



Número: **0800203-79.2018.8.15.0041**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **Vara Única de Alagoa Grande**

Última distribuição : **11/06/2018**

Valor da causa: **R\$ 13163.0**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	YURI MARINHO SARAIVA LEAO
AUTOR	ADRIELE GONCALVES DA SILVA
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A
ADVOGADO	BISMARCK SILVA DINIZ
ADVOGADO	JOSE BRUNO MACEDO DE ARAUJO

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
14240807	14/05/2018 11:13	2.RG CPF-min	Documento de Identificação
14240810	14/05/2018 11:13	3.Comprovante Residência-min	Outros Documentos
14240842	14/05/2018 11:13	1.procuração-min	Procuração
14240849	14/05/2018 11:13	4.DUT-min	Outros Documentos
14240866	14/05/2018 11:13	5.B.O-min	Outros Documentos
14240895	14/05/2018 11:13	6. Entrada Administrativa-min	Outros Documentos
14240919	14/05/2018 11:13	prontuário1-min	Outros Documentos
14240935	14/05/2018 11:13	prontuário2-min	Outros Documentos
14240990	14/05/2018 11:13	prontuário3-min	Procuração
14240964	14/05/2018 11:13	prontuário4-min	Outros Documentos
14546635	04/06/2018 10:28	Decisão	Decisão
19968477	21/03/2019 17:54	Despacho	Despacho

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.004.467 -2 VIA EXPEDIÇÃO 02/06/2016

NOME ADRIELE GONÇALVES DA SILVA

FILIAÇÃO JOSÉ GONÇALVES DA SILVA
VANEIDE MARCOLINO DA SILVA

NATURALIDADE JUAREZ TÁVORA-PB

DATA DE NASCIMENTO 18/08/1998

DOC ORIGEM NASC.N.291 FLS.73 LIV.A-1

CPF CARTORIO ALHANDRA-PB

703.060.714-79

Assinado eletronicamente
Maurício A. B. Leão Jr.
Estado do Rio de Janeiro, 06/08/2016
Cartório Civil e Criminal

0 +

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO
CENTRO DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-073





Adrielle Gonçalves da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

GREUSA DORES DA SILVA
RUA PROF JOAQUIM NERI DA SILVA, S/N - VL NOVA
JUAZEIRO TAVORA/PB CEP 58387000 (AG 22)

Class/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro 4-41-855-5260
Nº medidor 00001151248
Referência Ago / 2016
Emissão 10/08/2016

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR/200 Km 25 - Cristo Rei - João Pessoa/PB - CEP 58071-690
CNPJ 08.985.83/0001-40 Ins. Est 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000 257 474
Código para Débito Automático: 00000002300

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/599230-0**
Canal de contato

Ago / 2016

Apresentação

10/08/2016

Data prevista da
próxima leitura

12/09/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

5906528423

Ins. Est.

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 05/08/2016 PAGAS
OBRIGADOR

Histórico de Consumo
(kWh)

Jul/16	81
Jun/16	209
Mai/16	88
Abr/16	80
Mar/16	111
Fev/16	86
Jan/16	105
Dez/15	88
Nov/15	114
Out/15	89
Sep/15	87
Ago/15	29

Média dos últimos meses
88 kWh

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
11/07/16	4286	10/08/16	4355	
			1	30

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	87	1.41817	28,01
ICMS			9,80
PIS			0,14
COFINS			0,86
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			5,75
CUSTO DE REGULAÇÃO NORMAL 07/2016			8,88
JUROS DE MORA 05/2016			1,11
JUROS DE MORA 06/2016			1,42
JUROS DE MORA 07/2016			0,02
MULTA 05/2016			1,04
MULTA 06/2016			2,57
MULTA 07/2016			1,11
ATUALIZAÇÃO MONETARIA 05/2016			1,08
ATUALIZAÇÃO MONETARIA 06/2016			1,10

	BASE DE CALCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	38,41	25,00	9,80
PIS	38,41	0,3786	0,14
COFINS	38,41	1,7383	0,66

VENCIMENTO
17/08/2016

TOTAL A PAGAR
R\$ 60,29

fdde.8db9.65a5.8dd9.130d.9212.2c9c.71ca.

