



## PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

**OUTORGANTE:** Maria Helena Nunes Barbosa, brasileira, menor, inscrita no CPF sob o nº 526.975.444-94, neste ato representada por seu genitor Francisco Barbosa Sobrinho, CPF nº 459.764.444-04, residente e domiciliado no Sítio Milham, S/N, Área Rural; Barra de Santa Rosa / PB.

**OUTORGADOS:** JAILSON GOMES DE ANDRADE FILHO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB, nº 17.938, respectivamente, portador do CPF nº 067.941.404-54, JOAQUIM VENÂNCIO DE LIMA NETO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB, nº 22.895, respectivamente, portador do CPF nº 098.609.854-05, com escritório profissional localizado à Rua Pedro Gondim, 129, Cuité-PB, onde recebem intimações de estilo.

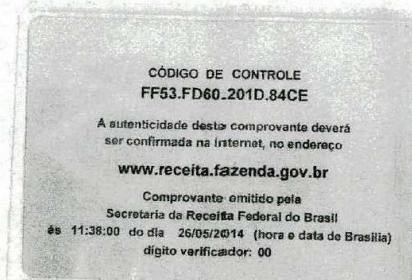
**PODERES:** O(s) OUTORGANTES(S) conferem aos OUTORGADO(S) amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento desde mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil, e **poderes especiais** para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber qualquer valor e dar quitação, **inclusive alvarás**, praticar todos atos perante repartições públicas federais, estaduais e municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, bem como instituições bancárias, praticar quaisquer atos perante particulares e empresas privadas, e recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo bom e valioso.

**DECLARAÇÃO:** O(a)s outorgantes(s) DECLARA(M), para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do artigo 5º, da Lei 1.060 de 1950.

Cuité-PB, 17 de julho de 2017.

Maria Helena Barbosa Sobrinho  
OUTORGANTE







### *Forma Cistinha das Serras*

Fayard

**EXCELENT**

### NAME OF APPLICANT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL

ESTADO DA PARÁ

ESTADO DE MEXICO  
COMARCA DE BARRA DE SANTA ROSA

**COMARCA DE LA BARRA DE SANTA ROSA**  
**MINICÍPIO DE LA BARRA DE SANTA ROSA**

MUNICIPIO DE LA BAHIA DE SANTA ROSA  
PARTIDO DE LA BARRA DE SANTA ROSA

DISTrito D - MUNICIPIO DE SANTA ROSA.

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

N° 17475

FIG. 44- $\chi^2$

CERTIFICO que no dia de 26 de julho de 2001, a senhora MARIA HELENA NUNES BARBOSA, feminino, de 20 horas e 30 minutos, em a Maternidade AFANIF, na Cidade de Picuí - Paraíba, filha de Francisco Barbosa Sobrinho, agricultor, e de Maria das Graças Nunes Barbosa, agricultora, ambos residentes no sítio Milha, deste Município, são avós paternos Antônio Barbosa da Silva e Maria Boaventura da Silva, ambos agricultores, e avós maternos Severino Martins Nunes e Maria das Mercês Oliveira Nunes, ambos agricultores, e declarante A genitora da registrada, testemunhas presentes constantes do termo. O referido é verdade - dou fi

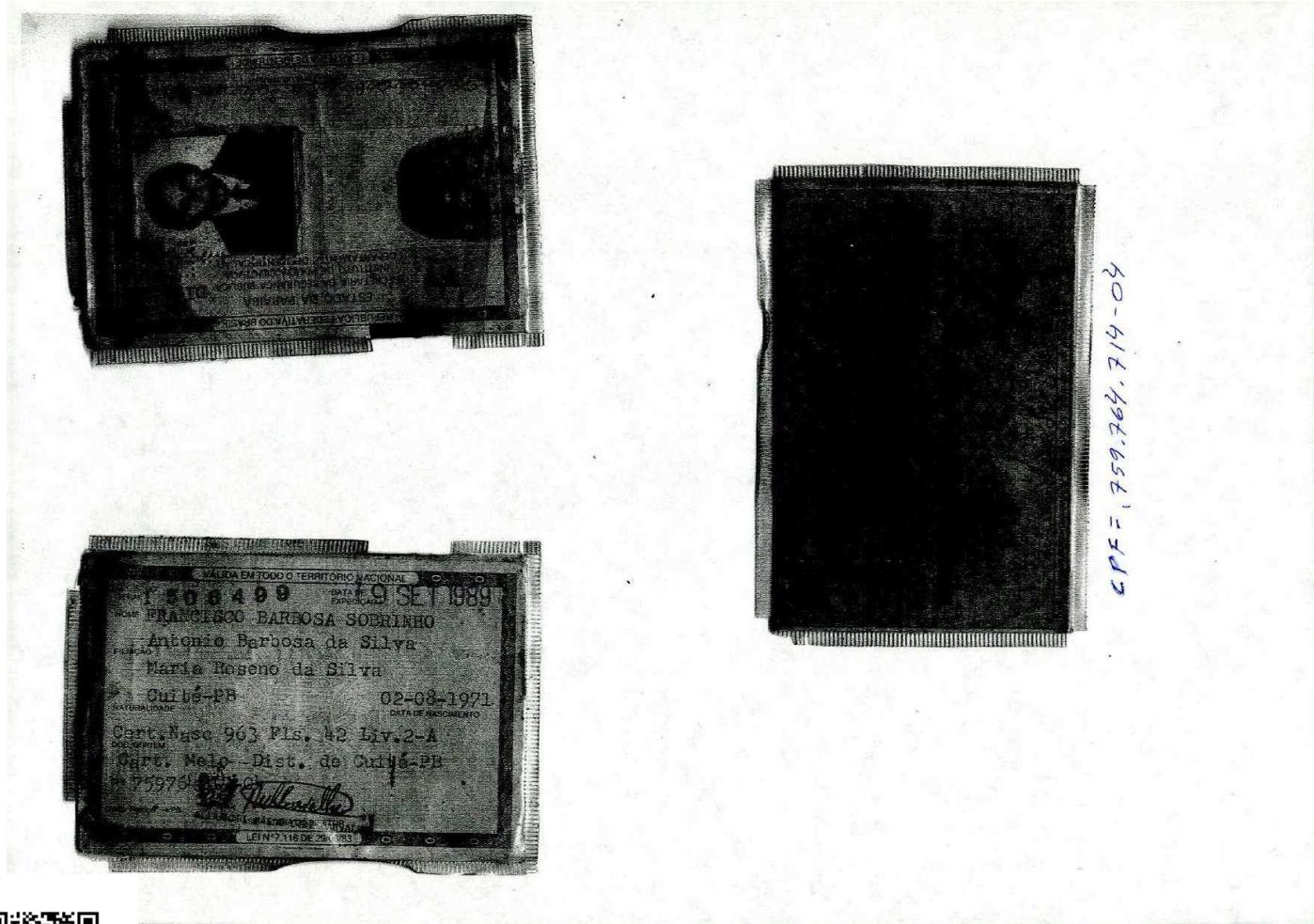
Barra de Santa Rosa 25 de julio de 1900

26 de JULHO de 2001

Oficial do Registro Civil

VITAMIN





Assinado eletronicamente por: MELISSA DA COSTA BARROS - 12/06/2019 09:57:41  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061209574120500000021315348>  
Número do documento: 19061209574120500000021315348

Num. 21948477 - Pág. 4

**FRANCISCO BARBOSA SOBRINHO**  
SIT/SIT MILHAN, S/N - AREARURAL  
BARRA DE SANTA ROSA/PB CEP: 58170-000 (AG: 80)

**energisA**

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFASICO  
Roteiro: 11 - 107 - 457 - 3740  
Nº medidor: 00000777858

Br 230, Km 25, Centro, Cidade: João Pessoa/PB - CEP 58071-080  
Referência: Mai/2017  
Emissão: 18/05/2017

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 09.095.183/0001-40, Insc Est: 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°0000 020.114  
Código para Débito Automático: 00000461488

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisA.com.br](http://www.energisA.com.br)

**Conta referente a** UC (Unidade Consumidora): 5848149-5

**Canal de contato**

**Mai / 2017**

**Apresentação**

**18/05/2017**

**Data prevista da próxima leitura**

**20/06/2017**

**CPF/ CNPJ/ RANI**

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
75978471404 Insc. Est: 16/015/823-0	9385	9436	1	51	30

**Faturas em atraso**

**Demonstrativo**

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30KWh-BR	30	0,14089	4,22
Consumo - 31 a 100KWh-BR	21	0,24163	5,07
Adic. B. Vermelha			0,68
Subsídio			12,84
ICMS			0,36
PIS			1,84
COFINS			
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			-12,84
Devolução Subsídio			

**Histórico de Consumo (kWh)**

Abr/17	58
Mar/17	73
Fev/17	59
Jan/17	85
Dez/16	80
Nov/16	80
Out/16	51
Set/16	63
Ago/16	57
Jul/16	80
Jun/16	78
May/16	78

**RESERVADO AO RISCO**

**25/05/2017**

**VALOR PÁG.** **R\$ 20,26**

**Indicadores de Qualidade**

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	10,87	0,00
DIC TRIMESTRAL	21,74	0,00
DIC ANUAL	43,49	0,00
FIC MENSAL	7,87	0,00
FIC TRIMESTRAL	15,34	0,00
FIC ANUAL	30,89	0,00
DMIC	5,88	0,00
DIARI	18,80	0,00

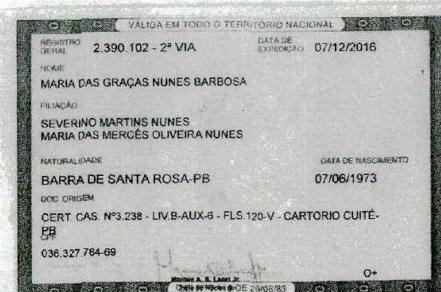
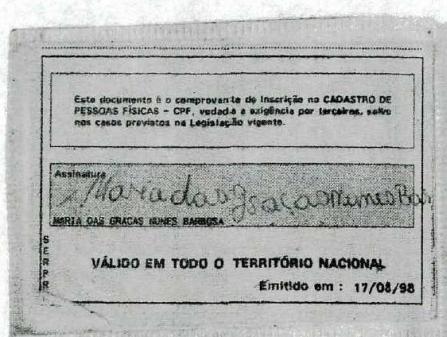
**Composição do valor total da sua fatura**

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia e Pg	3,53	17,72
Compra de Energia	4,64	23,00
Serviço de Transmissão	0,25	1,23
Encargos Salariais	1,29	6,37
Impostos Diretos e Encargos	10,29	50,79
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>20,26</b>	<b>100,00</b>

Valor da EUSD (Ref. 3/2017) R\$7,80

**ATENÇÃO**

- Sua fatura foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$12,94  
- Leitura confirmada





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
7ª DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE BARRA DE SANTA ROSA - PB  
Rua 08 de maio, S/N, centro, Fone 3376-1257 - CEP 58170.000.



