



Número: **0821624-17.2019.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **27/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.138,00**

Assuntos: **SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>SUELEN FRANCISCA SOUSA DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>ISIS GORGONIO BASTOS (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
23890 618	27/08/2019 23:01	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
23890 631	27/08/2019 23:01	<a href="#">INICIAL DPVAT Suellen</a>	Outros Documentos
23890 633	27/08/2019 23:01	<a href="#">procuração</a>	Procuração
23890 638	27/08/2019 23:01	<a href="#">Documentos Pessoais</a>	Documento de Identificação
23890 639	27/08/2019 23:01	<a href="#">documento veículo_1</a>	Outros Documentos
23890 641	27/08/2019 23:01	<a href="#">Declaração samu</a>	Documento de Comprovação
23890 644	27/08/2019 23:01	<a href="#">Boletim de ocorrência</a>	Documento de Comprovação
23890 873	27/08/2019 23:01	<a href="#">dpvat adm</a>	Outros Documentos
23891 702	27/08/2019 23:01	<a href="#">prontuario 1</a>	Outros Documentos
23891 703	27/08/2019 23:01	<a href="#">prontuario 2</a>	Outros Documentos
23891 704	27/08/2019 23:01	<a href="#">prontuario 3</a>	Outros Documentos
23891 705	27/08/2019 23:01	<a href="#">prontuario 4</a>	Outros Documentos
23891 707	27/08/2019 23:01	<a href="#">prontuario 5</a>	Outros Documentos
23891 708	27/08/2019 23:01	<a href="#">prontuario 6</a>	Outros Documentos
23891 713	27/08/2019 23:01	<a href="#">prontuário 7</a>	Outros Documentos
24197 516	06/09/2019 12:05	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
24431 445	15/09/2019 18:32	<a href="#">Mandado</a>	Mandado

**EXCELENTESSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA VARA CÍVEL DA  
COMARCA DE CAMPINA GRANDE- PB**

**Suellen Francisca Sousa da Silva, brasileira, solteira, vendedora, RG 3311066 SSP PB, CPF 073.862.374-13, residente e domiciliado na rua Querubina Sales de Sousa, 18, Malvinas, em Campina Grande - PB, vem, por sua advogada que a esta subscreve, procuração anexa, com endereço profissional na rua: Engenheiro Saturnino de Brito Filho, nº161, apart. 103, Itararé, Campina Grande – PB, e-mail: isisgorgoniobastos@gmail.com, propor:**

**ACÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ**

Em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito privado, CNPJ nº 09.248.608/0001-04, com endereço na R. da Assembleia, 100 - 16º andar - Centro, RJ, 20.011-904, pelos motivos de fato e direito a seguir expostos:

**I. PRELIMINARMENTE**

**DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA:**

Afirma a requerente, sob as penas da lei, e nos exatos termos preceituados no artigo **5.º, LXXIV** da

**II. DOS FATOS**

No dia 13/02/2018, por volta das 19:55h, a autora, em posição de garupa da motocicleta HONDA NXR 150 BROS ES, PLACA MOK 5711/PB (DUT anexo), licenciada em nome de Emerson da Costa Ferreira (piloto da moto), trafegava na rodovia entre Aroeiras e Umbuzeiro.

Na ocasião, a autora caiu do veículo, quando o condutor perdeu o controle da moto, momento em que sofreu fratura do fêmur da perna direita e fratura do antebraço direito.

A autora foi atendida pelo SAMU e encaminhada para o Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade.



### **III. DO DIREITO:**

#### **a) Da Lei nº 6.194/74**

A Lei 6.194/74 que dispõe sobre o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, por pessoas transportadas adequa-se ao caso em tela. O art. 3º do referido diploma legal concede o direito à indenização por morte, invalidez permanente, total ou parcial aos que sofrerem acidente em via terrestre causado por veículos automotores.

#### **b) Da competência do foro**

De acordo com o parágrafo único do art. 100 do Código de Processo Civil, no caso de acidente de trânsito, o foro competente será o do domicílio do autor ou do local do fato.

Neste caso, como a autora está residente e domiciliado na cidade de Campina Grande, este foro está competente para julgar esta lide.

#### **c) Da via administrativa**

A autora solicitou a indenização do Seguro DPVAT, todavia a Seguradora Líder liberou o pagamento irrisório no valor de R\$ 2.362 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais) apesar da sequela funcional e anatômica decorrente do acidente. Devido ao injusto valor pago, não resta alternativa a não ser socorrer-se pela via judicial.

#### **c) Da necessidade de perícia médica**

Como já relatado anteriormente, a autora sofreu acidente em via terrestre, o que ocasionou lesões de natureza permanente, possivelmente insuscetíveis de reversão através de tratamento médico. Razão pela qual se faz necessário a designação de perícia, por médico especialista, por este juízo.

#### **d) Da necessidade de apresentação do DUT ou qualquer prova de quitação do prêmio**

Apesar do art. 7º da Lei nº 6.194/74 exigir a identificação entre seguro e seguradora como requisito para pagamento de indenização, o STJ, por outro lado, na Súmula 257 firmou o seguinte entendimento:

“Falta de pagamento do Prêmio do Seguro Obrigatório – Recusa do Pagamento da Indenização. A falta do pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização”.

Desse modo, recorremos ao Poder Judiciário com a esperança de resolução desta causa.

### **IV. DOS PEDIDOS**

Pelo exposto requer:

- 1) O deferimento dos benefícios da **Justiça Gratuita**, nos termos do art. 98 e seguintes do CPC/2015;



- 2) Com fulcro no art. 319, VII, do NCPC, dispensar a designação de audiência de conciliação;
- 3) A citação do requerido por meio postal, nos termos do art. 246, inciso I, do CPC/2015;
- 4) A condenação da Ré no valor de R\$11.138,00 (onze mil cento e trinta e oito reais) como indenização pela INVALIDEZ PERMANENTE ou o valor correspondente ao nível de lesão constatado em Laudo Pericial Oficial, sendo os valores devidamente corrigidos, bem como honorários advocatícios e as custas processuais, nos termos da legislação vigente.
- 5) A produção de **PROVA PERICIAL** a ser realizada por médico perito, tendo os seguintes quesitos para serem respondidos pelo perito:
  - a) **Qual o tipo de lesão sofrida pelo Autor em decorrência do acidente mencionado na Petição Inicial?**
  - b) **As lesões sofridas são compatíveis com os fatos narrados na inicial?**
  - c) **Quais as sequelas físicas da lesão (esclarecendo se temporária ou permanente e o percentual)?**
  - d) **Resultou debilidade permanente de membro? Resultou deformidade permanente?**
- 6) A produção de todos os meios de prova admitidos em direito e necessários à solução de controvérsia, inclusive a juntada de todos os documentos anexos;
- 7) Intime-se a Seguradora Líder para a juntada de todos os documentos do processo administrativo, **inclusive LAUDO PERICIAL realizado por peritos da própria seguradora na via administrativa.**

Dá-se a causa o valor de R\$11.138 (onze mil cento e trinta e oito reais), para efeitos meramente fiscais.

Termos em que  
pede e espera deferimento.

Campina Grande, 27 de agosto de 2019.



**EXCELENTESSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA  
VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE- PB**

**Suellen Francisca Sousa da Silva, brasileira, solteira, vendedora, RG 3311066  
SSP PB, CPF 073.862.374-13, residente e domiciliado na rua Querubina Sales de  
Sousa, 18, Malvinas, em Campina Grande - PB, vem, por sua advogada que a esta  
subscreve, procuração anexa, com endereço profissional na rua: Engenheiro Saturnino de  
Brito Filho, nº161, apart. 103, Itararé, Campina Grande – PB, e-mail:  
isisgorgoniobastos@gmail.com, propor:**

**ACÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ**

Em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito privado, CNPJ nº 09.248.608/0001-04, com  
endereço na R. da Assembleia, 100 - 16º andar - Centro, RJ, 20.011-904, pelos motivos de  
fato e direito a seguir expostos:

**I. PRELIMINARMENTE**

**DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA:**

Afirma a requerente, sob as penas da lei, e nos exatos termos preceituados no artigo 5.º, LXXIV da Carta Magna, no artigo 4º e seu parágrafo 1º da lei nº 1.060/50, com a redação introduzida pela lei nº 7.510/86, e nos artigos 98 a 103 da Lei nº 13.105/2015, que não possui condições financeiras de arcar com o pagamento das custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do próprio sustento e de sua família, perfazendo jus à GRATUIDADE DE JUSTIÇA.



## **II. DOS FATOS**

No dia 13/02/2018, por volta das 19:55h, a autora, em posição de garupa da motocicleta HONDA NXR 150 BROS ES, PLACA MOK 5711/PB (DUT anexo), licenciada em nome de Emerson da Costa Ferreira (piloto da moto), trafegava na rodovia entre Aroeiras e Umbuzeiro.

Na ocasião, a autora caiu do veículo, quando o condutor perdeu o controle da moto, momento em que sofreu fratura do fêmur da perna direita e fratura do antebraço direito.

A autora foi atendida pelo SAMU e encaminhada para o Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade.