Indicadores de Qualidade 6/2016 - Reclamo

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	8,30	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	12,64	
DIC ANUAL	25,08	
PIC MENSAL	3,40	CONTRATADA
PIC TRIMESTRAL	8,72	
PIC ANUAL	13,45	
DMC	3,71	LIMITE INFERIOR 232
DICPI	12,22	LIMITE SUPERIOR 231

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dst da Energisa/PB	10,35	17,17
Compra de Energia	13,57	22,51
Serviço de Transmissão	0,91	1,34
Encargos Setoriais	3,28	5,44
Impostos Diretos e Encargos	25,60	42,46
Outros Serviços	6,86	11,08
Total	60,29	100,00

Valor do EUSD (Ref 07/2016) R\$ 48,41

- Leitura confirmada

ATENÇÃO

PARAIBA

Roteiro 4-41-855-5260

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Procuração "AD JUDICIA ET EXTRA JUDICIA"

OUTORGANTE: Adrielle Gonçalves da Silva, brasileira,
solteira, agricultora, portadora do RG 4.004.463 expedido
pela SSP/PB, inscrita no CPF 703.060.714-79, residente e domiciliado à Rua
Rua Prof. Joaquim Neri da Silva, nº 511, Bairro Vila Nova,
Juazeiro Tavares - PB, CEP 58387-000.

OUTORGADOS: **BISMARCK SILVA DINIZ**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na
Ordem dos Advogados do Brasil/PB sob o nº 20.804, **YURI MARINHO SARAIVA LEÃO**,
brasileiro, solteiro, advogado inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil/PB sob o nº 20.659,
com Escritório Profissional à Rua Francisco Patrício, nº 59, Centro, Cuité-PB, CEP: 58.175-
000, onde receberá intimações e notificações.

Outorgo-lhes, na medida de suas atribuições profissionais, todos os poderes, por especiais que
sejam, para que em meu nome, como se presente fosse, em qualquer juízo ou tribunal, bem
como representar-me juntos a quaisquer órgãos do Município, Estado e União, assim as
administrações indiretas e autárquicas, como também possa requerer tudo o que em direito for
permitido, usando os poderes da cláusula "ad judicium" em toda sua extensão. Podendo, ainda,
interpor recursos, oferecer razões, proceder à sustentação oral, acordar, transigir, substabelecer
com ou sem reserva de poderes, praticando, enfim, todos os atos para o fiel e pleno
cumprimento deste mandato, pelo que dará a tudo por bom, firme e valioso.

Adrielle Gonçalves da Silva

Outorgante

Rua Francisco Patrício, nº 59, Centro, Cuité - PB
Email: sdinizadvocacia@hotmail.com

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 9910886974
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 20130500002332-1 EXERCÍCIO 2013

1 00-9778741-5 00/00000000

NOME TERESINHA FRANCISCA DA S OLIVEIRA

CPF / CNPJ 01960464400 PLACA OF7794/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB 9C2HB0210CR498107

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / POP100 ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CAP / POT / CIL 2 P/97 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA IPVA PAGO EM 05/04/2013 VENC. COTA ÚNICA 1º VENC. / COTAS

PADA LRYA PARCELAMENTO / COTAS 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO PAGO 05/04/2013

OBSERVAÇÕES A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

JUAREZ 406 05/04/2013 15180

BOREDOR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 9910886974 BILHETE DE SEGURO DPVAT

TERESINHA FRANCISCA DA S OLIVEIRA EXERCÍCIO

CPF / CNPJ 01960464400 PLACA OFF7794/PB

BILHETE DE SEGURO DPVAT 2013 05/04/2013

PB Nº 9910886974

TERESINHA FRANCISCA DA S OLIVEIRA

RENAVAM 01960464400 MARCA / MODELO HONDA / POP100

ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012 Nº CHASSI 9C2HB0210CR498107

FVS (R\$) 2012 9 DENATRA (R\$) 9 CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO SEGURO PAGO DATA DE QUITACAO

COTA ÚNICA PARCELADO

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

15180-1533258-20130405

CNPJ 08.248.608/0001-94

PLA 2012

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 9641570841

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 20120500007984-0 EXERCÍCIO 2012

