



## PROCURAÇÃO AD JUDITIA ET EXTRA

Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado,  
**OUTORGANTE:** JACKSON LOPES NUNES menor imputado apresentado  
NETO, nascido em 10/01/1995, com endereço de residência na Rua  
Silveira, Centro, Taperoá-PB, e-mail: jacksonnunes95@gmail.com, CPF:  
310.310.310-00, RG: 123456789, Título de Eleitor: 123456789, Poder:  
electrônico: dicionestap@gmail.com, constitui e nomeio os procuradores:

**OUTORGADAS:** MARCELO DANTAS LOPES, brasileiro, casado, advogado regularmente inscrito na OAB – 2PB sob o n.º 18446 & DANIELE DANTAS LOPES, brasileira, solteira, advogado regularmente inscrito na OAB-PB sob nº 17.911, todos com no escritório profissional situado na com escritório profissional situado na Rua Manoel de Farias de Castro, n.º 121, Centro, Taperoá-PB, eletrônico: marcelodladv@gmail.com

**OBJETO:** representar o (s) Outorgante (s), promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

**PODERES:** Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad juditia et extra*, para o foro em geral, especialmente para propor Litígio de competência da Sede da Defesa em face de ██████████, inscrito no CPF/CNPJ sob o nº ██████████ podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo estabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga à Advogadas acima descritas, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art.105 da Lei 13.105/2015.

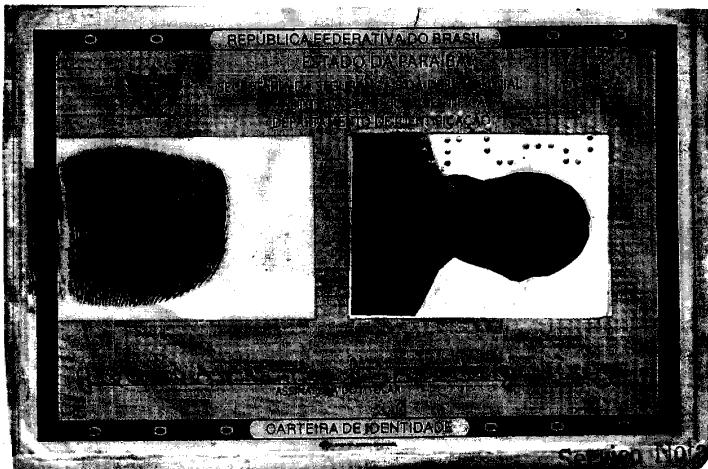
**CONTRATO DE HONORÁRIOS:** Neste instrumento lido e firmado, entre os contratantes, o outorgante compromete-se a pagar aos outorgados o percentual 20%, a título de honorários advocatícios calculados sobre o valor da condenação (liquidação de sentença ou acordo firmado entre as partes), independente de sucumbência, podendo o juiz a requerimento dos advogados, reter os honorários para o cumprimento deste instrumento, expedido, assim, os RPV's separadamente, um em nome do autor e outro em nome dos patronos.

Taperoá-PB, 18 de Marco de 2018

X gilvanide s leopoldo querino  
**OUTORGANTE**

Escrítorio Sede - Campina Grande - Av. Floriano Peixoto, Nº 53 - sala 307, Edifícios Dão Silveira centro. - Fone: (83) 3343-4101 - Escritório Filial Taperoá - Rua Manoel Farias Castro, Nº 121, Centro - Fone: 88939848.





Serviço Notarial e Registral

Rua Manoel Dantas Vilar, 95 - Centro

Fone/Fax (083) 3463-2578

Certifico e dou fé, que a presente cópia fotostática é a reprodução fiel da original que me foi apresentada.

que me foi apresentada.

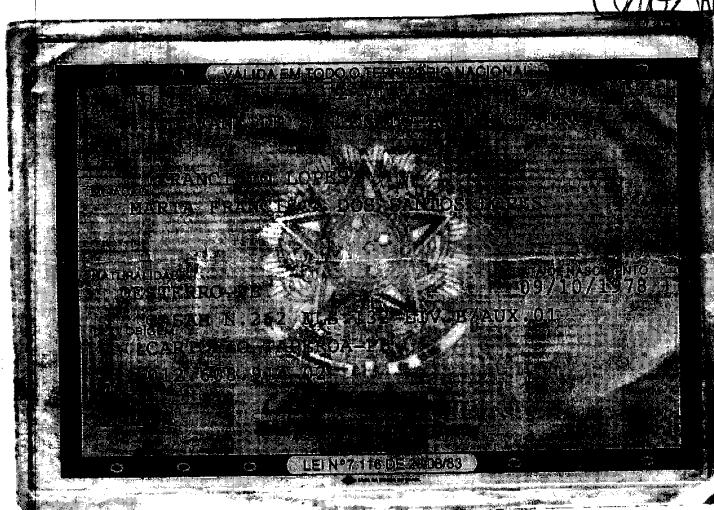
Em: 2/04 FFL: 2018032623085962700000012958912 TOTAL R\$ 0,00

"Selo Digital": Consulte a autenticidade em [selodigital.tjpb.jus.br](http://selodigital.tjpb.jus.br)

Taperoá-PB, 11 JUN 2018

Carlos Roberto T. Filho

Notário Oficial



EM BRANCO



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 26/03/2018 23:12:40

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18032623085962700000012958912>

Número do documento: 18032623085962700000012958912

Num. 13266724 - Pág. 2



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
**710.251.324-08**

Nome  
**JACKSON LOPES NUNES**

Nascimento  
**11/05/2001**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Serviço Notarial e Registral

Rua Manoel Dantas Vilar, 95 - Centro  
Fone/Fax (083) 3463-2578  
Certifico e dou fé, que a presente cópia  
fotostática é a reprodução fiel da original  
que me foi apresentada.  
Emol: 2,00 R\$ 00,00 TOTAL R\$ 00,00  
"Selos faturados" - Consulte o site  
Consulte o site [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)  
Taperoá-PB

*Mafalda Areújo Fernandes*  
Tabelião/Oficiala

*PL*



CÓDIGO DE CONTROLE  
**8551.A9EA.1DF0.C676**

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 11:31:58 do dia 28/11/2014 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 26/03/2018 23:12:40  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18032623085962700000012958912>  
Número do documento: 18032623085962700000012958912

Num. 13266724 - Pág. 3

  
Claudia Reina Guimarães  
ESCREVENTE  
CPF: 916 742 554

# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRAS

Estado da Paraíba

103.337.589/0001

Município (ou Comarca) de Taperoá  
Cartório de Taperoá

CARTÓRIO DO REGISTRO C

Rua 15 de Novembro, 10

CENTRO - CEP: 58680-000

TAPEROÁ-PB.

