



Número: **0801105-33.2019.8.15.0191**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Soledade**

Última distribuição : **18/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 6.750,00**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARTINHO CORDEIRO DE LIMA (AUTOR)	PATRICIO CANDIDO PEREIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
22821 751	18/07/2019 15:42	Petição Inicial	Petição Inicial
22821 786	18/07/2019 15:42	prontuario medico - HETDLGF (3)	Documento de Comprovação
22822 385	18/07/2019 15:42	Guia de custas previas	Documento de Comprovação
22822 389	18/07/2019 15:42	prontuario medico - HETDLGF (2)	Documento de Comprovação
22822 392	18/07/2019 15:42	prontuario medico - HETDLGF (1)	Documento de Comprovação
22822 576	18/07/2019 15:42	declaração do SAMU	Documento de Comprovação
22822 579	18/07/2019 15:42	Certidão policial	Documento de Comprovação
22822 586	18/07/2019 15:42	documentos pessoais e comprovante de residencia	Documento de Identificação
22822 589	18/07/2019 15:42	procuração e outros	Procuração
22822 595	18/07/2019 15:42	comprovante de negativa administrativa	Documento de Comprovação
22822 749	18/07/2019 15:42	ação de DPVAT por Invalidez - martinho cordeiro de lima	Outros Documentos
22946 728	13/08/2019 09:15	Despacho	Despacho

INICIAL EM ANEXO - FORMATO PDF



Assinado eletronicamente por: PATRICIO CANDIDO PEREIRA - 18/07/2019 15:40:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071815401843300000022139105>
Número do documento: 19071815401843300000022139105

Num. 22821751 - Pág. 1



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Martinho Coedino | Registro: | Leito: 6º 3 | Setor Atual: Atrop 2

AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOGÊNICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outro

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

Pupilas: Isocônicas Anisocônicas D>E E>D Fotorreagentes Mióticas Midriáticas

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local: MIE limobilizado

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 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.



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 checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? _____	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arrítmica <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: M6E / 5-22 Data da punção 00/08/17	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
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 checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distorcido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input checked="" 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"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
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 type="checkbox"/> Úmidas <input checked="" type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: <u>Extrangos</u> Pnunca pl hoxe à noite. Curativo em: 23/08/17	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
4- AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" 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. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<p>Paciente em EGR, consciente e orientado, no momento nem queixas, quando procedimento cirúrgico que está com prurido para hoxe, negue em <u>Prurido</u> <u>Exame</u> <u>Correto</u> <u>06357</u></p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____ DATA: 23/08/17 HORA: 14:25 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

Ex. Tuz 6

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

47 dias

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Leandro Gonçalves | Registro: | Leito: Ex - 3 | Setor Atual: OU - II

2. AVALIAÇÃO:

Sinais vitais: Tax: 36,6 °C; P: 72 bpm; FR: 12 irpm; PA: 110/70 mmHg; FC: 79 bpm; SPO2: 99 %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES FÍSICO-LOGÍSTICAS:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outro

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

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

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

Eupnênia; Taquipnênia Bradipnênia Dispneia Outros:

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

Ruídos adventícios: () Roncos Síbilos Estridor Outros:

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cheio.



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"/>	Precordialgia <input type="checkbox"/>
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais?	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica <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:	Data da punção <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
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 checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: Data: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input checked="" 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"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
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 type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/> .	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	
CUIDADO CORPORAL	
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 checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUSO	
Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input checked="" type="checkbox"/> Sono Interrompido. Observações: <input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	
AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES SOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
NECESSIDADES PSÍQUICAS/ESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <input checked="" type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> Praticante <input checked="" type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Paciente aguardando cirurgia, e religa os encaminhos da equipe.	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
DATA: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> HORA: <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/>	
Rejane Silva Lira Enfermeira COREN-PB 20180	

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

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Martimho Cardoso | Registro: | Leito: Qx 3 | Setor Atual: Qto p 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:

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES Fisiológicas

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

Pupilas: Isocôricas Anisocôricas D>E E>D Fotorreagentes Mióticas Midriáticas

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
() VMN () VMITOT 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 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.



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 () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: AVP. MSE Data da punção 19/08/17	
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"/> Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas <input checked="" type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: ___/___/___	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ___/___/___	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: ___/___/___	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSÍQUICAS SOCIAIS	
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:	
5 - Necessidades psíquicas e espirituais	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<p>Paciente em EGR, aquando procedimento cirúrgico, sem intencionalidade.</p> <p><i>Preservada</i> <i>Enfermeira</i> <i>COREN-PB-506357</i></p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 21/08/17 HORA: 17:25 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

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Wladimir Coimbra | Registro: | Leito: E x -3 | Setor Atual: Orto 2

AVALIAÇÃO

Sinais vitais: Tax: 36°C; P: 80 bpm; FR: 16 rpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 75 bpm; SPO2: 98%
HGT: 70 kg; Peso: 180 cm; Altura: 180 cm; Dor: () Local: () Obs.: ()

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES FÍSICAS/BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

Pupilas: Isocôricas Anisocôricas D>E E>D Fotorreagentes Mióticas Midriáticas

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

Ruídos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros:

Tosse: Improdutiva Produtiva | Expectoração: Quantidade e aspecto:

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

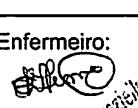
SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo Agitado Agressivo. Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cheio.



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 () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (<input checked="" type="checkbox"/>) Periférico () Central () Dissecção. Localização:	Data da punção ____/____/____
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (<input checked="" type="checkbox"/>) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta (<input checked="" type="checkbox"/>) 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"/>) Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: (<input checked="" type="checkbox"/>) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Integra () 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: ().	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: ____/____/____	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente (<input checked="" type="checkbox"/>) 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:	
AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO-ESPIRITUAIS	
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:	
NECESSIDADES PSICO-ESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
sem queixas no momento.	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
 M. J. LIMA ENFERMEIRO CRM-PE 11432	
DATA: 18/08/19	
HORA: 10:20	

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

INFORMAÇÕES GERAIS

Nome: Martinho Pendeiro | Registro: Ex. 3 | Leito: _____ | Setor Atual: _____

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:

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES SOCIOFÍSICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Jobs:

OXIGENAÇÃO

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

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

() Eupnêia; () Taquipnêia () Bradipnêia () 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 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.



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? <input type="checkbox"/> Precordialgia (<input type="checkbox"/>)			
Ausculta cardíaca: (<input checked="" type="checkbox"/>) Rítmica (<input type="checkbox"/>) Arrítmica (<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: <input checked="" type="checkbox"/> S D Data da punção <u>15/08/17</u>			
Edema: (<input checked="" type="checkbox"/>) MMSS (<input type="checkbox"/>) MMII (<input type="checkbox"/>) Face (<input type="checkbox"/>) Anasarca. Observações:			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
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 checked="" type="checkbox"/>) Incompleta (<input type="checkbox"/>) Prótese.			
Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/>) VO (<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"/>) Inapetência (<input type="checkbox"/>) Disfagia (<input type="checkbox"/>) Intolerância alimentar (<input type="checkbox"/>) Vômito (<input type="checkbox"/>) Pirose (<input type="checkbox"/>) Outros:			
Abdômen: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normotenso (<input type="checkbox"/>) Distendido (<input type="checkbox"/>) Tenso (<input type="checkbox"/>) Ascítico (<input type="checkbox"/>) Outros:			
RHA: (<input checked="" 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"/>) Hematuria (<input type="checkbox"/>) SVD: Débito _____ ml/h;			
Aspecto: (<input type="checkbox"/>) Outros: Observações:			
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
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: _____ / _____ / _____			
CUIDADO CORPORAL			
Cuidado corporal: (<input type="checkbox"/>) Independente (<input type="checkbox"/>) Dependente (<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>) Acamado (<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas (<input type="checkbox"/>) Outro:			
SONO E REPOUSO			
(<input checked="" type="checkbox"/>) Preservado (<input type="checkbox"/>) Insônia (<input type="checkbox"/>) Dorme durante o dia (<input type="checkbox"/>) Sono interrompido. Observações:			
ANALISAGEM DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: (<input checked="" 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:			
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE			
Tipo: (<input type="checkbox"/>) Praticante (<input type="checkbox"/>) Não praticante. Observações:			
INTERCORRÊNCIAS			
<i>Fratura m 1 E / Dorsal)</i>			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:		DATA: <u>17/08/17</u> HORA: _____ h	
<i>Eduardo Alfonso de Souza ENFERMEIRO COREN-PB 78656</i>			

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

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Edilson Arriaga Sá | Registro: | Leito: Ex - 3 | Setor Atual: OR/EP - II

AVALIAÇÃO

Sinais vitais: Tax: 36,2 °C; P: 120 bpm; FR: 12 irpm; PA: 120/70 mmHg; FC: 78 bpm; SPO2: 98 %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES FÍSICAS E BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

Pupilas: Isocôricas Anisocôricas D>E E>D Fotorreagentes Mióticas Midriáticas

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

Eupnêia; Taquipnêia Bradipnêia Dispneia Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: Diminuídos D E

Ruídos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros:

Tosse: Improdutiva Produtiva | Expectoração: Quantidade e aspecto:

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS 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.