1 49778741-5 00/00000000

NOME TERESINHA FRANCISCA DA S OLIVEIRA

RUA PROJETADA 02

58387000 JUAREZ TAVORA-PB

CPF / CNPJ 01960464400 PLACA OF7794/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB 9C2HB0210CR498107

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / POP100 ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CAP / POT / CIL 2 P/97 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA IPVA PAGO EM 05/04/2013 VENC. COTA ÚNICA 1º VENC. / COTAS

PADA LRYA PARCELAMENTO / COTAS 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO PAGO 05/04/2013

OBSERVAÇÕES A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

JUAREZ TAVORA-PB 40665 05/04/2013 15180

BOREDOR



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
R. Raimundo Nonato de Araujo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300



OCORRÊNCIA Nº 005811/16

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 005811/16 registrada em 19/09/2016, que passo a transcrever na íntegra: do mês de setembro do ano de 2016, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 09:23 horas, compareceu a Sra. ADRIELE GONÇALVES DA SILVA, com 18 anos de idade, filha de JOSÉ GONÇALVES DA SILVA e VANEIDE MARCOLINO DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de JUAREZ TÁVORA - PB, Solteira, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão, portadora da Cédula de Identidade Nº 4.004.467 - 2ª VIA, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 70306071479, residindo à rua PROF. JOAQUIM NERI DA SILVA, S/N, bairro VILA NOVA, na cidade de JUAREZ TÁVORA - PB.

Declarou que:

Informa a declarante, que por volta das 18h10min do dia 30.01.2016, estava trafegando pela Rodovia PB 079, na cidade de Juarez Távora/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/POP100, ano/modelo 2012/2012, cor vermelha, chassi nº 9C2HB0210CR498107, de placa OFF-7794/PB, licenciada em nome de Teresinha Francisca da S. Oliveira, quando foi atingida na parte de trás por um veículo de marca, cor, placas e outras características que ignora, inclusive o condutor, que ausentou-se do local, fazendo com que a declarante perdesse o equilíbrio, caindo ao solo em seguida, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrida para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetida a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, os Policiais Militares do BPTran não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o boletim de acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e não existe iluminação no local, não encontrando-se a declarante sob a influência de bebida alcoólica; Que, a declarante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Segunda-feira, 19 de Setembro de 2016

x *Adrielle Gonçalves da Silva*
ADRIELE GONÇALVES DA SILVA
Declarante

José Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia
JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO
Escrivão



Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

(1)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3160740679 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ADRIELE GONCALVES DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Curitiba - PR**BENEFICIÁRIO** ADRIELE GONCALVES DA SILVA**CPF/CNPJ:** 70306071479**Posição em 23-05-2017 01:54:47**

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
27/04/2017	R\$ 337,50	R\$ 0,00	R\$ 337,50

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Atendimento

Nome:	Adrieli Gonçalves de Sáve		
End:	Rua Vila Nova	Bairro:	Quarez Talva
Data de Nascimento:	18.08.90	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acidente Data do Atendimento: 30/01/16 Hora: 15:15 Documento:		

Classificação de Risco

Nível de consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto:	<input type="checkbox"/> Calmo	<input checked="" type="checkbox"/> Fácéis de dor	<input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:							
Pressão arterial:							
Dosagem de HGT:							
Deambulação:	<input type="checkbox"/> Livre	<input checked="" type="checkbox"/> Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Maca	Temperatura axilar:			
				Mucosas:	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Pálida	

Estratificação

☐ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

Enfermeira
☒ Amarelo - atendimento até 1 hora
☐ Azul - atendimento até 4 horas
Bruno de Lima Junior
Enfermeiro
COREN-PB 453.421

Assinatura e carimbo do profissional

LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

Ex Fértil + Ex Maltrato Medial D.

10

1

Alojamento

Leito

Convênio

Horário

Evolução Médica

~~Ex Fértil~~

Otoplastia

DIA 6

20 anos

FOB, COOE, suprise, restor
trabal S/ intercomunição.