## **III. DO DIREITO:**

### **a) Da Lei nº 6.194/74**

A Lei 6.194/74 que dispõe sobre o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, por pessoas transportadas adequa-se ao caso em tela. O art. 3º do referido diploma legal concede o direito à indenização por morte, invalidez permanente, total ou parcial aos que sofrerem acidente em via terrestre causado por veículos automotores.

### **b) Da competência do foro**

De acordo com o parágrafo único do art. 100 do Código de Processo Civil, no caso de acidente de trânsito, o foro competente será o do domicílio do autor ou do local do fato.

Neste caso, como a autora está residente e domiciliado na cidade de Campina Grande, este foro está competente para julgar esta lide.

### **c) Da via administrativa**

A autora solicitou a indenização do Seguro DPVAT, todavia a Seguradora Líder liberou o pagamento irrisório no valor de R\$ 2.362 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais) apesar da sequela funcional e anatômica decorrente do acidente. Devido ao injusto valor pago, não resta alternativa a não ser socorrer-se pela via judicial.

### **c) Da necessidade de perícia médica**



Como já relatado anteriormente, a autora sofreu acidente em via terrestre, o que ocasionou lesões de natureza permanente, possivelmente insusceptíveis de reversão através de tratamento médico. Razão pela qual se faz necessário a designação de perícia, por médico especialista, por este juízo.

**d) Da necessidade de apresentação do DUT ou qualquer prova de quitação do prêmio**

Apesar do art. 7º da Lei nº 6.194/74 exigir a identificação entre seguro e seguradora como requisito para pagamento de indenização, o STJ, por outro lado, na Súmula 257 firmou o seguinte entendimento:

“Falta de pagamento do Prêmio do Seguro Obrigatório – Recusa do Pagamento da Indenização. A falta do pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização”.

Desse modo, recorremos ao Poder Judiciário com a esperança de resolução desta causa.

#### **IV. DOS PEDIDOS**

Pelo exposto requer:

- 1) O deferimento dos benefícios da **Justiça Gratuita**, nos termos do art. 98 e seguintes do CPC/2015;
- 2) Com fulcro no art. 319, VII, do NCPC, dispensar a designação de audiência de conciliação;
- 3) A citação do requerido por meio postal, nos termos do art. 246, inciso I, do CPC/2015;
- 4) A condenação da Ré no valor de R\$11.138,00 (onze mil cento e trinta e oito reais) como indenização pela INVALIDEZ PERMANENTE ou o valor correspondente ao nível de lesão constatado em Laudo Pericial Oficial, sendo os valores devidamente corrigidos, bem como honorários advocatícios e as custas processuais, nos termos da legislação vigente.
- 5) A produção de **PROVA PERICIAL** a ser realizada por médico perito, tendo os seguintes quesitos para serem respondidos pelo perito:
  - a) **Qual o tipo de lesão sofrida pelo Autor em decorrência do acidente mencionado na Petição Inicial?**
  - b) **As lesões sofridas são compatíveis com os fatos narrados na inicial?**



- c) Quais as sequelas físicas da lesão (esclarecendo se temporária ou permanente e o percentual)?
- d) Resultou debilidade permanente de membro? Resultou deformidade permanente?
- 6) A produção de todos os meios de prova admitidos em direito e necessários à solução de controvérsia, inclusive a juntada de todos os documentos anexos;
- 7) Intime-se a Seguradora Líder para a juntada de todos os documentos do processo administrativo, **inclusive LAUDO PERICIAL realizado por peritos da própria seguradora na via administrativa.**

Dá-se a causa o valor de R\$11.138 (onze mil cento e trinta e oito reais), para efeitos meramente fiscais.

Termos em que  
pede e espera deferimento.

Campina Grande, 27 de agosto de 2019.

**Isis Gorgônio Bastos**  
Advogada – OAB/PB nº 26.547



Assinado eletronicamente por: ISIS GORGONIO BASTOS - 27/08/2019 22:57:49  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082722574890300000023144400>  
Número do documento: 19082722574890300000023144400

Num. 23890631 - Pág. 4

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** SUELEN FRANCISCA SOUSA DA SILVA, brasileira, casada, vendedora, RG: 3311066 SSP-PB, CPF: 073.862.374-13, residente e domiciliado na Rua Querubina Sales de Sousa, 18, Malvinas, Campina Grande – PB.

**OUTORGADO:** ISIS GORGÔNIO BASTOS, brasileira, união estável, CPF: 105.524.114-00, advogada OAB/PB 26.547, endereço profissional Rua Engenheiro Saturnino de Brito Filho, 161, Apto. 103, Itararé, Campina Grande-PB

**PODERES:** Para o foro em geral, com o fim especial de interpor Ação perante a JUSTIÇA, podendo praticar todos os atos judiciais inerentes ao bom cumprimento deste mandato, inclusive, confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação e firmar compromisso, impetrar recurso e substabelecer, com ou sem reserva de poderes, até final decisão.

Campina Grande-PB, 19 de AGOSTO de 2019.

x Suelen F. Sousa da Silva  
Outorgante

Scanned by CamScanner





## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, SUELLEN FRANCISCA SAVSA DA SILVA brasileira,  
casada, vendedora, RG 3311066 SSP-PB, CPF 073.862.374-13,  
residente e domiciliado na rua Aqueruubima Sales de Sá, 18, Melvinha,  
declaro para os devidos fins de direito que não possuo condições de arcar com as custas CG/PB.  
processuais e despesas judiciais sem causar prejuízos ao meu próprio sustento e de minha  
família, haja vista ser pobre na forma dos artigos 98 e seguintes do Código de Processo Civil.

Campina Grande - PB, 12/ AGOSTO / 2019

\* Suelen Francisca Savsa da Silva  
DECLARANTE

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ISIS GORGONIO BASTOS - 27/08/2019 22:57:50  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082722574950500000023144402>  
Número do documento: 19082722574950500000023144402

Num. 23890633 - Pág. 2



ARIVLF CORRETORA  
26 JUL. 2019  
TEL.: (83) 3321-5930

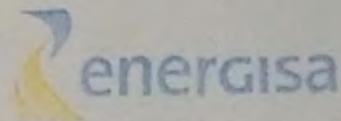
Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ISIS GORGONIO BASTOS - 27/08/2019 22:57:50  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082722575012400000023144406>  
Número do documento: 19082722575012400000023144406

Num. 23890638 - Pág. 1

SUBLEN FRANCISCA SOUSA DA SILVA  
RUA QUERUBINA SALES DE SOUSA, 10 - MALVÍNIA  
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58432-892 (AG: 401)



Ligação: MONOFÁSICO  
Cle/Soc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Rojero: 14 - 401 - 774 - 2640  
Medidor: 00000757511

BR200 - KM 150 - Alça S. J. da Costa - Três Ilhas - Camaçari - Bahia - CEP 423.700  
Referência: Jun / 2019  
Emissão: 21/06/2019

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 006.596.000-96 - Insc Est: 16.600-099-1  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 014001111  
Cód. para Déb. Automático: 00006314582

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 023 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da  
próxima leitura

CPF/ CNPJ/ RANI

Jun / 2019

21/06/2019

23/07/2019

073.862.374-13  
Insc Est:

UC (Unidade Consumidora):

4/81458-2

#### Canal de contato

- Informamos a não efetuação da leitura por impedimento de acesso à sua unidade, resultando no faturamento pelo mês. Eventual diferença será compensada no próximo faturamento. Recomendamos a necessidade de obter autorização de acesso ao local da medição. Percebendo o impedimento o faturamento poderá ser suspenso após 10 dias da apresentação desta fatura (Art. 171 Fis 4/14 ANEEL). Fique ligado, 5 de junho é dia Mundial do Meio Ambiente, suas ações fazem toda diferença!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leritura	Data	Leritura	
<b>Demonstrativo</b>				
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Base Calc. (R\$)
			ICMS(R\$)	ICMS(R\$) ICMs
			Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$) ICMs
0001	Consumo em kWh	116.000	0,750180	87,94 87,94 27 23,74 87,94 0,89 4,29
0601	Adic. B. Amarela		0,65	0,65 0,65 27 0,17 0,65 0,01 0,03
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
		10,67	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0607	CONTRIBUÍLUM/FUSUCA			

ARVIE CORRETORA

26 JUL. 2019

TEL.. (83) 3321-5930

CCI: Código de Classificação do item TOTAL 39,26 69,58 23,91 83,53 0,90 4,42  
Tributos / Taxas 0,607360

Média últimos meses (kWh)

**VENCIMENTO**

**TOTAL A PAGAR**

116

16/07/2019

**R\$ 99,26**

#### Histórico de Consumo (kWh)

150	137	120	97	124	0	132	146	137	45	65	764
Jun/19	Jul/19	Agosto	Sep/19	Out/19							

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner





Assinado eletronicamente por: ISIS GORGONIO BASTOS - 27/08/2019 22:57:51  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082722575077400000023144407>  
Número do documento: 19082722575077400000023144407

Num. 23890639 - Pág. 1



**SAMU  
192**



**ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE UMBUZEIRO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

## **DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que **SUELEN FRANCISCA SOUZA DA SILVA**, 29 anos foi vítima de um acidente motociclístico, no dia 13 de fevereiro de 2018 em via pública, no Sítio Picadas (Curva do Rio da Paraíba), onde recebeu os primeiros socorros pela equipe plantonista da Unidade de Suporte Básico (USB 49). A paciente encontrava-se consciente, orientada, relatou que fazia uso de capacete, apresentava fratura de fêmur com hemorragia + possível fratura de punho, sinais vitais preservados, foi regulado, e ao seguir orientação médica foi realizado SRL + Dipirona, foi solicitado a USA para avaliação a qual veio a de Aroeiras, o médico junto com a equipe recebeu a paciente seguindo para o Hospital de Trauma em Campina Grande.

