



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
22821751	18/07/2019 15:42	Petição Inicial	Petição Inicial
22821786	18/07/2019 15:42	prontuario medico - HETDLGF (3)	Documento de Comprovação
22822385	18/07/2019 15:42	Guia de custas previas	Documento de Comprovação
22822389	18/07/2019 15:42	prontuario medico - HETDLGF (2)	Documento de Comprovação
22822392	18/07/2019 15:42	prontuario medico - HETDLGF (1)	Documento de Comprovação
22822576	18/07/2019 15:42	declaração do SAMU	Documento de Comprovação
22822579	18/07/2019 15:42	Certidão policial	Documento de Comprovação
22822586	18/07/2019 15:42	documentos pessoais e comprovante de residencia	Documento de Identificação
22822589	18/07/2019 15:42	procuração e outros	Procuração
22822595	18/07/2019 15:42	comprovante de negativa administrativa	Documento de Comprovação
22822749	18/07/2019 15:42	ação de DPVAT por Invalidez - martinho cordeiro de lima	Outros Documentos
22946728	13/08/2019 09:15	Despacho	Despacho

INICIAL EM ANEXO - FORMATO PDF



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1 IDENTIFICAÇÃO

Nome: Martinho Coedeiro Registro: _____ Leito: Ex 3 Setor Atual: Atop 2

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:

3 AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICORRACIONAIS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

Ausculat. pulmonar: Murmúrio vesicular presente: (X) Diminuídos () D () E

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: (✓) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: (✓) ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: (✓) Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (✓) Periférico () Central () Dissecção. Localização: M6E 15-22 Data da punção 20/08/17	
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 () Gatronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: 1/1/	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: (✓) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: (✓) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (✓) Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: (✓) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (✓) Íntegra () 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: 23/08/17	
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:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (✓) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (✓) Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Paciente em EGR, consciente e orientado, no momento sem queixas, aguardando procedimento cirúrgico que está com previsão para hoje, segue em observação.	
Enfermeira COREN-PR 506357	
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).



Fx. TPE E

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

47 anos

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Martinho Godeiro Registro: Leito: EX-3 Setor Atual: INT. II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36.6 °C; P: bpm; FR: 72 irpm; PA: mmHg; FC: 79 bpm; SPO2: 99 %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

(X) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: (X) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? , Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: (X) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção ____/____/____	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (X) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa (X) Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: (X) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: (X) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (X) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: (X) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: <u>22/08/77</u>	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente (X) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia (X) Sono Interrompido. Observações: <u>P/ Patologia</u>	
4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5. NECESSIDADES PSICOGESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <u>Católico</u> () Praticante (X) Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<u>Paciente aguardando cirurgia, e segue sob</u>	
<u>coordenação da equipe.</u>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: <u>22/08/77</u> HORA: <u>8:30</u> h	
<u>Renele Silva</u>	
<u>Enfermeira</u>	
<u>COLEN-PB 32000</u>	

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Marinho Cordeiro Registro: Leito: Ex. 3 Setor Atual: Atop 2

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

Ausculata 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 () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>W.P. M.S.E</u> Data da punção: <u>17/08/17</u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: <u>17/08/17</u>	
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 () Hematúria () SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () 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 <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas <input checked="" type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4- AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5- NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<u>Paciente em EGR, aguarda procedimento cirúrgico, sem intercorrências</u>	
Assinatura: _____	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____ DATA: <u>21/08/17</u> HORA: <u>17:25</u> h	

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: MARTINHO CORDEIRO Registro: _____ Leito: EX-3 Setor Atual: ORTO 2

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES SISTÊMICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

(x) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros: _____

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Martinho Lordeiro Registro: Ex. 3 Leito: Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: (x) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()			
Drogas vasoativas: () Quais?		Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: (x) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Cateter vascular: (x) Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>YMSD</u> Data da punção <u>15/08/17</u>			
Edema: (x) MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Tipo somático: (x) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
Dentição: () Completa (x) Incompleta () Prótese.			
Alimentação: (x) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: <u>15/08/17</u>			
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:			
Abdômen: (x) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:			
RHA: (x) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados			
Eliminação intestinal: (x) Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros:			
Eliminação urinária: (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito _____ ml/h;			
Aspecto: () Outros: _____ Observações:			
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: (x) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:			
Coloração da pele: (x) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado			
Condições das mucosas: (x) Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()			
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____		Curativo em: _____	
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____		Débito: _____ Retirado em: _____	
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____		Descrição: _____ Curativo: _____	
CUIDADO CORPORAL			
Cuidado corporal: () Independente () Dependente (x) Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.			
Limitação física: (x) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:			
SONO E REPOUSO			
(x) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:			
4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: (x) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:			
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:			
5. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE			
Tipo: _____ () Praticante () Não praticante. Observações:			
INTERCORRÊNCIAS			
<u>Fratura M I E (2017)</u>			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:		DATA: <u>17/08/17</u> HORA: _____ h	

Elaine Alonsgrde Sousa
ENFERMEIRA
COREN-PB 78656

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Edilson Arriscado Silva Registro: _____ Leito: Ex - 3 Setor Atual: onp. II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36.2 °C; P: _____ bpm; FR: 12 irpm; PA: 120/ mmHg; FC: 78 bpm; SPO2: 98 %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



GOVERNO DA PARAIBA 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): MARLYNHO PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL N.º _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE N.º 302.7 NO CID DURANTE
PERÍODO DE 06 08 2017 A 21 08 2017 NECESSITANDO DE
25 08 2017 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande

Ass. do Médico

AUTORIZAÇÃO

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

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060



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 PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.



