



08/02/2021

Número: **0800648-68.2019.8.15.0201**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Ingá**

Última distribuição : **23/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JAILTON VENTURA DA SILVA (AUTOR)		VIVIAN LUIZA PEREIRA DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39214520	08/02/2021 16:06	<a href="#">Petição</a>	Petição
39214523	08/02/2021 16:06	<a href="#">2662190_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_Anexo_02</a>	Outros Documentos
39214525	08/02/2021 16:06	<a href="#">2662190_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_03</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





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, 24 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190103622**

**Vítima: JAILTON VENTURA DA SILVA**

**Data do Acidente: 16/05/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: VIVIAN LUIZA PEREIRA DA SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JAILTON VENTURA 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: JAILTON VENTURA DA SILVA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000000904**

**Conta: 0000011450-9**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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, retorne 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





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 081.259.304-93 Nome completo da vítima: JAILTON VENTURA DA SILVA  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012  
Nome completo: JAILTON VENTURA DA SILVA CPF: 081.259.304-93  
Profissão: ASS. ADMINISTRATIVO Endereço: RUA PROF. FELISMINA C. DE OLIVEIRA Número: S/N Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: CENTRO Cidade: SERRA REDONDA Estado: PB CEP: 58385-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

**RENDA MENSAL:**  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 0904 CONTA: 00011450 9 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

ARQUIVADO  
06 FEV. 2019  
3221-5930

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

01 V001/2018





ARIVLE CORRETORA  
06 FEV. 2019  
TEL.: (83) 3321-5930





Governo do Estado da Paraíba  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
2ª Superintendência de Polícia Civil  
Delegacia de Polícia Civil de Serra Redonda  
Rua Epitácio Pessoa, sn, Centro - Serra Redonda/PB



Ocorrência nº083/2018

Versando sobre: acidente de motocicleta

Data do fato: maio/2018 CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA

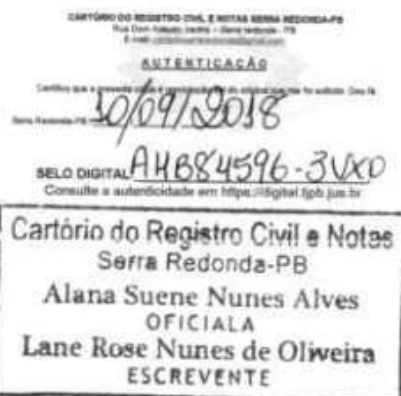
Eu, **ROSIMAR ARAÚJO DA SILVA**, Agente de Investigação Policial, CERTIFICO para os fins a que se fizerem necessários que, revendo o livro virtual de ocorrências **083/2018** encontrei a ocorrência **083/2018** que apresenta o seguinte teor: "Aos quatorze (14) dias do mês de julho de 2018, nesta cidade de Serra Redonda - Paraíba, e na Delegacia de Polícia Civil, onde se fazia presente o(a) Bel(a). **JOSÉ DE ARIMATEA MORAES DA SILVA**, Delegado(a) titular desta unidade policial. À por volta das 17h:15min compareceu o(a) Sr(a). **JAILTON VENTURA DA SILVA**, Brasileiro, solteiro, com 29 anos de idade, nascido em: 25/06/1989, natural de João Pessoa/PB, filho de Raimundo Francisco da Silva e de Aurielice Ventura da Silva, RG nº 3319193 - SEDS/PB, CPF nº081259304 - 93, profissão Assistente Administrativo, residente e domiciliado na Rua Professora Felismina Cavalcante de Oliveira nº 31 centro Serra Redonda PB, fone 83 (OI), o(a) qual após cientificado das penalidades culminadas com o Art 299 do C.P.B. (falsidade ideológica) vem notificar QUE: no dia 16/05/2018, por volta das 21:30 horas, vinha pilotando sua motocicleta de Marca HONDA/CG 150 TITAN ESD, de cor preta, ano 2013, placa OGB 6455, chassi 9C2KC1650DR311319, licenciada em nome do noticiante, que ao passar na estrada PB 095, nas imediações da fazenda Haras primaveras zona rural de Massaranduba, foi surpreendido por uns cachorros, que colidiu com um dos cachorros, provocando um grave acidente, que, foi acionado o SAMU, sendo levado para o hospital de traumas na cidade Campina Grande - PB, ficando interno 16 dias, submetendo a cirurgia, que provocou ruptura no tendão patelar posterior direito, avulsão de LCP de HID, um corte profundo no joelho direito e escoriações na perna lateral direita segue em anexo laudo médico. Nada mais disse nem lhe foi perguntado, dada e passada nesta Data.



*Jailton Ventura da Silva*  
**JAILTON VENTURA DA SILVA**  
NOTICIANTE

*Rosimar Araújo da Silva*  
**ROSIMAR ARAÚJO DA SILVA**  
AG. DE TELEC. POLICIAL

Delegacia de Polícia Civil de Serra Redonda  
Rua Epitácio Pessoa, sn, Centro - Serra Redonda/PB



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 081.259.304-93 Nome completo da vítima: JAILTON VENTURA DA SILVA

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012**

Nome completo: JAILTON VENTURA DA SILVA CPF: 081.259.304-93

Profissão: ASS. ADMINISTRATIVO Endereço: RUA PROF. FELISMINA C. DE OLIVEIRA Número: S/N Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: CENTRO Cidade: SERRA REDONDA Estado: PB CEP: 58385-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

**DADOS CADASTRAIS**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

**RENDA MENSAL:**

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0904 CONTA: 00011450 9

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE**

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Local e Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina a ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): *Jailton Ventura da Silva*

Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo e do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FP5.001 V001/2018





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




## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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

DATA:	16/5/2018	HORA:	22:00 HS	ID Nº:	1695755
NOME:	JAILTON VENTURA DA SILVA				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	ESTRADA DE MASSARANDUBA-BR/APÓS FAZENDA AMAZÔNIA				
COMPLEMENTO:	EM FRENTE A FAZENDA HARAS PRIMAVERA				
CIDADE:	MASSARANDUBA/PB				
<b>DADOS DA REMOÇÃO</b>					
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma					

Campina Grande, 20 de junho de 2018.



  
Deoclécio F. Nascimento  
Coordenação Administrativa  
SAMU REGIONAL CG - 192

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



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	15/02/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAILTON VENTURA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00904

CONTA: 000000011450-9

---

---

Nr. da Autenticação 8C8E18BE47609F63





# CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PL7 DATA DE POSTAGEM 06/01/2018

VIVIAN LUIZA PEREIRA DA SILVA  
RUA JOAO PESSOA, 03  
CENTRO  
56398-000 REMIGIO PB



73113070213054234011-2528023008011M

RIVE CORRETORA  
06 FEV. 2019  
TEL: (83) 3321-5930



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradorafidelis.com.br](http://www.seguradorafidelis.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0200 022 1.2 04

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.sisnep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 613/92.

Pelo exposto, eu

VIVIAN LUIZA PEREIRA DA SILVA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ: 039.895.874-20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JAILTON VENTURA DA SILVA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.259.304-83

do sinistro de DPVAT cobertura: INVALIDEZ da vítima JAILTON VENTURA DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o nº 081.259.304-93, conforme determinação da Circular Suscep 445/12

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios: \_\_\_\_\_

☒ Rec use informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DIPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	RUA JOAO PESSO	Número:	03	Complemento:	
Bairro:	CENTRO	Cidade:	REMIGIO	Estado:	PR
E-mail:	vivianluizaadva@yahoo.com			CEP:	58398-000
				Tel (DDD):	

Remúgio, 06 de fevereiro de 2019

Sivian Luiza Pereira da Silva

ARRIVE CORRETTORA  
06 FEB. 2019  
TEL: (83) 3321-5930







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



ATENDIMENTO URGÊNCIA  
PRONT (B.E) Nº: 1655981 CLASS. DE RISCO: VERMELHO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 16/05/2018  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Sindija Mayres Gomes Soares  
PACIENTE: JAILTON VENTURA DA SILVA CEP: 58385-000 Nascimento: 25/06/1989  
SILVA Endereço: PROF. FELISMINA CAVALCANTE DE O. Sexo: M Telefone: 88239811  
Cidade: Serra Redonda Idade: 028 Bairro: CENTRO  
RG: 3319193 N: 31  
CPF: 08125930493 Profissão: AGENTE ADMINISTRATIVO  
Responsável: RAIMUNDO FRANCISCO DA SILVA Data de Atend: 16/05/2018  
Estado Civil: Solteiro(a) Hora: 23:25:11  
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X ANIMAL  
CRM: 085574

MECANISMOS DO TRAUMA  
LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Cabeça 19. Fratura costela esquerda  
2. Amputação 20. Fratura bacia aberta  
3. Anel 21. Hematoma  
4. Contusão 22. Inguernamento recente  
5. Craniotomia 23. Lesão  
6. Dor 24. Lesão tendão  
7. Edema 25. Luxação  
8. Empalramento 26. Abscesso  
9. Entalhe subcutâneo 27. Movimento torção parafuso  
10. Envenenamento 28. Objeto enfiado  
11. Equimose 29. Desmoronamento  
12. F. Arma branca 30. Paralisia  
13. F. Arma de fogo 31. Pericoma  
14. F. Cortado 32. Paralisia  
15. F. Contusão 33. Queimadura  
16. F. Contusão 34. Rins  
17. F. Perfuro-contusão 35. Fim de lesão  
18. F. Perfuro-contusão 36.