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA VERSANDO SOBRE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO**  
**Nº 08/2017**

DATA, HORA E LOCAL DA OCORRÊNCIA: 21/10/2016, ÀS 13H:00MIN, NA PRAÇA FREI MARTINHO, CENTRO DE BARRA DE SANTA ROSA-PB.

DATA E HORA QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO DO FATO: 04/05/2017, ÀS 11H:00MIN.

COMUNICANTE: MARIA DAS GRAÇAS NUNES BARBOSA, brasileira, casada, nascido em 07/06/1973, filho de Severino Martins Nunes e de Maria das Mercês Oliveira Nunes, residente No Sítio Milhã, zona rural da cidade de Barra de Santa Rosa-PB, RG N° 2.390.102 e CPF N° 036.327.784-69. (83) 99106-0299.

VÍTIMA: (ADOLESCENTE) MARIA HELENA NUNES BARBOSA, brasileira, solteira, nascido em 14/07/2001, filho de Francisco Barbosa Sobrinho e de Maria das Graças Nunes Barbosa, residente No Sítio Milhã, zona rural da cidade de Barra de Santa Rosa-PB, RG N° 4.489.717 e CPF N° 126.975.414-97. Fone: (83) 99949-7416.

TESTEMUNHA (S):

1º - DAMIANA SANTOS AMORIM, residente No Sítio Milhã, zona rural da cidade de Barra de Santa Rosa-PB, RG N° 3.613.540 e CPF N° 078.000.644-50.

2º - MARIA DE FÁTIMA XAVIER OLIVEIRA, residente No Sítio Milhã, zona rural da cidade de Barra de Santa Rosa-PB, RG N° 3217099 e CPF N° 042.222.414-66.

NARRATIVA: QUE no dia 21 (vinte e um) de Outubro do ano de 2016, por volta das 13h:00min, encontrava-se atravessando a rua de front a Praça Frei Martinho, Centro desta cidade de Barra de Santa Rosa-PB, quando foi atropelada por uma motocicleta Honda pop 100, cor vermelha, ano e modelo 2016/2017, chassi nº 9C2JB0100HR209597, PLACA QFT-6757-PB, pilotada por JOSÉ DA SILVA BRUCE e de propriedade do mesmo; QUE com o impacto, caiu ao solo, e foi socorrida inicialmente por um popular para O hospital da cidade de Picuí e posteriormente para cidade de Campina Grande, no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes; QUE em decorrência do acidente, fraturou o fêmur da perna esquerda; QUE foi submetida a cirurgia e ficou internado por um período de aproximadamente 09 (nove) dias no referido Hospital; QUE procurou a Delegacia de Polícia desta cidade para Registrar o ocorrido.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: LAVRATURA DO PRESENTE BOLETIM.

AUTORIDADE:

DECIO DE SOUZA LIMA FILHO  
DELEGADO DE POLICIA

COMUNICANTE: *Maria das Graças Nunes Barbosa*

VITIMA: *Maria Helena Nunes Barbosa*

ESCRIVÃO:



PB N° 012824788277		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</p> <p><a href="http://www.dpvatsegurodotransito.com.br">www.dpvatsegurodotransito.com.br</a> SAC DPVAT 0800 022 1204</p>			
		PERÍODO	VALIDADE
		2016	06/10/2016
VIA:	CNPJ / CNPJ:		PLACA:
1	70331461404		QFT 6757/PB
RENAVAM:	MARCA / MODELO:		
01098820727	HONDA / POP 110I		
ANO/FAB:	Nº CHASSI:		
2016	9	9C2JB0100HR209597	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
PVS (R\$)	DESENHADORES	CUSTO DE SEGURO (R\$)	
*****	*****	*****	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	TOP-100	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)	
*****	*****	*****	
SEGURADO:		PAGAMENTO:	
SITIA UNICA		PARCELA(O) DATA DE VENCIMENTO	
		03/10/2016	
<p><b>SEGURADORA LIDER - DPVAT</b>          CNPJ 05.248.500/0001-00  <a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a>          SERVIÇO DE NOTARIAIS E REGISTRAIS          JOAICIL DA LUIZ SILVA - TABELIA          DE NOTARIAIS E REGISTRAIS          PARÁ</p>			
<p>CERTIFICADO AUTENTICO, que esta fotografia é a respectiva cópia original que me foi apresentada. Dou fé.</p> <p>02 FFV, 2017</p>			
<p>TABELO NOTARIAL</p>			



Assinado eletronicamente por: MELISSA DA COSTA BARROS - 12/06/2019 09:57:41  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pjeb/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1906120957413540000021315349>  
Número do documento: 1906120957413540000021315349

Num. 21948478 - Pág. 3

**SINISTRO 3170363404 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA** MARIA HELENA NUNES BARBOSA

**COBERTURA** Invalidez

**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Mapfre Vera Cruz Seguradora  
S/A #624

**BENEFICIÁRIO** MARIA HELENA NUNES BARBOSA  
**CPF/CNPJ:** 12697541497

**Posição em 19-07-2017 09:26:34**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 1.687,50

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

<b>Data do Pagamento</b>	<b>Valor da Indenização</b>	<b>Juros e Correção</b>	<b>Valor Total</b>
20/07/2017	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



8-3 Maria Helene Nunes

8-03

24.10.16 = Maria das Graças Nunes Barbosa  
22.10.16 = Maria das Graças Nunes Barbosa  
23.10.16 = Maria das Graças Nunes Barbosa  
24.10.16 = Maria do Socorro Basena Silva  
25.10.16 = Maria do Socorro Nunes Barbosa  
26.10.16 = Maria do Socorro Nunes Barbosa  
27.10.16 = Maria das Graças Nunes Barbosa  
28.10.16 = Maria das Graças Nunes Barbosa





## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a senhora MARIA HELENA NUNES BARBOSA, deu entrada vítima de acidente automobilístico, nesta unidade na data de 21/10/2016 às 14:19 Horas, conforme ficha atendimento ambulatorial anexa, sendo conduzida para o Hospital de Trauma de Campina Grande transladada na ambulância do Município de Frei Martinho, para realizar exames especializados.

Picuí - PB, 08 de Março de 2017.

  
Cícera Gomes de Melo e Oliveira  
Assistente Social - CRAS 1330  
CNS 289 1454 4955 8801 01

---

Rua Francisco Pereira Gomes, n.º 15 – Monte Santo – Picuí – PB CEP: 58187-000  
Fone/ Fax: (83) 3371-2554 / 3371-2990 – E-mail: [hospitalregionaldepicui@gmail.com](mailto:hospitalregionaldepicui@gmail.com)



NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ		NP/01/11/11	00.000.000.000/000.000
END.: RUA FRANCISCO FERREIRA GOMES, 11 - BAIRRO MONT SANTO	MUNICÍPIO: PICUÍ - ESTADO: PARÁ/BA - UF: PB		
Nome: MARIA HELENA NUNES BARBOSA		RG: 000000000000000000	CPF: 000.000.000-00
Profissão: PIA/PIA		Document.: 17476	Nº: 0
Endereço: SITIO MILHAR		Document.: 17476	Nº: 0
Bairro: ZONA RURAL		Document.: 17476	Nº: 0
Município/EPREGE: BARRA DE SANTA ROSA - PB - 50179000 - 250160		Document.: 17476	Nº: 0
Telefone para contato: (83) 9106-0239		Document.: 17476	Nº: 0
Data e Hora: 21/10/2010 14:19:00		Document.: 17476	Nº: 0
PESO: _____ PA: _____ SSVV: _____		Document.: 17476	Nº: 0
TEMP.: _____		Document.: 17476	Nº: 0
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)			
<p>Perde peso de 50Kg de últimos 6 meses. Perde peso de 50Kg de últimos 6 meses.</p> <p>Dr. An.: queiro Ortose: _____ Oncologia: _____ Urologia: _____</p>			
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)			
RESULTADOS			

<input type="checkbox"/> 01 - ELETIVO	<input type="checkbox"/> 02 - URGÊNCIA	<input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA	<input type="checkbox"/> 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO	<input type="checkbox"/> 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS	CARÁTER DO ATENDIMENTO	
					PROCEDIMENTO - descrição:	
<p style="text-align: center;"><b>DIAGNÓSTICO:</b></p> <p><i>Pode falar deixa</i></p>						
MEDICAÇÃO:		ENCAMINHAMENTO: CID-10				
<input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA	<input type="checkbox"/> 2. APLICADA	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> ÓRTO	<input type="checkbox"/> INTERNACÃO
SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:						
1 -	<i>U/11/10/10/07/21</i>					
2 -	<i>  </i>					
3 -	<i>  </i>					
ASS. DO(S) PROFISSIONAL(US) ASSISTENTE(S) CARMIM						
CRM		CBP		CRM		
<i>135570</i>						
ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL						
<i>2. Sena de Freitas Neto Batista</i>						
OU POLEGAR DIREITO						
ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARMIM						
ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARMIM						