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: () Precordialgia ()			
Drogas vasoativas: () Quais?			
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>MSE</u> Data da punção <u>10/08/12</u>			
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa () Incompleta () Prótese.			
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____			
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:			
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:			
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados			
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros:			
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito _____ ml/h;			
Aspecto: () Outros: Observações:			
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra () 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: ().			
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: 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: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória.			
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado () Cadeira de rodas () Outro:			
SONO E REPOUSO			
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia <input checked="" type="checkbox"/> Sono Interrompido. Observações: <u>P/ Patologias</u>			
AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO-SOCIAIS			
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:			
NECESSIDADES PSICO-ESPIRITUAIS			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE			
Tipo: <u>Católico</u> () Praticante <input checked="" type="checkbox"/> Não praticante. Observações:			
INTERCORRÊNCIAS			
<u>Paciente aguardando cirurgia e segue os</u> <u>pedidos da equipe.</u>			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:		DATA: <u>15/08/12</u> HORA: <u>8:30</u> h	
<u>Renata Silva Luciano</u> <u>Enfermeira</u> COREN-PB 337480			

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

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Patrício Cândido Pereira PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº: 335
SÉRIE: 00000000000000000000000000000000 ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLOGICA DE Nº: 102 NO CID DURANTE
PERÍODO DE: 06/07/2019 A 21/07/2019 NECESSITANDO DE
15 DIAS DE APASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.
Campina Grande 25/08/2019

AUTORIZAÇÃO

Eu, Patrício Cândido Pereira, autorizo o
Dr., Patrício Cândido Pereira, a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 080





Poder Judiciário do Estado da Paraíba

Tribunal de Justiça

Sistema de Custas Online

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 019.2019.600218

Data Vencimento: 31/07/2019

Data Emissão: 18/07/2019

Comarca: Soledade

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: MARTINHO CORDEIRO DE LIMA

Promovido: SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT S/A

Valor da Causa: R\$ 6.750,00

Despesas Processuais: R\$ 5,00

Custas: R\$ 504,70

Taxa: R\$ 101,25

Total da Guia: R\$ 610,95

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLOAMENTO DA AÇÃO.



Assinado eletronicamente por: PATRICIO CANDIDO PEREIRA - 18/07/2019 15:40:48

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071815404597200000022139787>

Número do documento: 19071815404597200000022139787

Num. 22822385 - Pág. 1

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via da parte)	Número do boleto: 019.7.19.00218/01
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:		Data de emissão: 18/07/2019
	Soledade	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 31/07/2019	
Número da guia: 019.2019.600218 Tipo da Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,47	
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 504,70 - Taxa Judiciária: R\$ 101,25 - Despesas processuais postais: R\$ 5,00 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6	
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Parcela: 1/1	
			Valor total: R\$ 612,30	
			Desconto total: R\$ 0,00	
			Valor final: R\$ 612,30	
 <p>866700000064 123009283185 520190731015 971900218019</p>				

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do processo)	Número do boleto: 019.7.19.00218/01
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:		Data de emissão: 18/07/2019
	Soledade	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 31/07/2019	
Número da guia: 019.2019.600218 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,47	
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 504,70 - Taxa Judiciária: R\$ 101,25 - Despesas processuais postais: R\$ 5,00 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6	
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Parcela: 1/1	
			Valor total: R\$ 612,30	
			Desconto total: R\$ 0,00	
			Valor final: R\$ 612,30	
 <p>866700000064 123009283185 520190731015 971900218019</p>				

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do banco)	Número do boleto: 019.7.19.00218/01
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:		Data de emissão: 18/07/2019
	Soledade	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 31/07/2019	
Número da guia: 019.2019.600218 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,47	
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 504,70 - Taxa Judiciária: R\$ 101,25 - Despesas processuais postais: R\$ 5,00 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6	
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Parcela: 1/1	
			Valor total: R\$ 612,30	
			Desconto total: R\$ 0,00	
			Valor final: R\$ 612,30	
 <p>866700000064 123009283185 520190731015 971900218019</p>				





Diagnóstico

Ex-cep-hib-2 + TAVZ

FOURDA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

04/07 PREOP: 01/07

Paciente: WESLIAN COX DE SOUZA

Prescrição Médica

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
19/07	1 DIETA LIVRE	CT	
	2 SRL-4500ML-EV-24H <u>Sal</u>	CT	<u>REG, ESTÍVE</u>
	4 DIPIRONA 2ML/EV 6/6H	CT	
	5 OMÉPRAZOL-40MG-EV-45UM		
	6 TRAMAL 100MG + TOLMÉTIN 500MG-EV 8/8H S/N	S/N	<u>Sem intercorrências</u>
	7 NAUSEDRON 1FA + AD EV 8/8H S/N	S/N	<u>Diarréa</u>
	8 TILATIL 20 mg + AD - EV 12/12h S/N	S/N	
	9 CLEXANE 40 UI- SC 1x/DIA	CT	<u>REG</u>
	10 SSVV + CCGG		
	<u>19/07/2017</u>		<u>Dr. Julio Cesar Castro</u> <u>Dr. Julio Cesar Castro</u> <u>Dr. Julio Cesar Castro</u> <u>Dr. Julio Cesar Castro</u>



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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP:

MOD. 035



DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

o^o
61. 3

fx Tuz. + Tibia

Paciente	Martinho Góes	Alojamento:	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
1. Dieta	liveral 01 HAS	CT		
2. SRL 1500ml LEV/24h	líquido saborizado..	CT		
3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h		17	18	18/06
4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	Ampepa			
5. Omeprazol 40mg EV/jejum			06	
6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	SIN	01		
7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN	SIN			
8. Clexane 40mg SC/dia		10		VDM
9. SSVV + CCGG	CT			
10. 10 mg/5ml 500ml 11/02h N.PAT, 160 ml 0103 10-40	SIN	02	05	
Dr. Eduardo Bento Moraes Ortopedia / Traumatologia CRM - 29.668				



DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Manoelito Cordeiro	Alojamento: Estadia	Leito	3	Convênio	tx tmg (E)
Data	Prescrição Médica	Horário				Evolução Médica
23/10/8	1.Dieta pl 1000ml 2.SRL 1500ml EV/24h 3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h 4.Tilatil 20mg + AD EV 12/12h <i>Simp.</i> 5.Omeprazol 40mg EV/jejum 6.Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN <i>rebarbitivo</i> 7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8.Clexane 40mg SC/dia 9.SSVV + CCGG	10/10/8 12/10/8 12/10/8 12/10/8 12/10/8 12/10/8 12/10/8 12/10/8 12/10/8				REG estancou SI diarreias
	hospedagem 50mg w 12/12h. Ceftriaxone 400mg w 12/12h Cefoperazol 1000mg + 100ml SF EV 8/8h. Eleclan 1MIE. Curativo					Col. VAG
	Hallisson Barros de Almeida ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA 2000-2001					Hallisson Barros de Almeida ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA 2000-2001
						PDI
						Pct submetido a procedimento cunhava intropedra sem intracavitaria
						Col. VEN
						rx controlado
						Hallisson Barros de Almeida ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA 2000-2001



DIAGNÓSTICO

FOUCAULT, TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Ex-1 NA III OK

Ex: TNZ + fibia



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLEJIM DE ENFERMAGEM					
NOME: <i>Marilimy Leudimy Roma</i>					
IDADE: <i>47a</i>	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATA DE NASCIMENTO: / / às : h			
SETOR: <i>Amarela</i> LEITO:					
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <i>Osteopatia</i>					
ALERGIAS: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAIS:					
MEDICAÇÃO CONTÍNUA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAIS:					
DOENÇA CRÔNICA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAIS:					
PRESENÇA DE ESCARA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO 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:	DISPÉNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>	
MOBILIDADE:	DEAMBULA <input checked="" type="checkbox"/>	DEAMBULA C/APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input checked="" type="checkbox"/>	S/ DEFÍCITE MOTOR <input type="checkbox"/>	
SIST. GAS. RONENTEATINAL (IETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <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:				
<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 checked="" type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR: <i>MTC</i>				
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:				
<input checked="" type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input checked="" type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:				
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR: <i>acamadu</i>				
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:				
<input type="checkbox"/>	CD/FR:				
<input type="checkbox"/>	CD/FR:				
<i>Karyanna A. A. Rocha</i>	Enfermeira				CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
COREN 518319					FR: FATOR RELACIONADO
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRAZAMENTO	ASSINATURA	
<input type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.			<i>01/02</i>		
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			<i>01/02</i>		
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			<i>01/02</i>		
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE 02 A 04 ML/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			<i>01/02</i>		
<input type="checkbox"/> AVALAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			<i>01/02</i>		
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			<i>01/02</i>		
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.			<i>01/02</i>		
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			<i>01/02</i>		
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).			<i>01/02</i>		
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.			<i>01/02</i>		
REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE					
<input type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.					





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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

六四





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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM						
NOOME:	Nathalia Góes de Lima					
IDADE:	40	SEXO:	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
SETOR:	LEITO: 81					
DIAGNÓSTICO MÉDICO:						
ALERGIAS:	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	QUAIS:			
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	QUAIS:			
DOENÇA CRÔNICA:	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	QUAIS:			
PRESENÇA DE ESCARA:	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	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:	DISPÉNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÉNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>		
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>			
MOBILIDADE:	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 PEIT <input type="checkbox"/>		
SIST. GAS. RÓNTÉATINAL: (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:		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM						
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR: Edema com risco de queda					
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:					
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: CAP					
<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 checked="" type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE	<input checked="" type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR: Incap. de ir ao banho			
<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						
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITais.	APRAZAMENTO: <i>JO</i>					
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.						
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.						
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE 02 A 04 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).	RESINATURA: <i>REC DE ENFERMAGEM</i>					
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	<i>REC DE ENFERMAGEM</i>					
REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE						
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS OS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS RESPOSTAS DO PACIENTE.						