OBS:  
QUEIMADURA:  
Superfície corporal lesada = 1% Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau  
DIAGNÓSTICO / CID: 06 FEB. 2019  
TEL.: (83) 3321-5930

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:  
Dr. Jairo de A. Lopes Almeida  
CRM-PB 22.501 + Dr. Jairo de A. Lopes Almeida

EXAME PRIMÁRIO - DADO. INÍCIOS  
paciente vítima de queda de moto  
em via pública, apresentando  
trauma em tórax, abdômen e membros  
inferiores. Lesões em tórax e  
abdômen. Queda de moto de 1,5m de altura.  
Paciente em estado de choque.

**TOMOGRAFIA REALIZADA EM:**  
17/05/18

ALERGIA:  
MEDICAMENTOS:  
PATOLOGIAS:  
EXAME FÍSICO  
PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas  
Glasgow PA HGT: SatO2

EXAMES SOLICITADOS:  
( ) Laboratoriais ( ) Ultrassonografia  
( ) Gasometria arterial ( ) Radiografias  
( ) Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:  
Especialista: Dr. Jairo de A. Lopes Almeida Dia / /  
Especialista: Dr. Jairo de A. Lopes Almeida Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE  
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:  
Nº 1 T. de A. Lopes Almeida HORÁRIO REALIZADO  
2 CEFALEXIMA 200mg  
3  
4  
5  
6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:  
Dr. Jairo de A. Lopes Almeida  
CRM-PB 22.501 + Dr. Jairo de A. Lopes Almeida

## EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

OSS Pte. Uprimento anterior  
e posterior  
A paróteia anterior posterior  
da região lateral da C.P.  
(D: Sutura e sutura)  
Sutura TC de pulso

Dr. André Paulo Araújo da Mota  
Tratamento de Urgência  
CRM-RB 93

DESTINO DO PACIENTE / / às : hs.

( ) Centro cirúrgico

( ) Internação (setor)

( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

( ) Alta hospitalar / ( ) A revelia

( ) Decisão Médica

( ) Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

## SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/02/2021 16:06:31

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/02/2021 16:06:31

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/02/2021 16:06:31

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/02/2021 16:06:31

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/02/2021 16:06:31

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/02/2021 16:06:31

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/02/2021 16:06:31

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/02/2021 16:06:31





SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

## Diagnóstico

FK ESPINOSA TIBIAL D

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA I  
LEITO 5-1

Convênio	LEITO 54
----------	----------



Leito

Fig. 6

Alojamento

JAILTON VENTURA DA SILVA, 28

paciente

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
29/5	 1 DIETA LIVRE 2 IBUPROFENO 600MG DTCP 12/12H 3 CLEXANE 40MG SC A NOITE 5x28x50 4 FÍSIO MOTORA 5 CCGG+SSW	 AT AT AT	13 <sup>o</sup> Dia Boa, saudável, o dia Domingo 29.5.20 S.M.V.M.
			

MOO. 635



<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020816062577500000037379643>

Número do documento: 21020816062577500000037379643





GOVERNO  
DA PARÁIBA

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

## Diagnóstico

ORTOP  
LEITO 9-2

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO ALA ORTOPEDICA

PRE OP

AVULSÃO DE LCP

JAILTON VENTURA

LEITO 9-2

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
30.05	1. DIETA LIVRE - DADO ÚRGA 2. SRL 1500ML IV 24H 3. DIFIRONA 1g + ABD EV 6/6H 4. TILATIL 20MG + AD EV 12/12H 5N 5. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H 6. NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H 5H 7. OMEPRAZOL 40mg + BILVANTE EV / JEIUM 8. FISIOTERAPIA 9. SSW + CCGG 10. Radiografia de controle 11. biotricado 12. biotricado + ABD EV 6/6H 13. Tala plástica HIB	20:30 21:00 22:00 23:00 24:00	#ORTOPEDIA# DIH... 16.00 Paciente submetido a procedimento de cirurgia, com internamento de 10 dias. Radiografia de controle Tala plástica HIB 1 6 Dr. Edmar Figueiredo A. Cruz SO ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA 13.05.2021 14:30
31.05	para o exame		10.00 Exame neurológico preservado CD: osteo + rotacional + distal grau 1 Dr. Edmar Figueiredo A. Cruz SO ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA 31.05.2021 14:30

MOD. 035





(7) Personal copy

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
19/05	10	20	10
20/05	10	20	10
21/05	10	20	10
22/05	10	20	10
23/05	10	20	10
24/05	10	20	10
25/05	10	20	10
26/05	10	20	10
27/05	10	20	10
28/05	10	20	10
29/05	10	20	10
30/05	10	20	10
31/05	10	20	10
01/06	10	20	10
02/06	10	20	10
03/06	10	20	10
04/06	10	20	10
05/06	10	20	10
06/06	10	20	10
07/06	10	20	10
08/06	10	20	10
09/06	10	20	10
10/06	10	20	10
11/06	10	20	10
12/06	10	20	10
13/06	10	20	10
14/06	10	20	10
15/06	10	20	10
16/06	10	20	10
17/06	10	20	10
18/06	10	20	10
19/06	10	20	10
20/06	10	20	10
21/06	10	20	10
22/06	10	20	10
23/06	10	20	10
24/06	10	20	10
25/06	10	20	10
26/06	10	20	10
27/06	10	20	10
28/06	10	20	10
29/06	10	20	10
30/06	10	20	10
01/07	10	20	10
02/07	10	20	10
03/07	10	20	10
04/07	10	20	10
05/07	10	20	10
06/07	10	20	10
07/07	10	20	10
08/07	10	20	10
09/07	10	20	10
10/07	10	20	10
11/07	10	20	10
12/07	10	20	10
13/07	10	20	10
14/07	10	20	10
15/07	10	20	10
16/07	10	20	10
17/07	10	20	10
18/07	10	20	10
19/07	10	20	10
20/07	10	20	10
21/07	10	20	10
22/07	10	20	10
23/07	10	20	10
24/07	10	20	10
25/07	10	20	10
26/07	10	20	10
27/07	10	20	10
28/07	10	20	10
29/07	10	20	10
30/07	10	20	10
31/07	10	20	10
01/08	10	20	10
02/08	10	20	10
03/08	10	20	10
04/08	10	20	10
05/08	10	20	10
06/08	10	20	10
07/08	10	20	10
08/08	10	20	10
09/08	10	20	10
10/08	10	20	10
11/08	10	20	10
12/08	10	20	10
13/08	10	20	10
14/08	10	20	10
15/08	10	20	10
16/08	10	20	10
17/08	10	20	10
18/08	10	20	10
19/08	10	20	10
20/08	10	20	10
21/08	10	20	10
22/08	10	20	10
23/08	10	20	10
24/08	10	20	10
25/08	10	20	10
26/08	10	20	10
27/08	10	20	10
28/08	10	20	10
29/08	10	20	10
30/08	10	20	10
31/08	10	20	10
01/09	10	20	10
02/09	10	20	10
03/09	10	20	10
04/09	10	20	10
05/09			





SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## Diagnóstico

⑩  $\frac{1}{2} \log_2 256 = 8$

۳۳

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Wolff, D.L.

Paciente	Data	Prescrição Médica	Alojamento	Horário	Leito	Convênio	Evolução Médica
	25	DIETA líquida					9.014
	5	Dipirona 500 10 c/6h Tiludina 100 mg 12/12h (3m) Cefg. 1800	12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24				Estável T.M. T.B. T.O.