~~10~~

~~10~~

~~10~~

~~10~~

~~10~~

~~10~~

~~10~~

~~10~~

~~10~~

~~10~~

~~10~~

~~10~~

~~10~~

~~10~~

~~10~~

~~10~~

~~10~~

~~10~~

~~10~~

~~10~~

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

1) Feridas em dentes duras

2) Feridas e Abertura de Canais

3) Feridas de Curva Inter

4) Feridas: Tensão, Drenagem, Sutura

5) Feridas: Tensão, Drenagem, Sutura

6) Feridas de Dentes Duros

7) Feridas

Amato Jorge P. Neto
CRM/PB - 5258

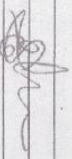


GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE QUEIMADAS

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome do Paciente	Alexandre Gonçalves			Nº do Prontuário
Data da Cirurgia	Enf.	Leito		
Cirurgião	Dr. Alexandre Gonçalves			
2º Auxiliar	3º Auxiliar	1º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Dr. Wanderley		Fagundes	
Diagnóstico Pré-Operatório	Fibros Tumorais de			
Tipo de Cirurgia	Osteomielite			
C	Óstico Pós-Operatório			
Relatório imediato do Patologista				
Exame Radiológico no Ato				
Acidente Durante a Cirurgia				

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() Avaliar distensão abdominal.		() Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
() Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		() Melhora a aceitação alimentar.
() Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		() Manutenção da glicemia estável.
() Aferir glicemia capilar, anotar e mediar CPM.		() Auxílio diário às necessidades de higiene.
() Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, mediar CPM, reavaliar em 30 minutos).		() Controle da dor (melhorada / ausente).
() Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		() Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
() Observar e comunicar dificuldades alimentares.		() Melhora da integridade da pele.
(X) Encaminhar ao banho de chuveiro.		(X) Diminuição do risco de lesão.
() Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		() Mobilidade física melhorada/eficaz.
() Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		() Melhora da perfusão tissular.
() Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		() Padrão respiratório eficaz.
() Avaliar características, intensidade e local da dor.		() Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
() Avaliar alterações de sinais vitais.		() Diminuir o risco de queda.
() Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		(X) Melhora do padrão do sono.
() Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		() Outros
() Incentivar a ingestão de líquidos.		() Outros
() Observar reações de desorientação/confusão.		
() Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.	24h cont	
(X) Analisar condições do curativo.		
(X) Orientar e estimular a hidratação da pele.		
() Orientar e estimular a movimentação no leito.		
() Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		
() Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		
() Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		
() Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		
() Realizar balanço hídrico.		
() Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
() Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		
() Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
() Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
() Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		
() Manter as grades do leito elevadas.		
(X) Manter o paciente quando necessário.		
() Orientar repouso no leito.		
() Administrar medicação CPM.		
() Outros		
() Outros		

Cartão e assinatura do Enfermeiro(a): 

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem: _____

FONTE: NIC 2010, CHAVES, L. D. SOLA, V. C. A. SAE, 2 ed 2013.

Paciente:

Enfermaria:

Leito:

Data: / /

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

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos, <input checked="" type="checkbox"/> > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marca-passo: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização:	Data da punção: ___/___/___
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> JVO () 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: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há ___ dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: ___/___/___	
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: ___/___/___
Úlcera de pressão: () Estágio:	Local: Descrição: Curativo: ___/___/___
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado <input checked="" type="checkbox"/> Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Paciente consciente, orientado, sem queixas no momento. Aguardando transferência.	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 02/02/16 HORA: 21 h	

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Adriano goncalves Registro: Leito: 7.3 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: (X) Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) 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:

Ausculat 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: (X) 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.

Diagnóstico

Ex Erbe
Ex Molekolo Modell ①

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Admity Gonçalves Silva	Alojamento	3	Leito	3	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica			
03/02/16	① Dieta livre ② SF 90% 1500ml EV em 24h ③ Glícol 20mg EV 12h ④ Enoxaparin 100mg EV 8h e 20h ⑤ Niasidol 1g EV 6h ⑥ Dipirano 3FA EV 6h ⑦ Clavato 40mg SC 1x/dia ⑧ SSVR CC68	7h 18 9h 18 18h 21h 26h 26h 26h	3i DMH5 20 Quas EGB, COFE, eu puxar exte rel Evoluçã SI intercorrentes			
	Cel.		# Ortopedia			
			FRANCISCA			
			QUELY ALVES			
			OT			
			Dr. Giovanni Botelho de Mello Ortopedia e Traumatologia MILVIM - CPM 3395			

