

Rua Tiradentes, 250, Centro, Campina Grande/PB. E-mail: stcadvocacia@hotmail.com

Tel: (83) 98824-0152 / (83) 99325-6299 / (83) 99635-6298 / 3077-6310

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL DA
COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB,**

RICARDO MARCIO FERNANDES, brasileiro, desempregado, casado, com cédula de identidade nº: 2.699.006 e CPF sob nº 040.237.354-50, residente e domiciliado a Rua Tv. 8 de dezembro, 82, catolé, Campina Grande, CEP: 58.410-304; por seu advogado, infra firmado, com procuração em anexos e endereço profissional situado na Rua Tiradentes, 250, Centro, Campina Grande/PB, onde doravante recebe as notificações e intimações do feito, vem perante Vossa Excelência, propor a presente:

ACÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT,

Em face da **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ Nº 09.248.608/0001-04, com sede no Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, pelos fatos e fundamentos a seguir expostos.

DA JUSTIÇA GRAUITA



Inicialmente, diante das condições financeiras em que se encontra a promovente, necessita este da **Justiça Gratuita** para que possa ter acesso a Justiça e gozar do direito isonômico.

Nobre julgador, conforme art. 4º *caput* da Lei 1.060/50, a parte terá direito aos benefícios da assistência judiciária gratuita mediante simples afirmação de não poder arcar com as despesas provenientes do processo além dos honorários advocatícios sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

Diante disso, procura-se poupar que alguém sinta-se embaraçado na busca e defesa de seus direitos em decorrência de sua condição social, ou por insuficiência de meios financeiros. Não obstante, a prestação de assistência judiciária visa assegurar as garantias fundamentais preservando a igualdade e o acesso a Justiça.

BREVE RELATO DOS FATOS

O acidente de trânsito em que o autor foi vítima ocorreu no dia 15/12/2017 por volta das 19h35min, quando trafegava na Av. Floriano Peixoto, Campina Grande/PB.

O autor ia a “pe”, momento em que estava juntando reciclagem, quando foi atropelado por um veículo de sinais e condutor não identificado, que não prestou socorro a vítima após o atropelamento. Conforme boletim de ocorrência em anexos.

O autor foi socorrido pelo SAMU desta cidade e encaminhada ao hospital de trauma e urgência de Campina Grande, onde foi diagnosticada com algumas fraturas no fêmur na perna esquerda. Conforme laudo médico em anexos.

Diante do fato do sinistro em tela ser decorrente de acidente de trânsito, o **autor na posse dos documentos necessários, requereu administrativamente** o Seguro Obrigatório DPVAT, gerando o número de sinistro 3180130905, **porém, a seguradora negou o benefício ao autor. Conforme negativa técnica em anexos.**

Ocorre Excelência que a parte autora teve comprometimento de 50% de sua perna esquerda em virtude do acidente de trânsito, porém a seguradora líder negou o benefício, estando até a presente data sem receber qualquer valor.

Responsável pelo pagamento das indenizações, afirma que o quantum devido deve obedecer Circular do CNSP (Conselho Nacional de Seguros Privados), que reduz o valor a ser pago afirmando que cada órgão tem um percentual o que discordam com art. 3º e 5º ambos da Lei nº 6.194/74.



DA APROPRIAÇÃO DE VALORES INDEVIDOS

Com a alteração da Lei nº Lei nº 11.945/2009 o art. 3º da Lei 6.194/74 passou a prevê o seguinte:

Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

I – R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de morte;
II – até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de invalidez permanente;

Essas modificações, que foram introduzidas na Lei 6.194/74 de que trata do seguro obrigatório de veículos automotores, denominado Seguro DPVAT, veio com o fito de reduzir apenas os encargos e contemplar das companhias seguradoras, as quais na grande maioria são multinacionais, e grandes operadores financeiros e grandes Bancos.

A Medida Provisória nº 340/2006 alterou a Lei 11.482-07, colocou os beneficiários da Lei 6.194/74 nas mãos das Companhias Seguradoras, em todos os aspectos legais que os beneficiavam, transformando a referida lei numa mera determinação do desejo e da vontade das seguradoras.

Ora, Douto julgador, não foi pago nada a parte autora, mesmo estando com 50% de perda na mobilidade de uma perna. Conforme tabela de DPVAT, enquadra-se na:

- **PERDA ANATOMICA OU FUNCIONAL DE UMA DAS PERNAS – 50% - R\$ 4.725,00;**

DO VALOR DEVIDO CONFORME LEI 11.482/2007

A Lei n. 11.482/2007 só fez referência à ocorrência do dano e não da tabela que fixa valores.

Diante disso, resta demonstrado a acidente através da declaração do SAMU que fez o socorro no local, prontuário do hospital e boletim de ocorrência, assim, a parte autora faz jus a quantia de **R\$ 4.725,00 (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais).**

Além de reduzir os valores devidos do DPVAT, que faz tomando como base Resolução, nasce o CNSP (Conselho Nacional de Seguros Privados), não tendo força de lei, servindo apenas para escorar o ato ilícito praticado pelas seguradoras que exploram essas atividades no país.

Vale dizer que a Lei n. 6.194/74, determina que, haverá pagamento de indenização mediante a simples ocorrência do acidente e do dano por ele provocado, porém, as seguradoras, dentre as quais figura



a recorrente, procuram se esquivar do DPVAT, com fundamento em resoluções e circulares que não estão de acordo com o dispositivo legal.

As provas colecionadas pelo requerente apontam a debilidade que ficou restrita ao autor. Além disso, segundo a determinação legal, será devido o pagamento da indenização mediante a simples ocorrência do acidente e da extensão do DANO por ele provocado.

DO DIREITO

A norma legal que rege a disciplina do DPVAR, não faz qualquer ressalva quanto a o pagamento de indenização, afirmando apenas que basta SIMPLES, ocorrência do acidente e do DANO, decorrente do acidente para que o beneficiário possa fazer jus à indenização.

A Lei n. 6.194/74, em seu art. 5º, não deixa margem para dúvidas quanto à percepção do DPVAT, afirmando que:

Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

A norma determina apenas a ocorrência do acidente e da extensão do dano, em momento algum, fala da exclusividade do IML, para atestar a debilidade, afirmando apenas que o instituto Médico Legal, também quantificará a lesão.

No mesmo sentido o art. 7º da Lei 8.441/92, determina:

Art. 7º A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.

Diante disso, os valores serão pagos independentemente do veículo ter sido identificado ou mesmo a seguradora.

DOS PEDIDOS

Diante do exposto, requer a vossa excelência, com fundamento no art. 186 do CC e art. 3º, II e art. º ambos da Lei nº 6.194/74, requerer a procedência da presente, para o fim de condenar a requerida ao



pagamento da indenização no valor de **R\$ 4.725,00 (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais)**., referente à complementação do seguro Obrigatório DPVAT, em face da invalidez sofrida pelo Autor, adquirida através de sinistro de trânsito, requerendo ainda o seguinte:

1. Seja citada a promovida, no endereço declinado na exordial, para contestar no prazo legal, sob pena de revelia e confissão, com fundamento no Art. 246, I, do Novo Código de Processo Civil Pátrio;
1. A parte demandante **desde já prescinde da audiência de conciliação**, haja vista, que na presente demanda é necessário a realização de PERICIA MEDICA NO (A) AUTOR (A). Assim, a realização da mesma se torna onerosa e sem êxito, tanto para as partes quanto para o Poder Judiciário, tudo conforme preceitua o artigo 319, VII, do NCPC;
1. Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos, especialmente nas provas documental, pericial, testemunhal que serão apresentadas independentemente de intimação, se assim for o entendimento do douto juiz:
1. Seja a demandada condenada em honorários advocatícios em 20% sobre o valor da condenação, mais custas processuais e demais emolumentos;
1. Requer ainda que caso a parte demandada não pague o valor da condenação no prazo (art. 475-J do CPC) de 15 (quinze) dias, passe a incidir sobre o montante, multa de 10% (dez por cento);
1. Finalmente requer a **gratuidade da Justiça** nos termos do art. 2º da Lei n. 1.060/50, por ser o mesmo pobre na forma da lei, bem como, com arrimo no artigo 98 e SS do Novo Código de Processo Civil;

Dá-se a causa o valor **R\$ 4.725,00 (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais)**., para efeitos meramente fiscais.