Por expressão da verdade, firmo e assino a presente declaração.

UMBUZEIRO, 23 de maio de 2018.

Paulo Rosemberg Rodrigues da Silva

Paulo Rosemberg Rodrigues da Silva

**COORDENADOR DO SAMU**

ARIVLÉ CORRETORA

*PPSdL*  
Paulo Rosemberg R. da Silva  
ENFERMEIRO  
COREN-PB 518.131

26 JUL. 2019

TEL.: (83) 3321-5930

**CARTÓRIO DA ZONA LESTE**  
Av. Fernandes Vieira, 482 - José Pinheiro  
CAMPINA GRANDE-PB - 3341-8065

### **AUTENTICAÇÃO**

Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática  
é a reprodução fiel do original que me foi exibido.  
CAMPINA GRANDE 26/07/2018

*Maria Deijaline Ribeiro*  
.....  
.....

**SELO DIGITAL: AHD 93589 - 2HPY**

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

**CNPJ: 09.494.245/0001-97-PB**

**End: Av. Carlos Pessoa, 92 – Centro – Umbuzeiro - PB**

**Fone: (83) 3395-1194**

**e-mail: saude.umbuzeiro@hotmail.com**

Scanned by CamScanner



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



Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**  
Nº00160.01.2018.2.00.420

**OCORRÊNCIA(S)**

**Suposto(s) Autor(es):**

**Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

**Data da Ocorrência:** 13/02/2018

**Hora:** 19:55:00

**Forma da Comunicação:** Verbal

**Endereço:** Pb Que Liga a Cidade de Umbuzeiro a Arociras, [Indeterminado], Umbuzeiro, PB.

**Complemento:** Zona Rural

**PARTE(S)**

<b>VITIMA</b>	<b>Nome:</b> Suelen Francisca Sousa da Silva
	<b>Conhecido por:</b> Não informado
	<b>Filiação:</b> Maria das Graças Sousa da Silva e Severino Barbosa da Silva
	<b>Idade:</b> 29 <b>Data de Nascimento:</b> 27/09/1988 <b>Identidade de Gênero:</b> feminino
	<b>Nacionalidade:</b> brasileira <b>Naturalidade:</b> Umbuzeiro
	<b>Estado Civil:</b> solteiro(a)
	<b>Escolaridade:</b> Não informado <b>Profissão:</b> Vendedora
	<b>Documentos(s) de Identificação:</b> CPF nº 073.862.374-13
	<b>Endereço:</b> Rua Querubina Sales de Sousa, 18, Malvinas, Campina Grande, PB
<b>TESTIMUNHA</b>	<b>Complemento:</b> Não informado
	<b>Telefone:</b> (83) 98783-2048
	<b>Nome:</b> Adailton da Silva
	<b>Conhecido por:</b> Não informado
	<b>Filiação:</b> Conni France da Silva e Ailton da Silva
<b>TESTIMUNHA</b>	<b>Idade:</b> 36 <b>Data de Nascimento:</b> 20/12/1981 <b>Identidade de Gênero:</b> masculino
	<b>Nacionalidade:</b> brasileira <b>Naturalidade:</b> João Pessoa
	<b>Estado Civil:</b> casado(a)
	<b>Escolaridade:</b> Não informado <b>Profissão:</b> Pedreiro
	<b>Documentos(s) de Identificação:</b> CPF nº 041.830.504-80
<b>TESTIMUNHA</b>	<b>Endereço:</b> Rua Espedito Medeiros Ramos, 68, Serrotão, Campina Grande, PB
	<b>Complemento:</b> APTº 304
	<b>Telefone:</b> (83) 98702-4096
	<b>ARIVLF CORRETORA</b>
	<b>26 JUL. 2019</b>
<b>ARTORIO DA ZONA LESTE</b>	<b>TEL.:</b> (83) 3321-5930
	<b>Autenticado e dou fé que a presente cópia fotostática</b>
	<b>a reprodução fiel do original que me foi exibido.</b>
	<b>CAMPINA GRANDE 10/02/2018</b>
	<b>Maria Deijaline Ribeiro</b>

**ARTORIO DA ZONA LESTE**  
Rua Fernandes Vieira, 482 - José Pinheiro  
CAMPINA GRANDE-PB - 5341-8065

**AUTENTICAÇÃO**

Entendo e dou fé que a presente cópia fotostática  
é a reprodução fiel do original que me foi exibido.  
CAMPINA GRANDE 10/02/2018

Maria Deijaline Ribeiro

**SELO DIGITAL: AHD 93588 - NUVFA**  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Procedimento Policial: 00160.01.2018.2.00.420

1/2

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ISIS GORGONIO BASTOS - 27/08/2019 22:57:52

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082722575209800000023144412>

Número do documento: 19082722575209800000023144412

Num. 23890644 - Pág. 1

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



TESTEMUNHA

Nome: Rafael Oliveira de Abreu  
Conhecido por: Não informado  
Filiação: Ireneide Gomes Abreu e Clistenes Guimarães de Oliveira  
Idade: 27 Data de Nascimento: 19/06/1990 Identidade de Gênero: masculino  
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande  
Estado Civil: casado(a)  
Escolaridade: Não informado Profissão: Advogado  
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 090.053.474-57  
Endereço: Rua Antonio de Sousa Lopes, 100, Catolé, Campina Grande, PB  
Complemento: Não informado  
Telefone: (83) 98731-3515

#### OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo NXR 150 BROS ES, tipo de veículo Motocicleta, cor Preta, ano 2011, placa MOK-5711, chassi 9C2KD0550BR536261, renavam 0028154412-3

#### DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

#### HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/NXR 150 BROS ES, Ano/Modelo 2011/2011, cor preta, Placa MOK-5711-PB, Chassi de N° 9C2KD0550BR536261, licenciada em nome do Emerson da Costa Ferreira,(piloto da moto no momento do acidente),quando trafegavam na PB que liga Umbuzeiro a Aroeiras/PB, o piloto da moto perdeu o controle de direção da moto, tendo a comunicante que vinha na garupa da Motocicleta acima mencionada, caído ao solo e sofrido fratura do Fêmur na perna direita e fratura do antebraço direito, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 22 de maio de 2018.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES  
Delegado(a) de Polícia Civil

SUELLEN FRANCISCA SOUSA DA SILVA

Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR  
Escrivão de Polícia

*Meu*  
CARTÓRIO DE JOSÉ PINHEIRO  
ZONA LESTE  
Maria Deijaline Ribeiro  
Escrevente Autorizado  
CAMPINA GRANDE-PB

Procedimento Policial: 00160.01.2018.2.00.420

2/2

Scanned by CamScanner





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190448752**      **Vítima: SUELEN FRANCISCA SOUSA DA SILVA**

**Data do Acidente: 13/02/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), SUELEN FRANCISCA SOUSA DA SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

**Recebedor: SUELEN FRANCISCA SOUSA DA SILVA**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 104**

**Agência: 2221**

**Conta: 000000040160-8**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Pag. 00277/00278 - carta\_15R - INVALIDEZ



NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

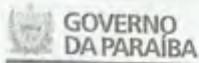
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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

## Diagnóstico

ORTOPEDIA 1  
LEITO 3-1

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente SUELLEN FRANCISCA SOUSA DA SILVA, 29

## Alojamiento

1

卷之三

LEITO 3-1

Data 17/2	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1 DIETA LIVRE			
2 SRL 1500ML EV P/ 24H			
3 CEFTRIAXONA 1G + ABD EV 12/12H			
4 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H			
5 TRAMAL 100mg + SFO,9% 100ml EV 8/8H			
6 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN			
7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEUM			
8 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN			
9 CLEXANE 40MG SC 1XDIÁ			
10 MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H			
11 CURATIVO DIÁRIO			
12 55VV+CCGG			
13 Fentanyl 10A em mg/mg.			
<p><i>Yury de Paula Gómez CRM-SP 11.000.3 CRM-B 10.000.000</i></p>			

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ISIS GORGONIO BASTOS - 27/08/2019 22:57:54  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1908272257533590000023145108>  
Número do documento: 1908272257533590000023145108

Num. 23891702 - Pág. 1

04-02-18

33 horas

PA - 350x70

Paciente em E&R sem  
queixa no momento.  
trazido no MID.