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

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

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



Diagnóstico

$$F \times \exp \left(\frac{1}{2} \ln 2 + \frac{1}{2} \ln 2 \right)$$
FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP:

Paciente	Martha Gonsalves	Alojamento	EX	Leito	3	Convênio	/
----------	------------------	------------	----	-------	---	----------	---

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
20/8	1 DIETA LIVRE		
	2 JELCO SALINIZADO		#ORTOPEDIA# DIH: __°
	4 DIPIRONA 2ML EV 6/6H	12:48 24/08	
	5 OMEPRAZOL 40MG EV 1x/12h	08:00	
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9 EV 8/8H S/N		BEG, estável sem intercorrências Diversos + FVZwspes +
	7 NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H S/N		
	8 TILATIL 20 mg + AD - EV 12/12h S/N		
	9 CLEXANE 40 UI- SC 1x/DIA	18:00	# CD: VPM
	10 SSVV + CCGG		
	Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/PB-9865		Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/PB-9865

MOD. 035



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK (1)

DIAGNÓSTICO

Ex: 2

$$F_x \nabla u_z + T_{iB} A$$

Paciente	Manfredo Lordeiro		Alojamento:	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica		
1. Dieta	CT				
2. SRI 1500ml EV/24h	CT				
3. Dipirone 02ML+ AD EV 06/06h	✓	✓	Paciente estável		
4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	✓	✓	Aguarda mais exames		
5. Omeprazol 40mg EV/Jejum			VEM		
6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	SIN	✓			
7. Nauseudron 01 FA + AD EV 8/8h SN	SIN	✓			
8. Clexane 40mg SC/dia		✓			
9. SSVV + CCGG	CT				
10. 10ml snta 50mg (12/12h)	SIN	✓			
11. 10ml snta 50mg (12/12h)					
12. 10ml snta 50mg (12/12h)					
13. 10ml snta 50mg (12/12h)					
14. 10ml snta 50mg (12/12h)					
15. 10ml snta 50mg (12/12h)					
16. 10ml snta 50mg (12/12h)					
17. 10ml snta 50mg (12/12h)					
18. 10ml snta 50mg (12/12h)					
19. 10ml snta 50mg (12/12h)					
20. 10ml snta 50mg (12/12h)					
21. 10ml snta 50mg (12/12h)					
22. 10ml snta 50mg (12/12h)					
23. 10ml snta 50mg (12/12h)					
24. 10ml snta 50mg (12/12h)					
25. 10ml snta 50mg (12/12h)					
26. 10ml snta 50mg (12/12h)					
27. 10ml snta 50mg (12/12h)					
28. 10ml snta 50mg (12/12h)					
29. 10ml snta 50mg (12/12h)					
30. 10ml snta 50mg (12/12h)					
31. 10ml snta 50mg (12/12h)					
32. 10ml snta 50mg (12/12h)					
33. 10ml snta 50mg (12/12h)					
34. 10ml snta 50mg (12/12h)					
35. 10ml snta 50mg (12/12h)					
36. 10ml snta 50mg (12/12h)					
37. 10ml snta 50mg (12/12h)					
38. 10ml snta 50mg (12/12h)					
39. 10ml snta 50mg (12/12h)					
40. 10ml snta 50mg (12/12h)					
41. 10ml snta 50mg (12/12h)					
42. 10ml snta 50mg (12/12h)					
43. 10ml snta 50mg (12/12h)					
44. 10ml snta 50mg (12/12h)					
45. 10ml snta 50mg (12/12h)					
46. 10ml snta 50mg (12/12h)					
47. 10ml snta 50mg (12/12h)					
48. 10ml snta 50mg (12/12h)					
49. 10ml snta 50mg (12/12h)					
50. 10ml snta 50mg (12/12h)					
51. 10ml snta 50mg (12/12h)					
52. 10ml snta 50mg (12/12h)					
53. 10ml snta 50mg (12/12h)					
54. 10ml snta 50mg (12/12h)					
55. 10ml snta 50mg (12/12h)					
56. 10ml snta 50mg (12/12h)					
57. 10ml snta 50mg (12/12h)					
58. 10ml snta 50mg (12/12h)					
59. 10ml snta 50mg (12/12h)					
60. 10ml snta 50mg (12/12h)					
61. 10ml snta 50mg (12/12h)					
62. 10ml snta 50mg (12/12h)					
63. 10ml snta 50mg (12/12h)					
64. 10ml snta 50mg (12/12h)					
65. 10ml snta 50mg (12/12h)					
66. 10ml snta 50mg (12/12h)					
67. 10ml snta 50mg (12/12h)					
68. 10ml snta 50mg (12/12h)					
69. 10ml snta 50mg (12/12h)					
70. 10ml snta 50mg (12/12h)					
71. 10ml snta 50mg (12/12h)					
72. 10ml snta 50mg (12/12h)					
73. 10ml snta 50mg (12/12h)					
74. 10ml snta 50mg (12/12h)					
75. 10ml snta 50mg (12/12h)					
76. 10ml snta 50mg (12/12h)					
77. 10ml snta 50mg (12/12h)					
78. 10ml snta 50mg (12/12h)					
79. 10ml snta 50mg (12/12h)					
80. 10ml snta 50mg (12/12h)					
81. 10ml snta 50mg (12/12h)					
82. 10ml snta 50mg (12/12h)					
83. 10ml snta 50mg (12/12h)					
84. 10ml snta 50mg (12/12h)					
85. 10ml snta 50mg (12/12h)					
86. 10ml snta 50mg (12/12h)					
87. 10ml snta 50mg (12/12h)					
88. 10ml snta 50mg (12/12h)					
89. 10ml snta 50mg (12/12h)					
90. 10ml snta 50mg (12/12h)					
91. 10ml snta 50mg (12/12h)					
92. 10ml snta 50mg (12/12h)					
93. 10ml snta 50mg (12/12h)					
94. 10ml snta 50mg (12/12h)					
95. 10ml snta 50mg (12/12h)					
96. 10ml snta 50mg (12/12h)					
97. 10ml snta 50mg (12/12h)					
98. 10ml snta 50mg (12/12h)					
99. 10ml snta 50mg (12/12h)					
100. 10ml snta 50mg (12/12h)					