Nestes termos,

Pede e Espera deferimento.

Campina Grande, 23 de julho de 2019.



Wagner Luiz Ribeiro Sales

OAB/PB 18.251

José Leandro Oliveira Torres

OAB/PB 18.368



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

BOLETIM DE Ocorrência
Nº00018.01.2018.2.00.420



OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):
Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO
Data da Ocorrência: 15/12/2017 Hora: 19:35:00
Forma da Comunicação: Verbal
Endereço: Avenida Floriano Peixoto, Malvinas, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

	COMUNICANTE
Nome:	Maria Valéria Miguel de Assis%
Conhecido por:	Não informado
Filiação:	Maria de Lourdes de Assis Machado e Cícero Miguel da Silva
Idade:	32
Data de Nascimento:	04/02/1985
Identidade de Gênero:	feminino
Nacionalidade:	brasileira
Naturalidade:	Campina Grande
Estado Civil:	união estável
Escolaridade:	Não informado
Profissão:	Do Lar
Documentos(s) de Identificação:	CPF nº 083.600.294-66
Endereço:	Travessa Oito de Dezembro, 82, Catolé, Campina Grande, PB
Complemento:	Não informado
Telefone:	(83) 98651-2705

	VITIMA
Nome:	Ricardo Márcio Fernandes
Conhecido por:	Não informado
Filiação:	Ana Maria Ernesto Clemente e Carlos Antonio Fernandes
Idade:	34
Data de Nascimento:	29/03/1983
Identidade de Gênero:	masculino
Nacionalidade:	brasileira
Naturalidade:	Campina Grande
Estado Civil:	união estável
Escolaridade:	Não informado
Profissão:	Servente
Documentos(s) de Identificação:	CPF nº 040.237.354-50
Endereço:	Travessa Oito de Dezembro, Catolé, Campina Grande, PB
Complemento:	Não informado
Telefone:	(83) 98651-2705



2ª Delegacia de Acidentes de Veículos de Campina Grande - PB
Substituído: Maria de Fátima Leite Cavalcanti
Praga da Bandeira, 155, Catolé - Campina Grande - PB

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original
que me foi exibido. Dou fé. (Art. 425 - III do CPC)
Campina Grande-PB 30/01/2019
Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Selo Digital: ACJ61921-SC05
Emc: R\$2,38 ISS R\$0,12 Farpem R\$0,28 Fepj R\$0,44 MP R\$0,04



Célia Maria Barbosa
2ª Tab. Substituta

Procedimento Policial: 00018.01.2018.2.00.420





TESTEMUNHA	Nome: Fabricio Salvador da Silva Conhecido por: Não informado Filiação: Valdira Maria dos Santos e Fernando Salvador da Silva Idade: 29 Data de Nascimento: 12/11/1988 Identidade de Gênero: masculino Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande Estado Civil: casado(a) Escolaridade: Não informado Profissão: Estudante Documentos(s) de Identificação: CPF nº 083.600.284-94 Endereço: Travessa Oito de Dezembro, 89, Catolé, Campina Grande, PB Complemento: Não informado Telefone: (83) 98837-1761
	Nome: Edilson Rosa de Jesus Silva Conhecido por: Não informado Filiação: Tereza de Jesus Santos e Virgilio Rosa da Silva Idade: 45 Data de Nascimento: 23/09/1972 Identidade de Gênero: masculino Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Itaporanga D'ajuda Estado Civil: casado(a) Escolaridade: Não informado Profissão: Pedreiro Documentos(s) de Identificação: CPF nº 269.439.878-28 Endereço: Rua Arius, 65, Catolé, Campina Grande, PB Complemento: Não informado Telefone: (83) 98666-4919

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa a comunicante que a vítima, que no dia, hora e local já descritos, ia de pé no momento em que estava juntado reciclagem, quando foi atingida (Atropelada), por um Veículo de sinais e condutor não identificado, que não prestou socorro a vítima após ter atropelado se evadindo do local do acidente, logo a vítima caiu ao solo e sofreu fratura do Fêmur na perna esquerda, tendo esta sido socorrida pelo SAMU e encaminhado ao hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Célia Maria Barbosa
2ª Tab. Substituta

Procedimento Policial: 00018.01.2018.2.00.420



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



Campina Grande/PB, 26 de janeiro de 2018.

LUCIANO BEZERRA SERRA SECA
Delegado(a) de Polícia Civil

Maria Valéria Miguel de Assis
MARIA VALÉRIA MIGUEL DE ASSIS

Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia



Procedimento Policial: 00018.01.2018.2.00.420

3/3



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 24/07/2019 14:57:38

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072414573728300000022269094>

Número do documento: 19072414573728300000022269094

Num. 22959784 - Pág. 3



Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG – 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA:	15/12/2017	HORA:	19:35 HS	ID Nº:	1658902
NOME:	RICARDO MARCIO FERNANDES				
QUEIXA:	ATROPELAMENTO				
LOCAL:	AV. FLORIANO PEIXOTO - MALVINAS				
COMPLEMENTO:					
CIDADE:	CAMPINA GRANDE/PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma					

Campina Grande, 19 de janeiro de 2018.


Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191





energis

Châ para Dê. Autwâtê: 6000021194

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jan / 2018	05/01/2018	02/02/2018	48905445420

UC (Unidade Consumidora): 4/3119-5

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE é gratuita para LEP nº 10.438, de 26 de abril de 2003.

CCZ - Cópia de Classificação do Item	TOTAL	84,78	83,87	73,73	82,87	0,00	3,12
--------------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

Média últimos meses (kWh):	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
110	12/01/2018	R\$ 64,78

Historico de Consumo (kWh)

102	115	120	98	105	103	104	116	121	125	124	126
Oct17	Nov17	Dec17	Sept17	Apr17	Jun17	Jun17	Mar17	Apr17	Mar17	Feb17	Jan17

RESERVADO AO RSCB
1cad.6cb2.c13f.d646.dde5.428e.ee9c.9ba0

Indicadores de Qualidade			Comissão de Correção				
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%	
CYC MINUSCUL	4,25	0,00	ACORDADA	Revisão do Dist. de Energia	11,80	10,37	
CYC TRIMESTRAL	9,31			Correção de Tensão	12,42	30,73	
12x MINUSCUL	9,31			Subsídio de Transmissão	1,76	0,73	
PG MINUSCUL	9,17			Encargos Adicionais	8,80	9,24	
PG TRIMESTRAL	9,25	0,00		Promissão Direta de Energia	32,09	40,66	
PG ANUAL	12,12		LIMITE SUPERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00	
DMS	9,27						
DMS	12,22	0,00					
			LIMITE INFERIOR				
				Total	64,86	100,00	

Valor de R\$ 80 (Set. 2017) x R\$ 13,75

Value of USD/SEK in 2017: R 13.06

ATENÇÃO

* Sua unidade foi fibrada como Balsa Verde, tendo um desconto de R\$25,76

Faturas em atraso

BOBBOREMA
Rovito 2-301-188-4347
Attilio 0115-2018-01-8

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
12/01/2018	R\$ 64,78

83670000000-0 64780147000-4 00031192018-5 01300401019-8



Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: RICARDO MARCIO FERNANDES

Nº Sinistro: 3180130905

Vítima: RICARDO MARCIO FERNANDES

Data do Acidente: 15/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o **número de sinistro 3180130905**, verificamos que, até o presente momento, não foram apresentados documentos que comprovem o término do tratamento e a existência de invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi encerrado.