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Ex figura

Ex medicina medieval D

Paciente	Adrielly Gonçalves Silva	Alojamento	7	Leito	3	Convênio	
----------	--------------------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
02/02/16	<p>① Direto Livre</p> <p>② SF 0,9l, 1500ml EV em 24h</p> <p>③ Tiluhl 20mg EV 32/12h</p> <p>④ Tramal 100mg EV 8/8h sim</p> <p>⑤ Mousidon 1FA EV 8/8h sim</p> <p>⑥ Dipirona 1FA EV 6/6h</p> <p>⑦ Clearene 40mg SC 1x/ida</p> <p>⑧ CCG6 +SSV</p>	<p>5- 3x</p> <p>18 3x</p> <p>18 3x</p> <p>18 3x</p> <p>18 3x</p> <p>18 3x</p> <p>18 3x</p> <p>18 3x</p>	<p>DMH4</p> <p>20 anos</p> <p>Estável, ECGs, exames, CATE</p> <p>Evolui st. satisfatória</p>
<p>Dr. Gilmara Rodrigues da Silva</p> <p>CRP 00000000000000000000</p> <p>México - CRM 3335</p>	<p>Dr. Gilmara Rodrigues da Silva</p> <p>CRP 00000000000000000000</p> <p>México - CRM 3335</p>	<p>Dr. Gilmara Rodrigues da Silva</p> <p>CRP 00000000000000000000</p> <p>México - CRM 3335</p>	<p>Dr. Gilmara Rodrigues da Silva</p> <p>CRP 00000000000000000000</p> <p>México - CRM 3335</p>

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Faciente

Adultly conception de Sibira

Alojamento

SP/12

Leito

09

Convênio

Data

Prescrição Médica

Horário

[illegible]