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

[Handwritten signature]

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Marcos Antonio Corderiro	Enfermaria	3	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
03/08	1. Dieta PI MAS		
	2. SRL 1500ml EV/24h		
	3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h		
	4. Tilatid 20mg + AD EV 12/12h Somp.		REG estavel s/ distúrbios
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum		
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN		cd: VAN
	7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN		
	8. Clexane 40mg SC/dia		
	9. SSVV + CCGG		
	hospedagem 50mg v 12-12h		Prontidão cirúrgica
	Ceftriaxone 1g EV 12/12h		
	Cefotaxima 100mg + 100ml SF EV 8/8h		
	Cloran MIE		
	Cirastio		
	Hallison Barros de Almeida ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		Hallison Barros de Almeida ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
			POI
			Pt submetido a procedimento cirúrgico ortopédico sem intercorrência
			cd: VAN
			Rx controle
			Hallison Barros de Almeida ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CD - 20/08/2019



DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Extra III ou Fx. T12 + fíbula

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
Marcelino Gordin			
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
14/7	1. Dieta Livre - HAS	12/24	Paciente estável, 10 dias
	2. SRT 1500ml EV/24h. Meflo Salvia Adm	12/24	Unidade realizada dentro A
	3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h	12/24	Atendimento realizado. 10/10
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	12/24	Alta programada 1/10/2019
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	12/24	
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h (SN)	12/24	
	7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h (SN)	12/24	
	8. Clexane 40mg SC/dia	12/24	
	9. SSVV + CCGG	12/24	
	10. Lomoxana 50mg (60) 12/24	12/24	
	11. Ceftriaxona 1g (60) 12/24	12/24	
	12. Curatifur 100mg (60)	12/24	
	Dr. Eduardo Braga Morais Ortopedia - Traumatologia CRM - PB 6588		
21/8	Curatifur F		Curatifur F
	ALTA		ALTA
	at		



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Martimelly Luxemburgo Roma</u>			
IDADE: <u>47a</u>	SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: / / às h	
SETOR: <u>Amarela</u>		LEITO:	
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Obstetria</u>			
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/> TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/> EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/> 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:	DEÂMBULA <input checked="" type="checkbox"/> DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/> ACAMADO <input checked="" type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (ETA)	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <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: <u>MIG</u>		
<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: <u>acamado</u>		
<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:		
Assinatura do Enfermeiro Responsável		CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	
Karyanna A. A. Rocha		FR: FATOR RELACIONADO	
Enfermeira			
COREN 518319			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<u>12/12</u>	
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.		<u>5h</u>	
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.		<u>5h</u>	
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.		<u>5h</u>	
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).		<u>5h</u>	
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.		<u>5h</u>	
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.		<u>5h</u>	
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.		<u>5h</u>	
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).		<u>12/12</u>	
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		<u>5h</u>	
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.			

MOD 125



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Martinho Gedeão Lima</u>			
IDADE: <u>47</u>	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATA DE NASCIMENTO: <u>20/06/70</u>	às : h
SETOR: <u>Amarelo</u>		LEITO:	
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Ex MJE</u>			
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPO TENSÃO <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input type="checkbox"/>	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/> TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/> EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>	
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input type="checkbox"/> DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/> ACAMADO <input type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>	
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/>		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> CAQUÉTICC <input type="checkbox"/>		
DADOS VITAIS:	PA: T: FR: FC: PESO:		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <u>AVP</u>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
Assinatura do Enfermeiro Responsável: <u>Franciene G. de Oliveira Lima</u>		CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	
ENFERMEIRA		FR: FATOR RELACIONADO	
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL		APRAZAMENTO	ASSINATURA
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		<u>12/12</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.			
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.			
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).		<u>12/12</u>	
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.			
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.			

MOD 125



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Antônio Carlos de Lima</u>			
IDADE: <u>40 anos</u>	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATA DE NASCIMENTO: <u>08</u> / <u>08</u> / <u>1978</u> às <u>08</u> h	
SETOR: <u>Amarela</u>		LEITO: <u>08</u>	
DIAGNÓSTICO MÉDICO:			
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> EUPNEICO <input checked="" type="checkbox"/>	BRADIPNEICO <input type="checkbox"/>	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/>	SVD <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"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEIT <input type="checkbox"/>	
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/>		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>	
DADOS VITAIS:	PA: <u>120/80</u> T: <u>36,5</u> FR: <u>18</u> FC: <u>72</u> PESO: <u>70</u>		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR: <u>amb. com exames de</u>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <u>CAVP</u>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input checked="" type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR: <u>Incap. de ir ao banheiro</u>		
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS	APRAZAMENTO: <u>40 22</u>	ASSINATURA	
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR		REC. DE ENFERMAGEM	
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA		COREN - PB. 94.456	
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA			
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ)			
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS			
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°			
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO			
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA)	<u>M H N</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO	<u>sempre</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE	<u>sempre</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE			