## REGISTRO CIVIL

Maria das Graças Dias de Toledo Farias  
Oficial do Registro Civil

NASCIMENTO N.º 16.760

Certifico que às fls. 89 do livro nº A/17 do Registro de Nascimento foi feito o nascimento de JACKSON LOPES NUNES

Nascido ao 11 de maio de 2001 às 4 horas e 27 minutos  
No Hospital Distrital de Taperoá PB.

do sexo masculino filh. o

Intitular residente em Sítio Picapau  
e de SITI VANTU

sendo avós paternos Antonio Cicero Nunes e  
e Maria do Socorro Nunes

Serviço Notarial e Registral  
Rua Manoel Dantas Vilar, 95 - Centro  
Fone/Fax: (083) 3463-2578

Certifico e declaro, que a presente cópia fotostática é a reprodução fiel da original  
que me foi apresentada no dia 10/03/2018  
End. 20 - RJ - 20160-000-0  
Selo Fazenda Pública do Estado da Paraíba

que me foi apresentada no dia 10/03/2018  
End. 20 - RJ - 20160-000-0  
Selo Fazenda Pública do Estado da Paraíba

e maternos Francisco Sales e  
e Ana Paula Souza Lopes

Foi declarante o genitor  
e serviram de Testemunhas José Israeli da Silva.

Germânia Perreira Lavino.

OBSERVACÕES: Registro feito nos termos da Lei nº 9.534/97.

103.337.589/0001-00

O referido é verdade e dou fé.

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

Rua 15 de Novembro, 10  
CENTRO - CEP: 58680-000

ROCHA TAPEROÁ-PB  
RUA ROCHA, 15 - BL. 502

Taperoá, 30 de maio de 2001



CLAUDIO DANTAS LOPES  
ESCREVENTE  
CPF: 916 742 554



Secretaria da  
Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral de Polícia  
2ª Superintendência Regional de Polícia  
12ª Delegacia Seccional de Polícia Civil  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE  
TAPEROÁ-PB



# GOVERNO DA PARAÍBA



## CERTIDÃO

**CERTIFICO**, em razão do meu cargo, e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro destinado ao registro de Ocorrências Policiais desta Delegacia de Polícia, constatei às Fls. 100, a Ocorrência nº. 0185/2016, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos **quatro** dias do mês de **junho** do ano de **dois mil e DEZESSEIS**, nesta cidade de **TAPEROÁ-PB**, Estado da Paraíba, e na Delegacia Municipal deste município, onde se encontrava presente o Delegado de Polícia Civil, Ariovaldo Adelino de Melo, quando por volta das **11:33** horas, compareceu o (a) Sr (a). GILVANEIDE SANTOS LOPES DE QUEIROZ, RG 2.677.962 SSP/PB, brasileira, casada, natural de Desterro/PB, com 37 anos de idade, nascida em 09/10/1978, Agricultora, filha de Francisco Lopes e de Maria Francisca dos Santos Lopes, residente no sítio Olho dágua, zona rural de Taperoá/PB, Tel: 98732-9247, **PARA EXPOR E NOTIFICAR QUE**: alega a noticiante de que seu filho menor de idade JACKSON LOPES NUNES, de 15 anos de idade, no dia 04/02/2016, por volta das 16:00horas, pegou sem sua permissão sua motocicleta HONDA/CG 125 TITAN KS, ano 2001/2001, de cor azul, placa KKT 0815/PE, chassi 9C2JC00101R132304, licenciada em nome de Gilvaneide Oliveira Holanda, quando a noticiante não estava em casa; QUE, nesse dia o menor estava pilotando a motocicleta pelo sítio Pico, também zona rural desta cidade, quando perdeu o controle e caiu; QUE, na queda o menor, filho da noticiante, JACKSON LOPES NUNES, sofreu fraturas no tornozelo direito e clavícula direita, sendo socorrido pelo seu pai e trazido até o hospital desta cidade onde recebeu os primeiros socorros e posteriormente encaminhado para o hospital de trauma de Campina Grande/PB onde ficou internado por cerca de três dias; QUE, a noticiante comparece a esta Delegacia como representante legal de seu filho e apresenta ficha de atendimento ambulatorial, documentação da motocicleta e do menor e as informações necessárias. Nada mais havendo a consignar, encerro a presente certidão, a referida é verdade e dou fé. Eu, Escrivão de Polícia Civil que o digitei.

**TERMO DE RESPONSABILIDADE:** Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal referente ao registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299 do C.P.B.)

Gilvaneide Santos Lopes de Queiroz  
Comunicante

Gilliard Guimarães Ferreira

Escrivão

Taperoá, 04 de junho de 2016.







Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2	3	6	2	8	5	6
---	---	---	---	---	---	---

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2	3	6	2	8	5	6
---	---	---	---	---	---	---

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Jairson Lopes Nunes

6 - N° DO PRONTUÁRIO

248.821

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

1100765010740005

8 - DATA DE NASCIMENTO

11/05/2001

9 - SEXO

Masc

Fem

10 - NOME DA PARECIDA Responsável

DDO

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDERECO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Mineiro da Volta

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

Taperoá

PB

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dou B atraente dente D

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento imediato.

19 - RELATÓRIO SULTADO DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anamese + Exame físico e Endoscópico.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Trauma ferida laringe p

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

28 - CNS

29 - CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Breno Tom

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

16/12/2016

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

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

( ) CNS

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

11/12/2016

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

MOD. 009



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO



GERIR  
Instituto de Gestão em Saúde

HOSPITAL GERAL DE TAPEROÁ - ANTONIO HILARIO DE GOUVEIA

www.hgt.org.br

### JUSTIFICATIVA DE TRANSFERÊNCIA

Nome: Jackson Lopes Nunes Prontuário: \_\_\_\_\_

Idade: 15 anos Sexo: M(  ) F(  )

Hipótese Diagnósticos: 1- Ex-sabado fisiológico

2- \_\_\_\_\_

Exame Físico: Escala de Coma de Glasgow: \_\_\_\_\_ Pressão: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg FR:  
\_\_\_\_\_ ipm FC: \_\_\_\_\_ bpm SpO2: \_\_\_\_\_ % Local de Saída: Pavilhão Superior (  ) Pavilhão Inferior (  )

Local de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Destino: \_\_\_\_\_  
Trauma - Campos Grande

#### Motivo do Transferência:

- (  ) Necessidade de cuidados intensivos (  ) Necessidade de tratamento Especializado  
(  ) Outros: \_\_\_\_\_

#### Necessidade de Exames de complementares não contemplado na unidade:

- (  ) Tomografia (  ) Ressonância (  ) USG (  ) Arteriografia (  ) Hemodiálise  
(  ) Outro: \_\_\_\_\_

#### Descrição do quadro clínico para transferência:

Trauma abdominal com lítio tóxico, evolução com desidratação e desnutrição, suspeita de sepse.