1400 105



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM							
NOOME:	Martinho Cordero						
IDADE:	47	SEXO:	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATA DE NASCIMENTO:	/ /		
SETOR:	Amarela						
DIAGNÓSTICO MÉDICO:							
ALERGIAS:	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	QUAIS:					
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	QUAIS:					
DOENÇA CRÔNICA:	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	QUAIS:					
PRESENÇA DE ESCARA:	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	LOCAL:					
PRESSÃO ARTERIAL:	<input type="checkbox"/> HIPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/> NORMOPOTENSO	<input checked="" type="checkbox"/> NORMOPOTENSO	HIPERTENSO				
SISTEMA NEUROLÓGICO:	<input type="checkbox"/> CONSCIENTE	<input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE	ORIENTADO				
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	<input type="checkbox"/> DISPÉNICO	<input type="checkbox"/> TAQUIPÉNICO	<input checked="" type="checkbox"/> EUPNÉICO	BRADIPNÉICO			
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> POLÚRIA	<input type="checkbox"/> OLIGÚRIA	SVD			
MOVIMENTO:	<input type="checkbox"/> DUSÚRIA	<input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA	<input type="checkbox"/> ANÚRIA				
<input type="checkbox"/> SILENCIO:	<input type="checkbox"/> DEÂMBULA	<input type="checkbox"/> DEÂMBULA C/ APOIO	<input type="checkbox"/> ACAMADO	S/ DEFICITE MOTOR			
	<input type="checkbox"/> TETRAPLEGIA	<input type="checkbox"/> HEMIAPLEGIA	<input type="checkbox"/> PARESIA	RESTRITO NO PEITO			
SIST. GAS. RONENTEAL (DIETA)	<input type="checkbox"/> VO	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	SNE				
ESTADO NUTRICIONAL:	<input type="checkbox"/> NUTRIDO	<input type="checkbox"/> DESNUTRIDO	OBESO	CAQUÉTICO			
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: <i>proc. encanar</i>						
<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:				
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"/> <i>Manoel Rosado de Sá Mello</i>	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> <i>Enfermeiro</i>	CD/FR:						
<input type="checkbox"/> <i>CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA</i>							
<input type="checkbox"/> <i>FR: FATOR RELACIONADO</i>							
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL							
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM							
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITais.	APRAZAMENTO						
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.	08/18						
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.							
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE 02 A 04 ML/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 (EDEMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR).	Sempre						
<input checked="" type="checkbox"/> RUBOR HIPEREMIA.	contínuo						
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	Sempre						
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE							
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.							





43/08/17

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOME: <i>Matheus Lordeiro de Souza</i>					
IDADE: 47	SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: / /	às : h		
SETOR: Ort.		LEITO: 08			
DIAGNÓSTICO MÉDICO: Rx TZ					
ALERGIAS: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS:					
MEDICAÇÃO CONTÍNUA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> QUAIS:					
DOENÇA CRÔNICA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS:					
PRESENÇA DE ESCARA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input 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:	DISPÉNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/> BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/>		
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DEAMBULA <input type="checkbox"/>	DEAMBULA C/APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input checked="" type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTRIZ <input type="checkbox"/>		
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>		
SIST. GAS. RONENTEATINAL: (DIETA)	VO <input 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 VITrais:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR: <i>Prevenção Desequilíbrio</i>	
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:	
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <i>Procedimento aseptico</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR: <i>Ambiente refrescante</i>	
<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"/> <i>Luzia Karla Almeida S.</i>	CD/FR:	
<input type="checkbox"/> <i>esferato</i>	CD/FR:	
<input type="checkbox"/> <i>CD</i>	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	
	FR: FATOR RELACIONADO	

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

	APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITrais.	08/10	
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.		
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.		
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE 02 A 04 ML/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).	M.T: N	
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	Sempre	
REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE		
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS REPOSTAS DO PACIENTE.	eventuais	

MOD 125





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM

11/08/17

NOME: <i>Thaumílio Cordeiro de Lima</i>		IDADE: 47 SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> DATA DE NASCIMENTO: / /		às : h	
SETOR: Amarela		LEITO:			
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <i>TNF</i>					
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:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGURIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>	
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	S/ DEFÍCITE MOTOR <input type="checkbox"/>	
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>	
SIST. GAS. RÓINTERINAL: (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: <i>Incenso de madeira</i>				
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:				
<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: <i>da cymilia patologia</i>			
<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					
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL		APRAZAMENTO			ASSINATURA
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		2x dia			<i>Patrício</i>
<input 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 CATÉTER DE 02 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 type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).					
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.					<i>Patrício</i>
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE					
<input type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.					<i>Patrício</i>

MOD 125



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: <i>martinho Pondeiro</i>	Registro: <i>Ex. 3</i>	Leito:	Setor Atual:
--------------------------------	------------------------	--------	--------------

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:

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES FÍSICO-LOGÍSTICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

() Eupnênia; () Taquipnênia () Bradipnênia () Dispnéia () Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: () Precordialgia ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: M 5 E Data da punção 24/08/17	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: / /	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ().	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: / /	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
NECESSIDADES FÍSICAS E ESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Elaine Afonso de Sousa</i> DATA: 24/08/17 HORA: _____ h ENFERMEIRA COREN-PB 78666	

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



06/08/2017

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

ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº:1481688 CLASS: DE RISCO: VERMELHO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ:08978.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 06/08/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Gisele De Oliveira Lopes

PACIENTE: MARTINHO CORDEIRO CEP:58158000 Nascimento:20/06/1970

DE LIMA

Endereço: R. ANAMA DE LOURENCO

Cidade: Seridó

Nome da Mãe: ANA ALICE MARIA DA CONCEIÇÃO

Responsável: JOSE BENEDITO CORDEIRO DE LIMA

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Motivação:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avispa
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Estragamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Coríntio
15. F. Cortante
16. F. Corte-contusão
17. F. Perfurante
18. Fratura
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingestoamento Veneno
23. Lacerção
24. Lesão contínua
25. luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Osteomí
30. Parafusos
31. Parese
32. Permeabilidade
33. Permeabilidade
34. Permeabilidade
35. Sinal de Isquemia

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNOSTICO / CID:

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO JOS C. COS

Lesão C

Paciente vítima de acidente de moto trazido pelo SAMU com lesões cervicais + lesões na gola, rebordos em mm 15. () Nuga vermelha, máscara e perda de consciência. Atividade lesões ósseas de rebordo cervical e nuga solto de capacete

ALERGIA:

MEDICAMENTOS: *RAIO X* NEGA

PATOLOGIAS: *REALIZADO CEM 66108 2017*

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocônicas () Anisocônicas ()

Glasgow 15 PA HGT: Sat02 99%

A: Vozes claras, prouas e com velocidade normal;

B: Respiração em ritmo ambiente;

C: Pupas claras e bresantes, simétricas FC: 105 bpm

D: =

E: Paresia de extensão exposta em 15 ()

F: =

G: =

H: =

I: =

J: =

K: =

L: =

M: =

N: =

O: =

P: =

Q: =

R: =

S: =

T: =

U: =

V: =

W: =

X: =

Y: =

Z: =

A: =

B: =

C: =

D: =

E: =

F: =

G: =

H: =

I: =

J: =

K: =

L: =

M: =

N: =

O: =

P: =

Q: =

R: =

S: =

T: =

U: =

V: =

W: =

X: =

Y: =

Z: =

A: =

B: =

C: =

D: =

E: =

F: =

G: =

H: =

I: =

J: =

K: =

L: =

M: =

N: =

O: =

P: =

Q: =

R: =

S: =

T: =

U: =

V: =

W: =

X: =

Y: =

Z: =

A: =

B: =

C: =

D: =

E: =

F: =

G: =

H: =

I: =

J: =

K: =

L: =

M: =

N: =

O: =

P: =

Q: =

R: =

S: =

T: =

U: =

V: =

W: =

X: =

Y: =

Z: =

A: =

B: =

C: =

D: =

E: =

F: =

G: =

H: =

I: =

J: =

K: =

L: =

M: =

N: =

O: =

P: =

Q: =

R: =

S: =

T: =

U: =

V: =

W: =

X: =

Y: =

Z: =

A: =

B: =

C: =

D: =

E: =

F: =

G: =

H: =

I: =

J: =

K: =

L: =

M: =

N: =

O: =

P: =

Q: =

R: =

S: =

T: =

U: =

V: =

W: =

X: =

Y: =

Z: =

A: =

B: =

C: =

D: =

E: =

F: =

G: =

H: =

I: =

J: =

K: =

L: =

M: =

N: =

O: =

P: =

Q: =

R: =

S: =

T: =

U: =

V: =

W: =

X: =

Y: =

Z: =

A: =

B: =

C: =

D: =

E: =

F: =

G: =

H: =

I: =

J: =

K: =

L: =

M: =

N: =

O: =

P: =

Q: =

R: =

S: =

T: =

U: =

V: =

W: =

X: =

Y: =

Z: =

A: =

B: =

C: =

D: =

E: =

F: =

G: =

H: =

I: =

J: =

K: =

L: =

M: =

N: =

O: =

P: =

Q: =

R: =

S: =

T: =

U: =

V: =

W: =

X: =

Y: =

Z: =

A: =

B: =

C: =

D: =

E: =

F: =

G: =

H: =

I: =

J: =

K: =

L: =

M: =

N: =

O: =



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

Samu

Ficha de Acolhimento

Nome:	Martinho Condeiro de Lima		
End:	Brasília hagamaí de Lourenço	Bairro:	São Vicente
Data de Nascimento:	20.08.70	Documento de Identificação:	do Períndio
Queixa:	An de moto	Data do Atend.:	06.08.14
Acidente de trabalho?	Hora: 20:07 Documento: () Sim () Não		

Classificação de Risco

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

MOD. 110

Estratificação

Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

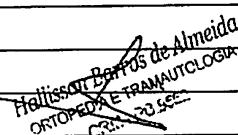
Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatório

Assinatura e carimbo do profissional



Nome do Paciente <i>Montuilio Cordeiro</i>		Nº Prontuário
Data da Operação <i>23/08/17</i>	Enf.	Leito
Operador <i>Dr. Anacleto Ribeiro</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Hallisson (R2)</i>	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fox tnx (E)</i>		
Tipo de Operação <i>RAFI</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>o mesmo.</i>		
Relatório Imediato da Patologia <i>∅</i>		
Exame Radiológico no Ato <i>sim</i>		
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
<p>Porteur DDH sob efeito anestésico</p> <p>Desenvolvida com curvilinear + canais cirúrgicos</p> <p>Incisão em face lateral de tnx (C) p/ planos + hemostasia + incisão sobre maléolos (medial) (C) p/ planos + hemostasia</p> <p>Redução circunferencial de focos de fraturas + osteosíntese</p> <p>Fixo c/ placa 1/3 tubular + pinz + parafusos em maléolos lateral + parafusos maléolares sob escroto.</p> <p>Lavado de F.O c/ SFD, 9%.</p> <p>Sutura p/ planos + hemostasia.</p> <p>Curativo.</p>


Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Julia Lívia Góes de Oliveira</u>	Idade: <u>47 anos</u>
Convênio: <u>Hbmt. 1481688</u>	Data: <u>05.08.17</u>
Procedimento: <u>Ab. cir. fratura tarsometatarsiana</u>	
Cirurgião: <u>Dr. J. B. B. Souza</u>	Auxiliar: <u></u>
Anestesista: <u>Dr. J. B. B. Souza</u>	
Início: <u>08:00</u>	Término: <u>09:00</u>
Anestesia: <u>Regional</u>	

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD 103



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Martinho Pandeiro de Lima

DN: 20/06/1970

QI

LEITE

CONVÉNIO

IDADE

REGISTRO

47m/02

1481688

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA Redutora e fixação de
hernia de Tonozzi (C)

CIRURGÃO

Dra. Hellen

ANESTESIA

ANESTESIA

Dra. Sandra Almeida

Rogério

INSTRUMENTADORA

DATA

23/08/17

INÍCIO

20:00hs

FIM

21:30 hs

Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Qtd.

FIOS

CÓDIGO

Adrenalina amp.	01	Bolsa Colostoma	Qtd.	Calgut cromado Sertix
Atropina amp.		Calel. p/ Oxyg.		Calgut cromado Sertix
Diazepam amp.	02	Compressa Grande		Calgut cromado Sertix
01 Dimorépamp.		Compressa Pequena		Calgut Simples
Dolantina amp.		Colonoide		Calgut Simples Sertix
Efrane ml		Dreno		Calgut Simples Sertix
Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Calgut Simples Sertix
Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond
Ketalar ml	01	Equipo de Macrogotas		Ethibond
01 Mercaina pesante % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
Protigmine amp.	0.5	Espadrado Larco cm		Fio de Algodão Sulupak
Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sulupak
Quelicin ml	0.5	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca
Rapifen amp.		H ₂ O, ml	02	Mononylon 2-0
Thionembutal ml		Intracath Adul		Mononylon
Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix

Qtd. MEDICAÇÕES

02

Lâmina de Bisturi nº 23

Qtd.

Prolene Serfix

Agua Destilada amp.

Lâmina de Bisturi nº 11

01 Decadron amp.

Lâmina de Bisturi nº 15

0.2 Dipirona amp.

Luvas 7.0

0.2 Flaxidol-amp. *mausectom*

Luvas 7.5

Flebocortid amp.

Luvas 8.0

Geramicina amp.

Luvas 8.5

Glicose amp.

Oxigênio l/m 3 l/min

Glucos de Cálcio amp.

Polifix

Haemacel ml.

PVPI Degemente ml

Heparema ml.

PVPI Tópico ml.

Kanakion amp.

Sabão Antiséptico

Lasix amp.

Saco coletor p/ líquido

Medrotinazol

Seringa desc. 10 ml

Plasil amp

Seringa desc. 20 ml

Prolamina

Seringa desc. 05 ml

Revivan amp.

Sonda

Stuplanon amp.

Sonda folley

Cefalotina 1g

Sonda Nasogástrica

0.2 *Algodão*

Sonda Uretral nº

0.1 *Algodão*

Steridrem ml

0.1 *Algodão*

Torneirinha

Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES

Vaselina ml

Aguilha desc. 25 x 7

Gelcon 18

Aguilha desc. 28 x 28

Latex

0.1 Agulha desc. 3x45 4,0 X 12

05 elástica

0.1 Agulha p/ raque nº 25

0.5 Alcool de Enfermagem 70%

Alcool Iodado ml

0 Ataduras de Crepon 15 cm

0.1 Ataduras de Gessada *rigidez* c/ tapume

Azul metílico amp.

Benzina ml

SOROS

SG Normotérmico fr 500 ml

5 F 1/2 l/min

SG Gelado fr 500 ml

SG Hipertérmico fr 500 ml

SG Ringr fr 500 ml

SG fr 500 ml

GOVERNO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DA PARAÍBA Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Martinho L. de Souza IDADE: 47 SEXO: M

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 07/08/17

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

Assintomática Sintomática Oligossintomática

SINTOMAS:

<input type="checkbox"/> Cefalácia	<input type="checkbox"/> Tontura	<input type="checkbox"/> Síncope
<input type="checkbox"/> Dispnéia de esforço	<input type="checkbox"/> Grande	<input type="checkbox"/> Pequena
<input type="checkbox"/> Palpitações	<input type="checkbox"/> Média	<input type="checkbox"/> Oropnéia
<input type="checkbox"/> Dor Precordial	<input type="checkbox"/> Tosse Seca	<input type="checkbox"/> Expectoração
Relacionada: <input type="checkbox"/> Esforço	<input type="checkbox"/> Típica	<input type="checkbox"/> Atípica
	<input type="checkbox"/> Emoções	<input type="checkbox"/> Pós-prandial
	<input type="checkbox"/> Frio	

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hipertensão Pulmonar	<input type="checkbox"/> DPOC	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca Congestiva <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Insuficiência Coronariana	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Arritmias	<input type="checkbox"/> Insuf. Renal	<input type="checkbox"/> Aguda	<input type="checkbox"/> Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

Alergia a Medicamentos: sim Tabagismo
 Etilismo Sedentarismo
 Dislipidemia Cirúrgico sim Outros

Medicamentos em uso Não Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

Estado Geral Bom Regular Comprometido Precário Altura Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: ROR 2T, S/N

FC: 78 b.p.m P.A.: 110 x 60 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: normof

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

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

Obs.: _____

MOD. 043

Ass. do Médico

*Maria Inácia Queiroz Barbosa
Cardiologista
CRM 5463*





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

Diagnóstico

Fix $\mathbb{N} \ni (m, l \in \mathbb{N})$

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

八

Paciente	Martins Góderos	Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
06/10				
1	DIETA LIVRE	ct		Adm 5/23
2	SRL 1500ML EV 24H		10 20	paciente c/ história de acidente de vó
4	DIPIRONA 2ML EV 6/6H		00 06	caso vó em TN?
5	OMEPRAZOL 40MG EV JEJUM		06	
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9 EV 8/8H S/N			(0) i. Inflamação, s/ edema pl?
7	NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H S/N			07
8	CETOPROFENO 1 FA + AD EV 12/12H S/N		06	
9	CLEXANE 40 UI SC IR/DIA		00	
10	SSV + CCGG	ct	ct	Dr. Júlio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRW/PF-0965
11	Ortopedia e Traumatologia			
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				

MOD. 035



Assinado eletronicamente por: PATRICIO CANDIDO PEREIRA - 18/07/2019 15:40:40
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907181540374590000022139794>
Número do documento: 1907181540374590000022139794

Núm. 22822392 - Pág. 8

 GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes

Diagnóstico

Folha de Tratamento e Evolução

OK

FRATURA DE
TUF

Paciente	Leandro Guedes	Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
	DIETA GERAL	c.c.c		EGB VIGIL EUPNEICO
28/03/2013	DIPIRONA 2 ML EV 6/6H	12	18	BOA PERFUSAO NOS MMSS E MMII
	TIATIL 1 APM EV 12/12H	12	00	PELE SEM LESOES
	NAUSEDRON 1 FA EV 8/8H S/N	15/16	00	IMOBILIZACAO GESSADA
	OMEPRAZOL 20 MG VO 7H	07		EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS
	TRAMAL 100 MG EV 8/8H S/N	14	22	CD AGUARDA CIRURGIA
	JELCO HEPARINIZADO	c.c.c	06	VPM
	CCGG SSVV	c.c.c		
	ACESSO VENOSO	c.c.c		



DIAGNÓSTICO

17 TNF.





GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

Diagnóstico

FRATURA DE

07/08/2019 TNE

Folha de tratamento e Evolução

Paciente	Máximo Cordero	Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
19/07/2019	DIETA GERAL	12/13	EGB VIGIL EUPNEICO	
	DIPIRONA 2 ML EV 6/6H	12/13	BOA PERFUSAO NOS MMSS E MMII	
	TILATIL 1 APM FV 12/12H	12/13	PELE SEM LESOES	
	NAUSEDRON 1 FA EV 8/8H S/N	12/13	IMOBILIZACAO GESSADA	
	OMEPRAZOL 20 MG VO 7H	12/13	EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS	
	TRAMAL 100 MG EV 8/8H S/N	12/13	CD AGUARDA CIRURGIA	
	IELCO HEPARINIZADO	12/13	VPM	
	CCGG SSV			
	ACESSO VENOSO			





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes

Diagnóstico

Folha de Tratamento e Evolução

X ~~fr~~ ~~ok~~ FRATURA DE TUR

Paciente	Martinho Cardoso	Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
11/07	DIETA GERAL	ct	EGB VIGIL EUPNEICO	
	DIPIRONA 2 ML EV 6/6H	12 18 20 06	BOA PERFUSAO NOS MMSS E MMII	
	TILATIL 1 APM EV 12/12H	10 20	PFLE SEM LESOES	
	NAUSEDRON 1 FA EV 8/8H S/N		IMOBILIZACAO GESSADA	
	OMEPRAZOL 20 MG VO 7H	06		
	TRAMAL 100 MG EV 8/8H S/N		EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS	
	JELCO HEPARINIZADO	ct		
	CCGG SSVV	ct	CD AGUARDA CIRURGIA	
	ACESSO VENOSO	ct	VPM	