MOD 125



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Martinho Cordeiro</u>			
IDADE: <u>47</u>	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATA DE NASCIMENTO: / / às h	
SETOR: <u>Amarela</u>		LEITO:	
DIAGNÓSTICO MÉDICO:			
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 type="checkbox"/>	QUAIS:	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input 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 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"/>	
BILIDADE:	DUSÚRIA <input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>	
	DEÂMBULA <input checked="" type="checkbox"/> DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>	
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>	
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>	
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/> CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>	
DADOS VITAIS:	PA: T: FR: FC: PESO:		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <u>proc. amarela</u>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA		FR: FATOR RELACIONADO	
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<u>08/19</u>	<u>[Assinatura]</u>
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.			
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).		<u>sempre</u>	<u>[Assinatura]</u>
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		<u>contínuo</u>	<u>[Assinatura]</u>
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.		<u>sempre</u>	<u>[Assinatura]</u>

MOD 125



4108/16

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

43/08/17

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Matheus Loureiro de Lima</u>			
IDADE: <u>47</u>	SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: <u>/ /</u> às <u>:</u> h	
SETOR: <u>Out.</u>	LEITO: <u>08</u>		
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Fx T23</u>			
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:	HIPO TENSÃO <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/> TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/> EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>		
SIST GAS. ROINTEATINAL: (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 VITAIS:	PA: <u></u> T: <u></u> FR: <u></u> FC: <u></u> PESO: <u></u>		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM:			
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR: <u>Prejuízo de equilíbrio</u>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR: <u></u>		
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <u>Precedente de amputação</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR: <u>ambiente refrigerado</u>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR: <u></u>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR: <u></u>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR: <u></u>		
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR: <u></u>		
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR: <u></u>		
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR: <u></u>		
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR: <u></u>		
<input checked="" type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR: <u></u>		
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR: <u></u>		
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR: <u></u>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR: <u></u>		
<input type="checkbox"/>	CD/FR: <u></u>		
<input type="checkbox"/>	CD/FR: <u></u>		
<input type="checkbox"/>	CD/FR: <u></u>		
<input type="checkbox"/>	CD/FR: <u></u>		
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO:	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<u>08/20</u>	
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.			
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA.		<u>MITA</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		<u>Sempre</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.		<u>Continuar</u>	

MOD 125



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM		11/08/17	
NOME: <u>Martinho Cordeiro de Lima</u>			
IDADE: <u>47</u>	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATA DE NASCIMENTO: <u>1</u> / <u>1</u> às <u>:</u> h	
SETOR: <u>Amarela</u>		LEITO: <u></u>	
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>px TNE</u>			
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> EUPNEICO <input type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/>		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DUSÚRIA <input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
	DEÂMBULA <input type="checkbox"/> DEÂMBULA C/APOIO <input type="checkbox"/> ACAMADO <input type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR <input checked="" type="checkbox"/>		
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/>		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>		
DADOS VITAIS:	PA: <u></u> T: <u></u> FR: <u></u> FC: <u></u> PESO: <u></u>		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA		CD/FR: <u>excesso de maca</u>	
<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"/> NAUSEA		CD/FR:	
<input checked="" type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA		CD/FR: <u>da própria patologia</u>	
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO		CD/FR:	
<input type="checkbox"/>		CD/FR:	
<input type="checkbox"/>		CD/FR:	
<input type="checkbox"/>		CD/FR:	
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<u>2x dia</u>	<u>[assinatura]</u>
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.			
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).			
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.			<u>[assinatura]</u>
<input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.			<u>[assinatura]</u>

MOD 125



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Martinho Perdeiro Registro: Ex. 3 Leito: Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

Ausculat 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:

PERCEÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

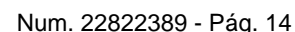
(x) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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



06/08/2017

HTCG-Painel Administrativo



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: 08.778.268/0038-52

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: RUA DE LOURENÇO

Sexo: M

Telefone: 987793845

Cidade: Seridó

Idade: 047

Bairro: ZONA RURAL

Nome da Mãe: ANA ALICE MARIA DA CONCEICAO

RG:

Nº 0

CPF:

Profissão: AGRICULTOR

Responsável: JOSE BENEDITO CORDEIRO DE LIMA

Data de

Atend: 06/08/2017

CNS: 709002845807617

Estado Civil:

Hora: 20:11:35

CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

CRM:

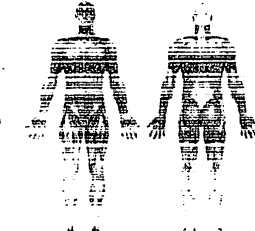
Especialidade:

Módulo:

Módulo:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Enfiamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortado
16. F. Cortado-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-contuso
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Inguetamento Vento
23. Laceração
24. Lesão tendão
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNÓSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO () COS

6000 C

Paciente vítima de acidente de moto trazida pelo SAMU com lesão cervical e mancha rígida relacionada com trauma. Nega vômito, náusea e perda de consciência. Atende às perguntas feitas pelo médico e não sabe o que aconteceu.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

NEGA

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA HGT: SatO2 99%

A. Voz ouvida. Pulso e temperatura normais.

B. Resposta adequada ao ambiente.

C. Pupilas de 3mm e reações normais. FC: 105 bpm

D. -

E. Ferimento de mão esquerda em nível 5.

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia:

() Radiografias: tórax, punho, tornozelo

()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: ortopedia / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS HORÁRIO REALIZADO

1. Exame físico, 15. EV, 6.6h

2.

3.

4.

5.

