em fase de recuperação de fratura de fêmur direito, segue comunitário, com HUP, etc. etc. etc. etc.  
11:0 = Paciente repatriado do ex HUP, fr. mediana com iten 02, Epi.  
13:0 = Paciente fr. mediana com diplopia + ag. rev., CPM.  
15:0 = Realizado amputação de HUP, fr. mediana com iten 02, Epi.  
17:0 = Realizado amputação de HUP, fr. mediana com iten 02, Epi.  
19:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
21:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
23:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
25:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
27:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
29:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
31:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
33:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
35:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
37:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
39:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
41:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
43:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
45:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
47:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
49:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
51:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
53:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
55:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
57:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
59:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
61:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
63:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
65:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
67:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
69:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
71:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
73:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
75:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
77:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
79:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
81:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
83:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
85:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
87:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
89:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
91:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
93:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
95:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
97:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.  
99:0 = Paciente fr. mediana com iten 02, CPM.

PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
**INTERNAÇÃO - EVOLUÇÃO**

ATEND: 1193887 NOME: Everton Erick Silva LEITO: 553 B  
DATA: 20/04/14 DIAG: Inf. post de batida veicular DIAS DE INT: 1 PESO: 70 C. ABD: 1 ESTAT: 1

PORTCATH ☐ AVP ☒ CVC ☐ SVO ☐ SNG ( ) / SNE ( )  
GTT ( ) / JTT ( ) TOT ☐

ÁREA DO CUIDADO	NÃO DEPENDENTE	0	POUCO DEPENDENTE	1	MUITO DEPENDENTE	2	TOTAL DEPENDENTE	3
ESTADO MENTAL	ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO	<input checked="" type="checkbox"/>	PERÍODOS DE DESORIENTAÇÃO NO TEMPO E ESPAÇO	<input type="checkbox"/>	DESORIENTADO OU AGITAÇÃO OU PERÍODOS DE INCONSCIÊNCIA	<input type="checkbox"/>	TERROREDO OU INCONSCIENTE	<input type="checkbox"/>
OXIGENAÇÃO	EM AR AMBIENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	MÁSCARA OU CATETER DE O <sub>2</sub> INTERMITENTE	<input type="checkbox"/>	MÁSCARA OU CATETER DE O <sub>2</sub> CONTÍNUO	<input type="checkbox"/>	VENTILAÇÃO MECÂNICA TRAQUEOSTOMIA	<input type="checkbox"/>
SINAIS VITAIS	BNHS	<input checked="" type="checkbox"/>	BNHS	<input type="checkbox"/>	BNHS	<input type="checkbox"/>	22HS OU MENOS	<input type="checkbox"/>
MOTILIDADE	MOVIMENTA TODOS OS SEGMENTOS CORPORAIS	<input checked="" type="checkbox"/>	LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS	<input type="checkbox"/>	ENFERMAGEM AUXÍLIA MUDANÇA DE DECÚBITO	<input checked="" type="checkbox"/>	ENFERMAGEM REALIZA MUDANÇA DE DECÚBITO	<input type="checkbox"/>
DEAMBULAÇÃO	AMBULANTE	<input checked="" type="checkbox"/>	DEAMBULA COM AUXÍLIO	<input type="checkbox"/>	DEAMBULA COM CADERA DE RODAS	<input type="checkbox"/>	RESTRITO AO LEITO	<input checked="" type="checkbox"/>
ALIMENTAÇÃO	AUTOSUFICIENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	VO COM AUXÍLIO	<input type="checkbox"/>	SNG / SNE / GTT / JTT	<input type="checkbox"/>	NPP	<input type="checkbox"/>
HIGIENE	AUTOSUFICIENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	CHUVEIRO COM AUXÍLIO	<input type="checkbox"/>	CADERA, HIGIENE ORAL	<input type="checkbox"/>	NO LEITO	<input checked="" type="checkbox"/>
ELIMINAÇÕES	AUTOSUFICIENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	VASO SANITÁRIO COM AUXÍLIO	<input type="checkbox"/>	COMADRE / PAPAGAIO	<input checked="" type="checkbox"/>	NO LEITO, SVO OU DISPOSITIVOS URFIÁRIOS	<input type="checkbox"/>
TERAPÊUTICA	IM / VO	<input checked="" type="checkbox"/>	EV INTERMITENTE	<input type="checkbox"/>	EV CONTÍNUO OU POR SNG / SNE	<input checked="" type="checkbox"/>	DROGAS VASOATIVAS	<input type="checkbox"/>
ESTADO EMOCIONAL	NÃO SOLICITANTE	<input checked="" type="checkbox"/>	POUCO SOLICITANTE	<input type="checkbox"/>	MUITO SOLICITANTE	<input type="checkbox"/>	NECESSITA ATENÇÃO CONTÍNUA	<input type="checkbox"/>

ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Se for for maior que 5, ou seja, de 6 a dez, cinco.  
Se for menor que 5, ou seja, de 0 a quatro, cinco.

Oficialmente em estado "Bom" regular, consciente, orientado, afebril, hidratado, perfusado, com sinais vitais normais, sem necessidade de medicação, em uso de medicação para controle da dor.

Adelmar F. de Silva Lúcia Leite  
Enfermeira  
CRP 128103

F(NG).ENF.1055-1

CONFERE COM ORIGINAL  
Hospital Unimed João Pessoa

34

**PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**INTERNAÇÃO – ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM**

DRA	PA	PULSO	Tax	FR	
11:00	140/90	76	36.8 <sup>30</sup>	30	Azelaene
11:20	130/80	80	36.8	30	Crematula
11:00	120/110	70	36.8	18	Romulo

	MANHA	TARDE	NOITE	TOTAL	NOME COREN
DIURESE	+	+	+		
EVACUAÇÕES					
VÔMITO					
DRENO					
SONDA					

[illegible]

7:00	Recebi paciente em pré-operatório de patela de joelho direito, foram acamado, consciente, orientado, gozando de bom apetite, conservado, em TVE, sem náuseas, vômitos, (sic), segue em repouso no leito. 08:00 Administração de medicação item 2 C.P.M. 12:00 Administração de medicação item 7 C.P.M. 19:00 Administração de medicação item 2 C.P.M., paciente segue aos cuidados da enfermagem.	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; transform: rotate(-15deg);">             Recebido              em pré-operatório              de joelho direito              em TVE              sem náuseas              e vômitos              segue em repouso              no leito           </div>
19:00	Recebi paciente consciente, orientado, afilado, em pré-operatório de patela de joelho direito, acamado, dieta em repouso no leito, com hemoclise, segue aos cuidados da enfermagem.	
21:00	Adm. medicação (CPM) do item 08.	
01:00	Adm. medicação (CPM) do item 06.	
03:00	Adm. medicação (CPM) do item 02.	
05:00	Adm. medicação (CPM) do item 07.	
7:00	Paciente evoluiu bem, intercomunicado.	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block;">             054.960           </div>

F(NG).ENF.1055-1

35

PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
**INTERNAÇÃO - EVOLUÇÃO**

ATEND: 1193887	NOME: Evertson Brich Silva	LEITO: 553B
DATA: 21/04/14	DIAG: fibril. lat. de lat. ta. joelho	DIAS DE INT: PESO: C. ABD. ESTAT:

PORTCATH	AVP	CVC	SNG / SNE / GTT / JTT	TOT
----------	-----	-----	-----------------------	-----

ÁREA DO CUIDADO	NÃO DEPENDENTE	0	POUCO DEPENDENTE	1	MUITO DEPENDENTE	2	TOTAL DEPENDENTE	3
ESTADO MENTAL	ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO	<input checked="" type="checkbox"/>	PERÍODOS DE DESORIENTAÇÃO NO TEMPO E ESPAÇO	<input type="checkbox"/>	DESORIENTADO OU AGITADO OU PERÍODOS DE INCONSCIÊNCIAS	<input type="checkbox"/>	TÓRPOROSO OU INCONSCIENTE	<input type="checkbox"/>
OXIGENAÇÃO	EM AR AMBIENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	MÁSCARA OU CATETER DE O <sub>2</sub> INTERMITENTE	<input type="checkbox"/>	MÁSCARA OU CATETER DE O <sub>2</sub> CONTÍNUO	<input type="checkbox"/>	VENTILAÇÃO MECÂNICA TRAQUEOSTOMIA	<input type="checkbox"/>
SINAIS VITAIS	BNHS	<input checked="" type="checkbox"/>	BNHS	<input checked="" type="checkbox"/>	BNHS	<input type="checkbox"/>	22HS OU MENOS	<input type="checkbox"/>
MOTILIDADE	MOVIMENTA TODOS OS SEGMENTOS CORPORAIS	<input checked="" type="checkbox"/>	LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS	<input type="checkbox"/>	ENFERMAGEM AUXÍLIO MUDANÇA DE DECÚBITO	<input type="checkbox"/>	ENFERMAGEM REALIZA MUDANÇA DE DECÚBITO	<input type="checkbox"/>
DEAMBULAÇÃO	AMBULANTE	<input checked="" type="checkbox"/>	DEAMBULA COM AUXÍLIO	<input type="checkbox"/>	DEAMBULA COM CADEIRA DE RODAS	<input type="checkbox"/>	RESTRITO AO LEITO	<input checked="" type="checkbox"/>
ALIMENTAÇÃO	AUTOSUFICIENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	VO COM AUXÍLIO	<input checked="" type="checkbox"/>	SNG / SNE / GTT / JTT	<input type="checkbox"/>	NPP	<input type="checkbox"/>
HIGIENE	AUTOSUFICIENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	CHUVEIRO COM AUXÍLIO	<input type="checkbox"/>	CADERA, HIGIENE ORAL	<input type="checkbox"/>	NO LEITO, SVD OU DISPOSITIVOS URMÁRIOS	<input checked="" type="checkbox"/>
ELIMINAÇÕES	AUTOSUFICIENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	VASO SANITÁRIO COM AUXÍLIO	<input type="checkbox"/>	COMADRE / PAPAGAIO	<input checked="" type="checkbox"/>	NO LEITO, SVD OU DISPOSITIVOS URMÁRIOS	<input type="checkbox"/>
TERAPÊUTICA	IM / VO	<input checked="" type="checkbox"/>	EV INTERMITENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	EV CONTÍNUO OU POR SNG / SNE	<input type="checkbox"/>	DROGAS VASOATIVAS	<input type="checkbox"/>
ESTADO EMOCIONAL	NÃO SOLICITANTE	<input checked="" type="checkbox"/>	POUCO SOLICITANTE	<input type="checkbox"/>	MUITO SOLICITANTE	<input checked="" type="checkbox"/>	NECESSITA ATENÇÃO CONSTANTE	<input type="checkbox"/>
DETERMINAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA		TOTAL DEPENDENTE		TOTAL DEPENDENTE		TOTAL DEPENDENTE		
				MÉDIA: 15 - 22		TOTAL: 24 - 30		

ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( ) 9 ( ) 10

07/04/14 Paciente em estágio final de insuficiência cardíaca, orientado, afebril, em uso de diuréticos, venosa periférica, em uso de suporte nutricional com cateter central, em uso de oxigênio nasal e anticoagulante, calado por curativo, em uso de analgésico, segue em cuidados de enfermeira.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CONFERE COM ORIGINAL  
Hospital Unimed João Pessoa

F(NG).ENF.1055-1

36

**PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**INTERNAÇÃO – ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM**

ORA	PA	PULSO	T <sub>ax</sub>	FR	NOME COREN
1:00	120/80	78	36.2	19	JOSE CARLOS
2:00	120/80	78	36.2	18	JOSE CARLOS
3:00					
4:00					
5:00					
6:00					
7:00					
8:00					
9:00					
10:00					
11:00					
12:00					

[illegible][illegible]

## PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO - EVOLUÇÃO

ATEND: 1193887	NOME: Evertton Bruck Silva	LEITO: 5530
DATA: 22/07/14	DIAG: Pre-eclâmpsia de	DIAS DE INT: PESO: C. ABD. ESTAT.

SNG ( ) / SNE ( )										TOT									
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]

( )0 ( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7 ( )8 ( )9 ( )10

9-This Paciente pegue um pedaço qualquer de papel e um  
papelho de café, enchendo o tubo no sentido can-  
tino, dando a pressão, pegue a caneta

Dr. Edmundo C. O. Souza  
Enfermeira  
COPOLAB

**F(NG).ENF.1055-1**

38

**CONFERE COM ORIGINAL**  
Hospital Unimed João Pessoa

**PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**INTERNAÇÃO - ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM**

[illegible]

	MANHÃ	TARDE	NOITE	TOTAL	NOME COREN
DIURESE					
EVACUAÇÕES					
VÔMITO					
DRENO					
SONDA					

[illegible]

07:00 = Realizo passeio em parquinho de brinquedos de plástico em  
parquinho D, segue em direção ao bloco, está acintado de diet. após  
com. Hip, com NPO, imobilizado, diátese oportunista, segue  
em observação.

11:30 = Recebo como Vozes fúficas, após observar Tafo de  
permanência de cateter, fr. nebulizada, ex. HSD.

11:30 = Paciente fr. medicado com ita 02, CPM. = " = "

11:30 = Realizo testes ex. HSD. = " = "

12:00 = Paciente fr. medicado com ita 02, CPM. = " = "

12:00 = Paciente fr. medicado com ita 02, CPM. = " = "

13:00 = Paciente fr. medicado com ita 02, CPM. = " = "

13:00 = Paciente fr. medicado com ita 02, CPM. = " = "

14:00 = Paciente fr. medicado com ita 03, CPM. = " = "

19:00 = Paciente fr. segue em observação. = " = "

19:00 = Realizo paciente em pré-operatório de patela  
com joelho direito, consciente e orientado,  
repousando em seu leito, com respiração,  
segue sem queixas ou cuidados da enferma-  
gem, administrado medicação (CPM) de 09, 02, 03, 08 e 02, paciente viveu  
sem intercorrências.

Mr. Romulo  
654.960.

**F(NG)ENF.1055-1**

39

PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
**INTERNAÇÃO - EVOLUÇÃO**

ATEND: 1193887 NOME: *Berton Erick Silva* LEITO: *SS3B*  
DATA: 23/04/14 DIAG: *Pré de fratura de fêmur* DIAS DE INT: PESO: C. ABD. ESTAT.