Responsável pela solicitação do transferência:

Carimbo e assinatura do médico

Dr. Henrique Nkumu  
CRM-PB 9522

Data: 16/05/18 Hora: 19:25 h.





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

### Ficha de Acolhimento

Nome:	End:	Bairro:
Data de Nascimento:	Data do Atend./	Documento de Identificação:
Queixa:	Hora:	Documento:
<b>Classificação de Risco</b>		
Nível de consciência: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo	Aspecto: ( ) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente	
Frequência respiratória:	Freqüência cardíaca:	
Pressão arterial:	Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:	Mucosas: ( ) Normocorada ( ) Pálida	
Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca	MOD. 110	
<b>Estratificação</b>		
( ) Vermelho - atendimento imediato		
( ) Verde - atendimento até 4 horas		
( ) Amarelo - atendimento até 1 hora		
( ) Azul - atendimento ambulatorial		
Assinatura e carimbo do profissional		



**PRESCRIÇÃO**

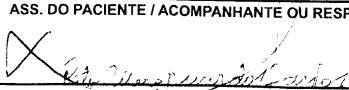
Ortopedia 16.1.10 276

Dr. José Carlos P. de Souza  
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RJ 100.000.000.000-0000

Av. Presidente Vargas, 1000 - Centro  
Rio de Janeiro - RJ - 20040-000

**EVOLUÇÃO**



GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE SAÚDE		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		NATUREZA DA CONSULTA	
SUS		FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL				Consulta Básica (PAB): <i>L. Lopes</i>	
UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO						Consulta Especializada:	
Código da Unidade: 00023671		CNPJ: 08-778.268/0001-60					
Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES							
Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS							
Município: CAMPINA GRANDE		Estado: PARAÍBA		UF: 25			
PRONTUÁRIO N°: 1300568		DADOS DO PACIENTE				TIPO DE ATENDIMENTO	
Nome: JACKSON LOPES NUNES		Sexo: MASCULINO		Idade: 18,0		<input type="checkbox"/> 01 - URGÊNCIA, <input type="checkbox"/> 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA; <input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO; <input type="checkbox"/> 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO; <input type="checkbox"/> 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS	
Profissão: ESTUDANTE		Documento: 160765010740005					
Endereço: SITIO MINEIRO DA VOLTA,		Bairro:					
Município: TAPEROA		Estado: CEP: 58060-000					
Data Atendimento: 16 / 05 / 2016		Cidade do Municipio: 251650					
DTA. NASCIMENTO: 11/05/2001		QUEIXAS: AC DE MOTO					
RAÇA/COR				MEDICAÇÃO		ENCAMINHAMENTO	
( ) 1 - BRANCA		( ) 2 - PRETA		( ) 3 - PARDA		<input type="checkbox"/> 01 - PRESCRITA <input type="checkbox"/> 02 - APLICADA	
( ) 4 - AMARELA		( ) 5 - INDÍGENA		( ) 99 - SEM INFORMAÇÃO		<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL	
INTERNAÇÃO						<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> ÓBITO	
OUTROS							
ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:				SERVIÇOS REALIZADOS:			
<i>Perigoso na pista fui expulso dentro de um carro que bateu no</i> <i>refeito de 14/05 e roda alta, muriçoque apena</i> <i>to ser um embalo e caiu em uma árvore</i>				CÓDIGO / PROCEDIMENTO      CBO      IDADE			
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE		TIPO					
RESULTADOS				ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AIS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)			
MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS				ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO			
1.							
2.							
3.							
4.							
ICO / CID: <i>P. Lopes</i>				ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)			



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
( ) Avaliar distenção abdominal.		( ) Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
( ) Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
( ) Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
( ) Aferir glicemia capilar, anotar e mediciar CPM.		( ) Melhora a aceitação alimentar.
( ) Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, mediciar CPM, reavaliar em 30 minutos).		
( ) Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		( ) Manutenção da glicemia estável.
( ) Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
( ) Encaminhar ao banho de chuveiro.		( ) Auxílio diário às necessidades de higiene.
( ) Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
( ) Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
( ) Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
(X) Avaliar características, intensidade e local da dor.	12/12	X) Controle da dor (melhorada / ausente). CPA
(X) Avaliar alterações de sinais vitais.		
(X) Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
( ) Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		
( ) Incentivar a ingestão de líquidos.		( ) Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
( ) Observar reações de desorientação/confusão.		
( ) Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		( ) Melhora da integridade da pele.
(X) Analisar condições do curativo.	10/10	( ) Diminuição do risco de lesão.
( ) Orientar e estimular a hidratação da pele.	2/20	
(X) Orientar e estimular a movimentação no leito.		X) Mobilidade física melhorada/eficaz.
(✓) Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		
( ) Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		( ) Melhora da perfusão tissular.
( ) Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		( ) Padrão respiratório eficaz.
( ) Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		( ) Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
( ) Realizar balanço hídrico.		
( ) Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
(X) Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	7/20	X) Diminuir o risco de infecção.
( ) 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.		( ) Diminuir o risco de queda.
( ) Conter o paciente quando necessário.		
(X) Manter ambiente calmo e tranquilo.	Assinatura CPA	( ) Melhora do padrão do sono.
(X) Orientar repouso no leito.		
(X) Administrar medicação CPM.		( ) Outros
( ) Outros		( ) Outros
( ) Outros		

Assinatura do Enfermeiro(a) :

FONTE: NIC





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E  
TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: Jackson

Enfermaria: 7

Leito: 2

Data: 17/05/16

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



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 26/03/2018 23:12:44

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18032623100159900000012958920>