0.035







## Diagnóstico

for 1671113 de Fibris

5-3

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]

500.000





SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

## Diagnóstico

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA 1  
LENG 5-1

0.000000

Alojamento

Leito

Convênio

1-50470-5-1

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
27/5	1 DIETA PARA HAS 1 dia de jejum 2 SRL 1500ML EV EM 24H 3 DIPHENIDRAMINA 1G + ABD EV 6/6H 4 NALISEDROL 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN 5 TRAMAL 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H 6 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN 7 OMEPRAZOL 40MG + DHL EV EM JEJUM PELA MANHÃ 8 CLEXANE 40MG SC À NOITE 9 MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO COM A PACIENTE S.A.P.O.R.E. 10 FÍSIO MOTORA 11 CCGG+SSVV (1) 3 dias de jejum até se sentir melhor	2C	H.T. = Nil  Paciente, atualmente está desnutrida  Diuréticos : ③ Desacouplado : ②  OD : ④ Rápido e leve
	(1) 3 dias de jejum até se sentir melhor	H.T. 2H	

MOB. 035





Data 20.05.18. Hora 08:00 T 36,8°C PA 130x80

Area NIA Bacteriologia  
CURRÊN-2012-15-17-18

val  
0.016 g/b

20





34

for 1000 (approx)

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
2018-01-01	01	01	01
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
22/05	1. Dieta Líquida. 2. SBL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/Jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseudron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVW + CCGG	08:00 09:00 10:00 11:00 12:00 13:00 14:00 15:00 16:00 17:00 18:00 19:00 20:00 21:00 22:00 23:00 24:00	Dr. Wagner Falcão CRM/RB 8643



DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Data	Prescrição Médica	Alojamento:	Leito	Convênio	Evolução Médica
23/03	23/03	1. Dieta Líquida 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseudron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG	7	7	-3	Defecação
24	24/03	Dieta Líquida	7	7	-3	(Dil 97h)
25	25/03	Dipirona 100mg 6/6h CCGG, SSVV	7	7	-3	Pix-op OK



João Antonio

fine

João

2010/2

f



$$\frac{dC}{dC} \text{ Fe tibia } \textcircled{D}$$
[illegible]

© 2017 H

10

10

de, 10/12/2016, 10h00, 10h00

de, 10/12/2016, 10h00, 10h00



John Doe, 123 Main St, Springfield, MA 01101



Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
19/05/18	1. Dieta Livre		
	2. SCL 1500ml EV/24h, digoxina 0,5mg PO		
	3. Dipirona 02ML + AD EV 06/08h		
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h		
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum		
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN		
	7. Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SN		
	8. Clexane 40mg SC/dia		
	9. SSVV + CCGG		





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DA ESTADO

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

## ATESTADO MÉDICO

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS SERENA REDONDA-PB  
Rua São Sebastião, 100 - Santa Helena - PB  
Fone: (35) 3333-1111 - E-mail: cartorio@serena.pb.gov.br

ATTESTAÇÃO  
11/06/2018  
Cartório de Registro Civil e Notas - Santa Helena - PB  
MÉLO DIGITAL: AEX91396-F186  
Consulte a autenticidade em: [sigas.sigatp.pb.gov.br](http://sigas.sigatp.pb.gov.br)

ATESTO que Paulton Ventura da Silva

foi atendido(a) hoje, às 01 ( uma )  
horas, necessitando de 60 ( sessenta )  
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

Cartório do Registro Civil e Notas  
Serra Redonda-PB  
Alana Suene Nunes Alves  
OFICIALA  
Lane Rose Nunes de Oliveira  
ESCREVENTE

DIAGNÓSTICO CID S92

Campina Grande, 31 / 05 / 18

DR. ENZO FERREIRA A. SILVA  
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 9807

Ass. do Médico - CRM Nº

End.: Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina grande - Paraíba

MOD. 004





### CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Patton Ventura da Silva

DATA DO ATENDIMENTO: 30 / 05 / 18

Nº PRONTUÁRIO: 1655981 FICHA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: hemorragia de LCP de HED

PROCEDIMENTO: tratamento cirúrgico

MÉDICO (CARIMBO): Dr. André Ribeiro

MOD. 129

Segunda Feira 06:00hrs

02/07/2018

03-8-2018 - Dr. André, médico


31/08/18

28.09.18

os 6hs manhã -  
os 6hs manhã



Data da internação: 17/05/2018 Hora: 01:08:47

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>		2 - CNES <b>2362856</b>
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>		4 - CNES <b>2362856</b>
<b>Identificação do Paciente</b>		
5 - NOME DO PACIENTE <b>JAILTON VENTURA DA SILVA</b>		6 - N° DO PRONTUÁRIO <b>1656003</b>
7 - CARTÃO DO SUS <b>702608228071049</b>	8 - DATA DE NASCIMENTO <b>25/06/1989</b>	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>AURIELDICE VENTURA DA SILVA</b>		11 - TELEFONE DE CONTATO 83 <b>88239811</b>
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <b>PROF FELISMINA CAVALCANTE DE O, 31, CENTRO</b>		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Serra Redonda</b>	14 - COÓRDEO MUNICIPAL <b>251580</b>	15 - UF <b>PB</b>
16 - CEP <b>58385000</b>		
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente vítima de queda de moto, apresentando dor e edema na região da cabeça.</i>		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>trauma</i>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exame físico + Rx</i>		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de fêmur</i>		
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 
26 - CLÍNICA 	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <b>02</b>	28 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> X) CNS <input type="checkbox"/> ) CPF
29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>980016004346719</b>		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES</b>		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>17/05/2018</b>
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>		
33 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNP) DA SEGURADORA 	
34 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	37 - Nº DO BILHETE 	
35 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	38 - SÉRIE 	
39 - CNP) EMPRESA 		40 - CNIE DA EMPRESA 
41 - CBOB 		42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURO
<b>AUTORIZAÇÃO</b>		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 		44 - COD. ORGÃO EMISSOR 
45 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> ) CNS <input type="checkbox"/> ) CPF		46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <b>/ /</b>		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 		



12/02/2021 14:09

12/02/2021

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/02/2021 16:06:31

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020816062577500000037379643

Número do documento: 21020816062577500000037379643



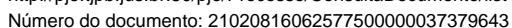
Data da internação: 17/05/2018 Hgra: 01:08:47

<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>		2 - CNES <b>2362856</b>
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>		4 - CNES <b>2362856</b>
<b>Identificação do Paciente</b>		
5 - NOME DO PACIENTE <b>JAILTON VENTURA DA SILVA</b>		6 - N° DO PRONTUÁRIO <b>1656003</b>
7 - CARTÃO DO SUS <b>702608228071049</b>	8 - DATA DE NASCIMENTO <b>25/06/1989</b>	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fm <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>AURIELDICE VENTURA DA SILVA</b>		11 - TELEFONE DE CONTATO <b>83 88239811</b>
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO) <b>PROF FELISMINA CAVALCANTE DE O, 31, CENTRO</b>		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Serra Redonda</b>	14 - CÓDIGO MUNICIPAL <b>251580</b>	15 - UF <b>PB</b>
		16 - CEP <b>58385000</b>
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <div style="height: 80px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div>		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <div style="height: 40px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <div style="height: 40px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div>		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <div style="height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div>	21 - CID 10 PRINCIPAL <div style="height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div>	22 - CID 10 SECUNDÁRIO <div style="height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div>
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <div style="height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div>		
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <div style="height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <div style="height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div>
26 - CLÍNICA <div style="height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div>	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO <b>02</b>	28 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF <b>980016004346719</b>
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>980016004346719</b>		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES</b>		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>17/05/2018</b>
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <div style="height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div>		
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>		
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	37 - N° DO BILHETE <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>
	38 - SÉRIE <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	
	39 - CNPJ EMPRESA <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	40 - CNAE DA EMPRESA <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>
	41 - CBOE <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO		
<b>AUTORIZAÇÃO</b>		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>		44 - COD. ORGÃO EMISSOR <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>
45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>		



Feb 29<sup>th</sup> 1914

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]



## DIAGNÓSTICO

④ 12412 44-12412 44

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]

Jáilson Ventura de S. Silva

Solicito  
Rx João H. (D) AP + P.

Motivo  
Pres - P.

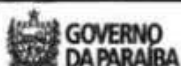
30/05/18

**RAIO X**  
REALIZADO EM:  
30/05/18

2018







GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

### RECEITUÁRIO DE ENTORPECENTES

Paciente: \_\_\_\_\_

Apartamento Nº: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Justificação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ass. Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Campina Grande, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MOD: 06







# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

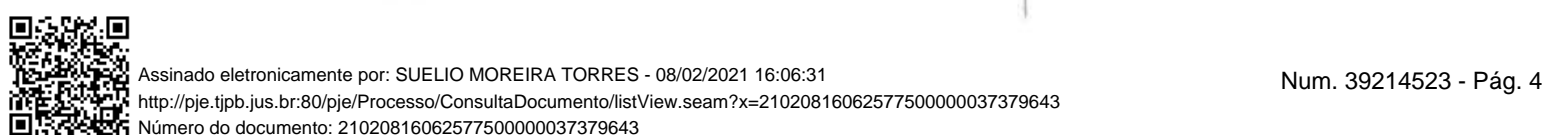
PACIENTE: <u>Jailton Ventura da Silva</u> DN <u>25-06-1989</u>		GOVERNO DA PARAIBA			
LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
		23	1655981		
CIRURGIA: <u>Tr. de Anútero R</u>		CIRURGIÃO: <u>Dr. Anderson Yuri</u>			
ANESTESIA: <u>Rodu</u>		ANESTESIA: <u>Dr. Almir</u>			
INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM		
<u>Flavio</u>	<u>30-05-18</u>	<u>16:00</u>	<u>16:30</u>		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Catet. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimora amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples Sertix	
	Dolantina amp.	Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenagum amp.	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	<u>01</u> <u>0,2</u> % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	<u>01</u> <u>0,2</u> % ml	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparradrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Queclon ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapfen amp.	H.O. ml		Mononylon	
	Thionembul ml	Intracath Adulto	<u>02</u>	Mononylon D	
	Tracium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
<u>04</u>	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
<u>01</u>	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
<u>02</u>	<u>Flavio</u>	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5		Vicryl Sertix	<u>0</u>
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucos de Cálcio amp.	Polifix			
	Haemacei ml	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml	PVPI Tópico ml			
	Kanaxion amp.	Sabão Antisséptico	<u>01</u>	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrozinazol	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Piasii amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ring fr 500 ml	
	Protamina	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
	Suption amp.	Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogátrica		<u>01</u> <u>Bico de Leite</u>	
		Sonda Uretral n°	<u>01</u>	<u>01</u> <u>01</u>	
		Sterycem ml	<u>01</u>	<u>01</u> <u>01</u>	
		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Aguilha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28	Lasele			
	Aguilha desc. 3 x 4,5	<u>05</u> <u>eletrodo</u>			
<u>01</u>	Aguilha p/ raque n°				
<u>02</u>	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