PORTUARI: AMB: ☒ CIC: SVO: SNG( ) / SNE( ) GTT( ) / JTT( ) TOT:

ÁREA DO CUIDADO	NÃO DEPENDENTE	0	POUCO DEPENDENTE	1	MUITO DEPENDENTE	2	TOTAL DEPENDENTE	3
ESTADO MENTAL	ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO	<input checked="" type="checkbox"/>	PERÍODOS DE DESORIENTAÇÃO NO TEMPO E ESPAÇO		DESORIENTADO OU AGITAÇÃO OU PERÍODOS DE INCONSCIÊNCIAS		TORPOROSO OU INCONSCIENTE	
OXIGENAÇÃO	EM AMBIENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	MÁSCARA OU CATETER DE O <sub>2</sub> INTERMITENTE		MÁSCARA OU CATETER DE O <sub>2</sub> CONTÍNUO		VENTILAÇÃO MECÂNICA TRACHEOSTOMIA	
SINAIS VITAIS	60/90		60/90	<input checked="" type="checkbox"/>	40/60		20/50 OU MENOS	
MOBILIDADE	MOVIMENTA TODOS OS SEGMENTOS CORPORAIS		LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS		ENFERMAGEM AUXÍLIA MUDANÇA DE DECÚBITO	<input checked="" type="checkbox"/>	ENFERMAGEM REALIZA MUDANÇA DE DECÚBITO	
DEAMBULAÇÃO	AMBULANTE		DEAMBULA COM AUXÍLIO		DEAMBULA COM CADERA DE RODAS	<input checked="" type="checkbox"/>	RESTRITO AO LEITO	
ALIMENTAÇÃO	AUTOSUFICIENTE		VO COM AUXÍLIO	<input checked="" type="checkbox"/>	SNG / SNE / GTT / JTT		NPP	
HIGIENE	AUTOSUFICIENTE		CHUVEIRO COM AUXÍLIO		CADERA, HIGIENE ORAL	<input checked="" type="checkbox"/>	NO LEITO	
ELIMINAÇÕES	AUTOSUFICIENTE		VASO SANITÁRIO COM AUXÍLIO		COMADRE / PAPAGAO	<input checked="" type="checkbox"/>	NO LEITO, SVO OU DISPOSITIVOS URINÁRIOS	
TERAPÊUTICA	IM / VO		EV INTERMITENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	EV CONTÍNUO OU POR SNG / SNE		DROGAS VASOATIVAS	
ESTADO EMOCIONAL	NÃO SOLICITANTE		POUCO SOLICITANTE		MUITO SOLICITANTE	<input checked="" type="checkbox"/>	NECESSITA ATENÇÃO CONSTANTE	
TOTAL DEPENDENTE							TOTAL: 21 - 30	

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (VNA)  
( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 (X) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( ) 9 ( ) 10

07:00 Paciente consciente, orientado, eupórico, sem prurido, tosse, ausência de sibilos, com AUP, ausência de edema, não há sinais de desidratação e presença de diurese com MTD indolizada com produção de urina por pressão = 80/5

Enfermeira  
COREN: 199775-P0/PE-ENE-15

F(NG).ENF.1055-1

40

CONFERE COM ORIGINAL  
Hospital Unimed João Pessoa

**PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
INTERNAÇÃO – ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM**

HORA	PA	PULSO	T. ax	FR	NOME
11:00	220/90	76	36,2	39	Elaine F. Ribeiro
21	100/60	80	36,4	20	Elaine F. Ribeiro
06	100/60	79	36	20	Elaine F. Ribeiro

	MANHÃ	TARDE	NOITE	TOTAL	NOME COREN
DIURESE			200		
EVACUAÇÕES					
VÔMITO					
DRENO					
SONDA					

HORÁRIO	___ HS	___ HS	___ HS	___ HS	___ HS	___ HS	___ HS	___ HS	TOTAL	NOME/COREN
MARCAÇÃO DA SNE										
POSIÇÃO DA CABECEIRA										
ÁGUA										
DIETA										
RESÍDUO GÁSTRICO										

04:00	Realizado o paciente, consciente, orientado sobre a cirurgia, com acesso venoso periférico, com pré-operatório de rotina. Segue sob cuidados da equipe.
11:00	Realizado medicamento item: 3 - IV - u
12:00	Realizado medicamento item: 2 - IV - u
17:00	Realizado medicamento item: 8 - IV - u
18:00	Realizado medicamento item: 2 - IV - u
19:00	Realizado medicamento item: 3 - IV - u
19:00	Realizado paciente no pré-operatório, sob cuidados da equipe, segue com monitorização contínua e segue sob cuidados da enfermagem.
21	administrado medicamento item 7, 9
22	administrado medicamento item 2
23	administrado medicamento item 3
05	administrado medicamento item 8
06	administrado medicamento item 2

**PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
INTERNAÇÃO - EVOLUÇÃO**

ATEND: 1193887 NOME: EVERTON ENCK SILVA LEITO: 5538  
DATA: 24/04/14 DIAG: Pn Everson da Silva DIAS DE INT: PESO: C. ABD. ESTAT.

PORTCATH AVP CVC SVD SNG( ) / SNE( ) GTT( ) / JTT( ) TOT

ÁREA DO CUIDADO	NÃO DEPENDENTE	0	POUCO DEPENDENTE	1	MUITO DEPENDENTE	2	TOTAL DEPENDENTE	3
ESTADO MENTAL	ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO	C	PERÍODOS DE DESORIENTAÇÃO NO TEMPO E ESPAÇO		DESORIENTADO OU AGITAÇÃO OU PERÍODOS DE INCONSCIÊNCIAS		TORPOROSO OU INCONSCIENTE	
OXIGENAÇÃO	EM AMBIENTE	C	MÁSCARA OU CATETER DE O <sub>2</sub> INTERMITENTE		MÁSCARA OU CATETER DE O <sub>2</sub> CONTÍNUO		VENTILAÇÃO MECÂNICA TRAQUEOSTOMIA	
SINAIS VITAIS	60/90		60/90	C	4/4/8		2/2/45 OU MENOS	
IMOBILIDADE	MOVIMENTA TODOS OS SEGMENTOS CORPORAIS		LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS	C	ENFERMAGEM AUXÍLIO MUDANÇA DE DECÚBITO		ENFERMAGEM REALIZA MUDANÇA DE DECÚBITO	
DEAMBULAÇÃO	AMBULANTE		DEAMBULA COM AUXÍLIO		DEAMBULA COM CADEIRA DE RODAS		RESTRITO AO LEITO	C
ALIMENTAÇÃO	AUTOSUFICIENTE		VO COM AUXÍLIO	C	SNG / SNE / GTT / JTT		NPP	
HIGIENE	AUTOSUFICIENTE		CHUVERO COM AUXÍLIO		CADEIRA, HIGIENE ORAL		NO LEITO	C
ELIMINAÇÕES	AUTOSUFICIENTE		VASO SANITÁRIO COM AUXÍLIO		COMADRE / PAPAGAIO	C	NO LEITO, SVD OU DISPOSITIVOS URBÁRIOS	C
TERAPÊUTICA	DI / VO		EV INTERMITENTE	C	EV CONTÍNUO OU POR SNG / SNE		DROGAS VASOATIVAS	
ESTADO EMOCIONAL	NÃO SOLICITANTE		POUCO SOLICITANTE		MUITO SOLICITANTE		NECESSITA ATENÇÃO CONSTANTE	C
TOTAL DEPENDÊNCIA DO GRAU					MUITA: 15 - 25		TOTAL: 24 - 30	

ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( ) 9 ( ) 10

a) Se não tiver dor, a classificação é zero.  
b) Se a dor for moderada, seu nível de referência é cinco.  
c) Se for intensa, seu nível de referência é dez.

24.04.14 Paciente em Pn alambado de Everson da Silva, constante deambula, estável, em sono leve, apresenta dor leve; diurese abundante, MZ e em posição de semi-decúbito, sem dor e ausência de sinais.