Número do documento: 18032623100159900000012958920

Num. 13266733 - Pág. 1

Pele:	<input checked="" type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Aquecida.
Tempo de encherimento capilar:	<input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos;			<input type="checkbox"/> > 3 segundos.		
Drogas vasoativas:	<input type="checkbox"/> Quais?			<input type="checkbox"/> Precordialgia		
Ausculta cardíaca:	<input checked="" type="checkbox"/> Rítmica			<input type="checkbox"/> Arrítmica		
Cateter vascular:	<input checked="" type="checkbox"/> Periférico			<input type="checkbox"/> Central		
Edema:	<input type="checkbox"/> MMSS			<input type="checkbox"/> MMII		
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)						
Tipo somático:	<input checked="" type="checkbox"/> Nutrido			<input type="checkbox"/> Emagrecido		
Dentição:	<input type="checkbox"/> Completa			<input type="checkbox"/> Incompleta		
Alimentação:	<input checked="" type="checkbox"/> VO			<input type="checkbox"/> SNG		
Alterações:	<input type="checkbox"/> Inapetência			<input type="checkbox"/> Disfagia		
Abdômen:	<input type="checkbox"/> Normotensão			<input type="checkbox"/> Distendido		
RHA:	<input type="checkbox"/> Normoativos			<input type="checkbox"/> Ausentes		
Eliminação intestinal:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal			<input type="checkbox"/> Liquida		
Eliminação urinária:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea			<input type="checkbox"/> Retenção		
Aspecto:	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:			Observações:		
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA						
Condição da pele:	<input type="checkbox"/> Integra			<input type="checkbox"/> Ressecada		
Coloração da pele:	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada			<input type="checkbox"/> Hipocorada		
Condições das mucosas:	<input type="checkbox"/> Úmidas			<input type="checkbox"/> Secas		
Incisão cirúrgica:	<input type="checkbox"/> Local/Aspecto:			<input type="checkbox"/> Parcialmente dependente		
Dreno:	<input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto:			<input type="checkbox"/> Débito		
Úlcera de pressão:	<input type="checkbox"/> Estágio:			<input type="checkbox"/> Local: Descrição: Curativo:		
CUIDADO CORPORAL						
Cuidado corporal:	<input type="checkbox"/> Independente			<input type="checkbox"/> Dependente		
Higiene corporal:	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória			<input type="checkbox"/> Insatisfatória		
Higiene Corporal:	<input type="checkbox"/> Satisfatória			<input type="checkbox"/> Insatisfatória		
Limitação física:	<input checked="" type="checkbox"/> Acamado			<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas		
SONO E REPOUSO						
( <input checked="" type="checkbox"/> Preservado	<input type="checkbox"/> Insônia			<input type="checkbox"/> Dorme durante o dia		
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS						
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL						
Comunicação:	<input type="checkbox"/> Preservada			<input type="checkbox"/> Prejudicada		
Sentimentos e comportamentos:	<input type="checkbox"/> Cooperativo			<input type="checkbox"/> Medo:		
( <input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita			<input type="checkbox"/> Outros:		
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS						
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE						
Tipo:	<input type="checkbox"/> Praticante			<input type="checkbox"/> Não praticante		
INTERCORRÊNCIAS						
<p><i>desconheço</i></p> <p><i>nenhum problema</i></p> <p><i>domingo</i></p> <p><i>mais 286</i></p>						
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:				DATA: <u>17/05/16</u>		HORA: <u>8</u> h

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



## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

<b>DENTIFICAÇÃO</b>		Nome: <i>Jackson Lopes Nino</i>	Registro:	Leito: <i>7.2</i>	Setor Atual: <i>Rd</i>
<b>2. AVALIAÇÃO GERAL</b>					
Sinais vitais: Tax: <i>36,5</i> °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %					
HGT:	mg/dl	Peso: Kg	Altura: cm	Dor: ( ) Local:	Obs.:
<b>EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:</b>					
<b>3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS</b>					
<b>REGULAÇÃO NEUROLOGICA</b>					
Nível de consciência: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Consciente ( <input type="checkbox"/> ) Orientado ( <input type="checkbox"/> ) Confuso ( <input type="checkbox"/> ) Letárgico ( <input type="checkbox"/> ) Torporoso ( <input type="checkbox"/> ) Comatoso ( <input type="checkbox"/> ) Outro					
GLASGOW (3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):					
Pupilas: ( <input type="checkbox"/> ) Isocôricas ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Anisocôricas ( <input type="checkbox"/> ) D>E ( <input type="checkbox"/> ) E>D ( <input type="checkbox"/> ) Fotorreagentes ( <input type="checkbox"/> ) Mióticas ( <input type="checkbox"/> ) Midriáticas					
Mobilidade Física: ( <input type="checkbox"/> ) Preservada ( <input type="checkbox"/> ) Paresia ( <input type="checkbox"/> ) Plegia ( <input type="checkbox"/> ) Parestesia Local:					
Linguagem: ( <input type="checkbox"/> ) Qual? ( <input type="checkbox"/> ) Disfonia ( <input type="checkbox"/> ) Afasia ( <input type="checkbox"/> ) Disfasia ( <input type="checkbox"/> ) Disartria.					
Obs:					
<b>OXIGENAÇÃO</b>					
Respiração: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Espontânea ( <input type="checkbox"/> ) Cateter Nasal ( <input type="checkbox"/> ) Venturi % l/min ( <input type="checkbox"/> ) Traqueostomia ( <input type="checkbox"/> ) Ayre/Tubo T					
( <input type="checkbox"/> ) VMNI ( <input type="checkbox"/> ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O					
( <input checked="" type="checkbox"/> ) Eupnêia; ( <input type="checkbox"/> ) Taquipnêia ( <input type="checkbox"/> ) Bradipnêia ( <input type="checkbox"/> ) Dispneia ( <input type="checkbox"/> ) Outros:					
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diminuídos ( <input type="checkbox"/> ) D ( <input type="checkbox"/> ) E					
Ruidos adventícios: ( <input type="checkbox"/> ) Roncos ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sibilos ( <input type="checkbox"/> ) Estridor ( <input type="checkbox"/> ) Outros:					
Tosse: ( <input type="checkbox"/> ) Improdutiva ( <input type="checkbox"/> ) Produtiva Expectoração: ( <input type="checkbox"/> ) Quantidade e aspecto:					
Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: ( <input type="checkbox"/> ) D ( <input type="checkbox"/> ) E ( <input type="checkbox"/> ) Selo d'água:					
Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:					
Gasometria arterial: PH PCO <sub>2</sub> PO <sub>2</sub> HCO <sub>3</sub> EB SpO <sub>2</sub> Data: / / Hora:					
<b>PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS</b>					
Alteração: ( <input type="checkbox"/> ) Visão ( <input type="checkbox"/> ) Audição ( <input type="checkbox"/> ) Tato ( <input type="checkbox"/> ) Olfato ( <input type="checkbox"/> ) Paladar Observação:					
<b>SEGURANÇA FÍSICA</b>					
Tranquilo ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Agitado ( <input type="checkbox"/> ) Agressivo. ( <input type="checkbox"/> ) Risco de queda. Observação:					
<b>REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR</b>					
P脉: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Regular ( <input type="checkbox"/> ) Irregular ( <input type="checkbox"/> ) Impalpável ( <input type="checkbox"/> ) Filiforme ( <input type="checkbox"/> ) Cheio.					