Realizado anatomo-clínico  
segui sob cuidados de  
enfermagem. \*

Scanned by CamScanner



16/08/18

p. A

190  
80

Paciente estabil, queixa-se de dores  
no membro inferior direito, feito  
curativo medicado. conforme prescrição  
medica. *Kleia*

20hs → 36<sup>50</sup> 100x60

Paciente em uso de medicamento  
MID na forma, admittida nessa medida  
para da continuidade os tratamentos  
medicado conforme prescrição medica.  
*Katia*

Scanned by CamScanner





Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA 1  
LEITO 3-1

Paciente | SUELLEN FRANCISCA SOUSA DA SILVA, 29 | Alojamento | Leito | Convênio | LEITO 3-1

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
27/2	1 DIETA LIVRE	6/2	
	2 SRL 1500ML EV P/ 24H	18 30	
	3 CEFTRIAXONA 1G + ABD EV 12/12H	12 24	
	4 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/10h, d/92, 4/4h.	7/2 16 20 24 08	14 = DJ4
	5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H		
	6 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN		
	7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEUM	08	
	8 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN		
	9 CLEXANE 40MG SC 1XDIA	08	
	10 MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H	ATT	
	11 CURATIVO DIÁRIO	08	
	12 SSVV+CCGG	ATT	
	13 Tumor no membro esq de 40-50 mm x 10-12cm s/ dor (com +, recente). FATO.		
	14 Fissura óssea.		
17	Yvny de Paiva Câmara ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGO CRM/PIB 10907		

Yvny de Paiva Câmara  
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGO  
CRM/PIB 10907

SGO.028

Scanned by CamScanner

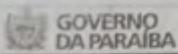


Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
27/08	14:00				110 80		pós em pós operatório veio do bloco com dreno.	
27/08	14:20				120 80		Foi realizado limpeza anatômica, cuidados + medicas. Retirado o dreno. J.	

Karla Bastos da Cunha  
COREN-PB 844.102-TE

Scanned by CamScanner





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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA 1  
INTRO

METHANE

Paciente SUELLEN FRANCISCA SOUSA DA SILVA, 29

## Diagnóstico

#### FX EXP FEMUR D + PUNHO D

### LEITO 3-1

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
26/2	1 DIETA LIVRE 2025 RPA		
	2 SRL 1500ML EV P/24H		
	3 CEFTRIAKONA 1G + ABD EV 12/12H		
	4 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H		
	5 TRAMAL 100mg + SFO,5% 100ml EV 8/8H		
	6 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN		
	7 CIMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEUM		
	8 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H		
	9 CLEXANE 40MG SC 1X01A Suspensão		
	10 MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H		
	11 CURATIVO DIÁRIO		
	12 SSVV+CCGG		
17	Dr. Júlio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM-PB-5665		#PcF Procedimento Cirúrgico orthopédico sem intercorrências. CD.: Soclado Radiográfico de Costela -

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ISIS GORGONIO BASTOS - 27/08/2019 22:57:54  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1908272257540760000023145109>  
Número do documento: 1908272257540760000023145109

Núm. 23891703 - Pág. 2

Scanned by CamScanner





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Suelen Francisca seixas de silva Idade: 29 anos  
 Convênio: sus Data: 26/10/2018  
 Procedimento: Fixação cirúrgica diáfise de fêmur + extirpante de  
 nódulo dental (2)  
 Cirurgião: Drº Fabio Auxiliar: Drº julio Anestesista: Drº Vanderley  
 Início: 13:30 Término: 16:00 Anestesia Regal + Bloqueio  
 de placa!

### Medicamentos/Materiais

#### **Observações:**

Assinatura Anestesista

## Circulante

Relatório de Operação



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG

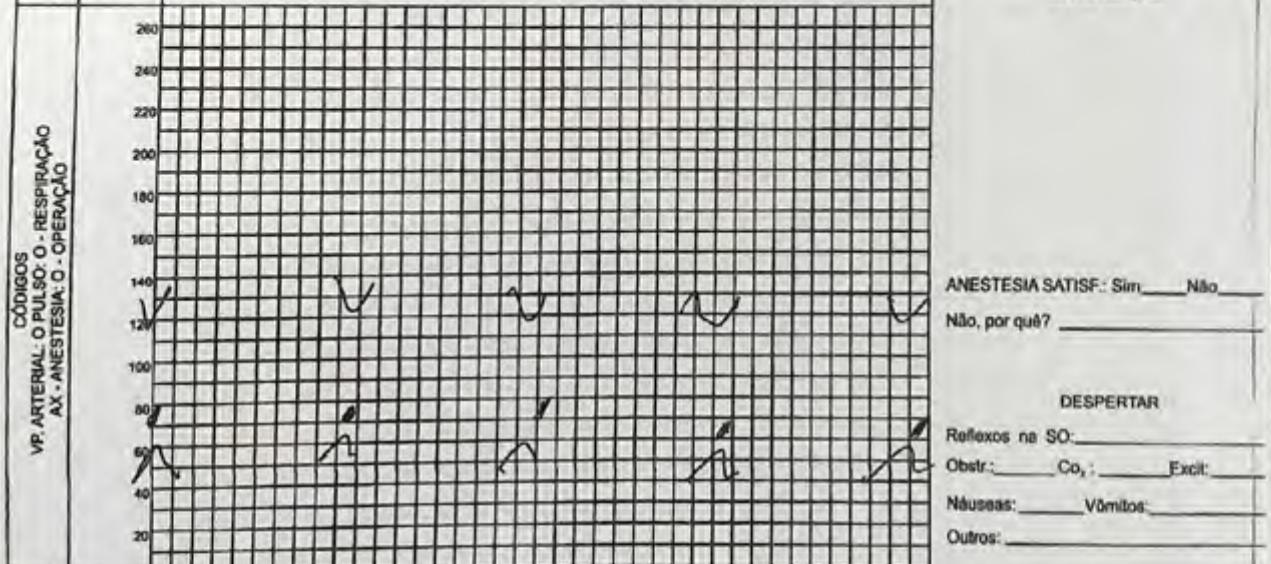
FOLHA DE ANESTESIA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMAGEM LITO N° PRONTUÁRIO

NOME: *Suelen Fernandes*IDADE:  SEXO:  COR: DATA: *26-02-16* PRESSÃO ARTERIAL:  PULSO:  RESPIRAÇÃO:  TEMPERATURA:  PESO:  ALTURA: TIPO SANGUÍNEO:  HEMÁCIAS:  HEMOGLOBINA:  HEMATÓCRITO:  GLICEMIA:  URÉIA:  OUTROS:   
 URINA: AP. RESPIRATÓRIO:  ASMA:  BRONQUITE: AP. CIRCULATÓRIO:  ELETROCARDIOGRAMA: AP. DIGESTIVO:  DENTES:  PESCOÇO:  AP. URINÁRIO: ESTADO MENTAL:  ATARAXICOS:  CORTICOIDES:  ALERGIA:  HIPOTENSORES: DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:  ESTADO FÍSICO:  RISCO: ANESTESIAS ANTERIORES: MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:  APlicada:  AS:  EFEITO: 

AGENTES ANESTÉSICOS	OF:					INDUÇÃO
LÍQUIDOS						Laringo espasmo: <input type="text"/> Lenta: <input type="text"/>
						Náuseas: <input type="text"/> Vômitos: <input type="text"/>
						Outros: <input type="text"/>



SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		Não: <input type="text"/> ', and 'CONDIÇÕES: <input type="text"/> '.				DESPERTAR

POSIÇÃO		Não: <input type="text"/> ', and 'CONDIÇÕES: <input type="text"/> '.				CONDIÇÕES:

AGENTES		Não: <input type="text"/> ', and 'CONDIÇÕES: <input type="text"/> '.				CONDIÇÕES:

TÉCNICA		Não: <input type="text"/> ', and 'CONDIÇÕES: <input type="text"/> '.				CONDIÇÕES:

OPERAÇÃO		Não: <input type="text"/> ', and 'CONDIÇÕES: <input type="text"/> '.				CONDIÇÕES:

CIRURGIÕES		Não: <input type="text"/> ', and 'CONDIÇÕES: <input type="text"/> '.				CONDIÇÕES:

ANESTESISTAS		Não: <input type="text"/> ', and 'CONDIÇÕES: <input type="text"/> '.				CONDIÇÕES:

OBSERVAÇÕES		Não: <input type="text"/> ', and 'CONDIÇÕES: <input type="text"/> '.				CONDIÇÕES:

ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.