19:30H Paciente estável - arborio. Aldemir Costa

09:15H Paciente noturno do bloco, apresenta Aldemir R. da Silva Lúcia Leite

acordado, MZ, pressão, HVE, dor no abdômen, SVD, e diurese abundante. Refere aos cuidados de B. Queiroz. Enfermeira CARMEN 308103

F(NG).ENF.1055-1

CONFERE COM ORIGINAL  
Hospital Unimed João Pessoa

**PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
INTERNAÇÃO – ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM**

HORA	PA	PULSO	Tax	FR	NOME
11:00	110x70	72	36,2	20	Mariela
12:00	110x80	78	37,2	20	Mariela
13:00	110x80	78	36,7		Mariela
					269411

	MANHÃ	TARDE	NOITE	TOTAL	NOME COREN
DIURESE	+	+	1.600		
EVACUAÇÕES					
VÔMITO	+				
DRENO			42		
SONDA					

HORÁRIO	___HS	___HS	___HS	___HS	___HS	___HS	___HS	___HS	TOTAL	NOME/COREN
MARCAÇÃO DA SNE										
POSIÇÃO DA CABECEIRA										
ÁGUA										
DIETA										
RESÍDUO GÁSTRICO										

7:00	Paciente evolui em pré-operatório de natureza de: náusea, comiente, orientado a QRP, aceitando a dieta em HKP. Examinado e preservado MIA imobilizado e engajado. HipoAdministado medicação item 3 C.P.M. 12:00 Administado medicação item 2 C.P.M. 17:00 Administado medicação item 3 C.P.M. paciente apresentando temperatura 39,2 medicação com o item 6 C.P.M. 18:00 Administado medicação item 2 C.P.M.	
19:00	Administado medicação item 3 C.P.M. paciente segue em dieta suspensa aguardando procedimento fixo a noite, e os cuidados de enfermagem.	
19h	Recebo plantão de paciente em repouso no leito em pré-operatório.	
19:10	Paciente enc. ao B.E.	
01:15	Paciente retorna do B.E. em uso de dreno de sucção + SVD.	
03h	Adm. med. epm	
05h	Adm. med. epm	

F(NG).ENF.1055-1

43

**ISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**- EVOLUÇÃO**

ATEND: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_ LEITO: **553 B**  
DATA: **25/04/14** DIAG: **Q01 de Fract. fabela joelho** DIAS DE INT: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ C. ABD. \_\_\_\_\_ ESTAT. \_\_\_\_\_

PORTCATH \_\_\_\_\_ AVP ☒ CVC \_\_\_\_\_ SVD ☒ SNG( ) / SNE( )  
GTT( ) / JTT( ) \_\_\_\_\_ TOT \_\_\_\_\_

ÁREA DO CUIDADO	NÃO DEPENDENTE	0	POUCO DEPENDENTE	1	MUITO DEPENDENTE	2	TOTAL DEPENDENTE	3
ESTADO MENTAL	ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO	<input checked="" type="checkbox"/>	PERÍODOS DE DESORIENTAÇÃO NO TEMPO E ESPAÇO		DESORIENTADO OU AGITAÇÃO OU PERÍODOS DE INCONSCIÊNCIAS		TORPOROSO OU INCONSCIENTE	
OXIGENAÇÃO	EM AR AMBIENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	MÁSCARA OU CATETER DE O <sub>2</sub> INTERMITENTE		MÁSCARA OU CATETER DE O <sub>2</sub> CONTÍNUO		VENTILAÇÃO MECÂNICA TRAQUEOSTOMIA	
SINAIS VITAIS	8/8HS		6/8HS	<input checked="" type="checkbox"/>	4/8HS		27HS OU MENOS	
MOTILIDADE	MOVIMENTA TODOS OS SEGMENTOS CORPORAIS		LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS		ENFERMAGEM AUXÍLIA MUDANÇA DE DECÚBITO		ENFERMAGEM REALIZA MUDANÇA DE DECÚBITO	
DEAMBULAÇÃO	AMBULANTE		DEAMBULA COM AUXÍLIO		DEAMBULA COM CADEIRA DE RODAS		RESTRITO AO LEITO	<input checked="" type="checkbox"/>
ALIMENTAÇÃO	AUTOSUFICIENTE		VO COM AUXÍLIO	<input checked="" type="checkbox"/>	SNG / SNE / GTT / JTT		NPP	
HIGIENE	AUTOSUFICIENTE		CHUVEIRO COM AUXÍLIO		CADEIRA, HIGIENE ORAL		NO LEITO	<input checked="" type="checkbox"/>
ELIMINAÇÕES	AUTOSUFICIENTE		VASO SANITÁRIO COM AUXÍLIO		COMADRE / PAPAGAIO		NO LEITO, SVD OU DISPOSITIVOS URINÁRIOS	<input checked="" type="checkbox"/>
TERAPÊUTICA	IM / VO		EV INTERMITENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	EV CONTÍNUO OU POR SNG / SNE		DRUGAS VASOATIVAS	
ESTADO EMOCIONAL	NÃO SOLICITANTE		POUCO SOLICITANTE		MUITO SOLICITANTE		NECESSITA ATENÇÃO CONSTANTE	
DETERMINAÇÃO DO GRAU		NÍVEL 0 - 1		NÍVEL 2 - 3		NÍVEL 4 - 5		TOTAL 24 / 30

ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( ) 9 ( ) 10

a) Se não tiver dor, a classificação é zero.  
b) Se a dor for moderada, seu nível de referência é cinco.  
c) Se for intensa, seu nível de referência é dez.

**07:00H** Paciente em estado geral regular, 205 de Fratura de fabela do joelho direito, foi oclusiva, gessada / drenagem de pus, 4VP, NSA, consciente, orientado, afebril, sem movimento acordado, sup. eljui, sem crises presentes. Segue sob cuidados da equipe. *Admir F. de Souza Lube Leite*  
Enfermeira  
COREN 308403

F(NG).ENF.1055-1

CONFERE COM ORIGINAL  
Hospital Unimed João Pessoa

44

**PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
INTERNAÇÃO – ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM**

HORA	PA	PULSO	T. ax	FR	NOME CORREN
11:00	120x70	79	36,5	19	Wenderson
17:00	120x80	83	36,5	19	Wenderson
21:00	120x80	76	37,5	20	Wenderson
24:00	110x70	80	36	20	Wenderson

	MANHÃ	TARDE	NOITE	TOTAL	NOME CORREN
DIURESE			Recol		Wenderson
EVACUAÇÕES					Wenderson
VÔMITO					Wenderson
DRENO SNG	2	25ml	0		Wenderson
SONDA V.D.	1.500				Wenderson

HORÁRIO	__ HS	__ HS	__ HS	__ HS	__ HS	__ HS	__ HS	__ HS	TOTAL	NOME/CORREN
MARCAÇÃO DA SNE										
POSIÇÃO DA CABECEIRA										
ÁGUA										
DIETA										
RESÍDUO GÁSTRICO										

07:00	Recebi o paciente, consciente, orientado, eupneico, em	
	Pos de prona de patela direita. Foi realizada a aspiração	
	com dreno de sucção SNG. Segue sob cuidados da equipe	
09:00	Paciente medicado com oitron: 3 - EV	
13:00	Paciente medicado com oitron: 3 - EV	
15:00	Paciente medicado com oitron: 2 e 8 - EV	
19:00	Recebi pelo mo 10.000 de pastilha de patela	
	no SNG p/ limpeza e perfuração em caso de SNG	
	diagnóstico de recesso de repouso no leito.	
21:00	adm. tramal e cetofolun EV. Verif. SNG.	
	Recebi SNG e despresão de dreno	
22:00	adm. lorazepam VO.	
05:00	Verif. SNG e adm. tramal EV.	
	segue sob os cuidados da enfermagem.	

F(NG).ENF.1055-1

45

Atend: 18/04/2014 22:28:00		NO Carteira: 0335002000645107		LEITO: 558	
ATEND:					
DATA: 18/04/14	DIAG: 1º grau de trauma	DIAS DE INT:	PESO:	C. ABD.	ESTAT.