PREScrição DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
( ) Avaliar distensão abdominal.		
( ) Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		( ) Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
( ) Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
( ) Aferir glicemia capilar, anotar e mediciar CPM.		
( ) Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, mediciar CPM, reavaliar em 30 minutos).		( ) Melhora a aceitação alimentar.
( ) Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		( ) Manutenção da glicemia estável.
( ) Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
( ) Encaminhar ao banho de chuveiro.		( ) Auxílio diário às necessidades de higiene.
( ) Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
( ) Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
( ) Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
( ) Avaliar características, intensidade e local da dor.		→ Controle da dor (melhorada / ausente).
( ) Avaliar alterações de sinais vitais.	3x due	
( ) Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
( ) Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		( ) Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
( ) Incentivar a ingestão de líquidos.		
( ) Observar reações de desorientação/confusão.		
( ) Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		( ) Melhora da integridade da pele.
( ) Analisar condições do curativo.		( ) Diminuição do risco de lesão.
( ) Orientar e estimular a hidratação da pele.		
( ) Orientar e estimular a movimentação no leito.		( ) Mobilidade física melhorada/eficaz.
( ) Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		
( ) Manter oximetria contínua e anotar valores de SpO2 e comunicar se for menor que 95%.		( ) Melhora da perfusão tissular.
( ) Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		( ) Padrão respiratório eficaz.
( ) Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		( ) Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
( ) 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.		( ) Diminuir o risco de infecção.
( ) 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.		( ) Diminuir o risco de queda.
( ) Conter o paciente quando necessário.		
( ) Manter ambiente calmo e tranquilo.		
( ) Orientar repouso no leito.		( ) Melhora do padrão do sono.
( ) Administrar medicação CPM.		
( ) Outros		( ) Outros
( ) Outros		( ) Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a) :

do Técnico de Enfermagem :

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

16.05.16



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 26/03/2018 23:12:44

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18032623100159900000012958920>

Número do documento: 18032623100159900000012958920

Num. 13266733 - Pág. 4



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E  
TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

**DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

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



Pele: ( <input checked="" type="checkbox"/> Corada) ( <input type="checkbox"/> Hipocorada) ( <input type="checkbox"/> Cianose) ( <input type="checkbox"/> Sudorese) ( <input type="checkbox"/> Fria) ( <input type="checkbox"/> Aquecida).	
Tempo de enchimento capilar: ( <input type="checkbox"/> ) ≤ 3 segundos; ( <input type="checkbox"/> ) >3 segundos. ( <input type="checkbox"/> ) Turgência jugular: ( <input type="checkbox"/> )	
Drogas vasoativas: ( <input type="checkbox"/> ) Quais? _____ Precordialgia ( <input type="checkbox"/> )	
Ausculta cardíaca: ( <input checked="" type="checkbox"/> Ritmica) ( <input type="checkbox"/> Arritmica) ( <input type="checkbox"/> Sopro) ( <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: ( <input type="checkbox"/> ) Transitório ( <input type="checkbox"/> ) Definitivo	
Cateter vascular: ( <input checked="" type="checkbox"/> Periférico) ( <input type="checkbox"/> Central) ( <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: MSE Data da punção / /	
Edema: ( <input type="checkbox"/> ) MMSS ( <input type="checkbox"/> ) MMII ( <input type="checkbox"/> ) Face ( <input type="checkbox"/> ) Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: ( <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido) ( <input type="checkbox"/> Emagrecido) ( <input type="checkbox"/> Caquético) ( <input type="checkbox"/> Obeso).	
Dentição: ( <input type="checkbox"/> )Completa ( <input type="checkbox"/> ) Incompleta ( <input type="checkbox"/> ) Prótese.	
Alimentação: ( <input checked="" type="checkbox"/> AO) ( <input type="checkbox"/> SNG) ( <input type="checkbox"/> SNE) ( <input type="checkbox"/> Gastronomia) ( <input type="checkbox"/> Jejunostomia) ( <input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: ____ / ____ / ____	
Alterações: ( <input type="checkbox"/> ) Imapetênciá ( <input type="checkbox"/> ) Disfagia ( <input type="checkbox"/> ) Intolerância alimentar ( <input type="checkbox"/> ) Vômito ( <input type="checkbox"/> ) Pirose ( <input type="checkbox"/> ) Outros:	
Abdômen: ( <input type="checkbox"/> ) Normotensão ( <input type="checkbox"/> ) Distendido ( <input type="checkbox"/> ) Tenso ( <input type="checkbox"/> ) Ascítico ( <input type="checkbox"/> ) Outros:	
RHA: ( <input type="checkbox"/> ) Normoativos ( <input type="checkbox"/> ) Ausentes ( <input type="checkbox"/> ) Diminuídos ( <input type="checkbox"/> ) Aumentados	
Eliminação intestinal: ( <input checked="" type="checkbox"/> Normal) ( <input type="checkbox"/> Líquida) ( <input type="checkbox"/> Constipado há dias ( <input type="checkbox"/> ) Outros:	
Eliminação urinária: ( <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea) ( <input type="checkbox"/> Retenção) ( <input type="checkbox"/> Incontinência) ( <input type="checkbox"/> Hematúria) ( <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: ( <input type="checkbox"/> ) Outros: Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: ( <input checked="" type="checkbox"/> Integra) ( <input type="checkbox"/> Ressecada) ( <input type="checkbox"/> Equimoses) ( <input type="checkbox"/> Hematomas) ( <input type="checkbox"/> Escoriações) ( <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: ( <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada) ( <input type="checkbox"/> Hipocorada) ( <input type="checkbox"/> Ictérica) ( <input type="checkbox"/> Cianótica) Turgor da pele: ( <input type="checkbox"/> ) Preservado	
Condições das mucosas: ( <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas) ( <input type="checkbox"/> Secas) Manifestações de sede: ( <input type="checkbox"/> )	
Incisão cirúrgica: ( <input type="checkbox"/> ) Local/Aspecto: Curativo em: ____ / ____ / ____	
Dreno: ( <input type="checkbox"/> ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____ / ____ / ____	
Úlcera de pressão: ( <input type="checkbox"/> ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____ / ____ / ____	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( <input type="checkbox"/> ) Independente ( <input checked="" type="checkbox"/> Dependente) ( <input type="checkbox"/> ) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: ( <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória) ( <input type="checkbox"/> Insatisfatória) Higiene Corporal: ( <input type="checkbox"/> Satisfatória) ( <input type="checkbox"/> Insatisfatória)	
Limitação física: ( <input type="checkbox"/> ) Acamado ( <input type="checkbox"/> ) Cadeira de rodas ( <input type="checkbox"/> ) Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
( <input type="checkbox"/> ) Preservado ( <input type="checkbox"/> ) Insônia ( <input type="checkbox"/> ) Dorme durante o dia ( <input type="checkbox"/> ) Sono Interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: ( <input type="checkbox"/> ) Preservada ( <input type="checkbox"/> ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ( <input type="checkbox"/> ) Cooperativo ( <input type="checkbox"/> ) Medo: ( <input type="checkbox"/> ) Ansiedade ( <input type="checkbox"/> ) Ausência de familiares/visita ( <input type="checkbox"/> ) Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( <input type="checkbox"/> ) Praticante ( <input type="checkbox"/> ) Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 10/05/10 HORA: ____ h	

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





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jecusa do Nascimento | Registro: | Leito: 7-2 | 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 PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro  
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isopédricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

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

Obs:

##### OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T  
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

() Hipnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () ID () 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 PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Hora: \_\_\_