6.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Daniel de O. Ferreira
 Cir. Geral / Urologia
 CRM-PB 1070

http://projetohtcg/hsp/urgencia.php?contar=1481688

1/2

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

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071815403745900000022139794

Número do documento: 19071815403745900000022139794

Num. 22822392 - Pág. 1



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Samu

Ficha de Acolhimento

Nome:	Martinho Cordeiro de Lima		
End:	Bitão Lagamar de Laureano	Bairro:	São Vicente
Data de Nascimento:	20.08.70	Documento de Identificação:	do Perindro
Queixa:	Ar de moto	Data do Atend.:	06.08.17
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	Hora: 20.07 Documento:

Classificação de Risco

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

MOD. 110

Estratificação

(X) Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional





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

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Monteiro Cordeiro			
Data da Operação	230817	Enf.	Leito
Operador	Dr. Anselmo Ribeiro	1º Auxiliar	Dr. Hallison (Rz)
2º Auxiliar		3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório	Fxtmz (E)		
Tipo de Operação	RAfi		
Diagnóstico Pós-Operatório	o mesmo.		
Relatório Imediato da Patologia	Ø		
Exame Radiológico no Ato	sim		
Acidente Durante a Operação	NÃO		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

Por em DDH sob efeito anelástico

Osteopexia + anelosepexia + campo anelástico

Incrustação em face lateral de tórax (C) p/ pleuro + hemostático

incisão sobre maleolo medial (C) p/ pleuro + hemostático

Redução cruenta de focos de fraturas + osteosintese

Fase q/ placa 1/3 tubular + pinos + parafusos em maleolo lateral + parafusos maleolares sob escópio.

lavado de FO c/ SFO, 9%

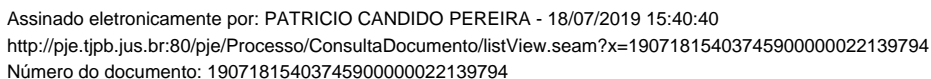
Sutura p/ pleuro + hemostático

Curativo.

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM: 20.152

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

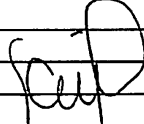




Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Martinho Gaudencio da Silva	Idade:	47 anos
Convênio:	mut. 1481688.	Data:	02.08.14
Procedimento:	Trat. cir. fratura tarso met. e		
Cirurgião:	Dr. J. H. S. S. S.	Auxiliar:	
		Anestesista:	Dr. J. S. S.
Início:	08h	Término:	11:50
		Anestesia:	Propofol

[illegible][illegible]


Observações:	
	
Assinatura Anestesista	Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Martinho Perdeiro de Lima</u> DV: <u>20/06/1970</u>						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
	<u>?</u>	<u>2</u> <u>Deu</u>	<u>47 anos</u>	<u>1481688</u>		
CIRURGIA: <u>Redução e fixação de fratura de tíbia (C)</u>			CIRURGIÃO: <u>D. H. H. H.</u>			
ANESTESIA: <u>Raqui</u>			ANESTESIA: <u>D. S. S. S.</u>			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM		
		<u>23/08/17</u>	<u>20:00h</u>	<u>21:30h</u>		

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	<u>01</u>		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.			Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	<u>02</u>		Catgut cromado Sertix	
<u>01</u>	Dimor Famp.			Catgut Simples	
	Dolantina amp.			Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml			Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.			Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml			Cera pl/ osso	
	Inova ml			Ethibond	
	Ketalar ml	<u>01</u>		Ethibond	
<u>01</u>	Mercaína <u>propr</u> % ml			Ethibond	
	Nubahin amp.			Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.			Fio de Algodrão Sertix	
	Proligmine amp	<u>0.5</u>		Fio de Algodrão Sutupak	
	Proloxido l/m	<u>0.5</u>		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	<u>0.5</u>		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		<u>02</u>	Mononylon <u>2-0</u>	
	Thionembatal ml			Mononylon	
	Tracrium amp.			Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	<u>02</u>		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.			Prolene Sertix	
<u>01</u>	Decadron amp.			Prolene Sertix	
<u>0.2</u>	Dipirona amp.	<u>01</u>		Vicryl Sertix	
<u>01</u>	Flaxidol amp. <u>nausea</u>			Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	<u>02</u>		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	<u>02</u>			
	Glicose amp.				
	Glucon de Cálcio amp.				
	Haemacel ml.	<u>0.5</u>			
	Heparema ml.				
	Kanakion amp.	<u>0.5</u>			
	Lasix amp.	<u>0.4</u>			
	Medrolinazol.	<u>01</u>			
	Plasil amp.				
	Prolamina	<u>01</u>			
	Revivan amp.				
	Stuplanon amp.				
	Cefalotina 1g				
<u>02</u>	<u>Alfentanil</u>				
<u>01</u>	<u>Propofol</u>				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES				
	Agulha desc. 25 x 7				
	Agulha desc. 28 x 28				
<u>01</u>	Agulha desc. <u>2x4.5</u> <u>40x12</u>	<u>05</u>			
<u>01</u>	Agulha pl/ raque nº <u>25</u>				
<u>0.5</u>	Álcool de Enfermagem <u>70%</u>				
	Álcool Iodado ml				
<u>0</u>	Ataduras de Crepon <u>15 cm</u>				
<u>01</u>	Ataduras de Gessader <u>ajustado</u>				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

Qtd.	SOROS
<u>01</u>	SG Normotérmico fr 500 ml <u>5 F p/limp.</u>
	SG Gelado fr 500 ml
	SG Hipertérmico fr 500 ml
<u>01</u>	SG Ringr fr 500 ml
<u>01</u>	SG fr 500 ml

Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
<u>01</u>	<u>placa de 7 furos tubular</u>
<u>02</u>	<u>parafusos corticais 3.5x3.5</u>
<u>01</u>	<u>parafusos espinhais 3.5x10</u>
<u>03</u>	<u>parafusos 3.5x14 tubular</u>
<u>01</u>	<u>placa 3.5x14 tubular</u>
<u>03</u>	<u>parafusos corticais 3.5x10</u>

EQUIPAMENTOS	
(x) Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
() Serra	() Eletrocautério
() Desfibrilador	() Oxícapígrafo
(x) Foco Frontal	(x) Cardiomonitor
() Fonte de Luz	(x) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

MOD 066





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

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

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

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

☒ Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaléia	() Tontura	() Síncope
() Dispnéia de esforço	() Grande	() Pequena
() Palpitações	() Média	() Ortopnéia
() Dor Precordial	() Tosse Seca	() Expectoração
Relacionada: () Esforço	() Típica	() Atípica
	() Emoções () Frio	() Pós-prandial

Comentários: _____

2 - DOENÇAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica <u>N</u>	() Hipertensão Pulmonar	() DPOC () Outros
() Diabetes Mellitus <u>N</u>	() Insut. Cardíaca Congestiva <u>N</u>	() Insuficiência Coronariana <u>N</u>
() Arritmias	() Insuf. Renal	() Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: <u>mega</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Tabagismo
<input checked="" type="checkbox"/> Etilismo	() Sedentarismo
() Dislipidemia	() Outros
() Cirúrgico <u>mega</u>	

Medicamentos em uso ☒ Não () Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral ☒ Bom () Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

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

FC: 88 b.p.m P.A.: 110 x 60 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: normal

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.: _____

Dr. Imara Queiroz Barbosa
Cardiologista
CRM 5462

Ass. do Médico

MOD. 043





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

7

Fx TNP (M. lateral)

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Martinho Guedes			
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
06/06	1 DIETA LIVRE	07	Admissão
	2 SRL 1500ML EV 24H	10:20	Paciente com história
	4 DAPIRONA 2ML EV 6/6H	00:00	de acidente de trânsito
	5 OMEPRAZOL 40MG EV JEIUM	06	com fratura de TNP
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9 EV 8/8H S/N		com fratura de TNP
	7 NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H S/N		com fratura de TNP
	8 CETOPROFENO 1 FA + AD EV 12/12H S/N	00	com fratura de TNP
	9 CLEXANE 40 UI-SC 1X/DIA	00	com fratura de TNP
	10 SSVV + CCGG	07	com fratura de TNP
	11		Dr. Julio Cesar Castro
	12		Ortopedia e Traumatologia
	13		CRM/PB-9965
	14		
	15		
	16		
	17		
	18		
	19		

MOD. 035



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

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071815403745900000022139794>

Número do documento: 19071815403745900000022139794



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes

Martinho B. de A. Silva

Diagnóstico

Folha de Tratamento e Evolução

FRATURA DE
TUL

Paciente)	Alojamento)	Leito)	Convênio)
Martinho B. de A. Silva			
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
08/07	DIETA GERAL		EGB VIGIL EUPNEICO
	DIPIRONA 2 ML EV 6/6H	18	BOA PERFUSAO NOS MMSS E MMII
	TILATIL 1 APM EV 12/12H	20	PELE SEM LESOES
	NAUSEDRON 1 FA EV 8/8H S/N		IMOBILIZACAO GESSADA
	OMEPRAZOL 20 MG VO 7H		
	TRAMAL 100 MG EV 8/8H S/N	22	EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS
	JELCO HEPARINIZADO		
	CCGG SSVV		CD AGUARDA CIRURGIA
	ACESSO VENOSO		VPM
	Dr. Aristóteles Queiroz Neto ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CIR. OMBRO E COTOVELO CRM 6811 - REG. 1984		Dr. Aristóteles Queiroz Neto ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CIR. OMBRO E COTOVELO CRM 6811 - REG. 1984



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

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071815403745900000022139794>

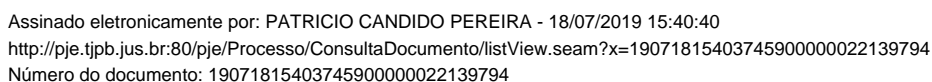
Número do documento: 19071815403745900000022139794

Num. 22822392 - Pág. 9

f + TN7.

Dr. Wagner-Falci.
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8843

Dr. Wagner Ealcão
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 0543



Folha de Tratamento e Evolução

FRATURA DE

TUR

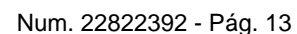
Paciente) Martinho Cordero Alojamento) 7 ex ok ok! Leito) 7 Convênio) 7

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
11/8	DIETA GERAL	07	EGB VIGIL EUPNEICO
	DIPIRONA 2 ML EV 6/6H	12 18 20 22	BOA PERFUSAO NOS MMSS E MMII
	TILATIL 1 APM EV 12/12H	13 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/X		EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS
	JELCO HEPARINIZADO	07	
	CCGG SSVV	07	CD AGUARDA CIRURGIA
	ACESSO VENOSO	07	VPM
	Dr. Aristóteles Queiroz Neto ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CIR. OMBRO E COTOVELO CRM 8817 TEST 1983		Dr. Aristóteles Queiroz Neto ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CIR. OMBRO E COTOVELO CRM 8817 TEST 1983



$$f + TN^2$$

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM - RJ 8043

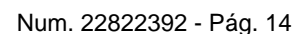


OK

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

fx tny €

Ullisso: *Ed. de Almeida*



Diagnóstico

FRATURA DE

TNT

Folha de Tratamento e Evolução

Martinho Cordizy

Paciente) Matheus Cordes

Alojamento)