PORTCATH	AMR	GC	SO	SNG ( ) / SNE ( )	STH ( ) / JTH ( )	TOT

ÁREA DO CUIDADO	NÃO DEPENDENTE	0	POUCO DEPENDENTE	1	MUITO 3	2	TOTAL DEPENDENTE	3
ESTADO MENTAL	ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO	✓	PERÍODOS DE DESORIENTAÇÃO NO TEMPO E ESPAÇO		DESSORIENTADO OU AGITAÇÃO OU PERÍODOS DE INCONTINÊNCIA		TORPORADO OU INCONTINENTE	
COGNAÇÃO	EM AR AMBIENTE	✓	MASCARA OU CATETER DE O <sub>2</sub> INTERMITENTE		MASCARA OU CATETER DE O <sub>2</sub> CONTÍNUO		VENTILAÇÃO MECÂNICA TRAQUEOSTOMIA	
SNARE VITAL	BENS		SNARE	✓	SNARE		22% OU MENOS	
MOTILIDADE	MOVIMENTA TODOS OS SEGMENTOS CORPORAIS		LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS	✓	ENFERMAGEM AUXÍLIO MUDANÇA DE DECÚBITO		ENFERMAGEM REALIZA MUDANÇA DE DECÚBITO	
DEAMBULAÇÃO	AMBULANTE	✓	DEAMBULA COM AUXÍLIO		DEAMBULA COM CADEIRA DE RODAS		RESTRITO AO LEITO	✓
ALIMENTAÇÃO	AUTOSUFICIENTE	✓	VOTO COM AUXÍLIO		SNG / SNE / GTT / JTT		NPP	
HIGIENE	AUTOSUFICIENTE	✓	CHUVERO COM AUXÍLIO		CADEIRA, HIGIENE ORAL		NO LEITO	
ELIMINAÇÕES	AUTOSUFICIENTE	✓	VASO SANITÁRIO COM AUXÍLIO		COMADRE / PAPAGAIO		NO LEITO, SVO OU DISPOSITIVOS URBANOS	
TERAPÊUTICA	IM / VO		EV INTERMITENTE	✓	EV CONTÍNUO OU POR SNG / SNE		DROGAS VASODATRAS	
ESTADO EMOCIONAL	NÃO SOLICITANTE		POUCO SOLICITANTE	✓	MUITO SOLICITANTE		NECESSITA ATENÇÃO CONSTANTE	

10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

31 32 33 34 35 36 37 38 39 40

41 42 43 44 45 46 47 48 49 50

51 52 53 54 55 56 57 58 59 60

61 62 63 64 65 66 67 68 69 70

71 72 73 74 75 76 77 78 79 80

81 82 83 84 85 86 87 88 89 90

91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

101 102 103 104 105 106 107 108 109 110

111 112 113 114 115 116 117 118 119 120

121 122 123 124 125 126 127 128 129 130

131 132 133 134 135 136 137 138 139 140

141 142 143 144 145 146 147 148 149 150

151 152 153 154 155 156 157 158 159 160

161 162 163 164 165 166 167 168 169 170

171 172 173 174 175 176 177 178 179 180

181 182 183 184 185 186 187 188 189 190

191 192 193 194 195 196 197 198 199 200

201 202 203 204 205 206 207 208 209 210

211 212 213 214 215 216 217 218 219 220

221 222 223 224 225 226 227 228 229 230

231 232 233 234 235 236 237 238 239 240

241 242 243 244 245 246 247 248 249 250

251 252 253 254 255 256 257 258 259 260

261 262 263 264 265 266 267 268 269 270

271 272 273 274 275 276 277 278 279 280

281 282 283 284 285 286 287 288 289 290

291 292 293 294 295 296 297 298 299 300

301 302 303 304 305 306 307 308 309 310

311 312 313 314 315 316 317 318 319 320

321 322 323 324 325 326 327 328 329 330

331 332 333 334 335 336 337 338 339 340

341 342 343 344 345 346 347 348 349 350

351 352 353 354 355 356 357 358 359 360

361 362 363 364 365 366 367 368 369 370

371 372 373 374 375 376 377 378 379 380

381 382 383 384 385 386 387 388 389 390

391 392 393 394 395 396 397 398 399 400

401 402 403 404 405 406 407 408 409 410

411 412 413 414 415 416 417 418 419 420

421 422 423 424 425 426 427 428 429 430

431 432 433 434 435 436 437 438 439 440

441 442 443 444 445 446 447 448 449 450

451 452 453 454 455 456 457 458 459 460

461 462 463 464 465 466 467 468 469 470

471 472 473 474 475 476 477 478 479 480

481 482 483 484 485 486 487 488 489 490

491 492 493 494 495 496 497 498 499 500

501 502 503 504 505 506 507 508 509 510

511 512 513 514 515 516 517 518 519 520

521 522 523 524 525 526 527 528 529 530

531 532 533 534 535 536 537 538 539 540

541 542 543 544 545 546 547 548 549 550

551 552 553 554 555 556 557 558 559 560

561 562 563 564 565 566 567 568 569 570

571 572 573 574 575 576 577 578 579 580

581 582 583 584 585 586 587 588 589 590

591 592 593 594 595 596 597 598 599 600

601 602 603 604 605 606 607 608 609 610

611 612 613 614 615 616 617 618 619 620

621 622 623 624 625 626 627 628 629 630

631 632 633 634 635 636 637 638 639 640

641 642 643 644 645 646 647 648 649 650

651 652 653 654 655 656 657 658 659 660

661 662 663 664 665 666 667 668 669 670

671 672 673 674 675 676 677 678 679 680

681 682 683 684 685 686 687 688 689 690

691 692 693 694 695 696 697 698 699 700

701 702 703 704 705 706 707 708 709 710

711 712 713 714 715 716 717 718 719 720

721 722 723 724 725 726 727 728 729 730

731 732 733 734 735 736 737 738 739 740

741 742 743 744 745 746 747 748 749 750

751 752 753 754 755 756 757 758 759 760

761 762 763 764 765 766 767 768 769 770

771 772 773 774 775 776 777 778 779 780

781 782 783 784 785 786 787 788 789 790

791 792 793 794 795 796 797 798 799 800

801 802 803 804 805 806 807 808 809 810

811 812 813 814 815 816 817 818 819 820

821 822 823 824 825 826 827 828 829 830

831 832 833 834 835 836 837 838 839 840

841 842 843 844 845 846 847 848 849 850

851 852 853 854 855 856 857 858 859 860

861 862 863 864 865 866 867 868 869 870

871 872 873 874 875 876 877 878 879 880

881 882 883 884 885 886 887 888 889 890

891 892 893 894 895 896 897 898 899 900

901 902 903 904 905 906 907 908 909 910

911 912 913 914 915 916 917 918 919 920

921 922 923 924 925 926 927 928 929 930

931 932 933 934 935 936 937 938 939 940</

[illegible]

**F(NG).ENF.1055-1**

**CONFERE COM ORIGINAL**  
Hospital Unimed João Pessoa

UNIMED - OAJA

Hospital  
**Unimed**  
João Pessoa

**PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**INTERNAÇÃO - ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM**

HORA	PA	PULSO	T <sub>ax</sub>	FR	NOME COREN	DIURNO	TARDE	NOITE	TOTAL	NOME COREN
12:00	120/80	80	36,2	20	JOÃO VICTOR					
13:00	120/80	80	36,2	20	JOÃO VICTOR					
14:00	120/80	80	36,2	20	JOÃO VICTOR					
15:00	120/80	80	36,2	20	JOÃO VICTOR					

HORÁRIO	MS	MS	MS	MS	MS	MS	MS	MS	MS	TOTAL	NOME COREN
MARCAÇÃO DA SNE											
POSIÇÃO DA CABECEIRA											
ÁGUA											
DIETA											
RESÍDUO GÁSTRICO											

07:00	Paciente acordou e se apoia de costas na cama. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores.	
09:00	Paciente acordou e se apoia de costas na cama. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores.	
10:00	Paciente acordou e se apoia de costas na cama. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores.	
13:00	Paciente acordou e se apoia de costas na cama. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores.	
15:00	Paciente acordou e se apoia de costas na cama. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores.	
17:00	Paciente acordou e se apoia de costas na cama. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores.	
19:00	Paciente acordou e se apoia de costas na cama. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores.	
21:00	Paciente acordou e se apoia de costas na cama. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores.	
23:00	Paciente acordou e se apoia de costas na cama. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores.	
01:00	Paciente acordou e se apoia de costas na cama. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores.	
03:00	Paciente acordou e se apoia de costas na cama. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores.	
05:00	Paciente acordou e se apoia de costas na cama. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores. Hiperreflexia com espasmos de membros inferiores.	