MOD. 006

PERDA SANGUÍNEA

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB

Scanned by CamScanner



## CONTROLE CIRÚRGICO

● Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso  
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540  
CNPJ: 26.296.089/0001-79

0049

Paciente: Adilson Francisco Sousa da Silva  
Hospital: Emergency Trauma C6  
Médico: Dr. Júlio + Dr. Yury  
Data da Cirurgia: 70/02/18 Procedimento: Tratamento de Femur  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Convênio: SOS  
Estrumentadora: Gleysson Circulante: Elizabeth

## Materiais Utilizados

Recife, 26 de 02 de 2018

## Circulante

**Médico Responsável**





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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA I  
LEITO 3-1

Paciente SUELLEN FRANCISCA SOUSA DA SILVA, 29

Alojamento

Leito

Convênio

LEITO 3-1

FX EXP FÉMUR D + PUNHO D

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
18/2	1 DIETA LIVRE		
	2 SRL 1500ML EV P/ 24H		
	3 CEFTRIAZONA 1G + ABD EV 12/12H		
	4 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H		
	5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H		
	6 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN		
	7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEUM		
	8 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN		
	9 CLEXANE 40MG SC 1X/DIA		
	10 MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H		
	11 CURATIVO DIÁRIO		
	12 SSVV+CCGG		
17	Yvry de Paiva, Câmara ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM/PE 10907		Yvry de Paiva, Câmara ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM/PE 10907

MOD. 635

Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner





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

## Diagnóstico

FX EXP FÉMUR D + PUNHO D

ORTOPEDIA 1  
LEITO 3-1

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: SUELLEN FRANCISCA SOUSA DA SILVA, 29

Alojamento

Leito

Convênio

LEITO 3-1

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
19/2	1 DIETA LIVRE		
	2 SRL 1500ML EV P/ 24H		
	3 CEFTRIAXONA 1G + ABD EV 12/12H		
	4 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H		
	5 TRAMAL 100mg + 5FG, 9% 100ml EV 8/8H		
	6 NAUSEDON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN		
	7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEUM		
	8 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN		
	9 CLEXANE 40MG SC 1XDIA		
	10 MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H		
	11 CURATIVO DIÁRIO		
	12 SSV+CCGG		
17			



Assinado eletronicamente por: ISIS GORGONIO BASTOS - 27/08/2019 22:57:54  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082722575407600000023145109  
Número do documento: 19082722575407600000023145109

Scanned by CamScanner

Num. 23891703 - Pág. 9

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
19/02/18	10:00				12/80		Paciente evolui bem e sem queixas, realizando ssuu+ccgg + ucpm. Segue aos cuidados da enfermagem - Haim	
19/02/18	22:00				10/80		Paciente segue sem intubações e aos cuidados da enfermagem - Fazendo ssuu+ccgg fluiu	

Scanned by CamScanner





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

## Diagnóstico

**FX EXP FÉMUR D + PUNHO D**

81

LEITO 3-1

ORTOPEDIA 1  
LEITO 1-1

SUELLEN FRANCISCA SOUSA DA SILVA, 29

## Alciamiento

eita

## Convênio

### Pacientes

Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner





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

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

ORTOPEDIA 1  
LEITÓ 3-1

<sup>1</sup> SUELLEN FRANCISCA SOUSA DA SILVA, 29

## Alloggiamento

Laito

### Cesário

LEITO 3-1

80

Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner





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

OK  
OK

ORTOPEDIA 1  
LEITO 3-1  
Paciente: SUELLEN FRANCISCA SOUSA DA SILVA, 29

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

FX EXP FÉMUR D + PUNHO D

LEITO 3-1

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
22/2	1 DIETA LIVRE	06	9 <sup>o</sup> DIH
	2 SRL 1500ML EV P/ 24H	500	26/08/09
	3 CEFTRIAXONA 1G + ABD EV 12/12H	12	27/08/09
	4 DIPRIVONA 1G + ABD EV 6/6H	12	28/08/09
	5 TRAMAL 100MG + SFC 0,9% 100ML EV 8/8H	14	29/08/09
	6 NAUSEDRON 800MG/ML 1FA + ABD EV 8/8H SN	20	
	7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEUM	06	
	8 TICATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN	20	
	9 CLEXANE 40MG SC 1X/DIA	20	
	10 MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H	06	
	11 CURATIVO DIÁRIO	06	
	12 SSVV+CLGG	06	

Flávia de Paiva Camilo  
ORTOPEDIA 1  
LEITO 3-1  
CRV 16/08/09

Flávia de Paiva Camilo  
ORTOPEDIA 1  
LEITO 3-1  
CRV 16/08/09

Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

## ORTOPEDIA 1

### LEITO 3-1

Paciente SUELLEN FRANCISCA SOUSA DA SILVA, 29

## Diagnóstico

**FX EXP FEMUR D + PUNHO D**

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ISIS GORGONIO BASTOS - 27/08/2019 22:57:55  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1908272257548150000023145110>  
Número do documento: 1908272257548150000023145110

Núm. 23891704 - Pág. 7

Scanned by CamScanner





Diagnóstico

FX EXP FÉMUR D + PUNHO D

LEITO 3-1

ORTOPEDIA 1  
LEITO 3-1

Paciente SUELLEN FRANCISCA SOUSA DA SILVA, 29

Alojamento

Leito

Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
24/2	1 DIETA LIVRE		
	2 SRL 1500ML EV P/ 24H		
	3 CEFTIPIXONA 1G + ABD EV 12/12H (suspenso)	10/08/2019	
	4 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H	13/08/2019	
	5 TRAMAL 100mg + SFO, 9% 100ml EV 8/8H	13/08/2019	
	6 NAUSEDIRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN	13/08/2019	
	7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEUM	06/08/2019	
	8 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN		
	9 CLEXANE 40MG SC 1X/DIA (suspenso).		
	10 MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H		
	11 CURATIVO DIÁRIO		
	12 SSV+CCGG		
	13 Fornecendo 1fa 8ml de d.c.	10/08/2019	
	14 Dexametasona 1fa + 15ml se em tempo B6h.	10/08/2019	
17	L. M. de Faria - D. de Souza - L. L. de Souza - M. A. de Souza - C. de Souza - R. de Souza	10/08/2019	

800.833

Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner





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

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

ORTOPEDIA 1

LEITO 3-1

Paciente SUELLEN FRANCISCA SOUSA DA SIEVA, 23

## Alojamiento

.eko

## Convênio

### LEITO 3-1

Paciente	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
Data			
25/2	1 DIETA LIVRE 12:00 mps morn vrte 2 SRL 1500ML EV P/ 24H 3 CEFTRIAXONA 1G + ABD EV 12/12H (SUSPENSAO) 4 DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H 5 TRAMAL 100mg + 5P0,9% 100mL EV 8/8H 6 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN 7 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEUM 8 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H 5N 9 CLEVERE 40MG SC 1X/DIA (SUSPENSO) 10 MUDANÇA DE DECOBERTO 2/2H 11 CURATIVO DIÁRIO 12 SSVV+CCGG 13 Fenergan 1FA IM 1x/d 14 Descanso 200mg 1FA + 15 mL SF EV Lento 8/8h	12:00 12:00 12:00 12:00 12:00 12:00 12:00 12:00 12:00 12:00 12:00 12:00 12:00 12:00	12 = DJ 4 366, estavel. SP distensao. P/ den toco diverso (+) evac cd rpm fazenda cirurgia paciente 2 fer. 12P
17			

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ISIS GORGONIO BASTOS - 27/08/2019 22:57:56  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1908272257555020000023145111>  
Número de documento: 1908272257555020000023145111

Núm. 23891705 - Pág. 1

Scanned by CamScanner





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Evolução de Enfermagem

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Quellen Fua Sausa da Silva | Bairro: Centro | Leito: 3-1 | Setor Atual: Ortop.

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

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

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

#### 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Mobilidade Física: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local: paralizada / MJD / MSD

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 ( ) Dispneia ( ) Outros:

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / Hora:

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

##### SEGURANÇA FÍSICA

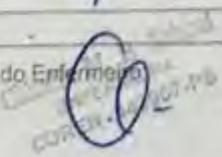
Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Scanned by CamScanner



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? _____	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: MSG Data da punção: 16/02/18	
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.	
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT. Hora: Data: / /	
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Distagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: ( ) Outros: Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: ( ) Integra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( )	
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: <i>tracô em HJD</i>	Curativo em: 17/02/18
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: / /
Úlcera de pressão: ( ) Estágio:	Local: Descrição: Curativo: / /
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( ) Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente ( ) Parcialmente dependente Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo ( ) Medo: ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<i>Alugando Cirurgia (tracô em HJD e tala gencada em NSD).</i>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: 	
DATA: 17/02/18 HORA: 18	

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

Scanned by CamScanner





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Suellen Francino | Registro: | Leito: 3.1 | Setor Atual:

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

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

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

#### 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

Obs:

##### OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T  
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH<sub>2</sub>O  
() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:

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

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

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

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:  
Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / Hora:

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

##### SEGURANÇA FÍSICA

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

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Scanned by CamScanner

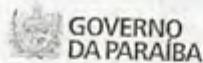


Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos; <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	Precordialgia <input type="checkbox"/>
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais?	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arrítmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <u>MSE</u>	Data da punção: <u>16/02/18</u>
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> AVO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrocnomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: _____	
Alterações: <input checked="" type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há _____ dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito _____ ml/h.	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica   Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas   Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: <u>16/02/18</u>	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: <u>1/1</u>	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: <u>1/1</u>	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória   Higiene Corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada   Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
<input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<p><u>16/02/18</u> paciente <u>el</u> fixando externo + goteiro M.I.D  <u>M. C. P. M.</u> Segue as cuidados da enfermeira</p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: 	
DATA <u>16/02/18</u> HORA _____ h	

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

Scanned by CamScanner





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Suelen Francisca* | Registro: | Leito: 3 - 1 | Setor Atual: *OR 1*

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

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

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

#### 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Mobilidade Física:  Preservada  Paresia  Plegia  Parestesia Local:

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 cmH<sub>2</sub>O

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

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / Hora:

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

##### SEGURANÇA FÍSICA

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

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Scanned by CamScanner

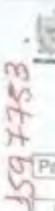


Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida	Tempo de enchiamento capilar: <input type="checkbox"/> < 3 segundos; <input checked="" type="checkbox"/> > 3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	Precordialgia <input type="checkbox"/>
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais?		
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: Data da punção <b>13/02/18</b>	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:		
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>		
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.		
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	Data: <b>11/11/17</b>	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora:	Data:	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:		
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:		
RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados		
Eliminação intestinal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há dias <input type="checkbox"/> Outros:		
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h:		
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:		
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>		
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Outro:		
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica	Turgor da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Umidas <input type="checkbox"/> Secas	Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto:	Curativo em: <b>/ /</b>	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto:	Débito:	Retirado em: <b>/ /</b>
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio:	Local:	Descrição: Curativo: <b>/ /</b>
<b>CUIDADO CORPORAL</b>		
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:		
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória	Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:		
<b>SONO E REPOUSO</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:		
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>		
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>		
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
<input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:		
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>		
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>		
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:		
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente com Goteira e peso na M/D.</li> <li>- Seu fones</li> </ul>		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:		DATA: <b>15/02/18</b> HORA: <b>10h</b>

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

Scanned by CamScanner





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

100

**Smeller F. S. Silva**  
Prescrição Médica  
1. Anteira zero  
2. 10 C/C.

## Alojamiento

1070

Goodwill

### Data

Prescrição Médica

### Hostile

Educación Médica

## Diagnóstico

Front exp. femur (1)  
Front of distal (2)

Evolução Médica

Pele adstróbata  
vitória de andante  
de moto. Correto  
gratidão em moto  
de gênio e gratidão

No C.C. p/

11

卷之三



Assinado eletronicamente por: ISIS GORGONIO BASTOS - 27/08/2019 22:57:56  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082722575550200000023145111>  
Número do documento: 19082722575550200000023145111

Scanned by CamScanner

Núm. 23891705 - Pág. 9



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Nome do Paciente Silvana Ferreira Souza da Silva		Nº Prontuário
Data da Operação 13/02/18		Enf. Leito
Operador Dr. Agostinho	1º Auxiliar Dr. Henrique (fone)	
2º Auxiliar —	3º Auxiliar —	Instrumentador —
Anestesia		Tipo de Anestesia
Diagnóstico Pré-Operatório Fr. Exerto Femur (6) + Fr. Fractura Ponto (6)		
Tipo de Operação Tomo + retoj. Fractura ponto (6)		
Diagnóstico Pós-Operatório O mero.		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Operação		

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Aberto em DDA nos quadrilhas. 2) Aspira + Antespira + campo estéril. 3) Aplicou de ferimbo pontifex + LMC + subindo mto curvado. 4) Lendo q 500.9 x 6L. 5) Pafos de maxíresi. 6) Passagem de fio "K" n.º 3,5 pl furos transversal. 7) Redonôs foleados de Fr. p/6 (5) 8) Aplicou de mto mal - volumoso MSO. 9) Curtiu.
<i>[Assinatura]</i>
Prontuário: 00000000000000000000000000000000

Mod. 018

### RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Scanned by CamScanner



Pele: ( ) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.  
 Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos, ( ) Turgência jugular: ( )  
 Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )  
 Auscultação cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcápolis: ( ) Transitório ( ) Definitivo  
 Cateter vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção Localização: **MSG** Data da punção: **19/02/16**  
 Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:  
**ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)**  
 Tipo somático: ( ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.  
 Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.  
 Alimentação: ( ) IVO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT, Hora: Data / /  
 Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros.  
 Abdômen: ( ) Normotensão ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros.  
 RHA: ( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados  
 Eliminação intestinal: ( ) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:  
 Eliminação urinária: ( ) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD: Débito ml/h;  
 Aspecto: ( ) Outros: Observações:  
**INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA**  
 Condição da pele: ( ) Integra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:  
 Coloração da pele: ( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservado  
 Condições das mucosas: ( ) Umidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( )  
 Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em: / /  
 Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /  
 Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /  
**CUIDADO CORPORAL**  
 Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:  
 Higiene corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória  
 Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:  
**SONO E REPOUSO**  
 ( ) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:  
**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**  
 Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: *Jamila S. Cruz Gondim* DATA: **20/09/18** HORA: **10:49**  
*ENFERMEIRA*  
*CRM-SP 508.660*

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

DATA 2009/18

MONDAY 10:49

Jamila S. Cruz Gondim  
CUNHA  
508 860

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

Scanned by CamScanner





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Evolução de Enfermagem

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Suelen Faria | Registro: | Leito: 3.1 | Setor Atual: Intop-L

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

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

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

#### 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

Obs:

##### OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T  
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH<sub>2</sub>O

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

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora:

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

##### SEGURANÇA FÍSICA

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

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Scanned by CamScanner



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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



**SUS**  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

Sr(s): SUELLEN FRANCISCA SOUSA SILVA      Protocolo: 0000386385      RG: NÃO INFORMADO  
Dr(a): ELDIMAN SOARES DE ARAUJO      Data: 14-02-2018 13:29      Origem: CLINICA CIRURGICA  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES      Idade: 29 anos      Destino: ENF 03 - L 04

**HEMOGRAMA**

[DATA DA COLETA: 14/02/2018 14:04 ]

Resultados

Valores de Referências

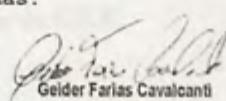
**SÉRIE VERMELHA**

Eritrócitos .....	4.4 milhões/mm <sup>3</sup>	3,9 à 5,9 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina .....	13,5 g/dL	12,0 à 16,0 g/dL
Hematócrito .....	40 %	35,6 à 48,6 %
V.C.M.....	92 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	31 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

**SÉRIE BRANCA**

Leucócitos.....	12.300 /mm <sup>3</sup> (%)	5.000 à 10.000 /mm <sup>3</sup> (/mm <sup>3</sup> )
Neutrofílos .....	0	0
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	7,0	861
Segmentados.....	76,0	9.348
Eosinófilos.....	1,0	123
Basófilos.....	0	0
Linfocitos .....	13,0	1.599
Tipicos.....	0	0
Atípicos.....	0	0
Monocitos.....	3,0	369
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	231.000 mm <sup>3</sup>	2,0 à 10 t - até 1.000 / mm <sup>3</sup> 140.000 a 400.000 mm <sup>3</sup>

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

  
Gelder Farias Cavalcanti  
Biomédico  
CRBM - 7494

Emissão : 14/02/2018 14:04 - Página 1 de 2

 **Newlab** Laboratório



 **PNCQ**  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ISIS GORGONIO BASTOS - 27/08/2019 22:57:56  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082722575624700000023145113>  
Número do documento: 19082722575624700000023145113

Num. 23891707 - Pág. 3



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

PACIENTE:	SUELLEN FRANCISCA
DATA DO EXAME:	13/02/2018

### ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

#### METODOLOGIA:

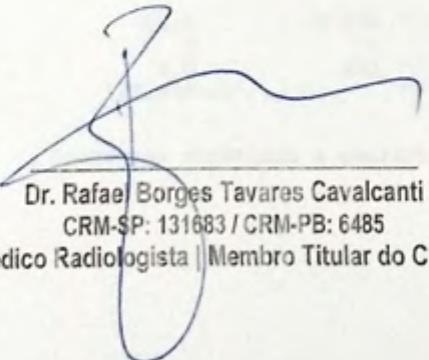
Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

#### ANÁLISE:

**Não identificamos sinais de líquido livre abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.**

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins ou bexiga identificáveis ao método.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de hemoretroperitônio, lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas.



Dr. Rafael Borges Tavares Cavalcanti  
CRM-SP: 131683 / CRM-PB: 6485  
Médico Radiologista | Membro Titular do C.B.R.

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ISIS GORGONIO BASTOS - 27/08/2019 22:57:56  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082722575624700000023145113>  
Número do documento: 19082722575624700000023145113

Num. 23891707 - Pág. 4



## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Suellen Francisca | Registro: | Leito: 3.1 | Setor Atual: ortos

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

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

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

#### 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência:  Consciente  Orientado  Confuso  Letárgico  Torporoso  Comatoso  Outro

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

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

Mobilidade Física:  Preservada  Paresia  Plegia  Parestesia Local:

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

Obs:

##### OXIGENAÇÃO

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

VNI  VMI TOT n° Comissura labial n° FiO2 % PEEP cmH2O

Eupnéia  Taquipnéia  Bradipnéia  Dispnéia  Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente:  Diminuídos  D  E

Ruidos adventícios:  Roncos  Sibilos  Estridor  Outros:

Tosse:  Improdutiva  Produtiva | Expectoração:  Quantidade e aspecto:

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

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

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / Hora:

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração:  Visão  Audição  Tato  Olfato  Paladar Observação:

##### SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo  Agitado  Agressivo.  Risco de queda. Observação:

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso:  Regular  Irregular  Impalpável  Filiforme  Cheio.