Para prosseguimento da análise, será necessário apresentar documentação médica que comprove o término do tratamento e a existência de sequelas permanentes.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0128101282 - carta_07 - INVALIDEZ



Carta nº 12602392





Rua Tiradentes, 250, Centro, Campina Grande/PB. E-mail: stcadvocacia@hotmail.com
Tel.: (83) 98824-0152 / (83) 99325-6299 / (83) 99635-6298 / 3077-6310.

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: RICARDO MARCIO FERNANDES, brasileiro, desempregado, casado, com cédula de identidade nº: 2.699.006 e CPF sob nº 040.237.354-50, residente e domiciliado a Rua Tv, 8 de dezembro, 82, catolé, Campina Grande, CEP: 58.410-304;

OUTORGADOS: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES, OAB/PB nº 18.251, JOSÉ LEANDRO OLIVEIRA TORRES, OAB/PB nº 18.368, MARLLON LAFFIT TORRES FEITOSA PASSOS, OAB/PE 44.485, KAIO DANILO COSTA GOMES DA SILVA, OAB/PB 20.250 com escritório profissional na Rua Cor. João Lourenço Porto, 86, Centro, Campina Grande/PB;

PODERES: Atraves do presente instrumento particular de mandato, o OUTORGANTES nomeia e constitui como seus procuradores os OUTORGADOS, concedendo-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedencia do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais, Municipais e órgãos da administração publica direta e indireta, praticar quaisquer instancias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

CONTRATO DE HONORARIOS: NESTE INSTRUMENTO, LIDO E FIRMADO ENTRE AS PARTES, O OUTORGANTE COMPROMETE-SE A PAGAR AOS OUTORGADOS O PERCENTUAL DE 30% A TITULO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS, CALCULADOS SOBRE O VALOR DA CONDENAÇÃO (APURADO EM LIQUIDAÇÃO DE SENTENÇA) OU SOBRE O ACORDO FIRMADO ENTRE OS LITIGANTES.

Campina Grande/PB, 05 de agosto de 2018.


OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Eu, **RICARDO MARCIO FERNANDES**, brasileiro, desempregado, casado, com cédula de identidade nº: 2.699.006 e CPF sob nº 040.237.354-50, residente e domiciliado a Rua Tv. 8 de dezembro, 82, catolé, Campina Grande, CEP: 58.410-304; **DECLARO**, nos termos da Lei nº. 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do sustento meu e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Campina Grande/PB, 04 de julho de 2018.


RICARDO MARCIO FERNANDES



15/12/2017



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1562773 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0008-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-009 Data: 15/12/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Acidente: Vanessa Patricia Sales Do Nascimento

PACIENTE: RICARDO MARCIO

CEP: 58400002

Nascimento: 29/03/1983

FERNANDES

Sexo: M

Telefone:

Endereço: FLORIANO PEIXOTO

Idade: 34

Bairro: MALVINAS

Cidade: Campina Grande

RG: 2699006

Nº: 0

Nome da Mãe: ANA MARIA ERNESTO CLEMENTE

CPF:

Profissão:

Responsável: TRAZIDO PELO SAMU

Data de Atendimento: 15/12/2017

CNS: 704190111622923

Estado Civil:

CONVÊNIO: SUS

Motivo: ATROPELAMENTO POR CARRO

Hora: 19:45:41

Especialidade:

Médico:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abusão
2. Amputação
3. Ausição
4. Contusão
5. Craniopatia
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Enfiamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contusão
15. F. Cortada
16. F. Corto-cortado
17. F. Corto-cortado
18. F. Corto-cortado
19. F. Corto-cortado
20. F. Corto-cortado
21. Hematoma
22. Injuriamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendão
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torção paravertebral
28. Objeto Enfiado
29. Ostracismo
30. Paralisia
31. Ponto
32. Perforação
33. Queimadura
34. Ruptura
35. Sinais de Exatidão

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNÓSTICO / CID:

Lesão por calor

HTCG-Formulário Administrativo

EXAME PRIMÁRIO

DADOS CLÍNICOS

Doença res. má de deslocamento recente impacto em MIE, vista foc. alta que por trauma não mudou de posição sob o ar e com o movimento de

RAIO X
REALIZADO EM:

15/12/17

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotoreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15

PA

HGT:

SatO2

A p. res. má de deslocamento recente impacto em MIE, vista foc. alta que por trauma não mudou de posição sob o ar e com o movimento de

Doença res. má de deslocamento recente impacto em MIE, vista foc. alta que por trauma não mudou de posição sob o ar e com o movimento de

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Ultrassonografia:

() Gasometria arterial

() Radiografias:

() Tomografia Computadorizada

()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *Wagner Luiz Ribeiro Sales* 1 15 17 Dia 1/1

Especialista: 1 15 17 Dia 1/1

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>Atende em ambulância</i>	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Wagner Luiz Ribeiro Sales
MÉDICO
CRM: 1562773

iprotetorlogimgurgencia.php?contar=1562773

1/2

Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 24/07/2019 14:57:43

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072414574222700000022269113

Número do documento: 19072414574222700000022269113

Num. 22960103 - Pág. 1

HTCG-Panel Administration

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

() Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () A revelar
() Internação (setor) _____ A () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Outros _____

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	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</
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-------

projek.fcdg.unpneungjember.ac.id/Toontar=1562773

Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 24/07/2019 14:57:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072414574222700000022269113>
 Número do documento: 19072414574222700000022269113

Num. 22960103 - Pág. 2

Ficha de Acolhimento

Nome: <u>Ricardo Marcio Fernandes</u>	
End: <u>R. Nova</u>	Bairro: <u>Flaviano Peixoto</u>
Data de Nascimento: <u>29.03.83</u>	Documento de Identificação:
Queixa: <u>Atrypelamento</u>	Data do Atend.: <u>15.12.17</u> Hora: <u>19:44</u> Documento:
Acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Classificação de Risco

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

Estratificação

MOD. 110

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


- ☐ Amarelo - atendimento até 1 hora
☐ Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



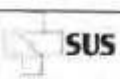


Data da internação: 15/12/2017 Hora: 21:43:56

 SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE RICARDO MARCIO FERNANDES				1562851	
7 - CARTÃO DO SUS 704105111622973		8 - DATA DE NASCIMENTO 29/03/1983		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL ANA MARIA ERNESTO CLEMENTE				11 - TELEFONE DE CONTATO SOB 83 N° DE TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) FLORIANO PEIXOTO, 0, MALVINAS					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO 250400		15 - UF PB	
				16 - CEP 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS DOM em coto (E) pós trauma					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessidade de TTD Cirurgias					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) R-X					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Ex fratura		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
				23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	
				29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016296938549	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE WAGNER DE MELO FALCAO		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 15/12/2017		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) Wagner Falcao	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				38 - SÉRIE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
				41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			