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

##### SEGURANÇA FÍSICA

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

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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





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



**SUS**  
**Sistema**  
**Único**  
**de**  
**Saúde**

Sr(a): **JOAO LUCAS DUARTE BARBOSA** Protocolo: **0000276937** RG: **NÃO INFORMADO**  
 Dr(a): **MARCILIO VIEIRA COSTA SANTOS** Data: **17-05-2016 14:19** Origem: **CLINICA PEDIATRICA**  
 Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES** Idade: **2 anos** Destino: **ENF 03 - L 02**

**HEMOGRAMA**

[DATA DA COLETA: 17/05/2016 14:30 ]

**Resultados**

Valores de Referência

**SÉRIE VERMELHA**

Eritrócitos	<b>4.03 milhões/mm<sup>3</sup></b>	5,5 a 6,6 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina	<b>10,9 g/dL</b>	10,5 a 14,5 g/dL
Hematócrito	<b>33 %</b>	29,5 a 41,3 %
V.C.M.	<b>81 fL</b>	74,9 a 93,0 fL
H.C.M.	<b>27 pg</b>	26,0 a 32,0 pg
C.H.C.M.	<b>33 g/dL</b>	33,3 a 36,0 g/dL

**SÉRIE BRANCA**

	<b>8.300 /mm<sup>3</sup></b>	5.500 a 16.000 /mm <sup>3</sup>
	(%)	(/mm <sup>3</sup> )
Neutrófilos		
Promielócitos	0	0
Mielócitos	0	0
Metamielócitos	0	0
Bastonetes	3,0	249
Segmentados	28,0	2.324
Eosinófilos	11,0	913
Basófilos	0	0
Linfócitos		
Típicos	57,0	4.731
Atípicos	0	0
Monocitos	1,0	83
CONTAGEM DE PLAQUETAS	<b>340.000 mm<sup>3</sup></b>	140.000 a 400.000 mm <sup>3</sup>

**OBSERVAÇÕES**

Contagens repetidas e confirmadas.

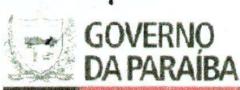
**Ana Claudia Barroso**  
 Biomédica  
 CRBM - 5793

**Newlab** Laboratório



**PNCQ**  
 Programa Nacional  
 para o Desenvolvimento da





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



SUS  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

Sr(a): JACKSON LOPES NUNES      Protocolo: 0000276935      RG: NÃO INFORMADO  
Dr(a): BRENO C TORRES      Data: 17-05-2016 14:09      Origem: CLINICA PEDIATRICA  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES      Idade: 15 anos      Destino: ENF 07 - L 02

TEMPO DE SANGRAMENTO ..... 2'00''

[DATA DA COLETA: 17/05/2016 14:20 ]

Valores de Referência:  
De 1 a 3 minutos

Material: sangue

Método: Duke

TEMPO DE COAGULACAO

7'00'' min

Valores de Referência:  
De 5 a 11 minutos

[DATA DA COLETA: 17/05/2016 14:20 ]

Material: Sangue

Método: Lee-White

Ana Claudia Barroso  
Biomédica  
CRBM - 5793



PNCQ  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade





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



**SUS**  
 Sistema  
 Único  
 de  
 Saúde

Sr(a): JACKSON LOPES NUNES      Protocolo: 0000276935      RG: NÃO INFORMADO  
 Dr(a): BRENO C TORRES      Data: 17-05-2016 14:09      Origem: CLINICA PEDIATRICA  
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES      Idade: 15 anos      Destino: ENF 07 - 1.02

**HEMOGRAMA**

[DATA DA COLETA: 17/05/2016 14:19 ]

**Resultados**

Valores de referência

**SÉRIE VERMELHA**

Eritrócitos	4.01 milhões/mm <sup>3</sup>	3,7 a 5,9 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina	12,5 g/dL	12,0 a 14,5 g/dL
Hematócrito	38 %	35,0 a 48,6 %
V.C.M.	94 fL	82,0 a 92,0 fL
H.C.M.	31 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.	33 g/dL	22,0 a 36,7 g/dL

**SÉRIE BRANCA**

Leucócitos	4.000 /mm <sup>3</sup>	1.500 a 13.500 /mm <sup>3</sup>
(%)	(/mm <sup>3</sup> )	
Neutrófilos		
Promielócitos	0	0
Mielócitos	0	0
Metamielócitos	0	0
Bastonetes	2,0	80
Segmentados	73,0	2.920 40 a 70 % = 1.860 a 8.100 /mm <sup>3</sup>
Eosinófilos	0	0 0,5 a 5,0 % = até 500 /mm <sup>3</sup>
Basófilos	0	0 0,0 a 2,0 % = até 200 /mm <sup>3</sup>
Linfócitos		
Típicos	23,0	920 20 a 40 % = 1.860 a 3.600 /mm <sup>3</sup>
Atípicos	0	0
Monócitos	2,0	80 2,0 a 10 % = até 1.000 /mm <sup>3</sup>
CONTAGEM DE PLAQUETAS	193.000 mm <sup>3</sup>	140.000 a 460.000/mm <sup>3</sup>

**OPERAÇÕES**

Contagens repetidas e confirmadas.

Ana Claudia Barroso  
 Biomédica  
 CRBM - 5793



**PNCQ**  
 Programa Nacional  
 de Controle de Qualidade





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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Jackson Lopes Nunes, 15a Alojamento 7 Leito 2 Convênio

NOD-03E



**HOSPITAL GERAL DE TAPEROÁ**

FONE: (83) 3463-2298

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nº.....: 98188 - Prontuario.: 7248  
Nome....: JACKSON LOPES NUNES Cor: PARDO  
Data....: 11/05/2001 Idade: 15a 0m SEXO: M Estado Civil:  
Endereço: SITIO OLHO DAGUA n°S/N  
Cidade...: TAPEROÁ /PB Cep: 58680000 Bairro.:  
Telefone.: Celular: R.G.: 16760  
.....: GILVANEIDE SANTOS SANTOS LOPES  
.....: JOSE NUNES

**DADOS DO ATENDIMENTO**

Data....: 14/05/2016 Horario: 17:07 Operador: VINICIUS  
Máster.: 02 - URGENCIA Tipo de Serviço: CONSULTA  
Serviço: SUS AMBULATORIO Nº Cartão do Sus: 160638861500018

**ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM TIPO DE CLASSIFICAÇÃO:**ATUAIS VITAIS PA= 130 X 90 mmHg T= \_\_\_\_\_ PESO= \_\_\_\_\_ KGP脉 bpm FR: \_\_\_\_\_ ipm SPO<sub>2</sub>= \_\_\_\_\_ TAX \_\_\_\_\_ °C GLICEMIA \_\_\_\_\_ mg/dl

P脉 / / DPP / / ESCALA COMADA DE GLASGOW \_\_\_\_\_

**MIXA PRINCIPAL** Queda de moto

INTÓRIA REGRESSA \_\_\_\_\_

ANALOGO CLÍNICO \_\_\_\_\_

DOLORIAS ( ) NAO ( ) SIM QUAL? ASS. E CARIMBO \_\_\_\_\_

**ATENDIMENTO MÉDICO**

DIAGNÓSTICO E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Per em frangale D, contorla e, embre D.