F(NG)ENF.1055-1

47

## PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO - EVOLUÇÃO

ATEND: 1193887	NOME: Everton Erick Silva	LEITO: 553B			
DATA: 27/04/14	DIAG: 0 Pq de triatoma de	DIAS DE INT:	PESO:	C. ABD.	ESTAT.

DATA	DATE	TIME	LOCATION	STATUS	REMARKS	TOT
PORTCATH	AVP	CVC	SVD-	SNG( ) / SNE( ) -GTT( ) / JTF( )		

ÁREA DO CUIDADO	NÃO DEPENDENTE	0	POUCO DEPENDENTE	1	MUITO DEPENDENTE	2	TOTAL DEPENDENTE	3
ESTADO MENTAL	ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO	✓	PERÍODOS DE DESORIENTAÇÃO NO TEMPO E ESPAÇO		DESORIENTADO OU AGITAÇÃO OU PERÍODOS DE INCONSCIÊNCIAS		TÓRPORE OU INCONSCIENTE	
ORIGENAÇÃO	EM AR AMBIENTE	✓	MASCARA DO CATETER DE O <sub>2</sub> INTERMITENTE		MASCARA DO CATETER DE O <sub>2</sub> CONTÍNUO		VENTILAÇÃO MECÂNICA TRAQUEOSTOMIA	
SINAIS VITAIS	SINAIS		SINAIS	✓	4 SINAIS		3 SINAIS OU MENOS	
MOTILIDADE	MOVIMENTA TODOS OS SEGMENTOS CORPORAIS		LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS	✓	ENFERMAGEM REALIZA MUDANÇA DE DECÚBITO		ENFERMAGEM REALIZA MUDANÇA DE DECÚBITO	
DEAMBULAÇÃO	AMBULANTE		DEAMBULA COM AULDIO		DEAMBULA COM CADEIRA DE RODAS		RESTRITO AO LEITO	✓
ALIMENTAÇÃO	AUTOSUFICIENTE		VO COM AULDIO	✓	SNG / SNE / GTT / JTT		NPP	
HIGIENE	AUTOSUFICIENTE		CHUVEIRO COM AULDIO		CADEIRA, HIGIENE ORAL		NO LEITO	✓
ELIMINAÇÕES	AUTOSUFICIENTE		VASO SANITÁRIO COM AULDIO		COMMODE / PAPAGAO	✓	NO LEITO, SVO OU DISPOSITIVOS UROLOGIAIS	
TERAPÊUTICA	IM / VO		EV INTERMITENTE	✓	EV CONTÍNUO OU POR SNG / SNE	✓	DRUGAS VASOATIVAS	
ESTADO EMOCIONAL	NÃO SOLICITANTE		POUCO SOLICITANTE	✓	MUITO SOLICITANTE	✓	QU NECESSITA ATENÇÃO CONTINUADA	

a) Se não for dia, a referência é zero.  
 b) Se a flor for aninhada, sua nível de referência é cinco.  
 c) Se for intencional, seu nível de referência é dez.

<p>07hs Paciente põe, no 1.º Póde Fratura de patela de e. pellos D, Cole, enureia, indolores, acuta diurea, com tmo, diurese espontanea, M.T.D gessado, cheio de pincos, pouco h2o circulando.</p>	<p>Marcelly Amorim Interme COREN PB 30</p>
<p>14.15 Paciente de - adto - <del>Interme</del> <sup>C.D. Souza</sup></p>	<p>Marcelly Amorim Interme COREN PB 30</p>

F(NG).ENF.1055-1

**CONFERE COM ORIGINAL**  
Hospital Unimed João Pessoa

**PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**INTERNAÇÃO – ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM**

HORA	PA	PULSO	TEMP	FR	NOME
11:00	120/80	80	36,2	18	ROBERTO

	MANHA	TARDE	NOITE	TOTAL	NOME COREN
DIURESE					
EVACUAÇÕES					
VÔMITO					
DRENOS					
SONDA					

HORÁRIO	__ HS	__ HS	__ HS	__ HS	__ HS	__ HS	__ HS	__ HS	TOTAL	NOME COREN
MARCAÇÃO DA SNE										
POSICÃO DA CABECEIRA										
ÁGUA										
DIETA										
RESÍDUO GÁSTRICO										

08:00 Recebi o paciente no 3º DHO de Jafuna de  
 patela D, o mesmo com HVP em MSE, distúrbio  
 linéar presente, com curativo curado. Siga  
 as ordens da equipe.

09:00 Realizado item: 2 - E

10:00 Realizado item: 7 - S

11:00 Paciente recebeu alta hospitalar

Ernesto Periel  
 Tc. de Enfermagem  
 COREN-PA 3061

## TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL (NRS 2002)

FAVOR NÃO RETIRAR DO PRONTUÁRIO

DATA	PESO	EVOLUÇÃO	DATA	PESO	EVOLUÇÃO
22/04/14		Paciente recusa DH, HAS, alergia alimentar, em uso de dieta V.O. Livre com boa aceitação Em acompanhamento nutricional			
		<i>Almeida da Silva I. Souza</i> Nutricionista CRN 18872			
25/04/14		Paciente aceita do bem a dieta via oral. Há em observação. Em acompanhamento nutricional			
		<i>Almeida da Silva I. Souza</i> Nutricionista CRN 18872			

F(NG).ASNU.802-1

51

FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE COM RISCO/LESÃO DE PELE E/OU  
RISCO NUTRICIONAL

NOME: Everson Buck Silva SEXO: M LEITO: 553-B  
ATENDIMENTO: 4193881 PESO:      KG ALTURA:      CM IDADE: 21

CURATIVOS PREVENTIVOS APLICADOS/ DESCRIÇÃO DAS FERIDAS:

DADOS	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA
LOCALIZAÇÃO <sup>1</sup>	22/4/14						
ESTÁGIO <sup>2</sup>							
TAMANHO <sup>3</sup>							
CARACTERÍSTICAS DO TECIDO <sup>4</sup>							
TECIDO PERILESIONAL <sup>5</sup>							
TIPO DE EXSUDATO <sup>6</sup>							
QUANTIDADE DE EXSUDATO <sup>7</sup>							
CONDUTA EM USO (INTERVENÇÃO)							
PRÓXIMA TROCA ASS. ENFERMAGEM							

- 1= Sacral (1); Trocânteres (2); Calcâneo (3); Maltólos (4); Escápulas (5); Outros (6) especificar; Proeminências ósseas (7).  
2= Se UP (1/E1 ou E2, E3, E4 conforme o estágio) Se outras: Superficial (2), Profunda parcial (3) e Profunda Total (4);  
3= Medir maior área horizontal (H) / Maior área vertical (V) / Área mais profunda (P): registrar resultado= HxVxP= cm3. Se houver descolamento, registrar maior medida, à parte.  
4= Necrose por coagulação (1) ou por liquefação (2), Infecção (3), Colonização (4), Granulação (5), Epitelização (6);  
5= Intacta (1), Macerada (2), Eritema (3), Descamação (4), Prurido (5), Dermalite (6);  
6= Seroso (1), Sanguinolento (2), Sero-sanguinolento (3), Purulento (4);  
7= Baixo (1: até 5 gazes), Moderado (2: até 10 gazes), Alto (3: > 10 gazes).