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

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_  
fr. ferme dental

PACIENTE: Maria Helena N. Barbosa

ENFERMARIA: PED LEITO 8-3

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	EVOLUÇÃO
29	1) DIETA leve	
10	2) SF 0,9% 2000 ml EV 24 h	
16	3) Dipirona 01 amô. + AD EV 6/6 h	HORTOPEDIA
	4) Tilatil 60 mg + AD EV 12/12 h ,diger 20 mg	qB DIH
	5) Omeprazol 40 mg EV 1 x ao dia	EG, consciente, orientado, estável, sem distenções.
	6) Nauseodron 8 mg + AD EV 8/8 h	
	7) SSVV + CCGG	
	8) Cloraz 60 mg 3x 1x dia	
	9) Itraconazol 100 mg + 600 ml SF 0,9% EV 8/8 h	
	10) Ceftriaxone 1g 5x 1x dia h.	
		<i>otta Hoje feliz</i>
		<i>J. Schubert, L.C. Góes Ortopediatra Cirurgião de Coluna Cirurgião de Ortopedia</i>





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

## Diagnóstico

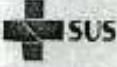
### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Maria Helene N. Barbosa

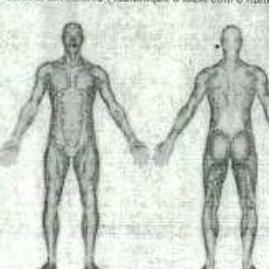
Alojamento: PED Leito: 8-3 Convênio:

Ex: fêmea evitada

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28	① Paracetamol	10	# Entropia:
30	② Dipirona 610 mg + MP EV 6/6h	26/6	EGE, consciente, ativa, no desequilíbrio
31	③ Tramadol 20 mg + MP EV 7/7h	24	
	④ SF 0,9% 3.000 ml EV 12/12h	12	
	⑤ Domperidol 20 mg VO 6h 7h	06	
	⑥ Thiamol 500 mg + 500 ml SF + 0,9% EV 8/8h SIN	08	CP: Alter. humorais C/ATB
	⑦ Cetirizina 10 mg EV 12/12h	10	
	⑧ Clorazepato 10 mg SC 1x dia.	12	
	⑨ SSN/V + CGS	14	
	⑩ Atropina 0,5 mg SC 1x dia.	16	
		18	
		20	
		22	
		24	
		26	
		28	
		30	
		01	
		03	
		05	
		07	
		09	
		11	
		13	
		15	
		17	
		19	
		21	
		23	
		25	
		27	
		29	
		31	
		01	
		03	
		05	
		07	
		09	
		11	
		13	
		15	
		17	
		19	
		21	
		23	
		25	
		27	
		29	
		31	
		01	
		03	
		05	
		07	
		09	
		11	
		13	
		15	
		17	
		19	
		21	
		23	
		25	
		27	
		29	
		31	
		01	
		03	
		05	
		07	
		09	
		11	
		13	
		15	
		17	
		19	
		21	
		23	
		25	
		27	
		29	
		31	
		01	
		03	
		05	
		07	
		09	
		11	
		13	
		15	
		17	
		19	
		21	
		23	
		25	
		27	
		29	
		31	
		01	
		03	
		05	
		07	
		09	
		11	
		13	
		15	
		17	
		19	
		21	
		23	
		25	
		27	
		29	
		31	
		01	
		03	
		05	
		07	
		09	
		11	
		13	
		15	
		17	
		19	
		21	
		23	
		25	
		27	
		29	
		31	
		01	
		03	
		05	
		07	
		09	
		11	
		13	
		15	
		17	
		19	
		21	
		23	
		25	
		27	
		29	
		31	
		01	
		03	
		05	
		07	
		09	
		11	
		13	
		15	
		17	
		19	
		21	
		23	
		25	
		27	
		29	
		31	
		01	
		03	
		05	
		07	
		09	
		11	
		13	
		15	
		17	
		19	
		21	
		23	
		25	
		27	
		29	
		31	
		01	
		03	
		05	
		07	
		09	
		11	
		13	
		15	
		17	
		19	
		21	
		23	
		25	
		27	
		29	
		31	
		01	
		03	
		05	
		07	
		09	
		11	
		13	
		15	
		17	
		19	
		21	
		23	
		25	
		27	
		29	
		31	
		01	
		03	
		05	
		07	
		09	
		11	
		13	
		15	
		17	
		19	
		21	
		23	
		25	
		27	
		29	
		31	
		01	
		03	
		05	
		07	
		09	
		11	
		13	
		15	
		17	
		19	
		21	
		23	
		25	
		27	
		29	
		31	
		01	
		03	
		05	
		07	
		09	
		11	
		13	
		15	
		17	
		19	
		21	
		23	
		25	
		27	
		29	
		31	
		01	
		03	
		05	
		07	
		09	
		11	
		13	
		15	
		17	
		19	
		21	
		23	
		25	
		27	
		29	
		31	
		01	
		03	
		05	
		07	
		09	
		11	
		13	
		15	
		17	
		19	
		21	
		23	
		25	
		27	
		29	
		31	
		01	
		03	
		05	
		07	
		09	
		11	
		13	
		15	
		17	
		19	
		21	
		23	
		25	
		27	
		29	
		31	
		01	
		03	
		05	
		07	
		09	
		11	
		13	
		15	
		17	
		19	
		21	
		23	
		25	
		27	
		29	
		31	
		01	
		03	
		05	
		07	
		09	
		11	
		13	
		15	
		17	
		19	
		21	
		23	
		25	
		27	
		29	
		31	
		01	
		03	
		05	
		07	
		09	
		11	
		13	
		15	
		17	
		19	
		21	
		23	
		25	
		27	
		29	
		31	
		01	
		03	
		05	
		07	
		09	
		11	
		13	
		15	
		17	
		19	
		21	
		23	
		25	
		27	
		29	
		31	
		01	
		03	
		05	
		07	
		09	
		11	
		13	
		15	
		17	
		19	
		21	
		23	
		25	
		27	
		29	
		31	
		01	
		03	
		05	
		07	
		09	
		11	
		13	
		15	
		17	
		19	
		21	
		23	
		25	
		27	
		29	
		31	
		01	
		03	
		05	
		07	
		09	
		11	
		13	
		15	
		17	
		19	
		21	
		23	
		25	
		27	
		29	
		31	
		01	
		03	
		05	
		07	
		09	
		11	
		13	
		15	
		17	
		19	
		21	
		23	
		25	
		27	
		29	
		31	
		01	
		03	
		05	
		07	
		09	
		11	
		13	
		15	
		17	
		19	
		21	
		23	
		25	
		27	
		29	
		31	
		01	</td

 <b>Sistema Único de Saúde</b>		<b>Ministério da Saúde</b>		<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 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>2</td><td>3</td><td>6</td><td>2</td><td>8</td><td>5</td><td>6</td></tr> </table>												2	3	6	2	8	5	6
2	3	6	2	8	5	6												
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>																		
4 - CNES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>2</td><td>3</td><td>6</td><td>2</td><td>8</td><td>5</td><td>6</td></tr> </table>												2	3	6	2	8	5	6
2	3	6	2	8	5	6												
<b>Identificação do Paciente</b>																		
5 - NOME DO PACIENTE <b>Mr. Hélio Nunes</b>																		
6 - N.º DO PRONTUÁRIO <b>254.227</b>																		
7 - DOCUMENTO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <b>71010503351061715171</b>																		
8 - DATA DE NASCIMENTO <b>14/01/01</b>																		
9 - GÉNERO <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino																		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>Sitio Melhor, zona rural.</b>																		
11 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro) <b>Bairro de Santa Bárbara</b>																		
12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>PPB</b>																		
13 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO <b>PPB</b> 14 - UF <b>PE</b> 15 - CEP <b>54600-000</b>																		
<b>17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</b> <p style="margin-left: 40px;">Dor, Disponibilidade e edema lateral do joelho (E), após trauma contuso</p>																		
<b>18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</b> <p style="margin-left: 40px;">Grau evolução</p>																		
<b>19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRIMAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)</b> <p style="margin-left: 40px;">Exame fíbrico e Radiológico</p>																		
20 - PROBLEMATICO PRINCIPAL <b>Fratura fibular distal (E)</b>																		
21 - CID 10 PRINCIPAL 																		
22 - CID 10 SECUNDÁRIO 																		
23 - CID 10 CÓDIGOS ASSOCIADOS 																		
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>																		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 																		
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 																		
26 - CLÍNICA <b>27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO</b> <b>28 - DOCUMENTO</b> <b>29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</b> <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF																		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>31 - DATA DA SOLICITAÇÃO</b> <b>32 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)</b> <b>21/01/16</b> <b>Dr. Anderson Lins de Lira, ROBSON</b> Especialista em Traumatologia e Ortopedia CRM RN 667 - CRM PI 10168																		
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>																		
33 - I - ACIDENTE DE TRÂNSITO <b>34 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO</b> <b>35 - I - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO</b> <b>36 - CNPJ DA SEGUROADORA</b> <b>37 - N.º DO BICHETE</b> <b>38 - SERIE</b> 																		
39 - CNPJ EMPRESA <b>40 - CNAE DA EMPRESA</b> <b>41 - CBO</b>																		
42 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA: <b>43 - EMPREGADO</b> <b>44 - EMPREGADOR</b> <b>45 - AUTÔNOMO</b> <b>46 - DESEMPREGADO</b> <b>47 - FAPONTADO</b> <b>48 - NÃO SEGURO</b>																		
<b>AUTORIZAÇÃO</b>																		
49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>50 - CÓD. ORGÃO EMISSOR</b> <b>51 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b> 																		
52 - DOCUMENTO <b>53 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b> <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF																		
54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <b>55 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)</b> <b>/ /</b>																		

C-Ger.

GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE SAÚDE		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS																																			
SUS		FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL																																							
UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO		EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS																																							
Código da Unidade: 00023671		CNPJ:08-778-268/0001-60																																							
Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES																																									
Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS																																									
Município: CAMPINA GRANDE		Estado: PARAÍBA		UF:25																																					
DADOS DO PACIENTE																																									
PRONTUÁRIO N°: 1342765		Sexo: FEMININO		ALERGIA:																																					
Nome: MARIA HELENA NUNES BARBOSA		Documento: 700503351061757 SUS		MEDICAMENTOS:																																					
Profissão: ESTUDANTE		Bairro: ZONA RURAL		ATOLOGIAS:																																					
Endereço: SITIO MILHAR		Estado: PB-EP		EXAME FÍSICO:																																					
Município: BARRA DE SANTA ROSA		Código do Município: 250160		PUPILAS: ( ) Fotoreceptores ( ) Isocônicas ( ) Anisocônicas ( )																																					
Data Atendimento: 21/10/2016 18:20h		Código do Município: 250160		Glasgow: PA HGT Sat 2																																					
Cartão do SUS: DTA. NASCIMENTO: 14/07/2001		QUEIXAS: FRATURA																																							
MECANISMOS DO TRAUMA																																									
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)																																									
		<table border="1"> <tr><td>1. Abrasão</td><td>19. Fratura óssea fechada</td></tr> <tr><td>2. Amputação</td><td>20. Fratura óssea aberta</td></tr> <tr><td>3. Avulsão</td><td>21. Hematoma</td></tr> <tr><td>4. Contusão</td><td>22. Higantilatão venoso</td></tr> <tr><td>5. Crcitização</td><td>23. Lacerção</td></tr> <tr><td>6. Doi</td><td>24. Lesão óssea</td></tr> <tr><td>7. Edema</td><td>25. Luxação</td></tr> <tr><td>8. Empaixamento</td><td>26. Mordedura</td></tr> <tr><td>9. Endesma subcutâneo</td><td>27. Movimento torácico paradoxal</td></tr> <tr><td>10. Esmigamento</td><td>28. Objeto encravado</td></tr> <tr><td>11. Equimose</td><td>29. Otorragia</td></tr> <tr><td>12. F. Arme branca</td><td>30. Parassita</td></tr> <tr><td>13. F. Arme de fogo</td><td>31. Parasita</td></tr> <tr><td>14. F. Contusão</td><td>32. Parestesia</td></tr> <tr><td>15. F. Cortante</td><td>33. Quelmadura</td></tr> <tr><td>16. F. Corte-contusão</td><td>34. Rinorrágia</td></tr> <tr><td>17. F. Perfuro-contusão</td><td>35. Sinal de isquemia</td></tr> <tr><td>18. F. Perfuro-cortante</td><td>36.</td></tr> </table>		1. Abrasão	19. Fratura óssea fechada	2. Amputação	20. Fratura óssea aberta	3. Avulsão	21. Hematoma	4. Contusão	22. Higantilatão venoso	5. Crcitização	23. Lacerção	6. Doi	24. Lesão óssea	7. Edema	25. Luxação	8. Empaixamento	26. Mordedura	9. Endesma subcutâneo	27. Movimento torácico paradoxal	10. Esmigamento	28. Objeto encravado	11. Equimose	29. Otorragia	12. F. Arme branca	30. Parassita	13. F. Arme de fogo	31. Parasita	14. F. Contusão	32. Parestesia	15. F. Cortante	33. Quelmadura	16. F. Corte-contusão	34. Rinorrágia	17. F. Perfuro-contusão	35. Sinal de isquemia	18. F. Perfuro-cortante	36.	EXAMES SOLICITADOS:	
1. Abrasão	19. Fratura óssea fechada																																								
2. Amputação	20. Fratura óssea aberta																																								
3. Avulsão	21. Hematoma																																								
4. Contusão	22. Higantilatão venoso																																								
5. Crcitização	23. Lacerção																																								
6. Doi	24. Lesão óssea																																								
7. Edema	25. Luxação																																								
8. Empaixamento	26. Mordedura																																								
9. Endesma subcutâneo	27. Movimento torácico paradoxal																																								
10. Esmigamento	28. Objeto encravado																																								
11. Equimose	29. Otorragia																																								
12. F. Arme branca	30. Parassita																																								
13. F. Arme de fogo	31. Parasita																																								
14. F. Contusão	32. Parestesia																																								
15. F. Cortante	33. Quelmadura																																								
16. F. Corte-contusão	34. Rinorrágia																																								
17. F. Perfuro-contusão	35. Sinal de isquemia																																								
18. F. Perfuro-cortante	36.																																								
				<input type="checkbox"/> Laboratorial: <input type="checkbox"/> Ultrassonografia: <input type="checkbox"/> Gasometria arterial: <input type="checkbox"/> Radiografias: <input type="checkbox"/> Tomografia Computadorizada: <input type="checkbox"/>																																					
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:																																									
Especialista: _____		As: _____ hs: _____ Dia: _____ / _____ / _____																																							
Especialista: _____		As: _____ hs: _____ Dia: _____ / _____ / _____																																							
MÉDICO SOLICITANTE: _____																																									
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:																																									
PRESCRIÇÕES E CONDUTAS				HORÁRIO REALIZADO																																					
1																																									
2																																									
3																																									
4																																									
5																																									
6																																									
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO																																									



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

## **Ficha de Acolhimento**

Nome:	Maria Helene Nunes Barbosa		
End:	R.	Bairro:	Rui Barbosa
Data de Nascimento:	29.07.50	Documento de Identificação:	
Queixa:	Data do Atend.:	21.10.16	Hora: 18:20 Documento:
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

## Frotina de Fenns Classificação de Risco

Nível de consciência: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo      Aspecto: ( ) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente

### Frequência respiratória:

Frequência cardíaca:

### Pressão arterial:

### Temperatura exilat

### Diagrama de HGT:

#### Mucosacau (→ Normacocau) / → Malido

Distribuição: f. 11 verso, f. 13 (Cadeira da refeição), f. 15 (Massa).

## Estratificação

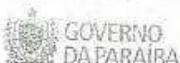
卷之三

- Vermelho - atendimento imediato
- Verde - atendimento até 4 horas

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

Assinatura e carimbo do profissional





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente	Manoel H. L. D.	Alojamento	8	Leito	3	Convenio
Data	Prescrição Médica	Horário			Evolução Médica	
27/10	DIETA GERAL	a				
	DIPIRONA 2 ML EV 6/6H	11:00	18	06	EGB VIGIL EUPNEICO	
	TILATIL 1 APM EV 12/12H	20:00	14	06	BOA PERFUSAO NOS MMSS E MMII	
	SE 0.9% 1000 ML EV 12/12H	18	06		PELE SEM LESOES	
	METOCLOPRAMIDA 10 MG EV				IMOBILIZACAO GESSADA	
	8/8H 5/N	3x3				
	OMEPRAZOL 20 MG VO TH	06				
	TRAMAL 100 MG EV 8/8H S/N	06				
	CCGG SSVV	06				
	ACESSO VENOSO	06				
	ef/Paracetamol 1g CV 12/12 18:06					
	Urticaria 40g SC 1dr 18					

## Diagnóstico

ED&T模块

6 of 10

#### EVOLUÇÃO INTERIOR

Dr. José Cesar M. V. - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - RN-PB 9551



## NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

Maria H. MONTEIRO, CULANTE RESPONSÁVEL

第六章



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Maria Helena Nunes Barbosa Idade: 35  
Convênio: SUS Data: 7/10/36  
Procedimento: Tto artif c/ fixação de fíbula

### Observações:

Pode auxiliar a evitação, mas mentirão voluntariamente. Seus querer. OIC do SPP.

Assinatura Anestesista

753

### Circulante

## *Relatório de Operações*



**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**

Critério para alta 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 02 < 90 com oxigênio = 0		
Sat 02 > 90 com oxigênio = 1		
Sat 02 < 92% sem oxigênio = 2		✓
Não responde ao chamado = 0		
Despertado ao chamado = 1		
Completamente acordado = 2		✓
<b>TOTAL DE PONTOS</b>		10

Assinatura Anestesista



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			INFERNARIA	LEITO	NP PONTUACAO
FOLHA DE ANESTESIA		Tigrene Helene Pires Bonhag 758			ICAO	REAG	CORP
27/10/16	PRESA MATERNA	PULSO	80	RESPIRAÇÃO	70	TEMPERATURA	36,5
	TIPO SANGUÍNEO	ATENAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCITO	COLERINA	UREIA	OUTROS
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO		DENTRIS	PERCOCÃO		AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL		ATMÁXICOS	ORTOCOCICO		ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		Fracture de flumus			ESTADO FÍSICO	ESTADO	
ANESTESIAS ANTERIORES					Alta	I	
EDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA	AS	EFEITO
AGENTES ANESTÉSICOS	Q10,10						INDUÇÃO
LÍQUIDOS	F-1000 M-1000						Safir: _____ Exal: _____ Tosses: _____
COÍGOS VP ARTERIAL, O PULSO, O RESPIRAÇÃO AX, ANESTESIA, O OPERAÇÃO	250 240 230 220 210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20						Laringo: espasmo: _____ Lento: _____
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	proteína clínica ox de fles cordocapte Bx nas feridas						Náuseas: _____ Vômitos: _____
POSIÇÃO	muita						Outros: _____
AGENTES	Bifuncional, 1,5% isoflurano + Clendin						MANUTENÇÃO
TECNICA	Bifuncional 1,5% isoflurano + Clendin						Clendin - 0,75
OPERAÇÃO	Fracture de flumus						Cofedilina - 0,25g
CRURIGIÓES	Dr. Gláucio						Midazolam - 0,05g
ANESTESISTAS	Dr. Rosângela						Alucosol - 4 mg
DISERVAÇÕES	Dr. Rosângela						Metocarbamol - 3,75g
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS:					PERDA SANGUÍNEA		
					FOLHA DE ANESTESIA - SRP		



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <i>Maria Helena</i>		Nº Prontuário
Data da Operação <i>27/10/16</i>		Enf. <i>Leito</i>
Operador <i>Dr. Eng. Lima</i>	1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia <i>anesthesia general</i>	
Diagnóstico Pré-Operatório	<i>Fractura de fêmur proximal</i>	
Tipo de Operação	<i>Ortopediária</i>	
Diagnóstico Pós-Operatório		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato	<i>Sim</i>	
Acidente Durante a Operação	<i>Não</i>	