Evolução Médica

what is

6/24/97

2

9/22

4

kind

11/12/24
 12/12/24
 13/12/24
 14/12/24
 15/12/24
 16/12/24
 17/12/24
 18/12/24
 19/12/24
 20/12/24
 21/12/24
 22/12/24
 23/12/24
 24/12/24
 25/12/24
 26/12/24
 27/12/24
 28/12/24
 29/12/24
 30/12/24
 31/12/24
 1/1/25
 2/1/25
 3/1/25
 4/1/25
 5/1/25
 6/1/25
 7/1/25
 8/1/25
 9/1/25
 10/1/25
 11/1/25
 12/1/25
 13/1/25
 14/1/25
 15/1/25
 16/1/25
 17/1/25
 18/1/25
 19/1/25
 20/1/25
 21/1/25
 22/1/25
 23/1/25
 24/1/25
 25/1/25
 26/1/25
 27/1/25
 28/1/25
 29/1/25
 30/1/25
 31/1/25
 1/2/25
 2/2/25
 3/2/25
 4/2/25
 5/2/25
 6/2/25
 7/2/25
 8/2/25
 9/2/25
 10/2/25
 11/2/25
 12/2/25
 13/2/25
 14/2/25
 15/2/25
 16/2/25
 17/2/25
 18/2/25
 19/2/25
 20/2/25
 21/2/25
 22/2/25
 23/2/25
 24/2/25
 25/2/25
 26/2/25
 27/2/25
 28/2/25
 29/2/25
 30/2/25
 31/2/25
 1/3/25
 2/3/25
 3/3/25
 4/3/25
 5/3/25
 6/3/25
 7/3/25
 8/3/25
 9/3/25
 10/3/25
 11/3/25
 12/3/25
 13/3/25
 14/3/25
 15/3/25
 16/3/25
 17/3/25
 18/3/25
 19/3/25
 20/3/25
 21/3/25
 22/3/25
 23/3/25
 24/3/25
 25/3/25
 26/3/25
 27/3/25
 28/3/25
 29/3/25
 30/3/25
 31/3/25
 1/4/25
 2/4/25
 3/4/25
 4/4/25
 5/4/25
 6/4/25
 7/4/25
 8/4/25
 9/4/25
 10/4/25
 11/4/25
 12/4/25
 13/4/25
 14/4/25
 15/4/25
 16/4/25
 17/4/25
 18/4/25
 19/4/25
 20/4/25
 21/4/25
 22/4/25
 23/4/25
 24/4/25
 25/4/25
 26/4/25
 27/4/25
 28/4/25
 29/4/25
 30/4/25
 31/4/25
 1/5/25
 2/5/25
 3/5/25
 4/5/25
 5/5/25
 6/5/25
 7/5/25
 8/5/25
 9/5/25
 10/5/25
 11/5/25
 12/5/25
 13/5/25
 14/5/25
 15/5/25
 16/5/25
 17/5/25
 18/5/25
 19/5/25
 20/5/25
 21/5/25
 22/5/25
 23/5/25
 24/5/25
 25/5/25
 26/5/25
 27/5/25
 28/5/25
 29/5/25
 30/5/25
 31/5/25
 1/6/25
 2/6/25
 3/6/25
 4/6/25
 5/6/25
 6/6/25
 7/6/25
 8/6/25
 9/6/25
 10/6/25
 11/6/25
 12/6/25
 13/6/25
 14/6/25
 15/6/25
 16/6/25
 17/6/25
 18/6/25
 19/6/25
 20/6/25
 21/6/25
 22/6/25
 23/6/25
 24/6/25
 25/6/25
 26/6/25
 27/6/25
 28/6/25
 29/6/25
 30/6/25
 31/6/25
 1/7/25
 2/7/25
 3/7/25
 4/7/25
 5/7/25
 6/7/25
 7/7/25
 8/7/25
 9/7/25
 10/7/25
 11/7/25
 12/7/25
 13/7/25
 14/7/25
 15/7/25
 16/7/25
 17/7/25
 18/7/25
 19/7/25
 20/7/25
 21/7/25
 22/7/25
 23/7/25
 24/7/25
 25/7/25
 26/7/25
 27/7/25
 28/7/25
 29/7/25
 30/7/25
 31/7/25
 1/8/25
 2/8/25
 3/8/25
 4/8/25
 5/8/25
 6/8/25
 7/8/25
 8/8/25
 9/8/25
 10/8/25
 11/8/25
 12/8/25
 13/8/25
 14/8/25
 15/8/25
 16/8/25
 17/8/25
 18/8/25
 19/8/25
 20/8/25
 21/8/25
 22/8/25
 23/8/25
 24/8/25
 25/8/25
 26/8/25
 27/8/25
 28/8/25
 29/8/25
 30/8/25
 31/8/25
 1/9/25
 2/9/25
 3/9/25
 4/9/25
 5/9/25
 6/9/25
 7/9/25
 8/9/25
 9/9/25
 10/9/25
 11/9/25
 12/9/25
 13/9/25
 14/9/25
 15/9/25
 16/9/25
 17/9/25
 18/9/25
 19/9/25
 20/9/25
 21/9/25
 22/9/25
 23/9/25
 24/9/25
 25/9/25
 26/9/25
 27/9/25
 28/9/25
 29/9/25
 30/9/25
 31/9/25
 1/10/25
 2/10/25
 3/10/25
 4/10/25
 5/10/25
 6/10/25
 7/10/25
 8/10/25
 9/10/25
 10/10/25
 11/10/25
 12/10/25
 13/10/25
 14/10/25
 15/10/25
 16/10/25
 17/10/25
 18/10/25
 19/10/25
 20/10/25
 21/10/25
 22/10/25
 23/10/25
 24/10/25
 25/10/25
 26/10/25
 27/10/25
 28/10/25
 29/10/25
 30/10/25
 31/10/25
 1/11/25
 2/11/25
 3/11/25
 4/11/25
 5/11/25
 6/11/25
 7/11/25
 8/11/25
 9/11/25
 10/11/25
 11/11/25
 12/11/25
 13/11/25

Parents should be
A quivers

① Manduca 1 FA, EV 8/8h
 ② P. pinona 1 FA, EV 6/6h
 ③ Chlorax 40m, SC, 1 x 8h
 ④ 55V x cdc.

Dr. Jefferson Libson L. A. Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 6657 - CRM-PB 10168

Dr. Jefferson Libson L.A. Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 6657 - CRM-PB 10192



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE - PB

Carlos Augusto dos Santos

Mat. 209.667-5 - Internação

2 - CNES

3 6 2 8 5 6

4 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Adrielly Boncelos de Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

00000000000000000000000000000000

6 - DATA DE NASCIMENTO

21/01/95

8 - Nº DO PRONTOATENDIMENTO

25161

9 - SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Wilson de Marcolino de S. Jr.