CIRURGIÃO RESPONSÁVEL

TÉC. DE ENFERMAGEM  
COREN - PE 703.772

SAF/11.000





## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

<b>HUECC</b>		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA Orto 1	LEITO 9-2	Nº PRONTUÁRIO	
<b>FOLHA DE ANESTESIA</b>		NOME Juliano Ventura			IDADE 23	SEXO M	COR
DATA 30/05/18	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMACIAS	HEMOGLÓBINA	HEMATÓCRITO	GLICÊMIA	UREIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATORIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATORIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATMÓFIS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO Fratura por avulsão de LCP					ESTADO PRÉ-OP	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
CÁTER PRE-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS						INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____	
						MANUTENÇÃO 1) Propofol 2g 2) Fentanyl 40mg 3) Propofol 50mg 4) Desflurano 10mg 5) Bupivacaína 10mg	
LIQUÍDOS	SF / DI					ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____	
COORDENADOR VP. ARTERIAL Q.P. O. RESPIRAÇÃO AX. ANESTES.						DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Ostr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____	
						Com cânula: Para o Leito: Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES:	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	Início 15:20						
POSICÃO	Decubito ventral						
AGENTES	Fentanyl 1ml + Propofol 1ml + Rocuronio 1mg + Desflurano 1mg + O2					CÂNULAS	
TÉCNICA	Biquilaminar						
OPERAÇÃO	Tratamento cirúrgico						
CRUÍNGOES	Dr. André + Dr. Yuri (RA) + Dr. Euler (RA)						
ANESTESISTAS	Dr. Euler						
OBSERVAÇÕES							
R. NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA	



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/02/2021 16:06:31

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020816062577500000037379643

Número do documento: 21020816062577500000037379643

Num. 39214523 - Pág. 48



**Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica**

Paciente:	Antonio Coutinho da Silva		Idade:	33 anos	
Convênio:	União. Nº 32981		Data:	30/05/18	
Procedimento:	Ligação de arulagem de LCP d: mda				
Cirurgião:	Dr. André	Auxiliar:	Dr. Yuri	Anestesista:	Dr. André
Início:	16h	Término:	16:30	Anestesia	Raqui

[illegible][illegible]

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante

Assinatura Anestesista

Circulante

### Política de Operação

4408 J. Neurosci., September 24, 2008 • 28(39):4402–4410





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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		

*Alta  
RPA*

Antonio Rafael S.C. Almeida  
CRM: 118.870  
CREMESP 101494

Assinatura do anestesista





**MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA**Rastreamento  
9340Hospital: Hospital de ... Código: \_\_\_\_\_Procedimento: ... Cód. Procedimento: \_\_\_\_\_Paciente: ...Data da Cirurgia: ... N° prontuário: 1035981 Convênio: \_\_\_\_\_Cirurgião: ... Código: \_\_\_\_\_ ( ) Reposição ( ) Caixa Pronta**DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS**

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	...			

**ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS**

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical ( ) mm	N°	64						
	Qtd.	01						
	Cód.							
Parafuso Cortical ( ) mm	N°							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	N°							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	N°							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	N°							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	N°							
	Qtd.							
	Cód.							

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

**PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS**

Condições de Pagamento: \_\_\_\_\_

Faturar N.F para: \_\_\_\_\_

Cód. do consultor: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

Cód. Instrumentador: \_\_\_\_\_

**Anotações do Médico**Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05  
Fone/Fax: (88) 3521.4801 \* www.bioimplants.com.br

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/02/2021 16:06:31

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020816062577500000037379643

Número do documento: 21020816062577500000037379643



SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

~~PO AVULSÃO DE LCP~~

JAILTON VENTURA

LEITO 9-2

Paciente	Examen físico	Examen de laboratorio	Examen de imagen	Examen de diagnóstico
1	...	...	...	...
2	...	...	...	...
3	...	...	...	...
4	...	...	...	...
5	...	...	...	...
6	...	...	...	...
7	...	...	...	...
8	...	...	...	...
9	...	...	...	...
10	...	...	...	...
11	...	...	...	...
12	...	...	...	...
13	...	...	...	...
14	...	...	...	...
15	...	...	...	...
16	...	...	...	...
17	...	...	...	...
18	...	...	...	...
19	...	...	...	...
20	...	...	...	...
21	...	...	...	...
22	...	...	...	...
23	...	...	...	...
24	...	...	...	...
25	...	...	...	...
26	...	...	...	...
27	...	...	...	...
28	...	...	...	...
29	...	...	...	...
30	...	...	...	...
31	...	...	...	...
32	...	...	...	...
33	...	...	...	...
34	...	...	...	...
35	...	...	...	...
36	...	...	...	...
37	...	...	...	...
38	...	...	...	...
39	...	...	...	...
40	...	...	...	...
41	...	...	...	...
42	...	...	...	...
43	...	...	...	...
44	...	...	...	...
45	...	...	...	...
46	...	...	...	...
47	...	...	...	...
48	...	...	...	...
49	...	...	...	...
50	...	...	...	...
51	...	...	...	...
52	...	...	...	...
53	...	...	...	...
54	...	...	...	...
55	...	...	...	...
56	...	...	...	...
57	...	...	...	...
58	...	...	...	...
59	...	...	...	...
60	...	...	...	...
61	...	...	...	...
62	...	...	...	...
63	...	...	...	...
64	...	...	...	...
65	...	...	...	...
66	...	...	...	...
67	...	...	...	...
68	...	...	...	...
69	...	...	...	...
70	...	...	...	...
71	...	...	...	...
72	...	...	...	...
73	...	...	...	...
74	...	...	...	...
75	...	...	...	...
76	...	...	...	...
77	...	...	...	...
78	...	...	...	...
79	...	...	...	...
80	...	...	...	...
81	...	...	...	...
82	...	...	...	...
83	...	...	...	...
84	...	...	...	...
85	...	...	...	...
86	...	...	...	...
87	...	...	...	...
88	...	...	...	...
89	...	...	...	...
90	...	...	...	...
91	...	...	...	...
92	...	...	...	...
93	...	...	...	...
94	...	...	...	...
95	...	...	...	...
96	...	...	...	...
97	...	...	...	...
98	...	...	...	...
99	...	...	...	...
100	...	...	...	...

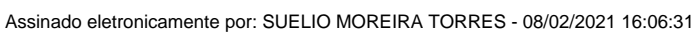
Alojamento

Leito

Convênio

[illegible]

WCD 075



<http://pje.tjpb.ius.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020816062577500000037379643>

Número do documento: 21020816062577500000037379643



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): JAILTON VENTURA DA SILVA

Protocolo: 0000402681

RG: NÃO INFORMADO

Dr(a): EVERLAN MEIRA

Data: 17-05-2018 11:55

Origem: AREA AMARELA

Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Idade: 28 anos

Destino: AREA AMARELA

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 17/05/2018 11:54]

Resultados

Unidade de Medida

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.7 milhões/mm <sup>3</sup>	4.2 a 5.4 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina.....	13.1 g/dL	12.0 a 16.0 g/dL
Hematócrito.....	39.5 %	37.0 a 47.0 %
V.C.M.....	84 fL	82.0 a 101.0 fL
H.C.M.....	28 pg	27.0 a 31.0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32.0 a 36.0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	13.900 /mm <sup>3</sup>	(%)	(/mm <sup>3</sup> )	4.000 a 10.000 /mm <sup>3</sup>
Neutrófilos.....	0	0	0	40 a 60 % = 4.000 a 6.000 /mm <sup>3</sup>
Promielócitos.....	0	0	0	0 a 0.5 % = 0 a 500 /mm <sup>3</sup>
Mielócitos.....	0	0	0	0 a 0.5 % = 0 a 500 /mm <sup>3</sup>
Metamielócitos.....	0	0	0	0 a 0.5 % = 0 a 500 /mm <sup>3</sup>
Bastonetes.....	6.0	834	10.564	0.5 a 4.0 % = 500 a 4.000 /mm <sup>3</sup>
Segmentados.....	76.0	10.564	1.946	2 a 4.0 % = 200 a 4.000 /mm <sup>3</sup>
Eosinófilos.....	0	0	0	0.5 a 5.0 % = 500 a 5.000 /mm <sup>3</sup>
Basófilos.....	0	0	0	0 a 0.5 % = 0 a 500 /mm <sup>3</sup>
Linfócitos.....	14.0	1.946	556	20 a 40 % = 2.000 a 4.000 /mm <sup>3</sup>
Atípicos.....	0	0	0	0.0 a 10.0 % = 0 a 1.000 /mm <sup>3</sup>
Monócitos.....	4.0	556	192.000 mm <sup>3</sup>	2.0 a 10.0 % = 200 a 1.000 /mm <sup>3</sup>
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	192.000 mm <sup>3</sup>			140.000 a 400.000 mm <sup>3</sup>