Data da internação: 15/12/2017 Hora: 21:43:56

 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		2 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
RICARDO MARCIO FERNANDES		1562851	
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	
704105111622973	29/03/1983	Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
ANA MARIA ERNESTO CLEMENTE		83	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)			
FLORIANO PEIXOTO, 0, MALVINAS			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓDIGO MUNICIPAL	15 - UF
Campina Grande		250400	PB
		16 - CEP	58400002
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
<p><i>Tom de voz = 15/12/2017</i></p>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
<p><i>Relatório de 15/12/2017</i></p>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
<p><i>7/2</i></p>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
	02	(X) CNS () CPF	980016296938549
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
WAGNER DE MELO FALCAO		15/12/2017	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
<p><i>Wagner de Melo Falcao</i></p>			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO RILHETE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	41 - CBOR		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO	46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
() CNS () CPF			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		
/ /			
		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	



Diagnóstico

ORTOP
LEITO 9-2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE-OP

FX DIAFISE FEMUR E

ALA ORTOPEDICA

LEITO 9-2

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34		Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica		
29/12	1 DIETA LIORE	18:30	1º DP 0		
	2 SE 0,9% 1500ML EV p/ 24H	18:30	2º DP 0		
	3 CLINDAMICINA 600MG + ABD EV 8/8H	18:30	3º DP 0		
	4 GENTAMICINA 240MG + ABD EV 1x DIA LENTO	18:30	4º DP 0		
	5 DIFERON 1g + ABD EV 8/8H	18:30	5º DP 0		
	6 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H	18:30	6º DP 0		
	7 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR	18:30	7º DP 0		
	8 TRAMAL 100MG + 100ML SE 0,9% EV 8/8H	18:30	8º DP 0		
	9 NALOXOLON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H 5H	18:30	9º DP 0		
	10 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEJUM	18:30	10º DP 0		
	11 XARELTO 15MG 1 CP VO DIA	18:30	11º DP 0		
	12 CURATIVO 1 X DIA	18:30	12º DP 0		
	13 SSVV+CCSG	18:30	13º DP 0		
	Clonazepam 2mg VO noite	18:30	14º DP 0		
	Nepril 6mg VO	18:30	15º DP 0		
30/12	Alta para casa	18:30	16º DP 0		
	Curativo	18:30	17º DP 0		
		18:30	18º DP 0		
		18:30	19º DP 0		
		18:30	20º DP 0		
		18:30	21º DP 0		
		18:30	22º DP 0		
		18:30	23º DP 0		
		18:30	24º DP 0		
		18:30	25º DP 0		
		18:30	26º DP 0		
		18:30	27º DP 0		
		18:30	28º DP 0		
		18:30	29º DP 0		
		18:30	30º DP 0		
		18:30	31º DP 0		
		18:30	32º DP 0		
		18:30	33º DP 0		
		18:30	34º DP 0		
		18:30	35º DP 0		
		18:30	36º DP 0		
		18:30	37º DP 0		
		18:30	38º DP 0		
		18:30	39º DP 0		
		18:30	40º DP 0		
		18:30	41º DP 0		
		18:30	42º DP 0		
		18:30	43º DP 0		
		18:30	44º DP 0		
		18:30	45º DP 0		
		18:30	46º DP 0		
		18:30	47º DP 0		
		18:30	48º DP 0		
		18:30	49º DP 0		
		18:30	50º DP 0		
		18:30	51º DP 0		
		18:30	52º DP 0		
		18:30	53º DP 0		
		18:30	54º DP 0		
		18:30	55º DP 0		
		18:30	56º DP 0		
		18:30	57º DP 0		
		18:30	58º DP 0		
		18:30	59º DP 0		
		18:30	60º DP 0		
		18:30	61º DP 0		
		18:30	62º DP 0		
		18:30	63º DP 0		
		18:30	64º DP 0		
		18:30	65º DP 0		
		18:30	66º DP 0		
		18:30	67º DP 0		
		18:30	68º DP 0		
		18:30	69º DP 0		
		18:30	70º DP 0		
		18:30	71º DP 0		
		18:30	72º DP 0		
		18:30	73º DP 0		
		18:30	74º DP 0		
		18:30	75º DP 0		
		18:30	76º DP 0		
		18:30	77º DP 0		
		18:30	78º DP 0		
		18:30	79º DP 0		
		18:30	80º DP 0		
		18:30	81º DP 0		
		18:30	82º DP 0		
		18:30	83º DP 0		
		18:30	84º DP 0		
		18:30	85º DP 0		
		18:30	86º DP 0		
		18:30	87º DP 0		
		18:30	88º DP 0		
		18:30	89º DP 0		
		18:30	90º DP 0		
		18:30	91º DP 0		
		18:30	92º DP 0		
		18:30	93º DP 0		
		18:30	94º DP 0		
		18:30	95º DP 0		
		18:30	96º DP 0		
		18:30	97º DP 0		
		18:30	98º DP 0		
		18:30	99º DP 0		
		18:30	100º DP 0		

BEG. estavel
sem intercorrência
CD: VPM
Avaliar 2/12 amarelo

Dr. João Carlos Costa
Ortopedista e Traumatologista
CRM 10.000

MOD. 008



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
29/10/2017	12h				500		Raunir T. Moreira conversando com gato cavalinho e com a mãe	
29/10/2017	12h				100-80		Ata em 25.6 quinta-feira depois de um período de internação em 1º andar chegando	



Diagnóstico

DROP 1
LET 1 2 3 4

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO
ALA ORTOPEDICA

FILE OP

FX DIAFISE FEMUR E

LEITQ 9-2

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34
----------	------------------------------

Alojamento

Leito

LEIC
Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28/12	1 DIETA LAJRE		
	2 SF 0,9% 1500ML EV p/ 24H	< 00	
	3 CLONIDINICINA 600MG + ABD EV 1/6H	18	
	4 GENTAMICINA 240MG + ABD EV T30A LERYO	20	
	5 DIPIRONA 1g + ABD EV 1/6H	18	
	6 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H	18	
	7 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR	18	
	8 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H	18	
	9 HALOPERIDOL 5mg/ml 1EA + ABD EV 8/8h SN	18	
	10 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / 12HUM	18	
	11 KARELITO 15MG 1 CP VO DIA	18	
	12 CURATIVO 1 X DIA	18	
	13 SSN+CCGG	18	



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
29/12/17	18:00				100/40		<p>Paula resolveu solicitar do Pac amarelado me chicado contor me frustado medica segue ao cuidado do da enfermagem Jordana</p>	



Diagnóstico

ORTOP
01/12/19

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

ALA ORTOPÉDICA

FX DIAFISE FEMUR E

LEITO 9-2

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34		Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica		
27/12	1 DIETA LIVRE 2 BEBIDA SALINIZADA 3 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H 4 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H 5/N 5 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR 6 TRAMAL 100MG + 30ML SF 0,9% EV 8/8H 5/N 7 HALISEDROL 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H 5H 8 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV 1/12H 9 CLOXACIL 400MG SC 1x/DIA 10 ASSV+CCGG	12/12 14/12	* DIH #ORTOPEDIA BEG. estável sem intercorrência # CD: VPM Cirurgia 27/12/19 soluções reserve CH		
Dr. João César Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/PB-5995		Dr. João César Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/PB-5995			