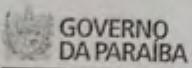
Scanned by CamScanner



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada ( <input type="checkbox"/> Hipocorada ( <input type="checkbox"/> Cianose ( <input type="checkbox"/> Sudorese ( <input type="checkbox"/> Fria ( <input type="checkbox"/> Aquecida	
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> < 3 segundos; ( <input type="checkbox"/> >3 segundos ( <input type="checkbox"/> Turgência jugular: ( <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: ( <input type="checkbox"/> Quais?	
Ausculta cardíaca: ( <input type="checkbox"/> Rítmica ( <input type="checkbox"/> Arritmica ( <input type="checkbox"/> Sopro ( <input type="checkbox"/> Outro. Mencapaz: ( <input type="checkbox"/> Transtorno ( <input type="checkbox"/> Desconhecido	
Cateter vascular: ( <input checked="" type="checkbox"/> Periférico ( <input type="checkbox"/> Central ( <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <b>HSG</b> Data da punção: <b>19/02/18</b>	
Edema: ( <input type="checkbox"/> MMSS ( <input type="checkbox"/> MMIII ( <input type="checkbox"/> Face ( <input type="checkbox"/> Anasarcina. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: ( <input type="checkbox"/> Nutrido ( <input type="checkbox"/> Emagrecido ( <input type="checkbox"/> Ceumático ( <input type="checkbox"/> Obeso	
Dentição: ( <input type="checkbox"/> Completa ( <input type="checkbox"/> Incompleta ( <input type="checkbox"/> Prótese	
Alimentação: ( <input type="checkbox"/> NHO ( <input type="checkbox"/> SNG ( <input type="checkbox"/> SNE ( <input type="checkbox"/> Gastrostomia ( <input type="checkbox"/> Jejunostomia ( <input type="checkbox"/> NPT. Hora: Data _____	
Alterações: ( <input type="checkbox"/> Inapetência ( <input type="checkbox"/> Disfagia ( <input type="checkbox"/> Inolerância alimentar ( <input type="checkbox"/> Vômito ( <input type="checkbox"/> Prostite ( <input type="checkbox"/> Outros	
Abdômen: ( <input type="checkbox"/> Normotensão ( <input type="checkbox"/> Distendido ( <input type="checkbox"/> Tensão ( <input type="checkbox"/> Aséptico ( <input type="checkbox"/> Outros	
RHA: ( <input type="checkbox"/> Normostáticos ( <input type="checkbox"/> Ausentes ( <input type="checkbox"/> Diminuídos ( <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: ( <input type="checkbox"/> Normal ( <input type="checkbox"/> Líquida ( <input type="checkbox"/> Constipado há dias ( <input type="checkbox"/> Outras:	
Eliminação urinária: ( <input type="checkbox"/> Espontânea ( <input type="checkbox"/> Retenção ( <input type="checkbox"/> Incontinência ( <input type="checkbox"/> Hematuria ( <input type="checkbox"/> SVD. Débito mili:	
Aspecto: ( <input type="checkbox"/> Outros. Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: ( <input type="checkbox"/> Inteira ( <input type="checkbox"/> Resssecada ( <input type="checkbox"/> Equimoses ( <input type="checkbox"/> Hematomas ( <input type="checkbox"/> Escorregões ( <input type="checkbox"/> Outros	
Coloração da pele: ( <input type="checkbox"/> Normocorada ( <input type="checkbox"/> Hipocorada ( <input type="checkbox"/> Ictérica ( <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: ( <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: ( <input type="checkbox"/> Juntadas ( <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: ( <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: ( <input type="checkbox"/> Local/Aspecto. Curativo _____	
Dreno: ( <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Relizado em: _____	
Ulceras de pressão: ( <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo _____	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( <input type="checkbox"/> Independente ( <input type="checkbox"/> Dependente ( <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: ( <input type="checkbox"/> Satisfatória ( <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: ( <input type="checkbox"/> Satisfatória ( <input type="checkbox"/> Insatisfatória	
Limitação física: ( <input type="checkbox"/> Acamado ( <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas ( <input type="checkbox"/> Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
( <input type="checkbox"/> Preservado ( <input type="checkbox"/> Insônia ( <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia ( <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: ( <input type="checkbox"/> Preservada ( <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ( <input type="checkbox"/> Cooperativo ( <input type="checkbox"/> Medo:	
( <input type="checkbox"/> Ansiedade ( <input type="checkbox"/> Ausência de famílias/visita ( <input type="checkbox"/> Outros	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( <input type="checkbox"/> Praticante ( <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <b>Jessé S. Cruz Góes</b> DATA: <b>21/02/18</b> HORA: <b>10:31</b>	
FONTE: BORDINHÃO, R.C. Caderno de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2008)	

Scanned by CamScanner





GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Suelen Francisca | Registro: | Leito: 3.1 | Setor Atual: Ortop

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Mobilidade Física:  Preservada  Paresia  Plegia  Parestesia Local:

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração:  Espontânea  Cateter Nasal  Venturi % l/min  Traqueostomia  Ayre/Tubo T  
( ) VMI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH<sub>2</sub>O

( ) Eupnêia; ( ) Taquipnêia  Bradipnêia  Dispnéia  Outros:

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

Ruidos adventícios: ( ) Roncos  Sibilos  Estridor  Outros:

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ( ) Visão  Audição  Tato  Olfato  Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso:  Regular  Irregular  Impalpável  Filiforme  Cheio.

Scanned by CamScanner



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> < 3 segundos; <input type="checkbox"/> > 3 segundos; <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>			
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quals?	Precordialgia <input type="checkbox"/>		
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo			
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <b>MSG</b>	Data da punção: <b>19/09/18</b>		
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:			
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>			
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.			
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.			
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> IVO <input type="checkbox"/> JSNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT, Hora: Data: / /			
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:			
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:			
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuidos <input type="checkbox"/> Aumentados			
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há dias <input type="checkbox"/> Outros:			
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Refeição <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h:			
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:			
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>			
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:			
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica   Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado			
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas   Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>			
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: / /			
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /			
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /			
<b>CUIDADO CORPORAL</b>			
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória   Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória			
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:			
<b>SONO E REPOUSO</b>			
<input type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:			
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>			
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>			
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada   Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo: <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:			
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>			
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>			
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:			
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Jamila S. Cruz Gondim</i> DATA: <b>30/09/18</b> HORA: <b>10:49</b> h			
FONTE: BORDINHÃO, R.C. Comila de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).			

Scanned by CamScanner





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Evolução de Enfermagem

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Wellen F. Souza da Silva | Registro: | Leito: 03101 | Setor Atual: Ortopedia 1

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

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

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

#### 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

Obs:

##### OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T  
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH<sub>2</sub>O

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

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / Hora:

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

##### SEGURANÇA FÍSICA

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

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Scanned by CamScanner



Pele: <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> < 3 segundos; <input type="checkbox"/> > 3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	Precordialgia <input type="checkbox"/>
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais?		
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo		
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização:	Data da punção <u>18/02/2018</u>	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:		
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>		
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.		
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.		
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> V.O. <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> N.P.T. Hora: Data: _____		
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:		
Abdômen: <input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:		
R.H.A: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados		
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há dias <input type="checkbox"/> Outros:		
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> S.V.D: Débito ml/h.		
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros:	Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>		
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:		
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica	Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas	Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto:	Curativo em: _____	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto:	Débito:	Retirado em: _____
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio:	Local:	Descrição: Curativo: _____
<b>CUIDADO CORPORAL</b>		
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente.	Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória	Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:		
<b>SONO E REPOUSO</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido.	Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>		
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>		
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:		
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>		
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>		
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante.	Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>		
<p>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:</p> <p><i>Dr. Valuska Lobo de Carvalho</i>  <b>ENFERMEIRA</b>  <b>COREN - PB 366.098</b></p> <p>DATA: <u>19/02/2018</u> HORA: _____</p>		

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

Scanned by CamScanner



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos <input type="checkbox"/> >3 segundos <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais?	Precordialgia <input type="checkbox"/>
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <b>NSD</b> Data da punção: <b>26/02/16</b>
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT. Hora: _____ Data: _____
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há _____ dias <input type="checkbox"/> Outros:	Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito _____ ml/h.
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Preservado
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: _____
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: _____	Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo _____
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	SONO E REPOUSO
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	(4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo: <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	INTERCORRÊNCIAS
<p><i>rauim Mfou uol m NID, NCPM. ~</i></p> <p><i>ML.</i></p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: <b>27/02/16</b> HORA: <b>10:00</b> h

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



## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Evolução de Enfermagem

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Suelen Faria | Registro: | Leito: 3.1 | Setor Atual: Introp. L

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

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

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

#### 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

Obs:

##### OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T  
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH<sub>2</sub>O

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

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

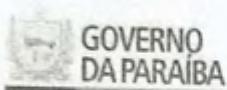
##### SEGURANÇA FÍSICA

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

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Scanned by CamScanner



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



SUS  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

Sr(a):	SUELLEN FRANCISCA SOUSA SILVA	Protocolo:	0000386385	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	ELDIMAN SOARES DE ARAUJO	Data:	14-02-2018 13:29	Origem:	CLINICA CIRURGICA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	29 anos	Destino:	ENF 03 - L 04

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

[DATA DA COLETA: 14/02/2018 14:05 ] Valores de Referência:  
Material: sangue De 1 a 3 minutos  
Método: Duke

TEMPO DE COAGULACAO..... 7'00'' min

[DATA DA COLETA: 14/02/2018 14:05 ] Valores de Referência:  
Material: Sangue De 5 a 11 minutos  
Método: Lee-White

Gelder Farias Cavalcanti  
Biomédico  
CRBM - 7494

Emissão: 14/02/2018 14:04 - Página 2 de 2



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ISIS GORGONIO BASTOS - 27/08/2019 22:57:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082722575775200000023145119>  
Número do documento: 19082722575775200000023145119