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Geraldo R. Fonseca Neto  
Biólogo  
CRM 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: A200-5094-CFA6-F836-22F6-213F-69B4-2E91





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



SUS  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

Set(a): JAILTON VENTURA DA SILVA

Protocolo: 0000402681

RG: NÃO INFORMADO

Dr(a): EVERLAN MEIRA

Data: 17-05-2018 11:55

Origem: ÁREA AMARELA

Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Idade: 28 anos

Destino: ÁREA AMARELA

TEMPO DE COAGULACAO ..... 6'00'' min

(DATA DE RECEBIMENTO DO EXAME)

Telefone do Solicitante

Nome do Solicitante

De 3 a 11 horas

Nome do Solicitante

De 12 a 18 horas

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

(DATA DE RECEBIMENTO DO EXAME)

Telefone do Solicitante

Nome do Solicitante

De 3 a 11 horas

Nome do Solicitante

Geralda R. Fonseca Neto  
Biómedico  
CRM 5010

Indicador: 17/05/2018 12:45 - Página 2 de 2

Este laudo foi assinado digitalmente com o número: 4E5F-7C8A-7CFA-125D-2356-8A7C-D27B-FB89



PNCQ  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/02/2021 16:06:31

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020816062577500000037379643>

Número do documento: 21020816062577500000037379643

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jailton Vitorino Idade: 70 anos Sexo: M Leito: 1-1 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 78 bpm; FR: 18 irpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 78 bpm; SPO2: 98 %

HGT: 170 cm; Peso: 70 Kg; Altura: 170 cm Dor: ( ) Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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

GOVERNO  
DA PARAÍBA



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







PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.		<input type="checkbox"/> Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
<input type="checkbox"/> Alterar glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		<input type="checkbox"/> Melhora a aceitação alimentar.
<input type="checkbox"/> Alertar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.		<input type="checkbox"/> Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.		
<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		<input type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente).
<input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
<input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
<input type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor.		
<input type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais.		
<input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		<input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.		<input type="checkbox"/> Melhora da integridade da pele.
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.		<input type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		<input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.		<input type="checkbox"/> Melhora da perfusão tissular.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.		<input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.		<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		
<input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		<input checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		
<input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.		
<input type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
<input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		
<input checked="" type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
<input type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
<input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas.		
<input type="checkbox"/> Contar o paciente quando necessário.		
<input type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.		
<input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.		<input type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.		
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a): Ely Jordana Costa 21020816062577500000037379643

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem: Auredey Vicente Leite  
COREN-PB 216.007-TE

FONTE: MEC 2010 CHAVES L.D. SOLAYCA, SAE 2 ed. 2013.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: faillon Ventura Registro: Leito: 3-3 Setor Atual: cto II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 120 mmHg; FC: bpm; SPO2: %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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





Liliane C. de Oliveira e Melo  
COREN-PB 037474-ENF

DATA: 18, 05, 10

HORA: \_\_\_\_\_ h



## DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:	Jullen Ventura		Enfermária:	J	Leito:	1	Data:	28/03/18
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO					CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS		
1	Constipação	Diuréticos ( )	Desidratação ( )	Estresse ( )	Outro ( )	Abdome distendido ( )	Dor à evacuação	Outro ( )
		Hábitos de evacuação irregulares ( )		Lesão neurológica ( )		Anorexia ( )	Dor abdominal ( )	
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ( )	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ( )			Cavidade bucal ferida ( )	Diarréia ( )	Outro ( )
		Fatores psicológicos ( )	Outro ( )			Dor abdominal ( )	Mucosas pálidas ( )	
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ( )	Dor ( )	Fraqueza ( )	Outro ( )	Incapacidade de acessar o banheiro ( )	Outro ( )	
		Ansiedade ( )				Incapacidade de lavar o corpo ( )		
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ( )				Alterações na pressão sanguínea ( )	Outro ( )	
		Outros ( )				Relato verbal de dor ( )		
5	Hipertermia	Anestesia ( )	Desidratação ( )	Trauma ( )	Outro ( )	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ( )		
		Aumento da taxa metabólica ( )				Taquicardia ( )	Taquipnéia ( )	Outro ( )
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ( )	Circulação prejudicada ( )			Destruição de camadas da pele ( )	Invasão de estruturas do corpo ( )	
		Hipotermia ( )	Imobilização física ( )	Outro ( )		Rompimento da superfície da pele ( )	Outro ( )	
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ( )	Desconforto ( )	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se ( )	Dispnéia ao esforço ( )	Outro
		Prejuízos músculo esquelético ( )	Desuso ( )	Outro ( )		Movimentos descontrolados ( )		
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ( )	Dor ( )	Fadiga ( )	Obesidade ( )	Alterações na profundidade respiratória ( )	Dispnéia ( )	
						Batimento de asa de nariz ( )	Ortopnéia ( )	Outro ( )
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Asclite ( )	Queimaduras ( )	Vômito ( )	Diarréia ( )			
		Drenos ( )	Outros ( )					
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental a patógenos	Defesas primárias inadequadas ( )					
		Procedimentos invasivos	Outro ( )					
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ( )		Medicações ( )				
		Extremos de idade ( )	Agitação/Desorientação ( )					
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controlar o sono ( )	Outro ( )			Mudança do padrão normal do sono ( )	Outro ( )	
		Ruído ( )	Imobilização física ( )			Relatos de dificuldade para dormir ( )		
13	Outro							
14	Outro							



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/02/2021 16:06:31

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020816062577500000037379643

Número do documento: 21020816062577500000037379643

Num. 39214523 - Pág. 61

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.		<input type="checkbox"/> Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
<input type="checkbox"/> Afetar glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		<input type="checkbox"/> Melhorar a escalada alimentar.
<input type="checkbox"/> Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		
<input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
<input type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.		<input type="checkbox"/> Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
<input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		<input type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente).
<input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
<input type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor.		
<input type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais.		
<input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		<input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.		
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.		<input type="checkbox"/> Melhoria da integridade da pele.
<input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		<input type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<input type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.		<input type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.		
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.		<input type="checkbox"/> Melhoria da perfusão tissular.
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		<input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SpO2 e comunicar se for menor que 95%.		
<input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.		
<input type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
<input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	3 em 3 dias	<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
<input type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
<input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input checked="" type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas.	Sempre	
<input type="checkbox"/> Conter o paciente quando necessário.		
<input checked="" type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.	Sempre	<input type="checkbox"/> Melhoria do padrão do sono.
<input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.		
<input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.		<input type="checkbox"/> Outros.
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros

Suelio Moreira Torres  
COREN-PB 337474-ENF

Liliane C. de Oliveira e Melo  
COREN-PB 337474-ENF

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

FONTE: MEC 2010. CHAVES L.D. SOLAYCA. SAE, 2 ed. 2013

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Paulton Ventura Registro:                      Leito: 3-3 Setor Atual: OTO 4

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax:            °C; P:            bpm; FR:            irpm; PA: 110/50 mmHg; FC: 62 bpm; SPO2:            %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):           

Drogas (Sedação/Analgesia):           

Pupilas: ☒ Isocônicas (            ) Anisocônicas (            ) D>E (            ) E>D (            ) Fotorreagentes (            ) Mióticas (            ) Midríaticas           

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

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

Obs:           

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular (            ) Irregular (            ) Impalpável (            ) Filiforme (            ) Chelo.           