MOD. 018



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
29/12	08:00				110/80		Realizada limpeza da fixador, e preparado paciente neste	
	22:00				100/70			





GOVERNO
DA PARÁIBA

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

Diagnóstico

ORTOP
LEI 10.512

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP 015

FX DIAFISE FEMUR E

ALA ORTOPEDICA

Paciente

RICARDO MARCIO FERNANDES, 34

Alojamento

Leito

Convênio

FILIO 9-2

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

1. DIETA LIVRE

2. HÍGICO SANEITIZADO

3. DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H

4. TIATIL 20MG + AD EV 12/12H S/N

5. TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6H SE DOR

6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8H S/N

7. MAUSEDEON 5mg/ml JEA + ABD EV 8/8H S/N

8. OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV 7/JEJUM

9. GLEKANE 40MG SC 1x/DIA

10. SSVN+CCGG

41º DIH

#ORTOPEDIA

BEG. estável
sem intercorrências

#CD: YEM

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PP-8866

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PP-8866

Diagnóstico

ORTOP 1
LEITO 2.2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

FX DIAFISE FEMUR E

ALA ORTOPEDICA

~~LEITO 9-2~~

[illegible]

NACD 039



Diagnóstico

ORTOP I
LEITO 9.2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO ALA ORTOPEDICA

PRE OP

FX DIAFISE FEMUR E

LEITO 9-2

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
RICARDO MARCIO FERNANDES, 34			
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
24/12	1- DIETA LIVRE		
	2- SP 0.9% 1500ML EV pr 24h		* DIH
	3- DIBIPRONA 1g + ABC EV 6/6h		#ORTOPEDIA
	4- TILATIL 20MG + AD EV 12/12h S/N		HEO, ESTAVOL, SI O'SPERMIA'S
	5- TYLEX 30MG 3 CP VO 6/6 H SE DOR		
	6- TEAMAL 100MG + 100ML SE 0.9% EV 8/8h S/N		DIAGNÓSE (+) ENTORSES (L)
	7- NALISEGION 8mg/ml 1EA + 680 EV 8/8h S/N		
	8- OMEPRAZOL 40mg + DILLENTE EV 7/7h S/N		
	9- CLEXANE 400MG SC 1x/DIA		CD- VPM
	10- SSVV+CCGG		

Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 24/07/2019 14:57:43

Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 24/07/2019 14:57:43



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
23/12	8:50		73		100x60		Ref constante de 100x60 colaborar com cuidados gerais medicados com furo semitona segua seu quadro aos cuidados de enfermagem	
23/12	19:45		74		120x75	+	Ref segue medicação em regime de acesso de 120x75 sem problemas aquando da inspeção aos cuidados de enfermagem	

23/12	19/45	74	120x75	+	<p>Retirou medicação em um quilo acima da dose normal aquele a quem olheira a cidade de afor</p>
-------	-------	----	--------	---	--



Diagnóstico

ORTOP
12111312FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO
ALA ORTOPEDICA

PRE OP 015

FX DIAPHISE FEMUR E

LEITO 9-2

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
RICARDO MARCIO FERNANDES, 34			
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
24/12	1. DIETA LIVRE		
	2. SF 0,9% 1500ML EV p/ 24H	12:00 20	
	3. DIPYRONA 1g + ABD EV 8/8H	12:00 18 20	9 - DIH #ORTOPEDIA
	4. TILATIL 20MG + AD EV 12/12H S/N		
	5. TVLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR		BEG. estavel sem intercorrência
	6. TRAMAL 100MG + 300ML SF 0,9% EV 8/8H S/N		
	7. NAUSEIDION 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H S/N		
	8. OMEPRAZOL 40mg - ELUENTE EV / JEJUM	06	# CD = VPM
	9. CLEXANE 80MG SC 1X DIA		
	10. SSVV + CCGs		
	Dr. João César Castro Ortopedia e Traumatologia CRM 12113-0505		Dr. João César Castro Ortopedia e Traumatologia CRM 12113-0505

MOO 135



Diagnóstico

ORTOP
LEITO 9-2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO ALA ORTOPEDICA

PRE OP 015

FX DIAFISE FEMUR E

LEITO 9-2

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
RICARDO MARCIO FERNANDES, 34			
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
29/07	1. DIETA LIVRE		
	2. SF 0.9% 3500ML EV IV 24H	500 500 500	
	3. DIFIRONA 1g + AID EV 8/8H	12 18 24 06	6 - DIH
	4. FILATIL 20MG + AD EV 12/12H 5/5H	SN	ORTOPEDIA
	5. TVLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR	SN	BEG estava
	6. THAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8H 5/5H	SN	Sem intercorrência
	7. NAUSEBION 8mg/ml 1FA + AID EV 8/8H 5/5H	SN	
	8. OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV 8/8H 5/5H	06	CD: VPM
	9. CLEXANE 600MG SC INDIK	06	Az + de curar
	10. SSBV+CCGG	06	

Dr. João Carlos Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 19.500

Dr. João Carlos Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 19.500



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

10

OK

F24.1 F24.1
F24.1Paciente Ricardo Marcos Fernandes Alojamento OK Leito 9-2 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1 - Dieta livre	OK	Al. fraco
	2 - S.R.L 500 ml I.V. 12 / 12 h.	OK	hidratação
	3 - Dipirona 02 mL + S.F 10mL I.V. 8 / 8 h (lentamente)	OK	dores pós.
	4 - Cetoprofeno 100 mg I.V + S.F 0,9% 100mL I.V. 12 / 12 h. (correr em 20 min.)	OK	card. fr.
	5 - Omeprazol 40 mg I.V. pela manhã (lentamente)	OK	anti-
	6 - C. C. Gerais	OK	q
	7 Clonazepam 4001 se. IX 11	OK	



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
01/12/17	14:00				130/80		<p>Ref. água, no canto da cama, para uso imediato de ref. para água no copo.</p> <p>Ref. água, no canto da cama, para uso imediato de ref. para água no copo.</p>	
01/12/17	21:00				130/80		<p>Ref. água, no canto da cama, para uso imediato de ref. para água no copo.</p> <p>Ref. água, no canto da cama, para uso imediato de ref. para água no copo.</p>	

00:18 + 11/11/08

OK

Get away from
the dark and
anxious mind
and embrace
the soft and
light and love.

00:00 7/12/17

dx



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente

RICARDO MARCOS

Alojamento

10

Leito

Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1 - Dieta livre		Reb. f
	2 - S.R.L. 500 ml I.V. 12 / 12 h.	12:24	ca. trauma expulsa
	3 - Dipirona 02 mL + S.F. 10 mL I.V. 8 / 8 h (lentamente)	14:00	f. ca
	4 - Cetoprofeno 100 mg I.V. + S.F. 0,9% 100 mL I.V. 12 / 12 h. (correr em 20 min.)	18:24	do p. leve
	5 - Omeprazol 40 mg I.V. pela manhã (lentamente).	06	exame OK
	6 - C. C. Gerais		Adm. OK
	→ Oxiang. Louise 1X 114	20:00	ca. OK



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
11/11/13	08:30				100/80		<p>paciente está - bem, orientado, vital, com sítio com, após 08h cuidados de enfermagem.</p>	



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente

Alojamento

Leito

Convênio

Data

Prescrição Médica

Horáño

Evolução Médica

FOLHA DE IRACUNDO E EVOLUÇÃO

10

Leito

Convênio

that take
pena

8/2

1 - Dieta livre

2-5 RL 500 ml I.V. 12/12 h.