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

Paciente com lesão de pele em pé direito, com ferida de 10x10cm, com fundo vermelho, com exsudato seroso, com odor fétido, com dor moderada, com risco de infecção, com risco de necrose, com risco de amputação, com risco de morte.

ANOTAÇÕES DA NUTRIÇÃO:

F(NG).ENF.581-2

CONFERE COM ORIGINAL  
Hospital Unimed João Pessoa

Aviso de Cirurgia : 00087440 Sala : 0007 SALA 05  
Paciente : 00153943 EVERTON ERICK SILVA GOMES Atendimento : 1193887  
Convênio : 003 UNIMED JOAO PESSOA Carteira :  
Leito : 0420 LEITO 563 B  
Data : 24/04/2014 Hora de Inicio : 20:15 Hora de Término : 00:45

52120104 FRATURAS DO FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO  
52130371 FRATURA DA PATELA - TRATAMENTO CIRURGICO  
Anestesia : 34 RAQUI

QUIRURGIAO 00000845 JOSE GUTENBERG CRUZ DE LIMA  
ANESTESISTA 00001004 MARIA DO SOCORRO DE SOUZA SANTOS

Materiais Utilizados :		Unidade	Qt.
MEDICAMENTOS	00001732 DECADRON 4MG/ML AMPOLA 2,5ML	FRA/AMP	1,0000
	00001435 DIMORF 0,2MG/ML AMPOLA 1ML(ESTERIL)	AMPOLA	1,0000
	00001214 DIPIRONA 500MG/ML AMPOLA 2ML	AMPOLA (	3,0000
	00001327 DORMONID 5MG AMPOLA 5ML	AMPOLA (	1,0000
	00001455 FENTANIL 0,05MG/ML AMPOLA 2ML(ESTÉRIL)	AMPOLA	1,0000
	00001510 KEFAZOL 1G FRASCO-AMPOLA	FRA/AMP	1,0000
	00001642 NAUSEDON 4MG AMPOLA 2ML	AMPOLA (	1,0000
	00001393 NEOCAINA 0,5% ISOBARICA AMPOLA 4ML ESTÉRIL(CRISTA)	AMPOLA (	1,0000
	00003009 SORINE ADULTO GOTAS FRASCO 30 ML	FRASCO (	1,0000
	00008880 SORO FISIOLÓGICO 0,9% BOLSA 1000ML	BOLSA	2,0000
	00008859 SORO FISIOLÓGICO 0,9% BOLSA 500ML	BOLSA	2,0000
	00008863 SORO RINGER COM LACTATO BOLSA 500ML	BOLSA	3,0000
	00002128 TORADOL 30MG AMPOLA 1ML	AMPOLA	1,0000
MATERIAL HOSPITALAR	00000902 AGULHA DESCARTAVEL 40X12	UNIDADE	2,0000
	00000925 AGULHA P/ RAQUE DESCARTAVEL 28G 3 1/2	UNIDADE	1,0000
	00000362 ATADURA GESSADA 15 CM X 3 MT	ROLO	5,0000
	00000855 CATETER TIPO OCULOS	UNIDADE	1,0000
	00000848 COLETOR URINA SIST. FECHADO 2000 ML	UNIDADE	1,0000
	00000437 ELETRODO PARA ECG ADULTO (C/GEL)	UNIDADE	6,0000
	00000446 ESTOJO PARA BARBEAR DESCARTAVEL COM 02 LAMINAS	UNIDADE	2,0000
	00000447 FIO ETHIBOND 5-0 /AG 4.7CM 1/2 CIRC. (MB 48G)	UNIDADE	1,0000
	00027831 FIO NYLON 2-0 C/AG 3,0CM (NP45320) POLYSUTURE	UNIDADE	8,0000
	00028608 FIO POLYCRYL 1 C/AG 3,5CM (281001) POLY SUTURE	UNIDADE	7,0000
	00000903 LUVA DE PROCEDIMENTOS NAO ESTERIL (MEDIA)	PARES	8,0000
	00008980 LUVA DESCARTAVEL ESTERIL N 6,5 C/TALCO	PARES	2,0000
	00000905 LUVA DESCARTAVEL ESTERIL N 7.0 C/TALCO	PARES	1,0000

90  
CONFERE COM ORIGINAL  
Hospital Unimed João Pessoa

Aviso de Cirurgia : 00087440 Sala : 0007 SALA 05  
Paciente : 00153943 EVERTON ERICK SILVA GOMES

Materiais Utilizados :	Unidade	Qt.
00000912 LUVA DESCARTAVEL ESTERIL N 7.5 C/TALCO	PARES	5,0000
00000915 LUVA DESCARTAVEL ESTERIL N 8.0 C/TALCO	PARES	6,0000
00000863 SERINGA DESC. 10ML C/ AGULHA 25X7 -LUER-LIP	UNIDADE	4,0000
00000866 SERINGA DESC. 20ML C/ AGULHA 25X7 - 3 PEÇAS	UNIDADE	1,0000
00000871 SERINGA DESC. 5ML C/ AGULHA 25X7	UNIDADE	3,0000
00000877 SERINGA DESC. 60ML C/ AGULHA (BICO CATETER)	UNIDADE	1,0000
00000848 SIST. DE DRENAGEM FECHADA 4,8RESERVATORIO C/ MOL	UNIDADE	1,0000
00000766 Sonda ENDOTRAQUEAL DESCART. N 7.0 (C/B)	UNIDADE	1,0000
00000803 Sonda VESICAL DE FOLEY 2 VIAS N 14	UNIDADE	1,0000
00009322 TRANSOFIX (SIST. DE TRANSF. PARA FLUIDOS ESTÉREIS)B	UNIDADE	1,0000

Equipamentos Utilizados:	Qt. Utilizada.	Data/Hora Inicio	Data/Hora Fim
0006 MONITOR CARDIACO	001		
0012 RX TV	001		
0021 OXIMETRO	001		
0069 OXIGENIO POR CATETER OU MASCARA	005	24/04/2014 20:25	25/04/2014 00:35

91

CONFERE COM ORIGINAL  
Hospital Unimed João Pessoa

UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1  
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico  
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001  
Data.....: 25/04/2014  
Hora.....: 00:46

Aviso de Cirurgia : 87440

Paciente : 153943

Convênio Atend. : 3

Leito : 420

Dt. Início : 25/04/2014 00:41

Cid Pré-Operatório : S728

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0007 SALA 05

EVERTON ERICK SILVA GOMES

UNIMED JOAO PESSOA

LEITO 553 B

Dt. Fim : 25/04/2014 00:41

FRAT DE OUTR PARTES DO FEMUR

Atendimento : 1193887

Carteira : 0336002000645107

Idade : 21 Anos

Procedimento: 30728107

Convênio: 003

Procedimento: 30725127

Convênio: 003

Anestesia: 34

FRATURA DA PATELA - TRATAMENTO CIRURGICO

UNIMED JOAO PESSOA

FRATURAS DO FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO

UNIMED JOAO PESSOA

RAQUI

ANESTESISTA

CIRURGIAO

001822 MARIA DO SOCORRO DE SOUZA SANTOS

001738 JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA

**Descrição Cirúrgica :**

PACIENTE EM MESA CIRURGICA SOB ANESTESIA RAQUI. FEITO ISQUEMIA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO COM FAIXA DE ESMARCH, ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE TODO O MEMBRO INFERIOR. DELIMITADO O CAMPO OPERATORIO. INCISÃO NA FACE LATERAL INFERIOR DA COXA ESQUERDA EM DIREÇÃO AO TERÇO SUPERIOR DA PERNA COM ABERTURA DE PELE TC APONEUROSE E O TENSOR DO FASCIA LATA. IDENTIFICADO O FOCO DE FRATURA DO CONDILO FEMURAL LATERAL. REDUZIDO E FIXADO COM UMA PLACA EM TITANIO DISTA DE BAIXO PERFIL. COLOCADO O HEMODRENO E SUTURADO OS PLANOS ESTRATIGRAFICOS.