Num. 23891713 - Pág. 4

Sr(s): SUELLEN FRANCISCA SOUSA SILVA      Protocolo: 0000386385      RG: NÃO INFORMADO  
Dr(a): ELDIMAN SOARES DE ARAUJO      Data: 14-02-2018 13:29      Origem: CLINICA CIRURGICA  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES      Idade: 29 anos      Destino: ENF 03 - L 04

**HEMOGRAMA**

[DATA DA COLETA: 14/02/2018 14:04 ]

**Resultados**

**Valores de Referências**

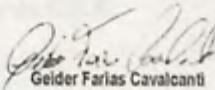
**SÉRIE VERMELHA**

Eritrócitos.....	4.4 milhões/mm <sup>3</sup>	3,9 à 5,9 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina.....	13,5 g/dL	12,0 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	40 %	35,6 à 48,6 %
V.C.M.....	92 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	31 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

**SÉRIE BRANCA**

Leucócitos.....	12.300 /mm <sup>3</sup> (%)	5.000 à 10.000 /mm <sup>3</sup> (/mm <sup>3</sup> )
Neutrofí�os.....	0	0
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	7,0	861
Segmentados.....	76,0	9.348
Eosinófilos.....	1,0	123
Basófilos.....	0	0
Linfócitos.....	13,0	1.599
Tipicos.....	0	0
Atípicos.....	0	0
Monocitos.....	3,0	369
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	231.000 mm <sup>3</sup>	2.0 à 10 t - até 1.000 / mm <sup>3</sup> 140.000 a 400.000 mm <sup>3</sup>

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

  
Gélder Farias Cavalcanti  
Biomédico  
CRBM - 7494

Emissão : 14/02/2018 14:04 - Página 1 de 2

 **Newlab**  
Laboratório

 **SELO DE QUALIDADE**

 **PNCQ**  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade

Scanned by CamScanner





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

PACIENTE:	SUELLEN FRANCISCA
DATA DO EXAME:	13/02/2018

### ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

#### METODOLOGIA:

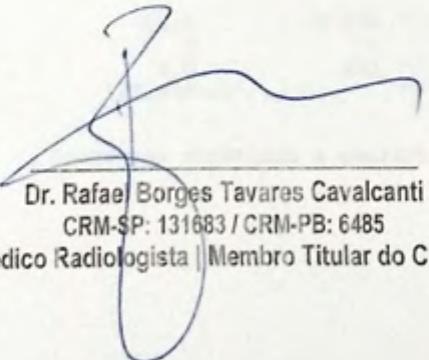
Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

#### ANÁLISE:

**Não identificamos sinais de líquido livre abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.**

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins ou bexiga identificáveis ao método.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de hemoretroperitônio, lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas.



Dr. Rafael Borges Tavares Cavalcanti  
CRM-SP: 131683 / CRM-PB: 6485  
Médico Radiologista | Membro Titular do C.B.R.

Scanned by CamScanner



GOVERNO  
DA PARAIBA

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



SUS  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

Sr(a): SUELLEN FRANCISCA SOUSA SILVA  
Dr(a): YWRY DE PAIVA CAMARA  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000388399 RG: ortopedia I 3-1  
Data: 24-02-2018 11:59 Origem: CLINICA ORTOPEDICA I  
Idade: 29 anos Destino: ENF 03 - L. 01

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 24/02/2018 12:33 ]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.1 milhões/mm <sup>3</sup>	3,9 à 5,9 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina.....	12,4 g/dL	12,0 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	37 %	35,6 à 48,6 %
V.C.M.....	91 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	30 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	9.400 /mm <sup>3</sup> (%)	5.000 à 10.000 /mm <sup>3</sup> (/mm <sup>3</sup> )
Neutrofilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	4,0	376
Segmentados.....	68,0	6.392
Eosinófilos.....	1,0	94
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	24,0	2.256
Atípicos.....	0	0
Monocitos.....	3,0	282
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	365.000 mm <sup>3</sup>	2.0 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm <sup>3</sup> 2,0 à 10 % - até 1.000 / mm <sup>3</sup> 140.000 a 400.000 mm <sup>3</sup>

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Geider Farias Cavalcanti  
Biomédico  
CRBM - 7494

Emissão : 24/02/2018 14:44 - Página 1 de 1

Laboratório  
**Newlab**



PNCQ  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ISIS GORGONIO BASTOS - 27/08/2019 22:57:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082722575775200000023145119>  
Número do documento: 19082722575775200000023145119

Num. 23891713 - Pág. 7



**ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMARCA DE CAMPINA GRANDE  
2ª VARA CÍVEL**

Vistos etc.

Demonstrada, em um juízo de cognição sumária, a hipossuficiência econômica da parte autora, **defiro o pedido de justiça gratuita**, nos termos dos artigos 98 e 99 do Código de Processo Civil.

1. A atual sistemática adotada pelo Código de Processo Civil estabelece, como regra, a designação de audiência de conciliação ou de mediação como ato subsequente ao recebimento da petição inicial das ações de procedimento comum, nos termos do art. 334, *caput*, do Código de Processo Civil;
2. Nada obstante, o § 4º do mesmo dispositivo legal traz duas hipóteses em que a sobredita audiência não será realizada, a saber: a) se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual; b) quando não se admitir a autocomposição;
3. Assim sendo, **excepcionalmente, a sessão conciliatória poderá ser dispensada pelo juízo**, caso se enquadre em uma das duas hipóteses elencadas acima, ou, ainda, em casos de procedimentos especiais, regidos por legislações específicas e pelo próprio Código de Processo Civil;
4. A presente demanda se insere nos casos em que, de acordo com a nova orientação do NUPEMEC, deve-se procurar evitar remeter aos CEJUSC's "feitos que demandem ações repetitivas, conhecidamente sem chance de conciliação, tais como revisionais de contrato, DPVAT, em que se tem conhecimento que as empresas tradicionalmente não fazem acordos" (Des. Leandro dos Santos, Ofício Circular 003/2018).
5. Desse modo, ainda que se tratem de direitos disponíveis, observa-se de outros processos análogos em tramitação nas varas cíveis desta comarca que **a designação da audiência de conciliação em ações envolvendo a empresa promovida vem se revelando como ato processual inútil**;
6. Por tais fundamentos, e ainda tendo por base os princípios da celeridade e da efetividade processual, insculpidos nos arts. 4º e 6º do Código de Processo Civil, e, ainda, utilizando por analogia o art. 334, § 4º, do mesmo código, **deixo, por ora, de designar a audiência de conciliação no presente caso**;
7. Ressalte-se, por oportuno, que a não designação da audiência nesta fase processual não impede que uma sessão conciliatória seja marcada em momento posterior, a requerimento das partes ou até mesmo de ofício por este juízo, caso as circunstâncias do caso demonstrem haver utilidade na sua realização, nos termos do art. 139, V, do Código de Processo Civil;
8. Diante do exposto, **intime-se a parte autora do teor deste despacho** e, em seguida, **cite-se a parte demandada para oferecer contestação**, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, cujo termo inicial será a data prevista no art. 231 do Código de Processo Civil, de acordo com o modo como for feita a citação, conforme determina o art. 335, *caput* e inciso III, do mesmo diploma;



9. Advirta-se que caso a parte ré não ofereça contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiros os fatos alegados pela parte autora (art. 344 do CPC), salvo as exceções previstas no art. 345 do Código de Processo Civil;

10. Apresentada a contestação, e caso esta venha instruída com prova documental e/ou se alegue quaisquer das matérias constantes dos arts. 350 e 351 do Código de Processo Civil, intime-se a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar impugnação.

11. Por fim, intime-se para especificação de provas que pretendam produzir, ou requerimento de julgamento antecipado, no prazo comum de 15 (quinze) dias.

Campina Grande, data e assinatura do Sistema.





Assinado eletronicamente por: SILVIA FERNANDA AIRES BENJAMIN - 15/09/2019 18:32:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091518322404600000023654348>  
Número do documento: 19091518322404600000023654348

Num. 24431445 - Pág. 1



**PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA  
2ª VARA CÍVEL – COMARCA DE CAMPINA GRANDE**

**MANDADO DE INTIMAÇÃO**

Processo nº 0821624-17.2019.8.15.0001

AUTOR: SUELEN FRANCISCA SOUSA DA SILVA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Advogado: ISIS GORGONIO BASTOS OAB: PB26547 Endereço:  
desconhecido

Em cumprimento a determinação proferida no processo supra indicado, **INTIMO** o(a) parte **promovente** na pessoa de seu procurador(a) e advogado(a) acima nominado(a), do teor do despacho/decisão ID 24197516.

Campina Grande-PB, 15 de setembro de 2019

De ordem, SILVIA FERNANDA AIRES BENJAMIN

ANALISTA/TÉCNICO JUDICIÁRIO

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]



Assinado eletronicamente por: SILVIA FERNANDA AIRES BENJAMIN - 15/09/2019 18:32:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091518322404600000023654348>  
Número do documento: 19091518322404600000023654348

Num. 24431445 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: SILVIA FERNANDA AIRES BENJAMIN - 15/09/2019 18:32:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091518322404600000023654348>  
Número do documento: 19091518322404600000023654348

Num. 24431445 - Pág. 3