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





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

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: Julton Ventura da Silva Enfermagem: 1 Leito: 1 Data: 09/05/18

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

*Assinado*  
*Assinado*



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/02/2021 16:06:31

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020816062577500000037379643

Número do documento: 21020816062577500000037379643

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.		<input type="checkbox"/> Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
<input type="checkbox"/> Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		<input type="checkbox"/> Melhora e acatuação alimentar.
<input type="checkbox"/> Alertar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.		<input type="checkbox"/> Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.		
<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
<input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
<input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		<input type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente).
<input type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor.		
<input type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais.		
<input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antitêmicos, avaliar e registrar os resultados.		<input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.		
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.		<input type="checkbox"/> Melhora da integridade da pele.
<input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		<input type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<input type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.		
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.		<input type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.		<input type="checkbox"/> Melhora da perfusão tissular.
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		<input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		
<input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.		
<input type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
<input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	3 em 3 dias	
<input checked="" type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.	Sempre	<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
<input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input checked="" type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas.	Sempre	
<input type="checkbox"/> Conter o paciente quando necessário.		
<input checked="" type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.	Sempre	<input type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.		
<input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.		<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros		

Liliane C. de Souza e Melo  
COREN-PE 33734-ENF

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

FONTE: NCC-2019, CHAVES L.D. SOLAY, C.A. SAE 2 501 /13.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Paulton Ventura Registro: 1 Leito: 3 Setor Atual: CT II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36.1 °C; P: 70 bpm; FR: 25 irpm; PA: 110/70 mmHg; FC: 70 bpm; SPO2: 98 %

HGT: 1.70 mg/dl; Peso: 70 Kg; Altura: 1.70 cm Dor: (0) Local:  Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) 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 1 Comissura labial nº 1 FIO2 21 % PEEP 5 cmH2O

( ) Eupnéia; (X) 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 1 / 1 / 2021 Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH 7.38 PCO2 30 PO2 100 HCO3 18 EB -2 SpO2 98 Data: 08 / 02 / 2021 Hora: 16:06

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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





Pele: ( ) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ( ) $\leq 3$ segundos: ( ) $>3$ segundos. ( ) Turgência jugular: ( )	
Drogas vasoativas: ( ) Quais?	Precordialgia ( )
Ausculata cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopros ( ) Outros. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: (x) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: <u>M5 D</u>	Data da punção: <u>20/05/18</u>
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: ( ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.	
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.	
Alimentação: (x) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:	
Abdômen: ( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:	
RHA: ( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados	
Eliminação intestinal: (x) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há _____ dias ( ) Outros:	
Eliminação urinária: (x) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: ( ) Outros: _____	Observações: _____
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:	
Coloração da pele: ( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica	Turgor da pele: ( ) Preservado
Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas	
Manifestações de sede: ( )	
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: _____	
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: _____	Débito: _____
Úlcera de pressão: ( ) Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____	
Curativo em: ____/____/____	
Retirado em: ____/____/____	
Curativo: ____/____/____	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória	Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.
Limitação física: (x) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
(x) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: (x) Preservada ( ) Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: (x) 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>	
<p>Paciente evolui clinicamente estável, consciente e orientado, normotensão, normocárdico, taquifênico, normotérmico. O ambiente, boca, secreções orais, eliminação de fezes preservadas, eliminação intestinal preservada, restrição de dieta, AVP em M5D, sono preservado. Realizado cuidados de Enfermagem de acordo com as orientações da equipe.</p> <p>AC de Enfermagem Uniforça Melissa Marcondes de Brito Silva</p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____	
Emerson Tinto da Silva ENFERMEIRO COREN-PE 488.178	
DATA: <u>21.05.18</u> HORA: <u>15:30</u> h	

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



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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/02/2021 16:06:31

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020816062577500000037379643

Número do documento: 21020816062577500000037379643

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.			<input type="checkbox"/> Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.			
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).			
<input type="checkbox"/> Alterar glicemia capilar, anotar e medicar CPM.			<input type="checkbox"/> Melhora a acolitação alimentar.
<input type="checkbox"/> Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).			<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).			
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.			<input type="checkbox"/> Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.			
<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.			
<input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.			
<input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.			<input type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente).
<input type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor.			
<input type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais.			
<input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.			
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.			<input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.			<input type="checkbox"/> Melhora da integridade da pele.
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.			<input type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.			
<input type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.			<input type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.			<input type="checkbox"/> Melhora da perfusão tissular.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.			<input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.			<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.			
<input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).			
<input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).			
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.			
<input type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.			<input checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.			
<input checked="" type="checkbox"/> Realizar auscultação com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.			
<input type="checkbox"/> Utilizar técnica aséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.			
<input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).			<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas.			
<input type="checkbox"/> Conter o paciente quando necessário.			
<input type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.			
<input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.			<input type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.			
<input type="checkbox"/> Outros			<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros			<input type="checkbox"/> Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

Idem de S. José Angélica  
(11) 3101-1111  
(11) 3101-1111

FONTE: NIC-2010 CHAVES L.D. SOLAY C.A. EAE 2 em 2013

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jailton Ventura da Silva Registro: \_\_\_\_\_ Leito: 1-1 Setor Atual: \_\_\_\_\_

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: \_\_\_\_\_ °C; P: \_\_\_\_\_ bpm; FR: \_\_\_\_\_ irpm; PA: 120 x 60 mmHg; FC: \_\_\_\_\_ bpm; SPO2: \_\_\_\_\_ %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): \_\_\_\_\_

Drogas (Sedação/Analgesia): \_\_\_\_\_

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

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

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

Obs: \_\_\_\_\_

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

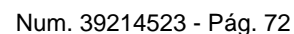
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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





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



## DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/02/2021 16:06:31

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020816062577500000037379643

Número do documento: 21020816062577500000037379643

Num. 39214523 - Pág. 74

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.		<input type="checkbox"/> Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
<input type="checkbox"/> Medir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		<input type="checkbox"/> Melhora a aceitação alimentar.
<input type="checkbox"/> Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		
<input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
<input type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.		<input type="checkbox"/> Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
<input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		<input type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente).
<input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
<input type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor.		
<input type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais.		
<input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
<input type="checkbox"/> Apoiar administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		<input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.		
<input type="checkbox"/> Observar reações da desorientação/confusão.		
<input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		<input type="checkbox"/> Melhora da integridade da pele.
<input type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.		<input type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.		
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.		<input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		
<input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		<input type="checkbox"/> Melhora da perfusão tissular.
<input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		<input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.		
<input type="checkbox"/> Observar o local da ferida/quemadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		<input checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		
<input checked="" type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
<input type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
<input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas.		
<input type="checkbox"/> Contar o paciente quando necessário.		
<input type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.		<input type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.		
<input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.		
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/02/2021 16:06:31

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/02/2021 16:06:31

FONTE: MEC 2010. CHAVES L.D. SOLAYCA, SAE 2 et 2013.



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jaílton Ventura da Silva Registro: \_\_\_\_\_ Leito: 3-1 Setor Atual: \_\_\_\_\_

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: \_\_\_\_\_ °C; P: \_\_\_\_\_ bpm; FR: \_\_\_\_\_ irpm; PA: 120x60 mmHg; FC: \_\_\_\_\_ bpm; SPO2: \_\_\_\_\_ %  
HGT: \_\_\_\_\_ mg/dl; Peso: \_\_\_\_\_ Kg; Altura: \_\_\_\_\_ cm Dor: ( ) Local: \_\_\_\_\_ Obs.: \_\_\_\_\_

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): \_\_\_\_\_

Drogas (Sedação/Analgesia): \_\_\_\_\_

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

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

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

Obs: \_\_\_\_\_

OXIGENAÇÃO

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

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

(x) Eupnéia: ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros: \_\_\_\_\_

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

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

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

Aspiração: Quantidade e aspecto: \_\_\_\_\_ Dreno de tórax: ( ) D ( ) E ( ) Seio d'água: \_\_\_\_\_

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/02/2021 16:06:31

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020816062577500000037379643

Número do documento: 21020816062577500000037379643

Num. 39214523 - Pág. 76

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.			<input type="checkbox"/> Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.			
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).			
<input type="checkbox"/> Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.			<input type="checkbox"/> Melhora a excitação alimentar.
<input type="checkbox"/> Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).			
<input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).			<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.			<input type="checkbox"/> Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.			
<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.			
<input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.			
<input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.			<input type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente).
<input type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor.			
<input type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais.			
<input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.			
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.			<input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.			
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.			
<input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.			<input type="checkbox"/> Melhora da integridade da pele.
<input type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.			<input type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.			<input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.			<input type="checkbox"/> Melhora da perfusão tissular.
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.			<input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.			<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).			
<input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, adema, pulso e frequência cardíaca).			
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.			
<input type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.			
<input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.			<input checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input type="checkbox"/> Realizar desamidação com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.			
<input type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.			
<input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).			<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas.			
<input type="checkbox"/> Conter o paciente quando necessário.			
<input type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.			<input type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.			
<input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.			<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros			<input type="checkbox"/> Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

*Suelio Moreira Torres*  
Enfermeiro

*Luciana Maria P. dos Santos*  
Téc. em Enfermagem  
COREN-PB 1.098.404

FONTE: NIC-2010; CHAVES L.O. SOLAY, C.A.; SAE, 2 ed. 2013.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Patton Ventura Registro: Leito: 73 Setor Atual: Orto II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 118 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: ☒ Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) 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 ( ) Ayra/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 PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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





GOVERNO  
DA PARAIBA

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

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/02/2021 16:06:31

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020816062577500000037379643

Número do documento: 21020816062577500000037379643

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.		<input type="checkbox"/> Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		<input type="checkbox"/> Melhora a aceitação alimentar.
<input type="checkbox"/> Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		
<input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		<input type="checkbox"/> Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
<input type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.		<input type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente).
<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
<input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
<input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
<input type="checkbox"/> Avaliar características: intensidade e local da dor.		
<input type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais.		
<input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		<input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.		
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.		<input type="checkbox"/> Melhora da integridade da pele.
<input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		<input type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<input type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.		
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.		<input type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.		
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		<input type="checkbox"/> Melhora da perfusão tissular.
<input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		<input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.		
<input type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
<input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	Sem 3 dias	<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
<input type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
<input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		
<input checked="" type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas.	Sempre	<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input type="checkbox"/> Conter o paciente quando necessário.		
<input checked="" type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.	Sempre	<input type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.		
<input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.		
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a): Liliane C. de Oliveira e Melo 08/02/2021 16:06:31  
Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem: COREN-PR 33474-ENF