TRATAMENTOS REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPO)

**CONSULTADOS:****MATERIALIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:**

Tenoxicam 20mg - CIPA TADEY HORA: \_\_\_\_\_ ASS TEC: \_\_\_\_\_  
HORA: \_\_\_\_\_ ASS TEC: \_\_\_\_\_

**PROCEDEMTO ( DESCRIÇÃO )****DIAGNÓSTICO**

CID-10.: \_\_\_\_\_

MEDICAÇÃO:	ENCAMINHAMENTO		
PREScrita	( ) OBSERVAÇÃO	( ) RESIDÉNCIA	( ) EVASÃO
APLICADA	( ) INTERNAÇÃO	( ) OUTRO HOSPITAL	( ) ALTA MÉDICA
	( ) ÓBITO	( ) OUTROS	

TRATAMENTOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

0301060061

Dra. Talita Carvalho

MÉDICA

CRM-PB 10163

PROFISSIONAL DR. (A)

CRM.:

N.R.S.: 708203626168040 CBO.:06105

Gilvaneide S. Lopes  
ASSINATURA DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 26/03/2018 23:12:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18032623102866100000012958926>  
Número do documento: 18032623102866100000012958926

Num. 13266739 - Pág. 2

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS  
AG: X301467 - AC TAVERDA

TAVERDA - PB  
CNPJ ... : 34028316374453 Tel.:  
Ins. St.: 160745000

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente... : SEGURALURA LIDER CONSOR SEGU  
CNPJ/CPF... : 00248608000104  
Doc. Post... : 199345725  
Contato... : 99122406391 Cont. Adm.: 11205709  
Cartão... : 62267655

Movimento... : 08/09/2016 Hora.... : 09:59:32  
Caixa... : 77244332 Matrícula... : 84786558  
Lancamento... : 005 Atendimento... : 00002  
Moda/idade... : A Faturar ID Triplet... : 1194209881

DESCRICAO	QTD.	PRECO(R\$)
SEGUNDO DIAZ	1	21,75
Va or do Porte(R\$)		21,75
CNF/CTF Remet.	01260431402	
Nome Remetente.	gilweneide santos topes de	
Cont. Nome.	queiroz	
Endereço Remet.	SITIO otto dagua,sn casa	
Cont. Endereço.	sítia rural	
CEP Remetente.	56880-000	
Estado Remet.	TAVERDA	
UF Remet.	RN	
SERV. DIAZ ESTENDIDO	1	47,50
Valor do Porte(R\$)		47,50
Cor. Destino:	2031-205 (R\$)	
Peso real (KG)		0,113
Peso Tarifado		0,113
DIETB		0146721440688

Obj Postado após horário 1 hr post ag. DH (Depois da Hora)

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 69,11

Valor Declarado não solicitado(R\$)  
No caso de objeto com valor, faça seguro declarando o valor do objeto.

A FATARAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima prestado(s), o(s) qual (is) paguei mediante apresentação de fatura. Os valores constantes deste comprovante poderão sofrer variações de acordo com as cláusulas contratuais.

Nome: RG:  
Ass. Responsável:

Obj Postado após horário 1 hr post ag. DH (Depois da Hora)

SERV. POSTAL: DIRETOS | DEVERES LET 653879

De 23/07 a 18/09, período das oficinas.  
o prazo de entrega está ampliado para a região metropolitana do Rio de Janeiro.

VIA-CLIENTE

SARA 7.5.02

Seguradora Líder DPVAT

#### IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Jackson lopes menezes  
DATA DO ACIDENTE 04/02/2008 HORA DA OCORRÊNCIA 07:26:08.974 - 02  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Representante legal  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VÍTIMA É mae  
ENDERECO DO PORTADOR Sítio okio do queiroz  
Nº — COMPLEMENTO casa BAIRRO zona rural  
CIDADE Taperapuã UF PB CEP 58680-000  
E-MAIL marcadedametato@yahoo.com.br TELEFONE (83) 8435.8662

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

#### - DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA  
 BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

#### - DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

SENANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

#### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
 NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

#### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO  
• MORTE = R\$ 13.500,00  
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.  
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT.  
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.  
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

- PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE — RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS —

DATA \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ MATR. CORREIOS \_\_\_\_\_

IDENTIDADE 2.677.962 NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA Thiago Henrique Góes ASSINATURA Góes





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da Indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Giovaneide Santos Lopes de Oliveira,  
 PORTADOR(A) DO RG N° 2.677.962 EXPEDIDO POR SSP - PR EM 02/07/2016  
 CPF 0719608974-02 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Brincante  
 E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA \_\_\_\_\_ AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRÉSTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da Indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro/empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento de probatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)  
 Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0997-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 77644-0

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)  
 Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DEclaro que a conta acima mencionada é de minha titularidade. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Tóporeaa PB de 07/06/2016 de Giovaneide Santos Lopes de Oliveira  
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

&lt; &gt; ATENÇÃO

O Seguro DPVAT paga indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gilvanide Santos Lopes de Queiroz,  
RG nº 2.677.962, data de expedição 22/07/2009, Órgão SSDPB,

CPF nº 079.608.914, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Olho d'água</u>
Número	<u>561</u>
Apto / Complemento	<u>caso</u>
Bairro	<u>Zona rural</u>
Cidade	<u>Tijeretos</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58680-00</u>
Telefone de Contato	<u>083) 8635 8162</u>
E-mail	<u>marialva.santos@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Tijeretos - 07/06/2016

Assinatura do Declarante: Gilvanide S. Lopes de Queiroz





## PROCURAÇÃO AD JUDITIA ET EXTRA

Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado,  
**OUTORGANTE:**

, eletrônico: dlclienteap@gmail.com, constituo e nomeio os procuradores:

**OUTORGADAS:** MARCELO DANTAS LOPES, brasileiro, casado, advogado regularmente inscrito na OAB – 2PB sob o n.º 18446 & DANIELE DANTAS LOPES, brasileira, solteira, advogado regularmente inscrito na OAB-PB sob nº 17.911, todos com no escritório profissional situado na com escritório profissional situado na Rua Manoel de Farias de Castro, n.º 121, Centro, Taperoá-PB, eletrônico: marcelodladv@gmail.com

**OBJETO:** representar o (s) Outorgante (s), promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

**PODERES:** Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad juditia et extra*, para o foro em geral, especialmente para propor

em face de \_\_\_\_\_, inscrito no CPF/CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_ podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga à Advogadas acima descritas, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou accordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art.105 da Lei 13.105/2015.