Leito Ex3

Convênio)

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
5/8	DIETA GERAL DIPIRONA 2 ML EV 6/6H TILATIL 1 APM EV 12/12H NAUSEDRON 1 FA EV 8/8H S/N OMEPRAZOL 20 MG VO 7H TRAMAL 100 MG EV 8/8H S/N JELCO HEPARINIZADO CCGG SSVV ACESSO VENOSO	12 18 24 06	EGB VIGIL EUPNEICO BOA PERFUSAO NOS MMSS E MMII PELE SEM LESOES IMOBILIZACAO GESSADA EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS CD AGUARDA CIRURGIA VPM
	Dr. Aristóteles Queiroz Neto ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CIR. OMBRO E COTOVELO CRM RJ 1801 (1983)		Dr. Aristóteles Queiroz Neto ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CIR. OMBRO E COTOVELO CRM RJ 1801 (1983)



107
Fr ~~107~~

Pré-OP:

Paciente	Estelma <u>Amir</u>	Alojamento	<u>14</u>	Leito	<u>3</u>	Convênio	
----------	--------------------------------	------------	-----------	-------	----------	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
16/08	1. Dieta livre Pré e Pós 2. SF 0,9% 1000 mL, EV, em 24 h <i>Telas</i> 3. Dípirona 2 mL, EV, 6/6 h 4. Cefazolin 01g, EV de 8/8h <i>Suspensão</i> 5. Tilatil 20 mg, EV, 12/12 h S/N 6. Tramal 100 mg + SF 0,9% 100 mL, EV, 6/6 h S/N 7. Clexane 40 mg, SC, 1 x dia <i>Susp</i> 8. Omeprazol 40 mg, EV, 1 x dia em Jejum <i>(se fizer Tilatil)</i> 9. Nauseidron 8 mg + AD, EV, corer 20 min antes do Tramal, S/N ou se vômitos ou enjôos 10. SSVV + CCGG <i>losartana 50mg v.o 12/12h Purau 14 75 mg v.o 12/12h</i> } <i>suspensão</i>	18/18/2006	<i>## Ortopedia ##</i> <i>Pt com REG estauf clinicaute, s/ distensões</i> <i>Col: VAM</i> <i>HCD:</i> <i>Aguarda cirurgia</i> <i>Hallisson Barros de Almeida</i> <i>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</i> <i>CRM - 30.852</i>
	<i>HALLISSON BARROS DE ALMEIDA</i> <i>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</i> <i>CRM - 30.852</i>		



DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Ext. 3 Fx Int (E)

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
Martinho Cordeiro			
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
17/08	1. Dieta Hiperproteica / HAS 2. SRT 1500ml PO/24h Melco salinizado 3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h Myperid. 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG	12h 18h 24h 30h	Paciente estável Agua da - 1000 limpo - 1000 urina - 1000 fezes - 1000 dieta - 1000 medicação - 1000
18/08	10. Losartana 50mg PO 12/12h se P&S, 160 mmHg, 110-14g 11. Losartana 50mg PO 12/12h se P&S, 160 mmHg, 110-14g	18h	



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	15/04/2016	Alojamento	E	Leito	3	Convênio	
----------	------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
18-8	1 - Dieta livre	ok	Atk, esmolet
	2 - S R L 500 mL I.V. 12/12 hs.	ok	3 at liver
	3 - Tilatil 20 mg I.V 12/12 hs.	ok	Apend
	4 - Omeprazol 40 mg I.V 01 X dia	ok	cho unpi
	5 - Dipirona 02 mL I.V 8/8 hs. (lento)	ok	G
	6 - C. C. G		
	7 - Clavame fuipre	ok	
	8 - JOGATIVA 500	ok	
	10 - PAS 2/1000	ok	
	11 - SSUV	ok	

Dr. Crismarco Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

MOD. 035





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLEDADE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
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 QUE 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 ELETRONIC, 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 FÊMUR 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 SIDO 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





MARTINHO CORDEIRO DE LIMA
SIT ALAÇAMAR DO LOURENÇO, S/N - ÁREA RURAL
SAO VICENTE DO SERIDO / PB CEP: 58158000 (AG. 95)



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.065.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 00.544.272
Cód. para Dth Automático: 00216052433

0196 Acesse: www.energisa.com.br

Data prevista da próxima leitura: 6/10/2017

CPF/CNPJ/RANI

78181496

5/1605243-3

CONRESPONTE DO BANCO BRADESCO S.A.
JOSILENE LUIZ DE SOUZA



Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 15/08/17	Leitura 4190	Data 14/09/17	Leitura 4268	
			1	69
				30

Demonstrativo									
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Aliq	ICMS(R\$)	Base Calc Ps(R\$)	Cofins(R\$)	
		Tributos Total(R\$)		ICMS(R\$)	ICMS	Pis/Cofins(R\$)		(0,4582%) (2,1108%)	
0801	Consumo em kWh	69,000	0,640850	44,84	44,84	25	11,21	44,84	0,20
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	

CCI	Código de Classificação do Item	TOTAL	47,85	47,24	11,81	47,24	0,21	0,80
-----	---------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
71	21/09/2017	R\$ 47,85