SEGUNDO TEMPO CIRURGICO: FRATURA DE PATELA; INCISÃO AO NIVEL DA FACE ANTERIOR DO JOELHO DIREITO COM ABERTURA DE PELE TCS APONEUROSE E IDENTIFICADO VARIOS FRAGMENTOS DA PATELA REDUZIDO E FIXADO DENTRO DAS POSSIBILIDADES DOS FRAGMENTOS QUE FALTARAM E FEITO AMARRIA COM FIOS DE KIRSCHNER E ETIBOND DE NUMERO CINCO. SUTURA DE DOS PLANOS ESTRAGRAFICOS CURATIVO E ENFAIXAMENTO ACOMPANHADO DE ENFAIXAMENTO COMPRESSIVO COM CAPA DE GESSO,

**Achados Cirúrgicos:**

**Descrição Complementar**

DR(A) : JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA  
CRM : 001738

CONFERE COM ORIGINAL  
Hospital Unimed João Pessoa

## MATERIAL ESPECIAL

Paciente: EUSTON ENOK S. L. R. ROMEZ

Atend: 119.383-7

Apto: 553-B

Circulante: [assinatura]

Téc. Enfermagem  
COREN 197891

Data: 24/04/14

FIO DE KIRSCHINER Nº 2.0 = 1	
" " " " Nº 2.5 = L	
" " " " Nº 1.5 = □	
01 Placa BAIXO Perfil em Lidoio Bloqueado	
P/ fratura de unclilo Femoral	
10 Pora/uso de Bloqueio em Lidoio	

97

F(G) ASCIR.002

CONFERE COM ORIGINAL  
Hospital Unimed João Pessoa

Apto: 333 - U

ATA :24/04/2014

PACIENTE: EVERTON ERICK SILVA GOMES

MEDICO SOLICITANTE: DR GUTEMBERG

EMPRESA: ARTSINTESE

ATENDIMENTO: 1193881

**MATERIAL ESPECIAL UTILIZADO**

**01 PLACA BAIXO PERFIL EM TITANIO BLOQUEADA PARA  
FRATURA DE CONDILO FEMURAL**

**10 PARAFUSOS DE BLOQUEIO EM TITANIO**

ASS;

*Roberto S. Melo*

99

**CONFERE COM ORIGINAL**  
Hospital Unimed João Pessoa


**CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM - HOSPITAL UNIMED JOÃO PESSOA**  
**RADIOLOGIA GERAL - ULTRA-SONOGRAFIA - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA**

Paciente.....: **EVERTON ERICK SILVA GOMES**  
Convenio.....: **UNIMED JOAO PESSOA**  
Medico Solicitante.....: **MARIA DO SOCORRO DE SOUZA SANTOS**  
Data.....: **25/04/2014**      Laudo...: **339812**      Nº do Exame.: **339**

**RELATORIO**

**EXAME: RADIOSCOPIA PARA ACOMPANHAMENTO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**

- Controle radioscopico transoperatório de fratura do fêmur distal com osteossínteses metálicas, mostre procedimento adequado.

  
\_\_\_\_\_  
**OCELIO ANTONIO QUEIROGA CARTAXO**  
CRM 000469

302  
Av. Ministro José Américo de Almeida (Beira Rio), 1450 - Torre - João Pessoa  
CEP: 58046-300 - Fone: (83) 2106.0216 - Fax (83) 2106.  
CNPJ: 08.680.639/0003-39 - Inscrição Estadual: i  
E-mail: unimed@unimedjp.c  
F(G) GSUR

**ANS Nº 32104-4**

CÓD. 545

**CONFERE COM ORIGINAL**  
Hospital Unimed João Pessoa

Atendimento: 1193887

Dt Atendimento: 18/04/2014 - 22:26

Dt Alta: 27/04/2014 - 15:33

Paciente: 163943 EVERTON ERICK SILVA GOMES

Serviço: 50 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 3 UNIMED JOAO PESSOA

Leito: 420 LEITO 553 B

Plano: 1 BASICO

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: F2767

CID: S728

FRAT DE OUTR PARTES DO FEMUR

Procedimento de Alta 52120104 - FRATURAS DO FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO

Observação de Alta

  
JOSE EWERTON DA SILVA FABRICIO

303

CONFERE COM ORIGINAL  
Hospital Unimed João Pessoa

## Processos de DPVAT - Data: 03/07/2014

CENTAURO CURITIBA

04/07/2014



Informamos abaixo a relação de processos que sofreram movimentações durante o dia 03/07/2014, ficamos a disposição para qualquer esclarecimento.

**A.C.S SEGUROS DPVAT**

### Processo liberado o pagamento

Nome	Tipo de Processo	Código interno	Número do Megadata	Indenização
EVERTON ERICK DA SILVA GOMES	INVALIDEZ	619611	2014/483607	Data crédito: 07/07/2014 - R\$ 7.087,50 >> EVERTON ERICK DA SILVA GOMES DOC - Banco: 104 Ag: 01914- CC: 000000114743-2

Entre em nosso site [www.centauroseg.com.br](http://www.centauroseg.com.br) e acesse DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código do processo e a data de nascimento da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!



**Poder Judiciário da Paraíba  
2ª Vara Mista de Santa Rita**

PROCEDIMENTO SUMÁRIO (22) 0801998-65.2014.8.15.0331

**DESPACHO**

Vistos, etc.

1. Defiro o pedido dos benefícios da Justiça Gratuita.
2. Cite-se na forma requerida.

SANTA RITA, 6 de outubro de 2014.

Maria dos Remédios Pordeus Pedrosa Veloso de França

Juiz(a) de Direito



**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA**  
**2ª Vara Mista de Santa Rita**

---

PROCESSO Nº 0801998-65.2014.8.15.0331

PROCEDIMENTO SUMÁRIO (22)  
[SEGURO]

AUTOR: EVERTON ERICK DA SILVA GOMES  
RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

**CERTIDÃO DE JUNTADA DE DOCUMENTO**

Certifico e dou fé que, nesta data, faço JUNTADA aos presentes autos do(s) documento(s) em anexo.(Carta de Citação com recebido da secretaria para envio).

Santa Rita-Pb, 07 de março de 2019.

**GERLANDIA LINS E SILVA CARNEIRO**

Técnico Judiciário



**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA**  
**2ª Vara Mista de Santa Rita**

PROCESSO Nº 0801998-65.2014.8.15.0331

PROCEDIMENTO SUMÁRIO (22)  
[SEGURO]

AUTOR: EVERTON ERICK DA SILVA GOMES  
RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

**CARTA DE CITAÇÃO**

De ordem da MM Juíza de Direito deste Juízo, em cumprimento ao despacho proferido nos autos da ação acima identificada, nos termos do art. 335 e seguintes do CPC, **CITO a empresa**, SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A., com sede à Rua Senador Dantas, 74, 5º Andar. Centro. Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20031-205, para que tome conhecimento de todo o conteúdo da Ação supra, e, querendo, contestá-la, no prazo de 15 (quinze) dias.

ADVERTÊNCIA: Caso o promovido(a), ora citado(a), não ofereça(m) contestação, serão presumidos como verdadeiros os fatos alegados contra ele(a).

Encaminha-se anexa cópia da petição inicial.

SANTA RITA-PB, 07 de março de 2019.

GERLANDIA LINS E SILVA CARNEIRO  
Técnico Judiciário

*Recbi- 07/03/2019*