3—Dipirona 0.2 ml 1. V. 8/8 h (lento).

4-~~Thiati~~ 20 mg l.v. 12/12 h.

5 = Omeprazol 40 mg l. V. 01 X dia.

6-CCCC

6-C.C.G.
→ Ceramides
de 1 x 1/4

2

A hand-drawn diagram of a cell. It features a large, irregular outer boundary representing the cell membrane. Inside, there is a smaller, roughly circular structure labeled 'Nucleus' at the top. Below the nucleus is a large, clear, oval-shaped area labeled 'Vacuole'.

2



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



90

BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NOME:	<u>Ricardo Marcio Ferramentas</u>				
IDADE:	<u>34</u>	SEXO:	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:	<u>29/03/83</u> às _____ h
SETOR:	<u>Anestesiologia</u>		LEITO:	<u>10</u>	
DIAGNÓSTICO MÉDICO:	<u>Ortopedia</u>				
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/>	EUPNEICO <input checked="" type="checkbox"/>	BRADIPNEICO <input type="checkbox"/>	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>	
MOBILIDADE:	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
	DEÂMBULA <input type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input checked="" type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>	
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>	
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>	
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA				CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO				CD/FR:	
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO				CD/FR:	<u>AUP em MSD</u>
<input type="checkbox"/> RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal				CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL				CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA			CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO				CD/FR:	
<input type="checkbox"/> NÁUSEA				CD/FR:	
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA			CD/FR:	
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ				CD/FR:	
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA				CD/FR:	
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE	<input type="checkbox"/> PARA BANHO			CD/FR:
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA				CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA				CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO				CD/FR:	
<input type="checkbox"/>				CD/FR:	
<input type="checkbox"/>				CD/FR:	
<input type="checkbox"/>				CD/FR:	
				CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	
				FR: FATOR RELACIONADO	
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRAZAMENTO	ASSINATURA	
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.					
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.					
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATETER DE O ₂ A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.					
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUÍDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).					
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.					
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.					
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.					
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).			<u>Sempre</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.			<u>contínuo</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS RESPOSTAS DO PACIENTE.			<u>Sempre</u>		



[illegible]

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP: 0\K

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Rueda Marcos		16	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
7/7/12	1 DIETA LIVRE 2 JELCO SALINIZADO 3 OPRORON 2ML EV S/BH 4 OMEPRAZOL 40MG EV JEIUM 5 TRAMAL 100MG + 300ML SF 0,9 EV S/BH S/N 6 TYLEX 30MG 1 CP VO UG SE DOR 8 NAUSEDRON 1 FA + AD EV S/BH S/N 9 TERATE 20mg VAD - EV 12/12h/3M 10 CLEXANE 40 DE-SC 2Q/DIA 11 SSVV + COGG	12 14 16 18 20 22 24 26 28 30	BEG estável! sem intercorrência? # CD = VPM

\$100.00



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE-OP:

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
<div> <div>Data</div> <div>Prescrição Médica</div> </div>	<div> <div>Horário</div> </div>	<div> <div>Evolução Médica</div> </div>	
<div> <div>16/12</div> <div> <div>1</div> <div>DIETA LIVRE</div> </div> <div> <div>2</div> <div>RECO-SALINIZADO</div> </div> <div> <div>3</div> <div>DIPYRONA 2ML EV 6/H</div> </div> <div> <div>4</div> <div>OMEPRAZOL 40MG EV 12/H</div> </div> <div> <div>5</div> <div>TRAMAL 200MG + 100ML SF 0,9 EV 8/8H 5/N</div> </div> <div> <div>6</div> <div>TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 SE DOR</div> </div> <div> <div>7</div> <div>NAUSEIDRON 1 FA + AD EV 8/8H 5/N</div> </div> <div> <div>8</div> <div>TRATIL 20mg + AD EV 12/12h 5/N</div> </div> <div> <div>9</div> <div>CLORANAL 40-40-40 1x/30A</div> </div> <div> <div>10</div> <div>SSVV + CODG</div> </div> </div>	<div> <div>5h</div> <div>et</div> <div>12h</div> <div>12h</div> <div>12h</div> <div>12h</div> <div>12h</div> <div>12h</div> <div>12h</div> <div>12h</div> </div>	<div> <div>NOTORIEDADE DISC</div> <div>BEG. estável</div> <div>Sem m. e. (concomitantes)</div> <div>FW. VPM</div> <div> <div>Dr. Julio Cesar Castro</div> <div>Medicina</div> <div>CRM-1 - 9565 / 5000 - 8320</div> </div> </div>	

W30.038



[illegible]

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

(a) Distances to be

Paciente	RICARDO MARCOS FERREIRA	Alojamento		Leito	10	Convênio	
----------	-------------------------	------------	--	-------	----	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
15/12	<p> 1) Difenidramina 100mg 2x/dia 2) Difenidramina 100mg 2x/dia 3) Difenidramina 100mg 2x/dia 4) Difenidramina 100mg 2x/dia 5) Difenidramina 100mg 2x/dia </p>		<p> BSC, 19.12.11. Dr. Wagner Faria CRP 100.000/2000 </p>

Dr. Wagner-Pulchert
Internationale Jugendkonferenz
08.09.2017

CD: VPA
60% per-2A

Dr. William E. Fink
CHIEF OF POLICE
CITY OF PITTSBURGH
JAN 17 1983



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Lins Registro: 9 Leito: 2 Setor Atual: INT

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT n° Comissura labial n° FiO2 % PEEP cmH2O

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Henrique Registro: 9 Leito: 1 Setor Atual: 005

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

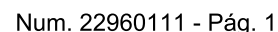
(x) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Márcio Registro: 5 Leito: 1 Setor Atual: UTI

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: (x) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (x) Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>USF</u> Data da punção: <u>21/12/17</u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (x) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (x) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: (x) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há <u> </u> dias () Outros:	
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito <u> </u> ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (x) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: (x) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: (x) Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente (x) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: (x) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
() Preservado (x) Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (x) 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	
<p><i>paciente apresenta-se de boa interação</i></p> <p><i>MJE e insônia</i></p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	
DATA: <u>24/12/17</u>	HORA: <u>17:00</u> h

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Marcos Fernandes Registro: _____ Leito: 9-2 Setor Atual: ort 1

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Harcio Fernandes Registro: 82401 Leito: 9-2 Setor Atual: Ortol
Idade: 34 Sexo: M Cor: Estado Civil: União Naturalidade: Profissão:
Procedência: () Vermelha (X) Amarela () Verde () UTI () CC () Ala: () Residência () Outro
Data da internação hospitalar: / / Data da internação no setor: 20/12/17
Tem um cuidador/Responsável: () Quem?
Telefone: Tem acesso a uma UBS: () Qual:

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias: () Motivos: Alergias: () Qual:
Doenças: () HAS () DM () DPOC () Cardiopatia () Obesidade (X) Tabagista () Ex-tabagista () Neoplasia
() Alcoolismo () Drogadição () Outros: Medicamentos em uso:

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar): Acidente automobilístico

4. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente (X) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):
Pupilas: (X) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas
Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia, Local: Prejudicada
Linguagem: Alteração: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT n° Comissura labial n° FIO2 % PEEP cmH2O
(X) Eupnéia () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E
Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:
Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:
Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E: () Selo d'água
Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:
Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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