Dr. Aristóteles Queiroz Neto
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CIR. OMBRO E COLO/PELO
CRM/PI 10231
CRA/PI 19697

Dr. Aristóteles Queiroz Neto
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CIR. OMBRO E COLO/PELO
CRM/PI 10231
CRA/PI 19697



DIAGNÓSTICO

$$f + TN^2$$

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

at
5/4

fx tny €



DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes

Diagnóstico

FRATURA DE

TNT

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente)	Martinho Cordeiro	Alojamento)	1	Leito)	EX3	Convênio)
Data	Prescrição Médica	Horário		Evolução Médica		
5/8	DIETA GERAL	1X	18	24	06	EGB VIGIL EUPNEICO
	DIPIRONA 2 ML EV 6/6H					BOA PERFUSAO NOS MMSS E MM!!
	TILATIL 1 APM EV 12/12H	1X	24			PELE SEM LESOES
	NAUSEDRON 1 FA EV 8/8H S/N					IMOBILIZACAO GESSADA
	OMEPRAZOL 20 MG VO 7H	06				EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS
	TRAMAL 100 MG EV 8/8H S/N					CD AGUARDA CIRURGIA
	IELCO HEPARINIZADO					VPM
	CCGG SSVV					
	ACESSO VENOSO					

do tao xl

do otojden

Dr. Aristóteles Queiroz Neto
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGA
CIRURGIO DE OMBRO E COLO
CRM PB 100717857
CRM RJ 100717857

Dr. Aristóteles Queiroz Neto
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGA
CIRURGIO DE OMBRO E COLO
CRM RJ 100717857





Diagnóstico

107

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Pré-OP:



DIAGNÓSTICO

Ext. 3 Fix 1st (E)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FEIJA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK

Dr Crismarcos Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

MOD. 035



Assinado eletronicamente por: PATRICIO CANDIDO PEREIRA - 18/07/2019 15:40:40
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071815403745900000022139794>
Número do documento: 19071815403745900000022139794

Núm. 22822392 - Pág. 19



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLEDADE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SÁUDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins de direito, que o SAMU 192- Soledade prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente MARTINHO CORDEIRO DE LIMA, 47 anos, vítima de acidente de trânsito, motociclistico, no dia 06 de agosto de 2017, socorrido pelo Suporte de Atendimento Móvel de Urgência, aproximadamente as 18h 00 min, no Sítio Justino, próximo a São Vicente do Sérido, sendo vítima de uma possível fratura de tibia, encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, em Campina Grande.

Soledade, 25 de agosto de 2017.

Gláucia Michaelle F. Costa
COORDENADORA SAMU

GLAUCIA MICHAELLE FRANKLIN COSTA
COORDENADORA SAMU
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE

Rua Prefeito Inácio Claudino, nº 82 - Centro - Soledade - 58155-000 - 83-3383-1551

OCORRÊNCIA Nº 000043/18

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000043/18 registrada em 26/02/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e seis dias do mês de fevereiro do ano de 2018, nesta cidade de Soledade, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SOLEDADE, quando encontrava-se presente o Bel. DURVAL BARROS, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 15:34 horas, compareceu o Sr. MARTINHO CORDEIRO DE LIMA, com 47 anos de idade, filho de JOÃO CORDEIRO DE LIMA e ANALICE MARIA DA CONCEIÇÃO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de SERIDÓ - PB, Casado, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 1497260, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 00078181496, residindo à rua SITIO ALAGAMAR DOS LOURENÇOS, bairro ZONA RURAL, na cidade de SÃO VICENTE DO SERIDÓ - PB - PB, celular 987581406.

Declarou que:

QUE OCORREU UM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO NO DIA 06 DE AGOSTO DE 2017, POR VOLTA DAS 17:30 HORAS, PRÓXIMO A PB 177, MAIS PRECISAMENTE NA VIA QUYE DÁ ACESSO AO SÍTIO JUSTINO, MUNICÍPIO DE SÃO VICENTE DO SERIDÓ - PB, EM UMA ESTRADA DE CHÃO, HÁ CERCA DE 20 METROS PARA A MENCIONADA PISTA, QUANDO O COMUNICANTE PILOTAVA SUA MOTOCICLETA TIPO HONDA CG 125 TITAN ES, COR AZUL, PLACA MYE-2804 /RN, CHASSI Nº 9C2JC302001R6287, LICENCIADA EM NOME DE JUVENCIO FRANCISCO DA SILVA, E NO BAGAGEIRO VINHA A SUA ESPOSA MARIA APARECIDA PEREIRA, BRASILEIRA, EM UNIÃO ESTÁVEL, AGRICULTORA, NASCIDA EM 06/11/1965, PORTADORA DE RG Nº 001.277.639- SSP-RN, EXPEDIDA EM 11/06/2015 E CPF Nº 595.894.934-91, RESIDENTE NO MESMO ENDEREÇO SUPRA CITADO, A QUAL VINHA NO BANCO CARONA; ESCLARECE QUE O NOTICIANTE LOGO APÓS SAIR DA PISTA E ENTRAR NA MENCIONADA ESTRADA DE CHÃO OUTRO VEÍCULO TIPO FIAT UNO ELETTRONIC, DE COR VERMELHA, ANO FAB/MODELO 1994/94, PLACA JKX3822/PB, CHASSI Nº 9BD146000R5206711, LICENCIADO EM NOME DE WILMA DOS SANTOS LIMA, VINDO EM SENTIDO CONTRÁRIO E SENDO CONDUZIDO PELO SR. JOSÉ RODRIGO FERREIRA, MORADORA DA RUA DOS FUNCIONÁRIOS, Nº 284, CENTRO, SÃO VICENTE DO SERIDÓ/PB, O QUAL INVADIU A MÃO QUE TRAFEGAVA E LOGO BATEU FRONTALMENTE CONTRA A MOTOCICLETA DO DECLARANTE, CAUSANDO UM ACIDENTE ONDE O NOTICIANTE E SUA ESPOSA CAIRAM, TENDO O NOTICIANTE FRATURADO A Perna ESQUERDA EM TRÊS PARTES, AO PASSO QUE A SUA ESPOSA (MARIA APARECIDA PEREIRA) TEVE FRATURA COM ESMAGAMENTO DE FÉMUR DE SUA PERNAS ESQUERDA; E AMBOS FORAM SOCORRIDOS PARA O HOSPITAL DO DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE FORAM CIRURGIADOS APÓS TEREM SIDOS SOCORRIDOS PELO SAMU (DECLARANTE) E PELA AMBULÂNCIA (MARIA APARECIDA PEREIRA) DE SÃO VICENTE DO SERIDÓ-PB,. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Soledade, Segunda-feira, 26 de Fevereiro de 2018


MARTINHO CORDEIRO DE LIMA

Declarante


HELDER L. HENRIQUES - MAT. 133146-9

Escrivão





Assinado eletronicamente por: PATRICIO CANDIDO PEREIRA - 18/07/2019 15:40:32
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071815402973900000022140088>
Número do documento: 19071815402973900000022140088

Num. 22822586 - Pág. 1

MARTINHO CORDEIRO DE LIMA
SIT ALAGAMAR DO LOURENCO, SIN - AREA RURAL
SAO VICENTE DO SERIDO / PB CEP: 58158000 (AG: 85)

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B1230, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB-CEP 58071-680
CNPJ 09 015 183 /0001-40 Inst Est 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N°000544272
Cód. para Drb. Automática: 00011002433

0196 Acesse: www.energisa.com.br

ata prevista da
próxima leitura **CPF/ CNPJ/ RANI**

16/10/2017 **78181496**
Inst. Est.

5/1605243-3

Anterior **Atual** **Constante** **Consumo** **Dias**

Data	Leitura	Data	Leitura			
15/08/17	4190	14/09/17	4258	1	69	30

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa c/	Valor Base Calc	Aliq	ICMS(R\$)	ICMS	Pis/Coafis(R\$)	Base Calc	Pis	Coafis(R\$)
			Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS						
0801	Consumo em kWh	69.000	0,640850	44,84	44,84	25	11,21	44,84	0,20	0,84	
0801	Adic. B Vermelha			1,49	1,49	25	0,37	1,49	0,01	0,03	
0801	Adic. B Amarela			0,91	0,91	25	0,23	0,91	0,00	0,02	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS											
0804	JUROS DE MORA 08/2017			0,12	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0805	MULTA 08/2017			0,49	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

CL Código de Classificação do item **TOTAL** **47,85** **47 24** **11.81** **47,24** **0,21** **0,89**

Média últimos meses (kWh) **71**

VENCIMENTO **21/09/2017** **TOTAL A PAGAR** **R\$ 47,85**

Histórico de Consumo (kWh)

60	58	68	71	66	78	60	72	79	78	77	82
Ago/17	Jul/17	Jun/17	Maio/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16	Out/16	Set/16

RESERVADO AO FISCO
d52b.b805.ad56.ce38.282a.26d7.b9df.db71.