**CONTRATO DE HONORÁRIOS:** Neste instrumento lido e firmado, entre os contratantes, o outorgante compromete-se a pagar aos outorgados o percentual 20%, a título de honorários advocatícios calculados sobre o valor da condenação (liquidação de sentença ou acordo firmado entre as partes), independente de sucumbência, podendo o juiz a requerimento dos advogados, reter os honorários para o cumprimento deste instrumento, expedido, assim, os RPV's separadamente, um em nome do autor e outro em nome dos patronos.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Xairaneide S. Lopes de Oliveira  
**OUTORGANTE**

Escrítorio Sede - Campina Grande - Av. Floriano Peixoto, Nº 53 - sala 307, Edifícios Dão Silveira centro - Fone: (83) 3343-4101 - Escrítorio Filial Taperoá - Rua Manoel Farias Castro, Nº 121, Centro - Fone: 68939848





()



Buscar no site



A PONTOS DE  
COMPANHIA SEGURO CENTRO DE  
DPVAT ATENDIMENTO (/Pontos-de-  
Atendimento) DADOS E SALA DE TRABALHE  
CONOSCO CONTATO

Seguro DPVAT  
Acompanhe o Processo de Indenização

**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 3160594064 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA JACKSON LOPES NUNES  
COBERTURA Invalidez**



**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**  
**SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS**  
**BENEFICIÁRIO JACKSON LOPES NUNES**  
**CPF/CNPJ: 71025132408**

**Posição em 18-03-2018 15:22:08**

Seu pedido de indenização foi negado, pois não recebemos a documentação complementar que foi solicitada em nossa última correspondência.

**Histórico das correspondências enviadas**

Data da Carta	Referência	Ver Carta
04/04/2017	Negativa por ausência de comprovação documental	

**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](#))



0800159-07.2018.8.15.0091

*CERTIDÃO*

*Certifico, em razão do meu ofício, conforme consulta no STI, não verifiquei nenhuma ação ativa e nem arquivada em nome de JACKSON LOPES NUNES em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A*

*O referido é verdade. Dou fé*

*Taperoá, Data e assinatura eletrônica.*

*Adenilson Ferreira*

*Auxiliar Judiciário*



Assinado eletronicamente por: ADENILSON FERREIRA - 03/04/2018 12:10:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18040312102874200000013057352>  
Número do documento: 18040312102874200000013057352

Num. 13369238 - Pág. 1

**PODER JUDICIÁRIO**  
**ESTADO DA PARAÍBA**  
**COMARCA DE TAPEROÁ**

**DESPACHO**

Vistos.

Tendo em vista a comprovação do prévio requerimento administrativo, **concedo** os benefícios da assistência judiciária gratuita ao(à) promovente, o que faço com esteio no art. 98 do CPC.

No mais, é sabido que demandas desta natureza normalmente exigem a produção de prova pericial, bem assim a praxe das partes não entabularem acordo sem a concretização daquela prova, à luz do princípio da duração razoável do processo, deixo de designar a audiência prevista no art. 334 do CPC.

**CITE(M)-SE** o(a)(s) promovido(a)(s) para apresentar(em) defesa, no prazo de 15 (quinze) dias – a contar da juntada aos autos do Aviso de Recebimento (AR) -, perante este Juízo, sob pena de serem aceitos pelo(a)(s) promovido(a)(s), como verdadeiros, os fatos articulados pelo(a)(s) promovente(s) na petição inicial.

Taperoá, (data e assinaturas eletrônicas).

**José Milton Barros de Araújo**

Juiz de Direito

<!-- /\* Font Definitions \*/ @font-face {font-family:Arial; panose-1:2 11 6 4 2 2 2 2 4;  
mso-font-charset:0; mso-generic-font-family:swiss; mso-font-pitch:variable;  
mso-font-signature:-536859905 -1073711037 9 0 511 0;} @font-face {font-family:"Cambria Math";  
panose-1:2 4 5 3 5 4 6 3 2 4; mso-font-charset:1; mso-generic-font-family:roman; mso-font-format:other;  
mso-font-pitch:variable; mso-font-signature:0 0 0 0 0 0;} @font-face {font-family:Calibri; panose-1:2 15  
5 2 2 4 3 2 4; mso-font-charset:0; mso-generic-font-family:swiss; mso-font-pitch:variable;  
mso-font-signature:-536870145 1073786111 1 0 415 0;} /\* Style Definitions \*/ p.MsoNormal,  
li.MsoNormal, div.MsoNormal {mso-style-unhide:no; mso-style-qformat:yes; mso-style-parent:"";  
margin:0cm; margin-bottom:.0001pt; mso-pagination:widow-orphan; font-size:12.0pt;  
font-family:"Calibri",sans-serif; mso-ascii-font-family:Calibri; mso-ascii-theme-font:minor-latin;  
mso-fareast-font-family:Calibri; mso-fareast-theme-font:minor-latin; mso-hansi-font-family:Calibri;  
mso-hansi-theme-font:minor-latin; mso-bidi-font-family:"Times New Roman";  
mso-bidi-theme-font:minor-bidi; mso-fareast-language:EN-US;} p {mso-style-noshow:yes;  
mso-style-priority:99; mso-margin-top-alt:auto; margin-right:0cm; mso-margin-bottom-alt:auto;  
margin-left:0cm; mso-pagination:widow-orphan; font-size:12.0pt; font-family:"Times New Roman",serif;  
mso-fareast-font-family:Calibri; mso-fareast-theme-font:minor-latin;} .MsoChpDefault  
{mso-style-type:export-only; mso-default-props:yes; font-family:"Calibri",sans-serif;  
mso-ascii-font-family:Calibri; mso-ascii-theme-font:minor-latin; mso-fareast-font-family:Calibri;



mso-fareast-theme-font:minor-latin; mso-hansi-font-family:Calibri; mso-hansi-theme-font:minor-latin;  
mso-bidi-font-family:"Times New Roman"; mso-bidi-theme-font:minor-bidi;  
mso-fareast-language:EN-US;} @page WordSection1 {size:595.0pt 842.0pt; margin:70.85pt 3.0cm  
70.85pt 3.0cm; mso-header-margin:35.4pt; mso-footer-margin:35.4pt; mso-paper-source:0;}  
div.WordSection1 {page:WordSection1;} -->



Assinado eletronicamente por: JOSE MILTON BARROS DE ARAUJO - 20/08/2019 08:25:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082008251281800000022918800>  
Número do documento: 19082008251281800000022918800

Num. 23650196 - Pág. 2