SEGURANÇA FÍSICA			
<input checked="" type="checkbox"/> Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:			
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR			
Pulso: <input checked="" type="checkbox"/> Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme <input checked="" type="checkbox"/> Cheio.			
Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()			
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia: ()			
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>USD</u> Data da punção: <u>20/12/17</u>			
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.			
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT Hora: Data: / /			
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:			
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:			
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normocativos: () 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: () Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:			
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado			
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas Manifestações de sede: () <u>MIE</u>			
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: <u>Pré-operatório / 12/12/17</u> Curativo em: / /			
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /			
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /			
CUIDADO CORPORAL			
Cuidado corporal: () Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente () Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.			
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado () Cadeira de rodas () Outro:			
SONO E REPOUSO			
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:			
6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada. Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo:			
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:			
7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE			
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:			
INTERCORRÊNCIAS			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>ERSantos</u> DATA: <u>20/12/17</u> HORA: <u>17:50</u> h			
Elisângela Rosene dos S. Almeida ENFERMEIRA COREN-PE 173385			

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





GOVERNO
DA PARAÍBA

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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Filipe de Moura Fernandes</u>			
IDADE: <u>30 anos</u>	SEXO: <u>M</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>1</u> / <u>05</u> / <u>88</u>	
SETOR: <u>Amarela</u>	LEITO: <u>40</u>		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:			
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/>
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE):	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGURIA <input type="checkbox"/>
MOBILIDADE:	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>
	DEÂMBULA <input type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input checked="" type="checkbox"/>
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA):	VO <input checked="" type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>
DADOS VITAIS:	PA: <u></u>	T: <u></u>	FR: <u></u>
			FC: <u></u>
			PESO: <u></u>
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR: <u>amb. com excesso de</u>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR: <u>pele ressecada</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <u>pele ressecada</u>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> DOR AGUDA	CD/FR: <u>relato verbal da dor</u>		
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR: <u>Diagnóstico</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	CD/FR: <u>incap. de lidar sozinho</u>		
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	APRAZAMENTO	ASSINATURA	
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.	<u>30 8.2</u>		
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°			
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).	<u>M N</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	<u>sempre</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA ENFERMAGEM E ÀS REPOSTAS DO PACIENTE.	<u>sempre</u>		

900 125



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 24/07/2019 14:57:48

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907241457481980000002269123

Número do documento: 1907241457481980000002269123

[illegible]

Sr(a): RICARDO MARCIO FERNANDES Protocolo: 0000375203 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA Data: 16-12-2017 11:31 Origem: AREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 34 anos Destino: Leito - 10

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 16/12/2017 12:05]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.3 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	12,8 g/dL	13,5 à 18,0 g/dL
Hematócrito.....	38 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	89 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	30 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	6.800 /mm ³	5.000 à 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos.....		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	2,0	136
Segmentados.....	74,0	5.032
Eosinófilos.....	1,0	68
Basófilos.....	0	0
Linfócitos.....		
Típicos.....	21,0	1.428
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	2,0	136
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	210.000 mm ³	140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Lillie Marcianne L. M. Martins
CRF-PB 1463

Emissão : 16/12/2017 13:22 - Página 1 de 1






Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Ricardo Maria Fernandes</u>	Idade: <u>34 anos</u>
Convênio: <u>SUS</u>	Data: <u>28/01/12</u>
Procedimento: <u>#0 Cirurgia de Fixação de Fêmur</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Jony</u>	Auxiliar: <u>Dr. Fábio</u>
Anestesista: <u>Dr. Taylon</u>	
Início: <u>14:20</u>	Término: <u>16:00</u>
Anestesia: <u>Rapido</u>	

[illegible][illegible]

Observações:


Taylan Tavares da S. Oliveira
Médico CRP 075 8811
CPF: 075 162 124-23

Assinatura Anestesista

Circulante

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103



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


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

Assinatura
Tatiana de S. Oliveira
MÉDICA ANESTESIA 0811
CPF: 015.192.194-23

Assinatura do anestesista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Ricardo Mauricio Fernandes DN 29-03-1983						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO			
			34 anos	1562773			
CIRURGIA: 1.º Cong. Fratura de Fêmur		CIRURGIÃO: Dr. Yuri + Dr. Julio					
ANESTESIA: Raqui		ANESTESIA: Dr. Taylor					
INSTRUMENTADORA: Rebeca		DATA: 28-12-17		FIM: 16:00			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostomia		Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Catel. p/ Oxi.			Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.			Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.		Compressa Grande			Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena			Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotão-óide			Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno			Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº			Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml		Dreno Perrose nº			Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº			Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas			Ethibond	
01	Morfina 0,2% ml		Equipo de Macrogotas			Ethibond	
01	Morfina amp.		Equipo de Sangue			Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC			Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.		Esporadrapo Largo cm			Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml			Fio de Algodão Sutupak	
01	Quetalar amp.		Gase Pacote c/ 10 unidades			Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml			Mononylon	
	Thionembulal ml		Intracath Adulto		03	Mononylon 2.0	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil			Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23			Prolene Sertix	
03	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11			Prolene Sertix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15			Prolene Sertix	
01	Dipirona amp.		Luvas 7.0 Proceduto			Vicryl Sertix	
01	Flaxidol amp.		Luvas 7.5			Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		02	Vicryl Sertix 1	
02	Glicose amp.		Luvas 8.5				
	Glucon de Cálcio amp.		Oxigênio l/m				
	Heparina amp.		Poliflex				
	Heparina ml		PVPI Degemante ml				
	Karakion amp.		PVPI Tópico ml		Qtd.	SOROS	
	Lasix amp.		Sabão Antisséptico			SG Normotérmico fr 500 ml	
	Medrothinazol.		Saco coletor p/ lixo			SG Gelado fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 10 ml			SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Prolamina		Seringa desc. 20 ml			SG Ring fr 500 ml	
	Revivan amp.		Seringa desc. 05 ml		04	SG fr 500 ml	
	Stuplanon amp.		Sonda		Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Foley			T.M.	
			Sonda Nasogálica				
			Sonda Uretral nº				
			Sterydrem ml				
			Tornadeira				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml				
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18				
	Agulha desc. 28 x 28		Latex				
	Agulha desc. 3 x 4,5		Látex				
01	Agulha p/ raque nº		Látex				
05	Alcool de Enfermagem		Látex				
	Alcool iodado ml		Látex				
04	Ataduras de Crepon		Látex				
	Ataduras de Gessada		Látex				
	Azul metileno amp.		Látex				
	Benzina ml		Látex				

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Vanda Lucie & Medeiros
 TÊC. DE ENFERMAGEM
 COREN - PB 703.722

MOD 006



RECEBUEMUS VOS PER VOSUMS ANNO 1902

EFFLATA 1242

DE VOSUMS ANNO 1902

DE VOSUMS ANNO 1902

DE VOSUMS ANNO 1902

DE

DE

DE VOSUMS ANNO 1902

DE

DE

DE

DE

DE

DE VOSUMS ANNO 1902

DE

DE

DE

DE

DE

DE

DE

DE VOSUMS ANNO 1902

DE

DE

DE

DE VOSUMS ANNO 1902

DE

DE

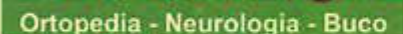
DE

DE

DE VOSUMS ANNO 1902

DE VOSUMS ANNO 1902





Nº 2968

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMA

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL

C. GRANDE

NOME DO PACIENTE

RICARDO MIRACIO FERNANDES

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AL H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

1562773

PROCEDIMIENTO REALIZADO

FRACTURA DE FEMUR (E)