Indicadores de Qualidade 7/2017 - Pedra Branca

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	11,01	0,00		
DIC TRIMESTRAL	22,03	0,00	NOMINAL	220
DIC ANUAL	44,07	0,00		
FIC MENSAL	7,52	0,00	CONTRATADA	202
FIC TRIMESTRAL	15,04	0,00	LIMITE INFERIOR	231
ANUAL	30,09	0,00	LIMITE SUPERIOR	
	5,88	0,00		
	16,80	0,00		

Composição do Consumo

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	12,58	28,32
Compra de Energia	18,22	33,90
Serviço de Transmissão	1,93	4,03
Encargos Sist. e Serviços	3,49	7,28
Impostos Diretos e Encargos	13,82	28,46
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	47,85	100,00

Valor do EUSD (Ref. 7/2017) R\$ 5,86



PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

Outorgante:

Marlinho Cordeiro de Lima,
brasileiro, solteiro, advogado,
portador(a) RG nº 1.497.260 SSP/PB, CPF nº
000.781.814-96, residente e domiciliado(a)
no(a) Sítio Alvorada dos Javarecos, nº S/N
Zona Rural, Baixio do São Vicente do Seridó/PB; E-
mail: _____

Outorgado:

PATRÍCIO CÂNDIDO PEREIRA, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na OAB/PB sob nº 13.863B, com endereço profissional na Rua Santa Catarina, N.º 833, Liberdade, Campina Grande/PB, CEP.: 58.414-035, fone: (83) 98700.8099, (83) 99935.9957.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu bastante procurador o advogado supra, a quem confere amplos e gerais poderes para o foro em geral com a cláusula “ad Judicia”, conforme art. 38 parte final do CPC, **COM FIM ESPECIAL DE ENTRAR NA JUSTIÇA COM AÇÃO DE COBRANÇA PARA RECEBIMENTO DE SEGURO DPVAT**. Podendo o outorgado, confessar, assinar, desistir, propor acordo, receber intimações, dar quitações, transigir, apresentar réplica, oposições, firmar, apresentar recurso e contra razões, e ainda requerer seguro de vida, junto bem como, substabelecer esta com ou sem reservas de poderes, podendo e acompanhar todo processo até o final do julgamento, representado ainda o outorgante, para fins dos dispostos dos artigos 447 e 448 do Código de Processo Civil, podendo finalmente, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. **Os honorários advocatícios, em não havendo contrato que os regule, serão pagos a base de 20% (vinte por cento), sobre o valor bruto da condenação final, apurado em liquidação de sentença, sem prejuízo dos honorários de sucumbências, conforme aqui pactos através do presente Instrumento.**

Ramiro Grionak /PB, 10/06/2019.

Marlinho Cordeiro de Lima
OUTORGANTE

*Isento de reconhecimento de Firma, em face da Lei 8.952 de 13/12/1994, que dá nova redação ao artigo 38 do CPC.



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Martinho Cardoso de Lima,
blancano, São Pedro, Brasil, portador(a) RG nº
1.497.260 SSP/PB, CPF nº 000.781.814-96, residente e
domiciliado(a) no(a) Sítio Algodão dos Teófilo nº 511 -
Zona Rural, São Vicente do Seridó, declaro, nos
moldes do art. 1º da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983, com a finalidade de
obtenção do Benefício da Justiça Gratuita, conforme dispõe o art. 4º da Lei nº
1.060/50, que minha situação econômica não me permite pagar custas
processuais e honorários advocatícios, sem prejuízos do meu sustento próprio
e da minha família.

Compreendido /PB, 10 de 06 de 2019.

Martinho Cardoso de Lima
Declarante



CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Por este instrumento particular de **CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**, figurando como **CONTRATANTE**,

Martinho Cândido de Lima,
brasileiro, solteiro, agricultor, portador(a) RG nº
1.497.260 SSP/PB, CPF nº 000.781.884-96, residente e
domiciliado(a) no(a) *Sítio Alagomoré do Jureno*, nº *500*,
Zona Rural, *São Vicente do Seridó PB*;

E como **CONTRATADO**, o **ADVOGADO**, O Bel **PATRÍCIO CÂNDIDO PEREIRA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob nº 13.863B, com endereço profissional na Rua Santa Catarina, N.º 833, Liberdade, Campina Grande/PB, CEP.: 58.414-035, fone: (83) 98700.8099, (83) 99935.9957, têm entre si, justo e contratado, o que mutuamente aceitam e outorgam, mediante as cláusulas e condições seguintes:

1 - DO SERVIÇO JURÍDICO: O CONTRATADO, em face do presente instrumento contratual obriga-se a IMPETRAR NA JUSTIÇA COMUM, AÇÃO DE COBRANÇA PARA FINS DE RECEBIMENTO DE SEGURO DPVAT face a sinistro de trânsito;

2 - DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS: Pelos serviços prestados e especificados na cláusula 1, o CONTRATADO, receberá a título de honorários, 20% (VINTE POR CENTO), sobre o valor bruto da condenação final, apurado em liquidação de sentença, sem prejuízo dos honorários de sucumbências (nos termos do art. 23 do EOAB, Lei 8.906/94), conforme aqui pactos através do presente Instrumento.

3 - DA AÇÃO JUDICIAL IMPETRADA: Fica estabelecido que, iniciados os serviços especificados na cláusula 1, são devidos os honorários contratados por completo neste instrumento, ainda que em caso de desistência por parte do CONTRATANTE, ou se for cassado o mandato do CONTRATADO sem sua culpa, ou ainda, por acordo do CONTRATANTE com a parte contrária, sem a devida aquiescência do CONTRATADO, podendo este exigir os honorários de imediato.

Parágrafo Primeiro: Fica estabelecido que em caso de serviços de cobrança ou de execução, ou ainda de qualquer outra natureza, em que o CONTRATADO receba verba ou importância em nome do CONTRATANTE, este desde já, autoriza àquele, descontar os honorários advocatícios, da verba ou importância recebida, ficando obrigado o CONTRATADO a reembolsar o CONTRATANTE no valor correspondente ao saldo remanescente.

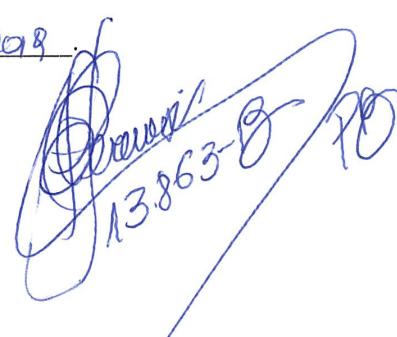
4 - DISPOSIÇÕES GERAIS: O presente contrato, com natureza de título executivo extrajudicial, nos termos do art. 585, inciso II do Código de Processo Civil, obriga as partes e seus herdeiros e sucessores em todas as obrigações aqui assumidas;

5 - DO FORO DE ELEIÇÃO: As partes elegem o Foro da Comarca de Campina Grande-PB, como o competente para dirimir quaisquer dúvidas e/ou divergências que porventura venham a ocorrer em virtude do cumprimento do presente contrato, em detrimento de qualquer outro por mais privilegiado que se configure.

E, por estarem, assim, justos e contratados, firmam o presente instrumento, ASSINAM, na presença das testemunhas abaixo assinadas, que a tudo assistem.

CONTRATANTE: *Martinho Cândido de Lima*
CONTRATADO: _____

TESTEMUNHAS: _____



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 3190220722 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARTINHO CORDEIRO DE LIMA

COBERTURA Invalidez

POONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO MARTINHO CORDEIRO DE LIMA

CPF/CNPJ: 00078181496

Posição em 20-06-2019 08:58:13

Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo.



EXCELENTESSIMO(A) SR(A) DR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL
DA COMARCA DE **SOLEDADE/PARAIBA**.

-PEDIDO DE JUSTIÇA GRATUITA;
-PROCESSO NEGADO ADMINISTRATIVAMENTE JUNTO A LIDER;

MARTINHO CORDEIRO DE LIMA, brasileiro, solteiro (união estável), agricultor, portador do RG nº 1.497.260 SSP/PB, CPF nº 000.781.814-96, residente e domiciliado no SÍTIO ALAGAMAR DOS LOURENÇOS, N° S/N, ZONA RURAL, SÃO VICENTE DO SERIDÓ/PB, CEP.: 58.158-000, por intermédio de seu advogado e procurador in fine assinado, procuração anexa (doc. 01), com endereço Profissional na Rua Santa Catarina, nº 833, Bairro da Liberdade, na Cidade de Campina Grande/PB, CEP.: 58.414-035, fone: (83) 98700-8099, (83) 99935-9957, E-mail: patricioadv@hotmail.com, com fundamento na Lei nº 6.194/1974 e Código Civil, vem perante Vossa Excelência, promover a presente

AÇÃO DE COBRANÇA (DPVAT/ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO) INVALIDEZ PERMANENTE

Em face da **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, pessoa jurídica de direito privado, CNPJ N° 09.248.608/0001-04, podendo ser citada por intermédio de seu representante legal, na RUA DA ASSEMBLEIA, nº 100, 26º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP.: 20011-904**, expondo e requerendo ao final o seguinte:

AB INITIO, diante da situação em que se encontra o promovente, requesta inicialmente a Justiça Gratuita de tal forma a poder ter acesso à Justiça e fazer valer o direito de igualdade.

Douto Julgador, é sabido que para que tenha eficácia o pedido de assistência judiciária gratuita, **nada basta além do simples pedido**, expondo a impossibilidade do constituinte em custear as despesas processuais, proferido em petição inicial. Assim apregoa a Lei de n.º 1.060, de 05.02.1950 do Código de Processo Penal em seu art. 4º caput, que nos diz o seguinte:

ART. 4º CAPUT: “A PARTE GOZARÁ DOS BENEFÍCIOS DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA, MEDIANTE SIMPLES AFIRMAÇÃO, NA PRÓPRIA PETIÇÃO INICIAL, DE QUE NÃO ESTÁ EM CONDIÇÕES DE PAGAR AS CUSTAS DO PROCESSO E OS HONORÁRIOS DE ADVOGADO, SEM PREJUÍZO PRÓPRIO OU DE SUA FAMÍLIA”.

Assim, procura-se evitar que alguém tenha frustrada a busca ou a defesa de seus direitos em decorrência de sua condição social, ou por insuficiência de meios econômicos. Em resumo, a prestação de assistência judiciária visa a assegurar duas garantias fundamentais: a igualdade de todos e o acesso a Justiça.