11 - TELEFONE DE CONTATO

8388089394

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Costa Nova - Centro

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Monte Tabor

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

5831810

15 - UF

PB

16 - CEP

583181000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor, volume em TNE D
após trauma.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

QTO ORTOGIA

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

Exame físico e Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura torácica

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

9181001

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Jefferson Wilson de S. Jr.

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

30/11/16

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

Dr. Jefferson Wilson de S. Jr. CRM-PB 12168

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

MOD. 009



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE QUEIMADAS
Dr. Patrício Leal de Melo

Diagnóstico

Folha de Tratamento e Evolução

PACIENTE:

Albino, Cesaril Silveira

Enfermaria:

10

Leito:

1

Convênio:

SUS

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

08/02/16

Prescrição Médica

Prescrição Médica

Prescrição Médica

Prescrição Médica

Prescrição Médica

Prescrição Médica

Prescrição Médica

Prescrição Médica

Prescrição Médica

Prescrição Médica

Prescrição Médica

Dr. João Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM 173.583 - TRO 14.273

Dr. Amaro Jorge P. Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM 8.368

Dr. P. Neto
ORTOPEDIA
5268



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Adriely Gonçalves Silva
Encaminhado para o Hospital
de Queimados.
Fx Fratura + Hematoma Medula [


Dr. Crismarcos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM 3335

MOD. 001

02/02/16
Data

Médico

PRESCRIÇÃO

EVOLUÇÃO

30/04/16 II Evolução Geral

20.40

POCIVE ORIN A SENSIBILIZADO

R: POCIVE ORIN A SENSIBILIZADO

CR. ALTO DO CORPO GERAL

Assinado eletronicamente.
YURI MARINHO SARAIVA LEAO
CRM 3953

**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL GERAL DE QUEIMADAS

2 - CNES

6679528**Identificação do Paciente**

3 - NOME DO PACIENTE

ADRIELLY GONCALVES DA SILVA

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

307488

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

18/08/1997

7 - SEXO

F

8 - RAÇA/COR

PARDA

9 - NOME DA MÃE

IVANEIDE MARCOLINO DA SILVA

10 - TELEFONE DE CONTATO

(83) 8786-7272

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

JOSE GONCALVES DA SILVA

13 - ENDEREÇO

RUA VILA NOVA

Nº

BAIRRO

0**CENTRO**

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 Cód. IBGE

JUAREZ TAVORA - PB - 58387000 - 250760**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Lesão térmica
Tus em tunga
devido*

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Exclusão

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

De 12/08/17

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Febre Tungá

22 - CID 10 PRINC.

23 - CID 10 SEC.

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

28 - CARÁTER INTERN.

29 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

30 - Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

33 - ASSINAT. E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

18/08/17
CRM-PB-5258
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - Nº BILHETE

39 - SÉRIE

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE DA EMPRESA 42 - CBOR

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

50 Nº AUT. DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. AUTORIZADOR

() CNS () CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

R. H.

Vistos etc.

Verifica-se pela petição inicial e documentos acostados aos autos que o autor reside na cidade de Juarez Távora, comarca de comarca de Alagoa Grande - PB, portanto este juízo é incompetente para processar e julgar a presente ação, motivo pelo qual declino da competência, em favor da comarca de Alagoa Grande - PB.

Remetam-se os presentes autos com as devidas baixas.

Cumpra-se.

Juiz de Direito.

Data e assinatura digital.

.



**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Alagoa Grande**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800203-79.2018.8.15.0041

DESPACHO

Vistos, etc.

Inicialmente, defiro o pedido de justiça gratuita a parte autora (art. 98 do CPC).

Outrossim, deixo de determinar a realização da audiência prevista no art. 334 do CPC, tendo em vista especificidade da demanda, que sempre reclama a produção de prova pericial para o seu deslinde, e ainda a circunstância de que a parte demandada, de modo recorrente, em centenas de processos análogos a este, não demonstra interesse na autocomposição, determino a sua CITAÇÃO para, querendo, oferecer contestação no prazo de 15 dias.

Providências necessárias.

ALAGOA GRANDE, 21 de março de 2019.

JOSÉ JACKSON GUIMARÃES

Juiz de Direito