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

28.12.2017

DR AMARO JORGE

OBSERVAÇÕES

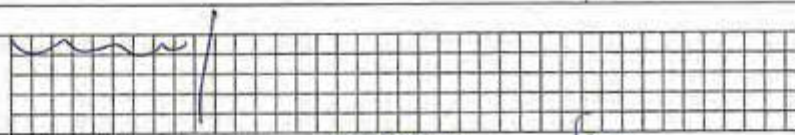
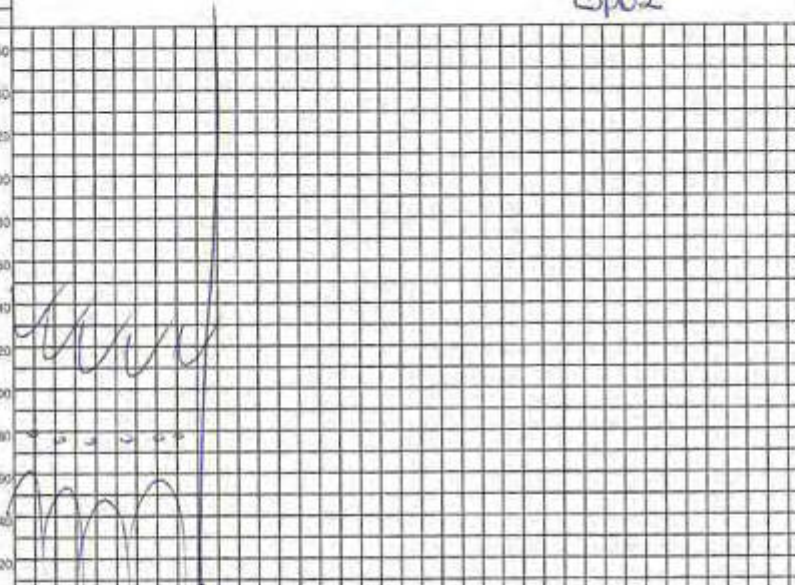

e. 4.5 SIMPLICES $N=40$

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

220554



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Ricardo Márcio Fernandes</u>			IDADE: <u>34a</u>	SEXO: <u>M</u>	CCR
DATA: <u>05/12/17</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATÁRAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA: <u>nada</u>	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO: <u>2</u>	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
LIQUIDOS	5F 2000 ml PVE ECG SpO2				MANUTENÇÃO morcaina 1 di morf 1 celazodina 2 di perona 2 nauxedron 1 antak 1 ti latel 1 pentamile 1		
CÓDIGOS VP: ARTERIAL: 0 PULSO: 0 - RESPIRAÇÃO: 0 AX: ANESTESIA: 0 - OPERAÇÃO: 0					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	14h00 → 15h00				DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula: _____ Però o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____		
POSIÇÃO							
AGENTES	morcaina 20mg + di morf 80ug						
TÉCNICA	raqui + sedação 925 13/14 2					CÂNULAS	CN O2
OPERAÇÃO	Fratura de fêmur						
CIRURGIÕES	Yuri						
ANESTESISTAS	Taylah						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS					PERDA SANGÜÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 24/07/2019 14:57:48

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072414574819800000022269123

Número do documento: 19072414574819800000022269123

Num. 22960113 - Pág. 9



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:	IDADE:	PRONTUÁRIO:
<i>Ricardo de Morais</i>	<i>39</i>	
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	ANTES DA INCISÃO	ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA
ENTRADA <i>14.00</i>	PAUSA CIRÚRGICA	SAÍDA
<input checked="" type="checkbox"/> CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE <ul style="list-style-type: none">IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTESÍTIO CIRÚRGICOPROCEDIMENTO A SER REALIZADOCONSENTIMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE <ul style="list-style-type: none">IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTESÍTIO CIRÚRGICOPROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/> O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE: <ul style="list-style-type: none">O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADOA CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAMBIÓPSIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTEHOVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO
<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA	EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS <ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: HA PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HA POSSÍVEIS PERDAS SANGÜÍNEAS?<input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HA ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?<input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?) HA QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?	<input type="checkbox"/> O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
<input type="checkbox"/> O PACIENTE POSSUI: <ul style="list-style-type: none">ALERGIA CONHECIDA?<ul style="list-style-type: none">NÃOSIMVIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO?<ul style="list-style-type: none">NÃOSIM E HA EQUIPAMENTO DISPONÍVELRISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?<ul style="list-style-type: none">NÃOSIM E HA ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO	<input type="checkbox"/> A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? <ul style="list-style-type: none">SIMNÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? <ul style="list-style-type: none">SIMNÃO SE APLICA	<i>Vitalina Lúcia M. Martins</i> TÉC. DE ENFERMAGEM COREN - PB 703.722 <i>[Assinatura]</i> Assinatura





Nome do Paciente <i>RICARDO MARCIO FERNANDES</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>28/12/17</i>	Enf. <i>oncop. I</i>	Leito <i>9.2</i>	
Operador <i>Dr Amaro Jorge</i>		1º Auxiliar <i>Dr HALLISON (MRC)</i>	
2º Auxiliar <i>Dr Yury (MRC)</i>	3º Auxiliar <i>Dr Jilma (MRC)</i>	Instrumentador <i>RICARDO</i>	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fx Fêmur Distal (E)</i>			
Tipo de Operação <i>Osteossíntese</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>φ</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>NÃO</i>			
Acidente Durante a Operação <i>NÃO</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) <i>Pré-ops em DDH sob Anestesia</i>
2) <i>Assepsia + Antissepsia + Campos Esterais</i>
3) <i>Incisão em forma de U de 4cm (E) + Associação por placas + Hemostasia</i>
4) <i>Remoção completa de fratura</i>
5) <i>Osteossíntese com placa de 10F + 8 parafusos</i>
6) <i>Lavagem da ferida com solução</i>
7) <i>Fechamento por planos</i>
8) <i>Curativo</i>

Yury de Oliveira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 1001

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





**Poder Judiciário da Paraíba
6ª Vara Cível de Campina Grande**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0817663-68.2019.8.15.0001

DESPACHO

Vistos,

Recebo a inicial, porque satisfeitos os requisitos.

Diante da comprovação da hipossuficiência financeira da autora, defiro a gratuidade judiciária pleiteada, nos termos do art. 98 do CPC.

Considerando o advento do novo CPC, que tem em sua essência privilegiar a mediação e a conciliação entre as partes, entendo que, infelizmente, desde que passou a vigorar, em março de 2016, as partes, principalmente, as empresas, não estão ancoradas no mesmo espírito conciliador dos legisladores. Por estas razões, a conciliação prévia, prevista no novo CPC, está se tornando inócua e onerosa às partes e ao Poder Judiciário, atentando, inclusive, aos Princípios da Celeridade e da Razoável Duração do Processo e ao manifesto desinteresse do promovente na realização de tal ato processual, postergo sua designação para futura data, a requerimento das partes.

Destarte, considerando, ainda, não haver quaisquer prejuízos às partes, determino a citação da parte promovida, nos termos do art. 344 do CPC, no prazo e termos legais.

Contestada a ação, dê-se vista ao autor, para no prazo de 15 dias, impugnar a contestação.

Contestada e impugnada a ação, intimem-se as partes para que informem se há a possibilidade de acordo; caso contrário, que especifiquem as provas que ainda pretendem produzir, justificando a necessidade de sua produção, no prazo de 15 (quinze) dias.

Havendo qualquer incidente processual, retornem-me os autos conclusos, para adoção das medidas cabíveis.



Campina Grande-PB, data e assinatura pelo sistema.

JUÍZA DE DIREITO