### **DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**

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

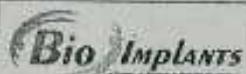
1/	Abordagem
2/	Exérpica e Anterógrada
3/	Canais operatórios
4/	Incisão natural eava O grande
5/	Dissecção par planos
6/	Mediante chumbo de Krukenberg
7/	Fixação com pinça TCP
8/	Desvascularizado
9/	Sutura par planos

*Assinatura: Dr. J. P. L. Barros - CRM-PB #551*

Mo. 018

### **RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**





## MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

## Rastreamento

6552

Hospital: de Emergencias Traumatología Código: 00000000000000000000000000000000

Procedimento: *Notas apuradas de faltas e faltas* Cód. Procedimento:

Paciente: Maria Heloisa Nunes Soares

Data da Cirurgia: 12/10/2018 N° prontuário: 129365 Convênio:

Cirurgião: Dr. Edmundo Código: \_\_\_\_\_ Convenio: \_\_\_\_\_

[>] Repostaria / [>] Caixa Preta

## DESCRICAO DE PRODUTOS UTILIZADOS

## ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (4.5) mm	Nº	30	41	56	61			
	Qtd	01	01	01	01			
	Cód							
Parafuso Cortical (5.0) mm	Nº	30	36	50				
	Qtd	01	02	01				
	Cód							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº							
	Qtd							
	Cód							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
	Qtd							
	Cód							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº							
	Qtd							
	Cód							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd							
	Cód							

1185 - O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIA

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

#### Condições de Pagamento:

Estuar N Espanol

Céd. do consultor: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

#### Cad. instrumentado

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodoro Teles, 245B - 580 Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05





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

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

Ex. pīmn

PACIENTE: Maria Helena Nunes Barbosa

ENFERMARIA: PED - FEITO 8-3

DATA	PREScrição MÉDICA			EVOLUÇÃO
26/09/12	1) DRETA <i>livre</i>			
26/09/12	2) SF 0,9% 1.000 ml EV 24 h	18	18/09/12	#ORTOPEDIA
26/09/12	3) Diprofene 01 amp. + AD EV 6/6 h	18	18/09/12	6 <sup>o</sup> DIH
26/09/12	4) Triptil 40 mg + AD EV 12/12 h <i>1x dia, 20 mg</i>	18	18/09/12	EGS, consciente, orientado, estável, sem distensões.
26/09/12	5) Omeprazol 40 mg EV 1x dia	18	18/09/12	
26/09/12	6) Nauseidron 8 mg + AD EV 8/8 h <i>SN</i>	18	18/09/12	
26/09/12	7) SSSV + CCGG	18	18/09/12	
26/09/12	8) Clexane 40 mg SC 1x dia	18	18/09/12	
<del>Dr. Schubert Costa</del> <del>26/09/12</del> <del>18/09/12</del>				



Assinado eletronicamente por: MELISSA DA COSTA BARROS - 12/06/2019 09:57:41  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061209574171300000021315353>  
Número do documento: 19061209574171300000021315353

Núm. 21948482 - Pág. 5



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

Diagnóstico

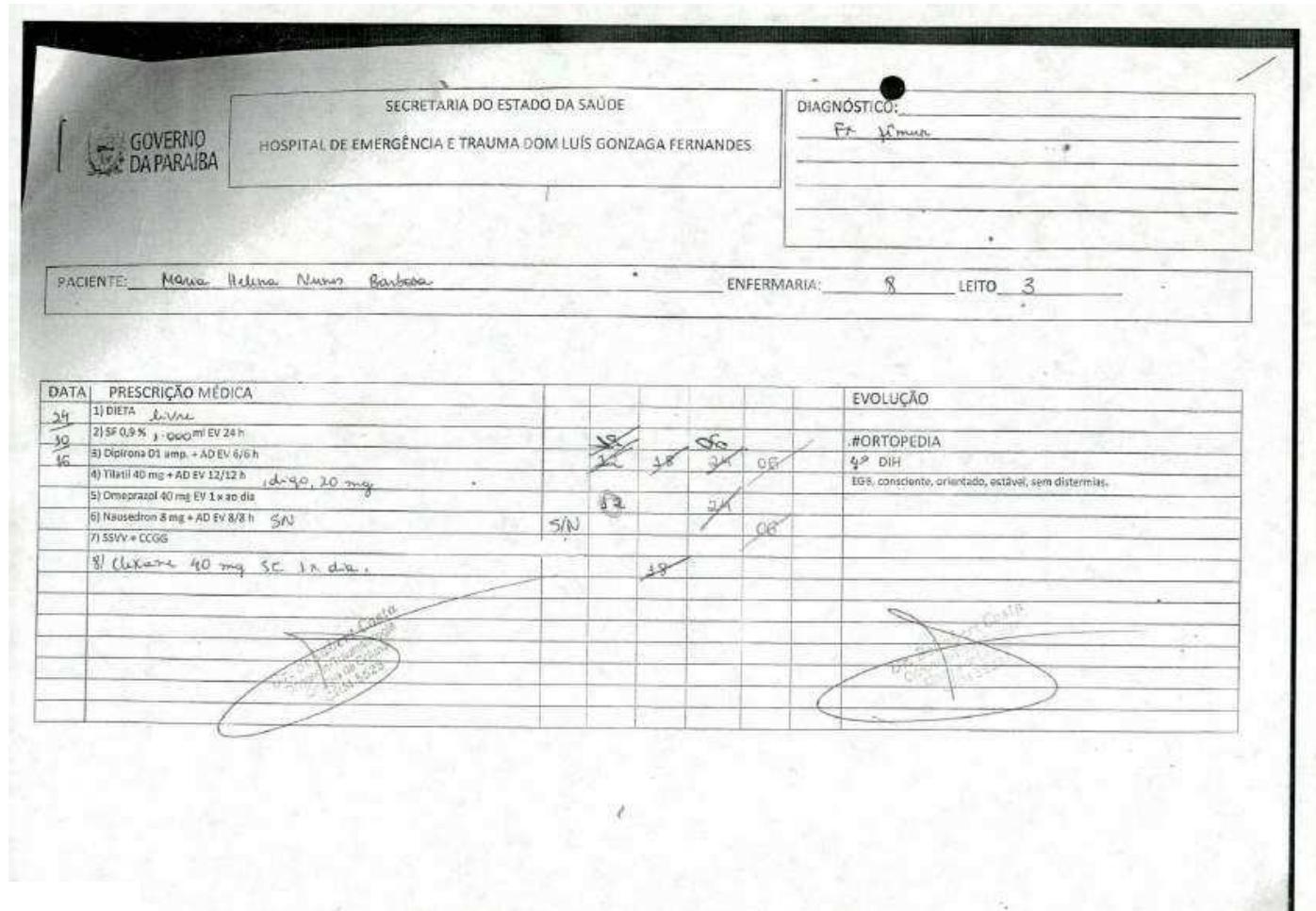
PK 10mm

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Márcia Helena Nunes Barbera			Alojamento	8	Leito	3	Convênio
Data	Prescrição Médica			Horário	Evolução Médica			
25/10/16	① Dexte líquido ② 5% 0,9% 1.000 ml EV 24h ③ Aspirina 80 mg - AD EV 6/6h ④ Fizotil 20 mg + AD EV 12/12h ⑤ Olmesprazol 40 mg EV 3x/dia ⑥ Nimesulid 80 mg + AD EV 8/8h SC ⑦ Clorazepato 10 mg SC 3x/dia ⑧ Serr + CCGG	16/10/16	17/10/16	18/10/16	# Diagnóstico - S. RTA - ESG, comorbilidades, instável, no desempenho, - CO: MBD - Grau de Alerta: 2 - de Sustento			
<p>Dr. Silvberto Costa Cirurgião-Dentista CRM 5523</p> <p>Dr. Silvberto Costa Cirurgião-Dentista CRM 5523</p>								

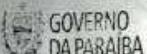
M00.035





Assinado eletronicamente por: MELISSA DA COSTA BARROS - 12/06/2019 09:57:41  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1906120957417130000021315353>  
Número de documento: 1906120957417130000021315353

Núm. 21948482 - Pág. 7



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

**DIAGNÓSTICO:**

PACIENTE: Ismael Vilchez Narvaez Bogotá -

ENFERMARIA: **LEITO**

DATA	PREScrição MÉDICA	EVOLUÇÃO
23/09/2012	1) DIETA leve	
12/10/2012	2) SF 0,8% 1.000 ml EV 24h	
16/10/2012	3) Dipirona 01 amp. + AD EV 6/6h	
16/10/2012	4) Tizatil 40 mg + AD EV 12/12h	
16/10/2012	5) Omeproxol 40 mg EV 1x ao dia	
16/10/2012	6) Neuraxone 8 mg + AD EV 8/8h	
16/10/2012	7) SSVV + CCGG	
16/10/2012	8) clorazepate 40 mg SC 1x dia	
		#ORTOPEDIA
		3º DIH
		EGb, consciente, orientado, estável, sem distorções.



Assinado eletronicamente por: MELISSA DA COSTA BARROS - 12/06/2019 09:57:41  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061209574171300000021315353>  
Número do documento: 19061209574171300000021315353

Num. 21948182 Pág. 8



SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM JOSÉ GONZAGA FERNANDES

## DIAGNÓSTICO:

Fix  $V_3$  dental firm (E)

PACIENTE: Maria Helena Alves Barbosa

ENFERMARIA: <http://www.ub.edu/~leito>

fid B-2

DATA	PREScrição MÉDICA	EVOLUÇÃO
1) DIETA leve		
2) SE 0,9% 1.000 ml EV 24 h		
3) Dipirona 01 amp. + AD EV 6/6 h		
4) Tizolil 40 mg + AD EV 12/12 h (diogo, 20 mg)		
5) Omepatol 40 mg EV 1 x ao dia		
6) Nauseidon 8 mg + AD EV 8/8 h SN		
7) SSVV + CCGG		
8) Clenaze 40 mg SC 1 x dia		
9) Tramal 100 mg EV 12/12 Sd		
		#ORTOPEDIA
		2º DIH
		EGS, consciente, orientado, estável, sem distensões.