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM *Fx tibia*

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Guilherme Ventura* Registro: *7* Leito: *3* Setor Atual: *gto II*

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: *105* mmHg; FC: bpm; SPO2: %  
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: ( ) Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

( ) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) 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 PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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







DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:	Gilson Ventura		Enfermária:	7	Leito:	3	Data:	24/05/18
DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS		
1	Constipação	Diuréticos ( )	Desidratação ( )	Estresse ( )	Outro ( )	Abdome distendido ( )	Dor à evacuação	Outro ( )
		Hábitos de evacuação irregulares ( )	Lesão neurológica ( )			Anorexia ( )	Dor abdominal ( )	
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ( )	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ( )			Cavidade bucal ferida ( )	Diarréia ( )	Outro ( )
		Fatores psicológicos ( )	Outro ( )			Dor abdominal ( )	Mucosas pálidas ( )	
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ( )	Dor ( )	Fraqueza ( )	Outro ( )	Incapacidade de acessar o banheiro ( )	Outro ( )	
		Ansiedade ( )				Incapacidade de lavar o corpo ( )		
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ( )				Alterações na pressão sanguínea ( )	Outro ( )	
		Outros ( )				Relato verbal de dor ( )		
5	Hipertermia	Anestesia ( )	Desidratação ( )	Trauma ( )	Outro ( )	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ( )		
		Aumento da taxa metabólica ( )				Taquicardia ( )	Taquipnéia ( )	Outro ( )
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ( )	Circulação prejudicada ( )			Destruição de camadas da pele ( )	Invasão de estruturas do corpo ( )	
		Hipotermia ( )	Imobilização física ( )	Outro ( )		Rompimento da superfície da pele ( )	Outro ( )	
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade ( )	Desconforto ( )	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se ( )	Dispnéia ao esforço ( )	Outro
		Prejuízos músculo esquelético ( )	Desuso ( )	Outro ( )		Movimentos descontrolados ( )		
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ( )	Dor ( )	Fadiga ( )	Obesidade ( )	Alterações na profundidade respiratória ( )	Dispnéia ( )	
		Ascite ( )	Queimaduras ( )	Vômito ( )	Diarréia ( )	Batimento de asa de nariz ( )	Ortopnéia ( )	Outro ( )
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Drenos ( )	Outros ( )					
10	Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental à patógenos (-/-)	Defesas primárias inadequadas ( )					
		Procedimentos invasivos ( )	Outro ( )					
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ( )	Medicações ( )					
		Extremos da idade ( )	Agitação/Desorientação ( )					
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controle do sono ( )	Outro ( )			Mudança do padrão normal do sono ( )	Outro ( )	
		Ruído ( )	Imobilização física ( )			Relatos de dificuldade para dormir ( )		
13	Outro							
14	Outro							



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/02/2021 16:06:31

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020816062577500000037379643

Número do documento: 21020816062577500000037379643

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.			
<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.			<input type="checkbox"/> Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).			
<input type="checkbox"/> Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.			<input type="checkbox"/> Melhora a aceitação alimentar.
<input type="checkbox"/> Alertar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).			<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).			<input type="checkbox"/> Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.			
<input type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.			<input type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente).
<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (SN) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.			
<input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.			
<input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.			
<input type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor.			
<input type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais.			
<input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.			<input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.			
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.			<input type="checkbox"/> Melhora da integridade da pele.
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.			<input type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.			<input type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.			
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.			<input type="checkbox"/> Melhora da perfusão tissular.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.			<input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.			<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.			
<input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).			<input checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).			
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.			<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.			
<input type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.			
<input type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.			
<input type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.			
<input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).			
<input type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas.			
<input type="checkbox"/> Conter o paciente quando necessário.			
<input type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.			<input type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.			
<input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.			<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros			<input type="checkbox"/> Outros

Elínice Afonso de Sousa  
COREN-pg. 3556- EJE

Carlimbo e assinatura do Enfermeiro(a):  
Carlimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/02/2021 16:06:31

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020816062577500000037379643

Número do documento: 21020816062577500000037379643

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.		<input type="checkbox"/> Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
<input type="checkbox"/> Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		<input type="checkbox"/> Melhora a aceitação alimentar.
<input type="checkbox"/> Alertar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.		<input type="checkbox"/> Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.		
<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (SN) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		<input type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente).
<input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
<input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
<input type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor.		
<input type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais.		
<input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antiémticos, avaliar e registrar os resultados.		<input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.		
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.		<input type="checkbox"/> Melhora da integridade da pele.
<input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		<input type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<input type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.		
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.		<input type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.		
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		<input type="checkbox"/> Melhora da perfusão tissular.
<input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		<input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.		
<input type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		<input checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		
<input type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
<input type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		
<input type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas.		
<input type="checkbox"/> Conter o paciente quando necessário.		
<input type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.		<input type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.		
<input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.		<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Elinice Afonso de Sousa

COREN-pa 35556-EJF

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jailton Ventura da Silva Registro: \_\_\_\_\_ Leito: 05106 Setor Atual: Intensidade 3

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: (X) Consciente (X) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

GLASGOW(3-15): \_\_\_\_\_

Drogas (Sedação/Analgesia): \_\_\_\_\_

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

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

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

Obs: \_\_\_\_\_

OXIGENAÇÃO

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

( ) VMNI ( ) VMI TOT n° Comissura labial n° FIO2 % PEEP cmH2O

(X) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) 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 PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

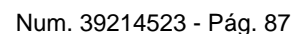
(X) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação: \_\_\_\_\_

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jaílton Ventura Registro: Leito: 92 Setor Atual: 09101

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

Aspiração: Quantidade e aspecto:

Dreno de tórax: ( ) D ( ) E ( ) Selo d'água:

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

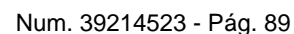
☒ Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Fauston Ventura Registro: \_\_\_\_\_ Leito: 7-3 Setor Atual: 0204

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: \_\_\_\_\_ °C; P: \_\_\_\_\_ bpm; FR: \_\_\_\_\_ irpm; PA: 140x80 mmHg; FC: \_\_\_\_\_ bpm; SPO2: \_\_\_\_\_ %  
HGT: \_\_\_\_\_ mg/dl; Peso: \_\_\_\_\_ Kg; Altura: \_\_\_\_\_ cm Dor: ( ) Local: \_\_\_\_\_ Obs.: \_\_\_\_\_

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

( ) VMNI ( ) VMI TOT n° Comissura labial n° FIO2 % PEEP cmH2O

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

Ausculat pulmonar: Murmúo vesicular presente: ( ) Diminuídos ( ) D ( ) E

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

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

Aspiração: Quantidade e aspecto:

Dreno de tórax: ( ) D ( ) E ( ) Selo d'água:

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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





[illegible]



## DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

GOVERNO  
DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E  
TRAUMA DE CAMPINA GRANDEPaciente: Suelio Moreira Torres Enfermeira: 7 Leito: 3 Data: 23/05/18

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



**PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

- ☐ Avaliar distensão abdominal.
- ☐ Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.
- ☐ Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).
- ☐ Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.
- ☐ Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência
- ☐ Observar e comunicar dificuldades alimentares.
- ☐ Encaminhar ao banho de chuveiro.
- ☐ Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.
- ☐ Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.
- ☐ Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.
- ☐ Avaliar características, intensidade e local da dor.
- ☐ Avaliar alterações de sinais vitais.
- ☐ Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração.
- ☐ Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.
- ☐ Incentivar a ingestão de líquidos.
- ☐ Observar reações de desorientação/confusão.
- ☐ Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com
- ☐ Analisar condições do curativo.
- ☐ Orientar e estimular a hidratação da pele.
- ☐ Orientar e estimular a movimentação no leito.
- ☐ Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.
- ☐ Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor
- ☐ Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).
- ☐ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência
- ☐ Realizar balanço hídrico.
- ☐ Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para de
- ☒ Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos
- ☐ Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de
- ☐ Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em
- ☐ Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos
- ☒ Manter as grades do leito elevadas.
- ☐ Contar o paciente quando necessário.
- ☒ Manter ambiente calmo e tranquilo.
- ☐ Orientar repouso no leito.
- ☐ Administrar medicação CPM.
- ☐ Outros
- ☐ Outros

*Liliane C. de Oliveira M.*  
COREN-PB 330474/NERF

Assinatura do Enfermeiro(a):

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

ADOS

Insal

Alim

el

de

tusente)

orporal

ficaz.

me

20/02/2021

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO  
 CARTÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME: JAILTON VENTURA DA SILVA