-PRELIMINARMENTE:

Inicialmente, antes de adentrarmos nos fatos da presente Demanda, cumpremos informar que a parte autora requereu administrativamente junto a PROMOVIDA, através do SINISTRO N° 3190220722 e teve seu pedido NEGADO.



-DOS FATOS:

O promovente foi vítima de acidente automobilístico, **fato verificado no dia 06 DE AGOSTO DE 2017, no final da tarde**, na estrada que dá acesso a Rodovia PB 177, nas proximidades do Sítio Justino, há 20 metros da mesma, zona rural, do Município de São Vicente do Seridó/PB.

O sinistro se deu quando o autor conduzia a motocicleta **HONDA CG 125 TITAN ES - COR AZUL - PLACAS MYE 2804 RN**, e ao sair da referida Rodovia PB 177, para entrar na estrada carroçável, deparou-se com um veículo FIAT UNO - COR VERMELHA - ANO 1994 - PLACAS JKX 3822 PB, que vinha na mão contraria, o que foi inevitável a colisão frontal entre os veículos.

Tudo conforme **CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL – VERSNDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO** anexado a inicial.

Declarou que:

QUE OCORreu UM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO NO DIA 06 DE AGOSTO DE 2017, POR VOLTA DAS 17:30 HORAS, PRÓXIMO A PB 177, MAIS PRECISAMENTE NA VIA QUYE DÁ ACESSO AO SÍTIO JUSTINO, MUNICÍPIO DE SÃO VICENTE DO SERIDÓ - PB, EM UMA ESTRADA DE CHÃO, HA CERCA DE 20 METROS PARA A MENCIONADA PISTA, QUANDO O COMUNICANTE PILOTAU SUA MOTOCICLETA TIPO HONDA CG 125 TITAN ES, COR AZUL, PLACA MYE-2804 /RN, CHASSI Nº 9C2JC302001R6287, LICENCIADA EM NOME DE JUVENICO FRANCISCO DA SILVA, E NO BAGAGEIRO VINHA A SUA ESPOSA MARIA APARECIDA PEREIRA, BRASILEIRA, EM UNIÃO ESTÁVEL, AGRICULTORA, NASCIDA EM 06/11/1965, PORTADORA DE RG Nº 001.277.639- SSP-RN, EXPEDIDA EM 11/06/2015 E CPF Nº 595.894.934-91, RESIDENTE NO MESMO ENDEREÇO SUPRA CITADO, A QUAL VINHA NO BANCO CARONA; ESCLARECE QUE O NOTICIANTE LOGO APÓS SAIR DA PISTA E ENTRAR NA MENCIONADA ESTRADA DE CHÃO OUTRO VEÍCULO TIPO FIAT UNO ELETTRONIC, DE COR VERMELHA, ANO FAB/MODELO 1994/94, PLACA JKX3822/PB, CHASSI Nº 9BD146000R5206711, LICENCIADO EM NOME DE WILMA DOS SANTOS LIMA, VINDO EM SENTIDO CONTRÁRIO E SENDO CONDUZIDO PELO SR. JOSÉ RODRIGO FERREIRA, MORADORA DA RUA DOS FUNCIONÁRIOS, Nº 284, CENTRO, SÃO VICENTE DO SERIDÓ/PB, O QUAL INVADIU A MÃO QUE TRAFEGAVA E LOGO BATEU FRONTALMENTE CONTRA A MOTOCICLETA DO DECLARANTE, CAUSANDO UM ACIDENTE ONDE O NOTICIANTE E SUA ESPOSA CAIRAM, TENDO O NOTICIANTE FRATURADO A Perna ESQUERDA EM TRÊS PARTES, AO PASSO QUE A SUA ESPOSA (MARIA APARECIDA PEREIRA) TEVE FRATURA COM ESMAGAMENTO DE FÉMUR DE SUA Perna ESQUERDA; E AMBOS FORAM SOCORRIDOS PARA O HOSPITAL DO DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE FORAM CIRURGIADOS APÓS TEREM SIDOS SOCORRIDOS PELO SAMU (DECLARANTE) E PELA AMBULÂNCIA (MARIA APARECIDA PEREIRA) DE SÃO VICENTE DO SERIDÓ-PB. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FE.

Soledade, Segunda-feira, 26 de Fevereiro de 2018


MARTINHO CORDEIRO DE LIMA
Declarante


HELDER L. HENRIQUES - MAT. 133146-9
Escrivão

O autor foi socorrido pelo **SAMU (DECLARAÇÃO ANEXA)** e encaminhado para o **HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES**, na cidade de Campina Grande/PB.

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins de direito, que o SAMU 192- Soledade prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente **MARTINHO CORDEIRO DE LIMA**, 47 anos, vítima de acidente de trânsito, motociclistico, no dia 06 de agosto de 2017, socorrido pelo Suporte de Atendimento Móvel de Urgência, aproximadamente as 18h 00 min, no Sítio Justino, próximo a São Vicente do Seridó, sendo vítima de uma possível fratura de tibia, encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, em Campina Grande.



Vale ressaltar, que devido sinistro, o autor permaneceu vários dias internado e sofreu vários traumas pelo corpo, em especial, **fraturas nos ossos da perna esquerda, onde sofreu intervenção cirúrgica.**

PRONT (B.E) N°:1481688		CLASS DE RISCO: VERMELHO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.877.8.268/0038-52		Data: 06/08/2017
Av. Mal. Floriano Pelxoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809		
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07		Atendente : Gisele De Oliveira Lopes
PACIENTE: MARTINHO CORDEIRO DE LIMA		CEP:58158000
Endereço :AGAMA DE LOURENCO		Sexo:M
Cidade: Seridó		Idade:047
Nome da Mée: ANA ALICE MARIA DA CONCEICAO		RG:
Responsável: JOSE BENEDITO CORDEIRO DE LIMA		CPF:
Estado Civil:		Data de Atend:06/08/2017
Motivo: ACIDENTE DE MOTO		Hora: 20:11:35
		CRM:
		Especialidade:



CRM:

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

Nome do Paciente <i>Montalvo Cordeiro</i>		Nº Prontuário
Data da Operação 230817	Enf.	Leito
Operador Dr. Anchi Ribeiro	1º Auxiliar Dr. Hallisson (Rz)	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório Fax tnz (E)		

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:				Montinho Pandeiro de Lima	TV: 20/06/1970
QI	LEITE	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO	GOVERNO DA PARAÍBA
	?	2 Seis	47 anos	1481688	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CIRURGIA: Reduzir o excesso de pele de Tórax (C)		CIRURGÃO		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
ANESTESIA		ANESTESIA			
Regia		Dra. Sônia Almeida			
INSTRUMENTADORA	DATA	INICIO	FIM		
	23/08/17	20:00hs	21:30hs		
Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd. FIOS	CÓDIGO	
Adrenalina ampo		Colostomy	Calicut comodato Serix		

Sabendo da existência do seguro obrigatório DPVAT, aciona a PROMOVIDA para que fosse paga a respectiva apólice, pois todos os proprietários de veículos automotores pagam anualmente o seguro de acidentes pessoais obrigatório. A norma legal ainda determina que a seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para o pagamento do DPVAT, **O QUE NA REALIDADE NÃO ACONTECE.**

Percebe-se, MM. Magistrado, que para o pagamento do seguro obrigatório só precisa SIMPLES PROVA DO ACIDENTE, bem como, que esta **seqüela foi decorrente de acidente automobilístico**. Senão vejamos, o que têm decidido nossos Tribunais Pátrios:

“34022772 – INDENIZAÇÃO – SEGURO – DPVAT – ACIDENTE DE TRÂNSITO – INVALIDEZ PERMANENTE – PROVA – Evidenciado nos autos as provas necessárias a demonstrar o acidente de trânsito e os danos permanentes na vítima, impõe-se o pagamento do seguro obrigatório DPVAT. (TAMG – AC 0315761-7 – 6º C.Civ. – Rel. Juiz Dárcio Lopardi Mendes – 11.01.2000)”



RECURSO: 621/05 (PROC. 44.530/04) – SEGURO DPVAT – INVALIDEZ PERMANENTE – PERÍCIA TÉCNICA – INEXATIDÃO DO GRAU DE INVALIDEZ – DESNECESSIDADE – VALOR DA INDENIZAÇÃO

CIVIL - INDENIZAÇÃO - SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT - INVALIDEZ PERMANENTE - PERÍCIA TÉCNICA. INEXATIDÃO DO GRAU DE INVALIDEZ. DESNECESSIDADE. INCOMPETÊNCIA DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL REPELIDA. VALOR DA INDENIZAÇÃO CONSOANTE A LEI DE REGÊNCIA. 1) - Se os elementos de prova dos autos, aliados à verossimilhança da versão do ofendido e de outras provas documentais, fazem emergir claramente o nexo causal entre o fato, as lesões e suas consequências, desnecessária se torna a realização de perícia técnica, não havendo o que se falar em complexidade da matéria probante que pudesse afastar a competência do Juizado Especial Cível. 2) - Configurada de modo efetivo, a invalidez permanente, ainda que não tenha resultado privação para o exercício laboral, faz jus a vítima ao seguro obrigatório, em percentual correspondente à extensão da lesão, por quanto as normas que regem a matéria não exigem a inteireza da invalidez, ou uma certa medida da perda física, mas a contempla em qualquer grau em que se verifique, desde que se defina a proporção real entre o dano e o seu valor. 3) - O quantum da condenação fixada em salários mínimos não representa fator social de correção e sim base de quantificação do montante resarcitório, não podendo ser limitada por atos administrativos normativos de hierarquia inferior. 4) - Recurso conhecido e improvido. (Relator Juiz MARCONI MARINHO, Julgado em 08 de junho de 2005).