Dr. Schubert Cosio  
Universidad Autónoma de Coahuila  
Casa de Estudios en Coahuila  
5523

11-14-1968  
4913





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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

*Fractura distal fêmur*

Paciente	Maria Hilma Nunes	Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
22/10	1 - D. Ita L. 1000 ml EV 2 - SF 0,25 1000 ml EV 3 - T. 1000 2000 ml EV 4 - Diphena 1000 EV, 6/64 ev 5 - Claxane 1000 mg, 500 1/10/09 6 - Furosem 400 mg, 01 12/7/24 (500) 7 - Narmox 17 CFA, EV, 8/10/1 (500) 8 - SSUV e Cig.	12/10/19 00 12/10/19 00 12/10/19 00 12/10/19 00 12/10/19 00 12/10/19 00 12/10/19 00 12/10/19 00	<i>Reg, Estável</i> <i>Ap. 500 f</i> <i>IP. artrovascular 03</i>	
			<i>CD =</i> <i>EVpm</i> <i>Exames pré-op</i>	
	<i>Dr. Jefferson Libson L. Andrade Ortopedia e Traumatologia CRM-RN 66577 - CRM-RO 10106</i>			<i>Dr. Jefferson Libson L. Andrade Ortopedia e Traumatologia CRM-RN 66577 - CRM-RO 10106</i>





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

15a

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

F. Fermeur E

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maria Heloisa N. Barbosa | Registro: \_\_\_\_\_ | Leito: 8-3 | Setor Atual: Red

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,5 °C; P: 78 bpm; FR: 19 ipm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %  
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm; Dor: ( ) Local:  Obs.: \_\_\_\_\_

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

Pupilas:  Isocônicas  Anisocônicas  D>E  E>D  Fotoreagentes  Mioticas  Midriáticas

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

Linguagem:  Qual?  Disfonia  Afasia  Disfasia  Disartria.

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

OXIGENAÇÃO

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

Eupnêia;  Taquipnêia  Bradipnêia  Dispnéia  Outros: \_\_\_\_\_

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente:  Diminuidos  D  E

Ruidos adventiciais:  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 PO2 PO3 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora: \_\_\_\_\_

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

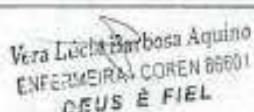
SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo  Agitado  Agressivo.  Risco de queda. Observação: \_\_\_\_\_

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso:  Regular  Irregular  Impalpável  Filiforme  Cheio.



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada ( ) Hipocorada ( ) Ciânose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ( ) < 3 segundos; ( ) > 3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )	
Drogas vasoativas: ( ) Quals? <span style="float: right;">Precordialgia ( )</span>	
Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: M S D Data da punção ____/____/____	
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.	
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> NVO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastroenterologia ( ) Jejunostomia ( ) NPT. Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Nognorolento ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados	
Eliminação intestinal: ( ) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há ____ dias ( ) Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: ( ) Outros Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: ( ) Integra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservado	
Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( )	
Incisão cirúrgica: <input checked="" type="checkbox"/> Local/Aspecto: MIE (Femur) Curativo em: 28/10/16	
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: ( ) Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória	
Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo ( ) Medo: ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOSPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<p><i>Radiado surtivo em MMIE ainda operatório com dor no</i>  <i>seu aspecto.</i>  <i>Uma sonda de Héctes</i>  <i>Tec. Enfermeiro</i>  <i>COREN-PB 452304</i></p>	
10:00 7-36°C	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
	
DATA: 28/10/16 HORA: ____ h	

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



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.		<input type="checkbox"/> Obtensão da 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 mediar CPM.		<input type="checkbox"/> Melhora a aceitação alimentar.
<input type="checkbox"/> Alertar para as queixas de náusea e vômito (anotar, mediar 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.	diariamente	
<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"/> Controle da dor (melhorada / ausente).
<input type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais.	32 18 24 06	
<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"/> Incentivar a ingestão de líquidos.		<input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<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 type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.		<input 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/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.	sempre	<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input type="checkbox"/> Utilizar técnica aseptica 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.	sempre	<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input type="checkbox"/> Conter o paciente quando necessário.		
<input type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.	sempre	
<input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.		<input type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.	CPM	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros		
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

FONTE: NIC 2010; CHAVES,L.B.; SOLAYOGA, SAE, 2 ed. 2011.





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maria Helena N. Barroso Registro: 8-3 Leito: 8-3 Setor Atual:

## 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: lpm; 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:  Isocônicas  Anisocônicas  D>E  E>D  Fotorreagentes  Mióticas  Midriáticas

Mobilidade Física:  Preservada  Paresia  Plegia  Parestesia Local:   

Linguagem:  Qual?  Disfonia  Afasia  Disfácia  Disartria.

Obs:

## OXIGENAÇÃO

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

Eupnéia  Taquipnéia  Bradipnéia  Dispneia  Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente:  Diminuídos  D  E

Ruidos adventícios:  Roncos  Sibilos  Estridor  Outros:

Tosse:  Improdutiva  Produtiva Expectoração:  Quantidade e aspecto:

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

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

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

## PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração:  Visão  Audição  Tato  Olfato  Paladar Observação:

## SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo  Agitado  Agressivo:  Risco de queda. Observação:

## REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

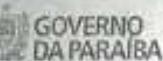
P脉:  Regular  Irregular  Impalpável  Filiforme  Cheio:



Pele: ( ) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudoreza ( ) Fria ( ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )	
Drogas vasoativas: ( ) Quais?	Precordialgia ( )
Auscultação cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização:	Data da punção _____
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINARIA)</b>	
Tipo somático: ( ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.	
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.	
Alimentação: ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT. Hora:	Data: / /
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:	
Abdômen: ( ) Normotensão ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:	
RHA: ( ) Normoalvos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados	
Eliminação intestinal: ( ) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:	
Eliminação urinária: ( ) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: ( ) Outros: Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: ( ) Integra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:	
Coloração da pele: ( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservado	
Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( )	
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: <u>lateral</u> Curativo em: 24/10/16	
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /	
Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.	
Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
( ) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: ( ) Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ( ) 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><i>T = 36,5°C</i></p> <p><i>20/10/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>21/10/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>22/10/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>23/10/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>24/10/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>25/10/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>26/10/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>27/10/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>28/10/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>29/10/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>30/10/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>31/10/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>01/11/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>02/11/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>03/11/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>04/11/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>05/11/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>06/11/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>07/11/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>08/11/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>09/11/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>10/11/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>11/11/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>12/11/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>13/11/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>14/11/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>15/11/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>16/11/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>17/11/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>18/11/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>19/11/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>20/11/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>21/11/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>22/11/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>23/11/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>24/11/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>25/11/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>26/11/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>27/11/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>28/11/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>29/11/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>30/11/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>31/11/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>01/12/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>02/12/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>03/12/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>04/12/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>05/12/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>06/12/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>07/12/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>08/12/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>09/12/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>10/12/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>11/12/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>12/12/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>13/12/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>14/12/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>15/12/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>16/12/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>17/12/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>18/12/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>19/12/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>20/12/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>21/12/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>22/12/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>23/12/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>24/12/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>25/12/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>26/12/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>27/12/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>28/12/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>29/12/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>30/12/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>31/12/16 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>01/01/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>02/01/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>03/01/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>04/01/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>05/01/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>06/01/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>07/01/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>08/01/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>09/01/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>10/01/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>11/01/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>12/01/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>13/01/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>14/01/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>15/01/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>16/01/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>17/01/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>18/01/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>19/01/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>20/01/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>21/01/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>22/01/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>23/01/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>24/01/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>25/01/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>26/01/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>27/01/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>28/01/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>29/01/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>30/01/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>31/01/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>01/02/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>02/02/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>03/02/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>04/02/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>05/02/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>06/02/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>07/02/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>08/02/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>09/02/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>10/02/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>11/02/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>12/02/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>13/02/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>14/02/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>15/02/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>16/02/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>17/02/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>18/02/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>19/02/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>20/02/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>21/02/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>22/02/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>23/02/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>24/02/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>25/02/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>26/02/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>27/02/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>28/02/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>29/02/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>30/02/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>31/02/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>01/03/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>02/03/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>03/03/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>04/03/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>05/03/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>06/03/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>07/03/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>08/03/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>09/03/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>10/03/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>11/03/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>12/03/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>13/03/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>14/03/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>15/03/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>16/03/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>17/03/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>18/03/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>19/03/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>20/03/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>21/03/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>22/03/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>23/03/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>24/03/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>25/03/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>26/03/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>27/03/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>28/03/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>29/03/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>30/03/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>31/03/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>01/04/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>02/04/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>03/04/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>04/04/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>05/04/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>06/04/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>07/04/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>08/04/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>09/04/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>10/04/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>11/04/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>12/04/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>13/04/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>14/04/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>15/04/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>16/04/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>17/04/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>18/04/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>19/04/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>20/04/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>21/04/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>22/04/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>23/04/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>24/04/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>25/04/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>26/04/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>27/04/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>28/04/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>29/04/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>30/04/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>31/04/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>01/05/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>02/05/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>03/05/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>04/05/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>05/05/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>06/05/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>07/05/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>08/05/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>09/05/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>10/05/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>11/05/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>12/05/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>13/05/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>14/05/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>15/05/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>16/05/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>17/05/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>18/05/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>19/05/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>20/05/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>21/05/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>22/05/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>23/05/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>24/05/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>25/05/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>26/05/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>27/05/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>28/05/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>29/05/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>30/05/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>31/05/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>01/06/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>02/06/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>03/06/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>04/06/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>05/06/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>06/06/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>07/06/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>08/06/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>09/06/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>10/06/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>11/06/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>12/06/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>13/06/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>14/06/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>15/06/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>16/06/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>17/06/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>18/06/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>19/06/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>20/06/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>21/06/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>22/06/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>23/06/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>24/06/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>25/06/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>26/06/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>27/06/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>28/06/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>29/06/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>30/06/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>31/06/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>01/07/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>02/07/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>03/07/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>04/07/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>05/07/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>06/07/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>07/07/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>08/07/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>09/07/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>10/07/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>11/07/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>12/07/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>13/07/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>14/07/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>15/07/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>16/07/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>17/07/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>18/07/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>19/07/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>20/07/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>21/07/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>22/07/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>23/07/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>24/07/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>25/07/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>26/07/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>27/07/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>28/07/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>29/07/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>30/07/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>31/07/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>01/08/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>02/08/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>03/08/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>04/08/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>05/08/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>06/08/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>07/08/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>08/08/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>09/08/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>10/08/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>11/08/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>12/08/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>13/08/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>14/08/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>15/08/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>16/08/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>17/08/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>18/08/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>19/08/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>20/08/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>21/08/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>22/08/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>23/08/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>24/08/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>25/08/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>26/08/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>27/08/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>28/08/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>29/08/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>30/08/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>31/08/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>01/09/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>02/09/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>03/09/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>04/09/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>05/09/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>06/09/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>07/09/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>08/09/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>09/09/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>10/09/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>11/09/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>12/09/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>13/09/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>14/09/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>15/09/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>16/09/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>17/09/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>18/09/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>19/09/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>20/09/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>21/09/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>22/09/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>23/09/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>24/09/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>25/09/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>26/09/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>27/09/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>28/09/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>29/09/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>30/09/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>31/09/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>01/10/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>02/10/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>03/10/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>04/10/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>05/10/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>06/10/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>07/10/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>08/10/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>09/10/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>10/10/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>11/10/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>12/10/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>13/10/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>14/10/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>15/10/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>16/10/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>17/10/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>18/10/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>19/10/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>20/10/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>21/10/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>22/10/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>23/10/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>24/10/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>25/10/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>26/10/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>27/10/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>28/10/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>29/10/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>30/10/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>31/10/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>01/11/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>02/11/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>03/11/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>04/11/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>05/11/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>06/11/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>07/11/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>08/11/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>09/11/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>10/11/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>11/11/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>12/11/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>13/11/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>14/11/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>15/11/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>16/11/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>17/11/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>18/11/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>19/11/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>20/11/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>21/11/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>22/11/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>23/11/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>24/11/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>25/11/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>26/11/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>27/11/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>28/11/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>29/11/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>30/11/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>31/11/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>01/12/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>02/12/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>03/12/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>04/12/17 - T = 37,5°C</i></p> <p><i>05/12/17 - T = 3</i></p>	

FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio da grupo focal. Porto Alegre (2008).





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Fr. de 10 min

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: João Vitor N. Bonfim | Registro: | Leito: 5-3 | Setor Atual: EDOL

## 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36 °C; P: 120 bpm; FR: 18 lpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 70 bpm; SPO2: 98%  
HGT: 70 mg/dl; Peso: 70 Kg; Altura: 175 cm | Dor: ( ) Local: ( ) Obs: ( )

## EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

## 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

## REGULAÇÃO NEUROLOGICA

Nível de consciência:  Consciente  Orientado  Confuso  Letárgico  Torporoso  Comatoso  Outro  
GLASGOW(3-15): 15 | Drogas (Sedação/Analgesia): ( )Pupilas:  Isocônicas  Anisocônicas  D>E  E>D  Fotoreagentes  Mióticas  MidriáticasMobilidade Física:  Preservada  Paresia  Plegia  Parestesia Local: ( )

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

Obs: ( )

## OXIGENAÇÃO

Respiração:  Espontânea  Cateter Nasal  Venturi % l/min  Traqueostomia  Ayre/Tubo T  
( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

Eupnêia: ( ) Taquipnêia ( ) Bradipnêia ( ) Dispnéia ( ) Outros: ( )

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

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

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

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

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

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

## PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

## SEGURANÇA FÍSICA

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

## REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Clanose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quals? <input type="checkbox"/> Precordialgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <input type="checkbox"/> Data da punção <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> /	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> JVO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT. Hora: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Data: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> /	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoactivos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há <input type="checkbox"/> dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito <input type="checkbox"/> ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Clanótica <input type="checkbox"/> Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas <input type="checkbox"/> Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: <input type="checkbox"/> Curativo em: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> /	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: <input type="checkbox"/> Débito: <input type="checkbox"/> Retirado em: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> /	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: <input type="checkbox"/> Curativo: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> /	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória <input type="checkbox"/> Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado. <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada <input type="checkbox"/> Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
20/09/2016 - RX-1344. Fazendo Fazendo	
Jogo futebol no ambiente	
Jardim 100-886	
24/09/2016 - Fazendo que escuta, que se diverte	
Jardim 100-886	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
Assista Mário da Silva Machado ENFERMEIRO CRF/RS 73231	
DATA: 06/10/16 HORA: _____ h	

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





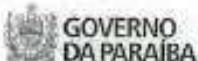
Paciente:		Enfermista:	Leito:	Data:	/	/		
DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO			CARACTERÍSTICAS DEFINidoras			
1	Constipação	Diuréticos ( )	Desidratação ( )	Estresse ( )	Outro ( )	Abdome distendido ( )	Dor à evacuação ( )	Outro ( )
		Hábitos de evacuação irregulares ( )		Lesão neurológica ( )		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 ( )	Trâuma ( )	Outro ( )	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ( )		
		Aumento da taxa metabólica ( )				Taquicardia ( )	Taquipneia ( )	Outro ( )
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ( )		Circulação prejudicada ( )		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 ( )	Dispneia ao esforço ( )	Outro ( )
		Prejuízo músculo esquelético ( )	Desuso ( )	Outro ( )		Movimentos descontrolados ( )		
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ( )	Dor ( )	Fadiga ( )	Obesidade ( )	Alterações na profundidade respiratória ( )	Dispneia ( )	
					Outro ( )	Batimento de asa de nariz ( )	Ortopneia ( )	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 ( )		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							

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	AFRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal. <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"/> Anotar glicemia capilar, anotar e medicar CPM. <input type="checkbox"/> Atender 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"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares. <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"/> Explorar 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"/> Incentivar a ingestão de líquidos. <input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão. <input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene orais e realizar curativos de acordo com necessidade da ACM. <input type="checkbox"/> Analisar condições da cutânea. <input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele. <input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito. <input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a desembalar conforme apropriado. <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 que madura 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 medicamentos. <input type="checkbox"/> Utilizar técnica estéptica para aspiração, sondagem vesical, ponto venoso 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"/> Conferir o paciente quando necessário. <input type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo. <input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito. <input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM. <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Outros	<p style="text-align: center;">12/12hs 6/6hs 6/6hs</p>	<input type="checkbox"/> Obtenção da eliminação intestinal eficaz e adequada / melhorada. <input type="checkbox"/> Melhora a aceitação alimentar. <input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável. <input type="checkbox"/> Auxílio diário às necessidades de higiene. <input type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente). <input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos. <input type="checkbox"/> Melhora da integridade da pele. <input type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão. <input type="checkbox"/> Mobilização física melhorada/facilitada. <input type="checkbox"/> Melhora da perfusão tissular. <input type="checkbox"/> Fácticas respiratórias eficazes. <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído. <input type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção. <input type="checkbox"/> Diminuir o risco de quebra. <input type="checkbox"/> Melhora do conforto sono. <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Outros
Ita do Enfermeiro(s)		
Ita do Técnico de Enfermagem:		

Assinado eletronicamente por: MELISSA DA COSTA BARROS - 12/06/2019 09:57:41  
 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061209574182600000021315354  
 Número do documento: 19061209574182600000021315354

FONTE: NC 2010 (http://www.soulsoft.com.br/nc2010.htm)





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

*Ex. de férmeu*

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Mrs. Helena N. Barbosa | Registro: | Leito: 8-3 | Setor Atual:

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

19. Sinais vitais: Tax: 36,7 °C; P: 80 bpm; FR: 20 lpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %  
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm; Dor: ( ) Local: Obs.:

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

#### 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Mobilidade Física:  Preservada  Paresia  Plegia  Parestesia Local:

Linguagem:  Qual?  Disfonia  Afasia  Disfasia  Disartria.

Obs:

##### OXIGENAÇÃO

Respiração:  Espontânea  Cateter Nasal  Venturi % l/min  Traqueostomia  Ayre/Tubo T  
( VMNI ( VMI TOT n° Comissura labial n° FIO2 % PEEP cmH2O

Eupnêia;  Taquipnêia  Bradipnêia  Dispnéia  Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente:  Diminuídos  D  E

Ruidos adventícios:  Roncos  Sibilos  Estridor  Outros:

Tosse:  Improdutiva  Produtiva | Expectoração:  Quantidade e aspecto:

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

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

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

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração:  Visão  Audição  Tato  Olfato  Paladar Observação:

##### SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo  Agitado  Agressivo.  Risco de queda. Observação:

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso:  Regular  Irregular  Impalpável  Filiforme  Cheio.



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos. <input type="checkbox"/> > 3 segundos. Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordialgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arrítmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: Data da punção ____/____/____	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Enmagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> IVO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: Data: ____/____/____	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há ____ dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: ____/____/____	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
<b>SONO E REPOSO</b>	
<input type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
<b>4- AVAVALAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
<b>5- NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
30:00 → Foi feito urinário no local de triagem.	
20:00 T = 37°C	
_____ _____ _____ _____ _____	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: 25/10/2016
Zena Braguieiro Amâncio ENFERMEIRA CREF/PR 472.770	HORA: 10:00 h

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



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 mediar CPM.		<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Atentar para as queixas de náuseas e vômito (anotar, mediar CPM, reavaliar em 30 minutos).		
<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"/> 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"/> 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"/> Incentivar a ingestão de líquidos.		<input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<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 type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.		<input 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 de 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.	72/72 horas	<input checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input checked="" type="checkbox"/> Realizar desinfecções com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
<input type="checkbox"/> Utilizar técnica aseptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.	diárias	
<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 checked="" 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"/> Orientar repouso no leito.		<input checked="" type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.		<input checked="" type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros		

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a) :

Assinatura do Técnico de Enfermagem :

FONTE: NC.2010. CHWES,L.D. SOUZA,C. RAE, 2 ed. 2013.