RG: 3319193 SSP PB

CPF: 081.259.304-93 DATA NASCIMENTO: 25/06/1989

FUNÇÃO: RAISENDO FRANCISCO DA SILVA  
 ADRIELDICE VENTURA DA SILVA

PROFISSÃO:  RCE:  CATEGORIA:

CPF: 0464900268 VALIDADE: 14/12/2018 21/05/2009

881240508

PROFISSÃO PLASTIFICAR

881240508

LOCAL: CAMPINA GRANDE, PB DATA: 17/12/2013

Assinatura: *Proteção Civil/Un* 13710014370  
 PB027685304

13710014370  
 PB027685304

ARVLF CORRETOR  
 06 FEV. 2019  
 TEL: (83) 3321-5930

ARVLF CORRETORA  
 06 FEV. 2019  
 TEL: (83) 3321-5930





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013929974044  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 000 RENAVAM PRT 20181900002307-0  
1 0053929738-0 00/00000000 2018

NOME  
JAILTON VENTURA DA SILVA

CPF / CNPJ 08125930493 PLACA OGB6455/PB

PLACA ANT. UF NOVO PB 9C2KC1650DR311319

CATEG. TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN ESD ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2013

CAP. POT. / CL. 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PRECATORANTE PRETA

COTA ÚNICA 00/00/0000 1ª VENC. COTAS  
P 00/00/0000 2ª  
V 00/00/0000 3ª  
A 00/00/0000

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0,00 IOP (R\$) 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO 02/05/2018  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O

OBSERVAÇÕES  
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

LOCAL SERRA REDONDA-PB DATA 04/05/2018

33294

19607

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS A TERCEIROS CARGADOS POR VEÍCULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - TRANSPORTE DE PASSAGEIROS  
TRANSPORTADOS EM NAU - SEGURO DPVAT

PB Nº 013929974044 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EDICÇÃO 2018 DATA EMISSÃO 04/05/2018

CPF / CNPJ 08125930493 PLACA OGB6455/PB

RENAVAM 00539297380 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB. 2013 GR. DAN. 9 Nº CHASSI 9C2KC1650DR311319

PRÊMIO TARIFÁRIO

TAB (R\$) 0,00 DETRAN (R\$) 0,00 CUBR. DO SEGURO (R\$) 0,00

CUBR. DO BILHETE (R\$) 0,00 IOP (R\$) 0,00 SEGURO P A G O

PAGAMENTO 02/05/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.946.889/0001-04

19607-1031427-20180504



ARIVE CORRETORA  
06 FEV. 2019  
TEL.: (83) 3321-5930



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190103622 **Cidade:** Massaranduba **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JAILTON VENTURA DA SILVA **Data do acidente:** 16/05/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSO E ARRUELA) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190103622 **Cidade:** Massaranduba **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JAILTON VENTURA DA SILVA **Data do acidente:** 16/05/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSO E ARRUELA) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





## PROCURAÇÃO

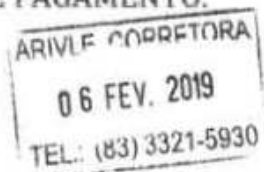
Outorgante(s):

Nome: Jaílton Ventura da Silva  
R.G.: 3319193 C.P.F.: 081.259.304-93  
Endereço: Rua Prof.<sup>a</sup> Felismina Cavalcante de Alencar  
CEP: 58385-000 Cidade/UF: Serra Redonda

**Outorgado:**

**VÍVIAN LUIZA PEREIRA DA SILVA**, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 23.340, RG de nº 2360790 e CPF nº 039.895.874-20, com escritório profissional localizado na Rua João Pessoa, 03, Centro, CEP:58398-000, Remígio/PB.

Pela presente procuração o Outorgante confere ao Outorgado, amplos e ilimitados poderes para praticar atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório-DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

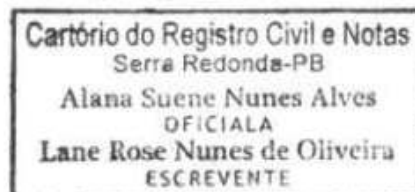


CARTÃO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS SERIA RECONHECER  
 (Assinatura do Registrante e do Registrado)  
 ASSINATURAS  
 Registrante e o/ou Revisor do Registro: JAILTON VENTURA DA SILVA  
 Data: 30/10/2018  
 Local: Brasília, DF  
 Assinatura do Registrado: [Assinatura]  
 Nome do Registrado: ALAN DE FREITAS  
 Número do Registro: AH541506-2L2E  
 Observações: [Assinatura]

Local: Serra Redonda

Data: 24/09/2018

*Juliano Ventura da Silva*  
OUTORGANTE



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0044597/19

**Vítima:** JAILTON VENTURA DA SILVA

**CPF:** 081.259.304-93

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 16/05/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JAILTON VENTURA DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

#### VIVIAN LUIZA PEREIRA DA SILVA : 039.895.874-20

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### JAILTON VENTURA DA SILVA : 081.259.304-93

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/02/2019  
Nome: VIVIAN LUIZA PEREIRA DA SILVA  
CPF: 039.895.874-20

VIVIAN LUIZA PEREIRA DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2019  
Nome: CARLOS JURAN CARVALHO PINTO  
CPF: 395.237.804-68

CARLOS JURAN CARVALHO PINTO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE INGA/PB

Processo n.º 08006486820198150201

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JAILTON VENTURA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

#### **DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Assim, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas a perícia com o escopo de ser apurado o *quantum* devido em decorrência da lesão suportada.

**DESTE MODO, A RÉ PROCEDEU COM O PAGAMENTO DA VERBA INDENITÁRIA NA MONTA DE R\$1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS) , VALOR ESTE CORRESPONDENTE AO PERCENTUAL DA INVALIDEZ PARCIAL E PERMANENTE APRESENTADA PELA PARTE AUTORA EM SEDE ADMINISTRATIVA.**

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

**APÓS A PERÍCIA MÉDICA, O LAUDO INDICOU A SEGUINTE LESÃO:**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
www.joaobarbosaadvass.com.br



seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento anatômico	Marque aqui o percentual
1ª Lesão <u>lesão no joelho direito</u>	( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( <input checked="" type="checkbox"/> ) 50% Média ( ) 75% Intensa
2ª Lesão _____	( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa
3ª Lesão _____	( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa
4ª Lesão _____	( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa

**NO ENTANTO, FRISA-SE QUE ALUDIDA VERIFICAÇÃO REALIZADA NA SEARA ADMINISTRATIVA É REALIZADA POR PROFISSIONAL IMPARCIAL E TÉCNICAMENTE COMPETENTE, OBEDECENDO OS ESTRITOS LIMITES DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL.**

**DESSA FORMA, TOTALMENTE DIVERGENTE A CONCLUSÃO DO PERITO JUDICIAL, CUJO LAUDO A RÉ IMPUGNA TOTALMENTE, DEVENDO SER ACOLHIDO O LAUDO ADMINISTRATIVO QUE SE TRAZ A DEMANDA.**

#### **DO EQUIVOCADO ENQUADRAMENTO NA TABELA**

Em que pese a invalidez permanente indicada no laudo pericial, cabe observar que não foi atendida na íntegra a tabela de graduação prevista na lei.

**ISSO, PORQUE CONFORME SE EXTRAÍ DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA, A LESÃO AFETOU O JOELHO DA VÍTIMA.**

Descrição da vítima: Acidente de Moto.

Socorrido para Hospital de Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes na cidade de Campina Grande, PB, conforme em anexo (prontuário hospitalar).

Apresentando: Fratura na espinha da tibia, e avulsão LCP do joelho direito.

Tratamento: Cirúrgico: fixação de avulsão de LCP joelho direito.

Sequela apresentada ao exame físico:

Joelho Direito

- Edema por estase.
- Dores aos movimentos do joelho direito
- Limitação articular para os movimentos do joelho e instabilidade



**QUANTO A ISSO, VALE ESCLARECER QUE HÁ PREVISÃO ESPECÍFICA NA TABELA, QUANDO O SEGUIMENTO DO CORPO É JOELHO:**

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	<u>R\$ 1.687,50</u>	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					

Com isso, requer a correta aplicação da tabela, de acordo com o enquadramento do JOELHO, uma vez que a limitação não ocasionou a limitação de todo o membro, mas tão somente do seguimento JOELHO.

**Portanto, deve ser observado o devido enquadramento, conforme o seguimento do corpo acometido pela invalidez permanente, de modo que perito deve fazer a relação, tabela-seguimento corporal, indicando o enquadramento conforme previsto, de acordo com a lesão apurada.**

**CONCLUSÃO**

Diante disso, requer que seja intimado o perito para que refaça o laudo pericial com a graduação correspondente ao seguimento acometido, ou alternativamente, que este juízo proceda com a aplicação da tabela, de acordo com o enquadramento da tabela confirme quadro acima.

**Caso não seja o entendimento de V.Exa., requer o acolhimento do laudo pericial administrativo em anexo, o qual indica o enquadramento correto conforme previsto, de acordo com a lesão apurada.**

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

INGA, 4 de fevereiro de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**