Histórico de Consumo (kWh)															
60	59	68	71	66	78	68	72	79	78	77	82				
Ago/17	Jul/17	Jun/17	Mai/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				Composição do Consumo		
7/2017 - Pedro L. Araújo				Discriminação	Valor (R\$)	%
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)			
DIG MENSAL	11,01	0,00	NOMINAL	Serviços de Dist. da Energisa/PB	12,58	26,32
DIG TRIMESTRAL	22,03			Compra de Energia	18,22	33,90
DIG ANUAL	44,07			Serviço de Transmissão	1,85	4,03
FIC MENSAL	7,52	0,00	CONTRATADA	Encargos Setoriais	3,40	7,29
FIC TRIMESTRAL	15,04		LIMITE INFERIOR	Impostos Diretos e Encargos	13,62	28,46
FIC ANUAL	30,08		LIMITE SUPERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
	5,98					
	18,60					
				Total	47,85	100,00

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



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante:

Martinho Cordeiro de Lima,
brasileiro, solteiro, aquecultor,
portador(a) RG nº 1.497.260 SSP/PB, CPF nº
000.781.814-96, residente e domiciliado(a)
no(a) Sítio Alagomor dos Jovens, nº S/N
Zona Rural, Bão Vicente do Serido/PB; E-
mail: _____.

Outorgado:

PATRÍCIO CÂNDIDO PEREIRA, brasileiro, divorciado, advogado,
inscrito na OAB/PB sob n.º 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.**

Campina Grande /PB, 10 / 06 2019.

Martinho 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 Carneiro de Lima,
branco, solteiro, solteiro, portador(a) RG nº
1.497.260 SSP/PB, CPF nº 000.781.814-96, residente e
domiciliado(a) no(a) Sítio Alegria dos Lourenços nº 511-
Zona Rural, São Vicente do Seridó, declaro, nos
moldes do art. 1.º da Lei n.º 7.115, de 29 de agosto de 1983, com a finalidade de
obtenção do Benefício da Justiça Gratuita, conforme dispõe o art. 4.º da Lei n.º
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.

Comfins Grande /PB, 10 de 06 de 2019.

Martinho Carneiro de Lima
Declarante



CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

Martinho Cordeiro de Lima,
brasileiro, Solteiro, Aquileto, portador(a) RG nº
1.497.265-558/PB, CPF nº 000.781.814-96, residente e
domiciliado(a) no(a) Sítio Alagomor de Lourenço, nº 50-
Rua Rural, São Vicente do Serico PB;

E como **CONTRATADO, o ADVOGADO**, O Bel **PATRÍCIO CÂNDIDO PEREIRA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob n.º 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.

Campina Grande - PB, 10 / 06 / 2018.

CONTRATANTE:

CONTRATADO:

TESTEMUNHAS:


13863-B 70



20/06/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

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 Invalidéz

PONTO 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.



EXCELENTÍSSIMO(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, Nº 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 Nº 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, cumpre-nos informar que a parte autora requereu administrativamente junto a PROMOVIDA, através do SINISTRO Nº 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.

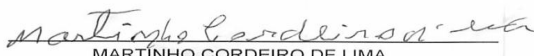
O sinistro se deu quando o **autor conduzia** a motocicleta **HONDA CG 125 TITAN ES - COR AZUL - PLACAS MYE 2804 RN**, e ao sair da referida Rodovia PB 177, para entrar na estrada carroçável, deparou-se com um veículo FIAT UNO – COR VERMELHA – ANO 1994 – PLACAS JKX 3822 PB, que vinha na mão contrária,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

Tudo conforme CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL – VERSÃO 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 QUE 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 JUVENIO 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 ELETRONIC, 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 CAÍAM, TENDO O NOTICIANTE FRATURADO A PERNA ESQUERDA EM TRÊS PARTES, AO PASSO QUE A SUA ESPOSA (MARIA APARECIDA PEREIRA) TEVE FRATURA COM ESMAGAMENTO DE FÊMUR 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 SIDO 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 EMERGENCIA 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 Sérido, 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) Nº: 1481688 CLASS. DE RISCO: VERMELHO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mai. 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 Sexo: M Telefone: 987793845
Endereço: LAGAMA DE LOURENCO Idade: 047 Bairro: ZONA RURAL
Cidade: Seridó RG: Nº: 0
Nome da Mãe: ANA ALICE MARIA DA CONCEICAO CPF: Profissão: AGRICULTOR
Responsável: JOSE BENEDITO CORDEIRO DE LIMA Data de Atend: 06/08/2017 CNS: 709002845807617
Estado Civil: Hora: 20:11:35 CONVÊNIO: SUS
Motivo: ACIDENTE DE MOTO Especialidade:
CRM:



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Nome do Paciente <i>Martinho Cordeiro</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>23/08/17</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. Anelís Ribeiro</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Hallison (Rz)</i>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fr tñz (E)</i>			

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Martinho Cordeiro de Lima</i> DV: <i>20/06/1970</i>						 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
CIRURGIA: <i>Redução e fixação de fratura de tíbia (E)</i>			CIRURGIÃO: <i>Dr. Hallison</i>			
ANESTESIA: <i>Raqui</i>			ANESTESIA: <i>Dr. Sargio Oliveira</i>			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM		
		<i>23/08/17</i>	<i>20:00h</i>	<i>21:30h</i>		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO	
	<i>Adrenalina amp.</i>	<i>01</i>	<i>Cat. pl/ Oxy.</i>	<i>Catgut cromado Sertix</i>		

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 - 6ª C.Civ. - Rel. Juiz Dárcio Lopardi Mendes - J. 21.09.2000)"



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 conseqüências, 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, porquanto 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 fixado em salários mínimos não representa fator social de correção e sim base de quantificação do montante ressarcitório, 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 de seguro de danos pessoais, cujo escopo é eminentemente social, porquanto 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 dissabor, 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 LÍQUIDO 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)**, acrescidos 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