Assinado eletronicamente por: MELISSA DA COSTA BARROS - 12/06/2019 09:57:42

http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061209574198900000021315355

Número do documento: 19061209574198900000021315355

Num. 21948484 - Pág. 1



## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maria Almeida N. Barbosa Registro: 3.3 Leito: 3.3 Setor Atual: Pediatria

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36 °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %  
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: ( ) Local: Obs.:

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

#### 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência:  Consciente  Orientado  Confuso  Letárgico  Torporoso  Comatoso  Outro

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

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

Mobilidade Física:  Preservada  Paresia  Plegia  Paraparesia Local:

Linguagem:  Qual?  Disfonia  Afasia  Disfásia  Disartria.

Obs:

##### OXIGENAÇÃO

Respiração:  Espontânea  Cateter Nasal  Venturi % l/min  Traqueostomia  Ayre/Tubo T  
 VMNI  VMI TOT n° Comissura labial n° FiO2 % PEEP cmH2O

Eupnêia;  Taquipnêia  Bradipnêia  Dispnéia  Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente:  Diminuídos  D  E

Ruidos adventícios:  Roncos  Sibilos  Estridor  Outros:

Tosse:  Improdutiva  Produtiva Expectorado:  Quantidade e aspecto:

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

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

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

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração:  Visão  Audição  Tato  Olfato  Paladar Observação:

##### SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo  Agitado  Agressivo.  Risco de queda. Observação:

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉:  Regular  Irregular  Impalpável  Fíliforme  Cheio.

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  
Renata Karoline F. S. S.  
ENFERMEIRA  
COREN/RS 04851514

DATA: 24/06/2016 HORA: 10:00

HOBA

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





02

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Maria de Lourdes Al. Barbosa* | Registro: | Leito: | Setor Atual:

## 2. AVALIAÇÃO GERAL

*12* Sinais vitais: Tax: 36 | °C; P: 80 bpm; FR: 19 irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %  
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: ( ) Local: Obs.:

## EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

## 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

## REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

Obs:

## OXIGENAÇÃO

Respiração: ( ) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T  
( ) VMNI ( ) VMI TOT n° Comissura labial n° FIO2 % PEEP cmH<sub>2</sub>O

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

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

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

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

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

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

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

## PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

## SEGURANÇA FÍSICA

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

## REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

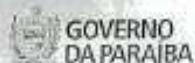
P脉: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.



Pele: <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudoresa <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos, <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordalgia ( )	
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arrítmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro, Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção, Localização: Data da punção ____/____/____	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca, Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Cauquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input type="checkbox"/> TVO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT, Hora: Data: ____/____/____	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros.	
Abdômen: <input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há ____ dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/> .	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: ____/____/____	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono Interrrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
00:00 T 34,4°C	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Liliana Barbosa de Albuquerque</i> DATA: 23/10/16 HORA: ____ h	
Enfermeira COREN 323655	

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





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: <i>Mary Belizete Alves</i>	Registro:	Leito: 8-3	Setor Atual: <i>Red</i>		
Idade: 15	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/>	Cor: <input type="checkbox"/>	Estado Civil: <input type="checkbox"/>	Naturalidade: <input type="checkbox"/>	Profissão: <input type="checkbox"/>
Procedência: <input type="checkbox"/> Vermelha <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Ala:	<input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Outro				
Data da internação hospitalar: <i>22/10/16</i>	Data da internação no setor: <i>22/10/16</i>				
Tem um cuidador/Responsável: <input checked="" type="checkbox"/>	Quem? <i>Mae</i>				
Telefone:	Tem acesso a uma UBS: <input type="checkbox"/>	Qual:			

#### 2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias: <input type="checkbox"/> Motivos:	Alergias: <input type="checkbox"/> Qual:
Doenças: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> IDM <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Tabagista <input type="checkbox"/> Ex-tabagista <input type="checkbox"/> Neoplasia	<input type="checkbox"/> Medicamentos em uso:
<input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Drogadição <input type="checkbox"/> Outros:	

#### 3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar):	<i>HP reto</i>
---	----------------

#### 4. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %	
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: <input type="checkbox"/> Local:	Obs:

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

#### 5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLOGICA

Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Letárgico <input type="checkbox"/> Hipnotizado <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Outro
GLASGOW(3-15): <input checked="" type="checkbox"/> Drogas (Sedação/Analgesia):
Pupilas: <input checked="" type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/> D>E <input type="checkbox"/> E>D <input type="checkbox"/> Fotorreativas <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midriáticas
Mobilidade Física: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Paresia <input type="checkbox"/> Plegia <input type="checkbox"/> Parestesia. Local:
Linguagem: Alteração: <input type="checkbox"/> Qual? <input type="checkbox"/> Disfonia <input type="checkbox"/> Afasia <input type="checkbox"/> Disfácia <input type="checkbox"/> Disartria.

Obs:

##### OXIGENACAO

Respiração: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Cateter Nasal <input type="checkbox"/> Venturi % l/min <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Ayre/Tubo T
<input type="checkbox"/> VMI <input type="checkbox"/> VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

Esgas  Taquipneia  Bradipneia  Dispnéia  Outros:

Auscultação 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 torax:  D  E:  Selo d'água

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

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

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração:  Visão  Audição  Tato  Olfato  Paladar Observação:



FONTE: BORDINHO, R.C. Desafios da classe média no Brasil. *Porto Alegre*, 2009.





**Poder Judiciário da Paraíba  
Vara Única de Barra de Santa Rosa**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800283-20.2019.8.15.0781

**DESPACHO**

Considerando a postura reiterada do demandado em não realizar acordos em demandas desse jaez, bem como a ausência de centros judiciários de solução consensual de conflitos nessa comarca, a necessidade de racionalização dos atos processuais e a necessidade de efetivação da prestação jurisdicional sugere que seja determinada a CITAÇÃO PARA OFERECIMENTO DE CONTESTAÇÃO, SEM A REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR, com renovação da tentativa de conciliação após a produção da prova pericial – o que implicará em maior aptidão das partes de avaliar sua posição processual.

CITE-SE A PARTE RÉ, para responder ao processo no prazo de 15 (quinze) dias, oportunidade em que deverá acostar toda a prova documental referente ao contrato guerreado, sob pena de arcar com os ônus probatórios da sua inércia.

Apresentada a contestação, intime-se a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo: a) Em sendo alegada a ilegitimidade passiva, exercer a faculdade contida no art. do art. 338, do CPC/2015, no prazo de 15 (quinze) dias; b) Nas demais hipóteses, apresentar réplica à contestação (art. 350 e 351, do CPC/2015), no prazo de 15 dias.

Concedo a gratuidade da justiça, consoante art. 99, § 3º, do CPC/2015.

Cumpra-se.

BARRA DE SANTA ROSA, 22 de junho de 2019.

**FABIO BRITO DE FARIA**

Juiz(a) de Direito



EM ANEXO.



Assinado eletronicamente por: MELISSA DA COSTA BARROS - 15/08/2019 20:59:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081520591386800000022842541>  
Número do documento: 19081520591386800000022842541

Num. 23568759 - Pág. 1

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE  
BARRA DE SANTA ROSA/PB**

**PROCESSO N° 0800283-20.2019.8.15.0781**

**AUTOR(a): MARIA HELENA NUNES BARBOSA**

**MELISSA DA COSTA BARROS**, brasileira, solteira, advogada devidamente inscrita na OAB/PB sob o nº 26.848, CPF: 101.967.394-03, tendo sido constituída pela parte autora na presente demanda, vem respeitosamente à presença de Vossa Excelência, **RENUNCIAR** os poderes conferidos pelo instrumento particular de mandato anexado aos autos em epígrafe, haja vista a assunção em atividade incompatível com o exercício da advocacia.

Ato contínuo, pugna que as intimações sejam expedidas exclusivamente em nome do advogado Jailson Gomes de Andrade Filho – OAB/PB nº 17.938, já habilitado na presente demanda, que continuará exercendo o referenciado múnus, inexistindo, portanto, qualquer prejuízo para a representada.

Nestes termos, pede e espera deferimento.

Picuí, 15 de agosto de 2019

**MELISSA DA COSTA BARROS**  
**OAB/PB 26.848**



Assinado eletronicamente por: MELISSA DA COSTA BARROS - 15/08/2019 20:59:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081520591482900000022842543>  
Número do documento: 19081520591482900000022842543

Num. 23568761 - Pág. 1



---

**2<sup>a</sup> Vara Mista de Cuité**

Rua Samuel Furtado, 815, Centro, CUITÉ - PB - CEP: 58175-000

**ATO ORDINATÓRIO (ART. 349, CÓDIGO DE NORMAS JUDICIAIS - CGJPB)**

**Nº DO PROCESSO: 0800283-20.2019.8.15.0781**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: MARIA HELENA NUNES BARBOSA REPRESENTANTE: FRANCISCO BARBOSA SOBRINHO

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

De acordo com as prescrições do art. 349 e seguintes do Código de Normas Judiciais da Corregedoria Geral de Justiça, que delega poderes ao Analista/Técnico Judiciário para a prática de atos ordinatórios e de administração, e nos termos das Resoluções do Tribunal Pleno ns. 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 e 30/2019, **INTIMO** as partes, por seus advogados, quanto a conclusão do procedimento de redistribuição dos presentes autos, prazo de 05 (cinco) dias, para os fins previstos nos arts. 3º e 4º, conforme o caso, dos referidos normativos legais.

CUITÉ, 24 de outubro de 2019.

FRANCISCA SUELI FURTADO DA COSTA AZEVEDO  
Técnico Judiciário