-DO VALOR DEVIDO SEGUNDO DETERMINAÇÃO LEGAL:

A Lei nº. 6.194/74, que disciplina e rege o seguro obrigatório DPVAT, determina o pagamento da indenização às vítimas de acidente de trânsito, em casos de invalidez, conforme dispõe o art. 3º alínea b, determina o seguinte:

“Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada: (Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos).(...)

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)” - grifamos

Além do mais, na Lei 11.945 de 2009, que alterou a Lei do DPVAT de nº 6.194/74, trouxe consigo uma tabela onde delimita já o percentual a ser pago, independente de percentual pericial, exigindo apenas a comprovação da lesão sofrida por profissional competente, tanto o é, que a Unidade de Medicina Legal não mais delimita tal percentual nos seus laudos, tomando como parâmetro a referida Lei.

Notadamente, a indenização coberta pelo Seguro DPVAT tem como fato gerador os danos pessoais advindos de acidente de trânsito ou daquele decorrente da carga transportada por veículo automotor terrestre, **não ostentando, portanto, vinculação exclusiva com a incapacidade laborativa, a qual encontra sua reparação no âmbito previdenciário.** Recentemente, o SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, através da publicação do Recurso Especial 876.102 DF, PUBLICADO EM 01/02/2012, tem entendido:

RESPONSABILIDADE CIVIL. RECURSO ESPECIAL. SEGURO DPVAT. LEI 6.194/74. INCAPACIDADE PERMANENTE. CONCEITO E EXTENSÃO. DEFORMIDADE FÍSICA PERMANENTE LIMITADORA DA PRÁTICA DE ATIVIDADES COSTUMEIRAS.

- 1. O Seguro DPVAT tem a finalidade de amparar as vítimas de acidentes causados por veículos automotores terrestres ou pela carga transportada, ostentando a natureza do seguro de danos pessoais, cujo escopo é eminentemente social, por quanto transfere para o segurador os efeitos econômicos do risco da responsabilidade civil do proprietário em reparar danos a vítimas de trânsito, independentemente da existência de culpa no sinistro.**
- 2. Em interpretação sistemática da legislação securitária (Lei 6.194/74), a "incapacidade permanente" é a deformidade física decorrente de lesões corporais graves, que não desaparecem nem se modificam para melhor com as medidas terapêuticas comuns, habituais e aceitas pela ciência da época.**
- 3. A "incapacidade" pressupõe qualquer atividade desempenhada pela vítima - a prática de atos do cotidiano, o trabalho ou o esporte, indistintamente - e, por óbvio, implica mudança compulsória e indesejada de vida do indivíduo, ocasionando-lhe desabro, dor e sofrimento.**
- 4. No caso em exame, a sentença, com ampla cognição fático-probatória, consignou a deformidade física parcial e permanente do recorrente em virtude do acidente de trânsito, encontrando-se satisfeitos os requisitos exigidos pelo art. 5º da Lei 6.194/74 para configuração da obrigação de indenizar.**
- 5. Recurso especial provido para reconhecer o direito do recorrente à indenização, restabelecendo a sentença inclusive quanto aos ônus sucumbenciais.**

(Resp 876102/DF, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 22/11/2011, DJe 01/02/2012)



Destarte, em interpretação sistemática da legislação securitária de danos pessoais, a "incapacidade permanente" é a deformidade ou debilidade física decorrente de lesões corporais graves, que não desaparecem nem se modificam para melhor com as medidas terapêuticas comuns, habituais e aceitas pela ciência da época. É o que se infere das definições encontradas em consultas realizadas nos seguintes sítios oficiais:

- a) da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP: "perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão decorrente de acidente pessoal" (www.susep.gov.br);
- b) do Seguro DPVAT: "a perda ou redução, em caráter definitivo, das funções de um membro ou órgão, em decorrência de acidente provocado por veículo automotor" (www.dpvatseguro.com.br).

Impende salientar que a aferição da extensão da perda ou redução das funções do membro ou órgão da vítima de acidente com veículo automotor ou carga transportada, é realizada com supedâneo em exame pericial e demais documentos comprobatórios, portanto, analisada nas instâncias ordinárias, as quais detêm ampla cognição fático-probatória para esse mister.

Não obstante, insta salientar que a "incapacidade" pressupõe qualquer atividade desempenhada pela vítima - a prática de atos do cotidiano, o trabalho ou o esporte, indistintamente -, o que, por óbvio, implica a mudança compulsória e indesejada de vida, ocasionando-lhe dissabor, dor e sofrimento. Destarte, caracterizada a deformidade física parcial e permanente do recorrente em virtude de acidente de trânsito, encontram-se satisfeitos os requisitos exigidos pela Lei 6.194/74 para que se configure o dever de indenizar, conforme art. 5º. Da referida Lei. Neste sentido, os seguintes julgados do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais:

"Ação de Cobrança - Preliminar - Carência de Ação - Rejeitada - Preliminar - Indeferimento da Inicial - Rejeitada - DPVAT - Invalidez Permanente - Comprovação - Indenização - Devida - Litigância De Má-Fé - Condenação Indevida - Honorários Advocatícios - Valor - Manutenção - Reforma Parcial Da R. Sentença. A cobrança judicial da indenização do seguro DPVAT não depende do prévio esgotamento da via administrativa pelo beneficiário, já que a Constituição Federal, em seu artigo 5º, inciso XXXV dispõe que a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça de direito. Devido o pagamento do seguro obrigatório garantido pela Lei n. 6.194/74, já que restou provado que a debilidade permanente do membro superior direito da parte apelada foi causada por acidente com veículo automotor terrestre. Inteligência do artigo 5º da Lei n. 6.194/74. Uma lesão permanente na vítima não pode ser quantificada de forma matemática, como se cada parte do corpo tivesse um determinado percentual de utilidade. Tal assertiva se mostra até mesmo imoral, porque afronta o fim social da imposição do seguro. Conforme já esposado, o corpo humano é como se fosse uma máquina na qual cada peça desempenhasse um papel vital e fundamental. Se uma destas peças se perde, o desempenho do corpo como um todo, resta fatalmente prejudicado. Daí porque não há como se quantificar a extensão da invalidez no caso de indenização devida em função do seguro obrigatório DPVAT. (...)" (Grifos nossos)

"Ação de Cobrança - Seguro Obrigatório - DPVAT - Invalidez Permanente - Comprovação - Valor da Indenização - Patamar Máximo - 40 Salários Mínimos - Previsão na Lei 6.194/74. Em se tratando de pedido relativo a seguro obrigatório, tendo a lesão sofrida em função de acidente automobilístico causado debilidade permanente, a indenização dever ser arbitrada no grau máximo disposto na legislação. O Conselho Nacional de Seguros Privados não detém competência para estabelecer o quantum indenizável, sendo certo que as portarias ou resoluções por ele editadas não podem alterar ou prevalecer sobre a lei federal que rege a matéria." (Grifos nossos)

Resta provado que a demandada deve pagar ao promovente a importância acima declinada, cujo valor deve ser devidamente corrigido monetariamente e acrescido de juros, desde a data do evento danoso, tomando-se como base a SÚMULA 54 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, in verbis:

"Os juros moratórios fluem a partir do evento danoso em casos de responsabilidade extra contratual".

O direito do promovente é LIQUIDO E CERTO, basta uma simples interpretação macroscópica para se vislumbrar com a concretividade do caso em tela.



-DO PEDIDO:

DIANTE O EXPOSTO, REQUER a Vossa Excelência de conformidade com a Lei 6.194/74, art. 3º, II, a PROCEDÊNCIA DA PRESENTE DEMANDA, para o fim de determinar que o promovido indenize o(a) promovente pela **DEBILIDADE PERMANENTE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**, ocasionado por acidente de trânsito (DPVAT), no valor correspondente a **R\$ 6.750,00 (Seis mil, setecentos e cinquenta reais)**, acrescentados de correção monetária plena e juros a base de 1%, retroativos a data do sinistro, ou seja, 06/08/2017, conforme a Súmula 54 do STJ, requerendo ainda:

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 (citação através de AR - Correios e Telégrafos);

2- 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;

3- 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;

4- Seja a demandada condenada em honorários advocatícios em 20% sobre o valor da condenação, mais custas processuais e demais emolumentos;

5- Finalmente requer a **gratuidade da Justiça** nos termos do art. 2º da Lei n. 1.060/50, por ser o(a) mesmo(a) pobre na forma da lei, bem como, com arrimo no artigo 98 e SS do Novo Código de Processo Civil;

Dá a presente causa o valor de **R\$ 6.750,00 (Seis mil, setecentos e cinquenta reais)**, para efeitos meramente fiscais.

Nestes termos,
Pede e Espera deferimento.
Campina Grande/PB, 10 de junho de 2019.

Patrício Cândido Pereira
OAB/PB n. 13.863-B.

QUESITOS:

- 1- O(a) autor(a) sofreu algum DANO devido ao acidente de trânsito?
- 2- Qual o membro/sentido afetado(s)? Há ou não fratura(s) não-consolidada(s)?
- 3- Sofre o(a) autor(a) alguma invalidez ou debilidade no(s) membro/sentido(s) afetado(s)?
- 4- Caso positivo, qual o grau de invalidez do(s) membro/sentido(s) afetado(s)?
- 5- Esclarecer se existe nexo causal entre o acidente noticiado e a lesão apresentada pelo(a) autor(a)?
- 6- Queira o perito esclarecer tudo que mais julgue necessário.





**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Soledade**

Vistos etc.

Desnecessária a realização de audiência de conciliação, diante da necessidade de perícia médica.

Sendo assim, cite-se o promovido para contestar a ação.

Cumpra-se.

Soledade, data do protocolo eletrônico.

Juiz(a) de Direito

