



## PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

**OUTORGANTE:** *Maria Helena Nunes Barbosa, brasileira, menor, inscrita no CPF sob o nº 326.945.44-94, neste ato representada por seu genitor Francisco Barbosa Sobrinho, CPF nº 459.764.74-04, residente e domiciliado no Sítio Milhan, 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.

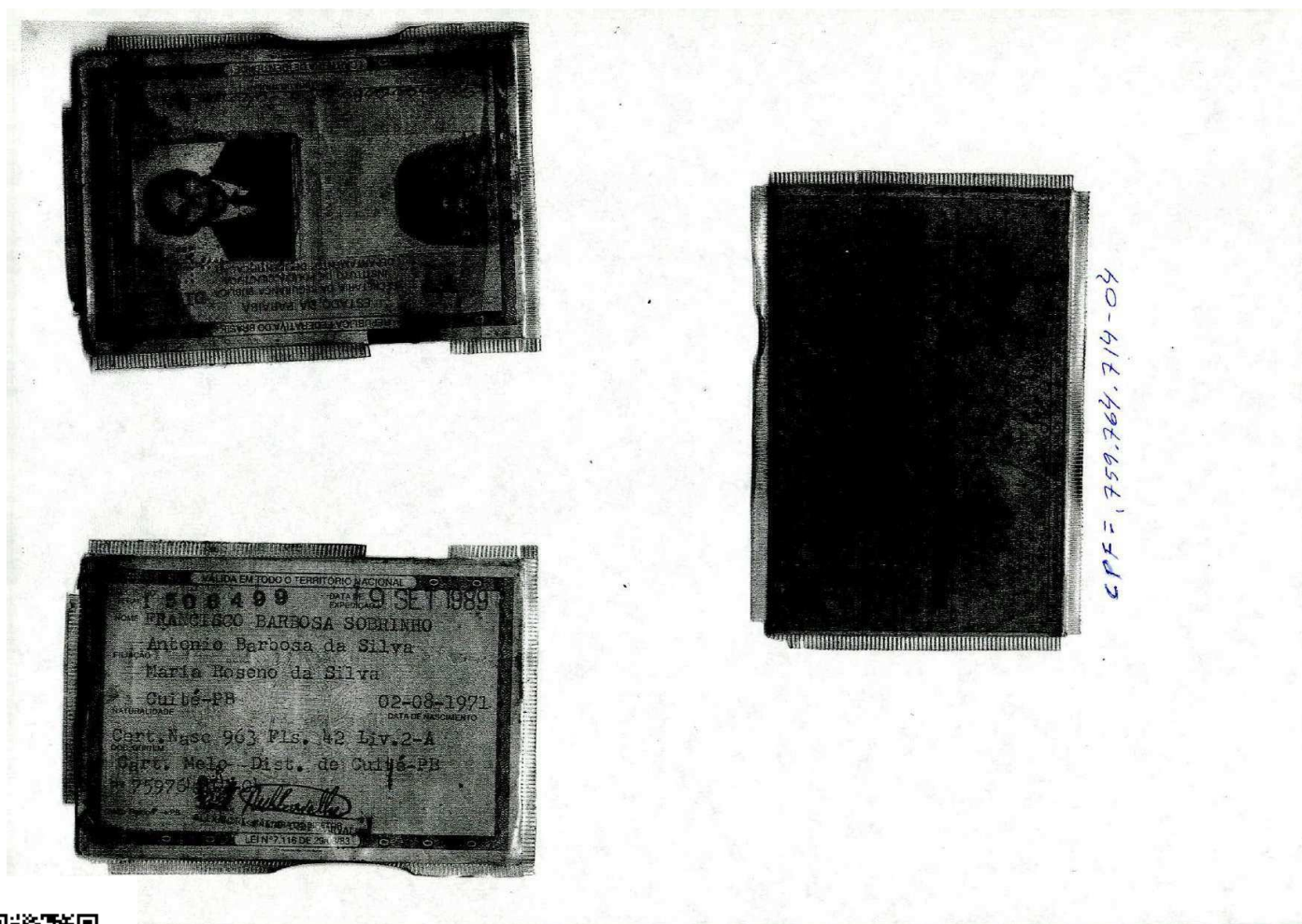
*Francisco Barbosa Sobrinho*  
\_\_\_\_\_  
**OUTORGANTE**













FRANCISCO BARBOSA SOBRINHO  
SIT SIT MILHAN, S/N. AREARURAL  
BARRA DE SANTA ROSA/PB CEP: 59170-000 (AG: 90)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BANDA RENDA MONOFÁSICO 9/230 Km. 25  
Roteiro: 11 - 107 - 451 - 3740 Referência: Mai/2017  
Nº medidor: 0000077838 Emissão: 18/05/2017

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ 09.095.183/0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº000 920.114  
Código para Débito Automático: 0000481485

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora)

5/848148-5

Canal de contato

Mai / 2017

Apresentação

18/05/2017

Data prevista da  
próxima leitura

20/06/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

75978471404

Anterior Atual Constante Consumo Dias

Data Leitura Data Leitura  
18/04/17 9385 18/05/17 9435 1 51 30

Faturas em atraso

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30 kWh-ER	30	0,14089	4,22
Consumo - 31 a 100 kWh-ER	21	0,24163	5,07
Adic. B. Vermelha			0,88
Subsídio			12,94
ICMS			0,35
PIS			0,35
COFINS			1,84
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
Devolução Subsídio			-12,94

Histórico de Consumo  
(kWh)

Abr/17	58
Mai/17	73
Jun/17	58
Jul/17	95
Ago/17	60
Sep/17	90
Out/17	51
Nov/17	63
Dez/17	57
Jan/18	60
Fev/18	78
Mar/18	78

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	33,20	25,00	8,30
PIS	33,20	1,0757	0,35
COFINS	33,20	4,9449	1,64

25/05/2017

R\$ 20,26

Média dos últimos meses  
66

RESERVADO AO FISCAL

c2fa.8c85.fe09.2aa6.13a6.7742.5528.f413.

Indicadores de Qualidade 2/2017 - Cuid

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	10,87	0,00
DIC TRIMESTRAL	21,74	0,00
DIC ANUAL	43,48	0,00
FIC MENSAL	15,34	0,00
FIC TRIMESTRAL	30,69	0,00
FIC ANUAL	61,38	0,00
DMIC	15,50	
DICRI		

Composição do Valor Total da sua

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia	3,93	17,72
Compra de Energia	4,64	23,08
Serviço de Transmissão	0,25	1,25
Encargos Setoriais	1,28	6,37
Impostos Diretos e Encargos	10,29	50,79
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	20,26	100,00

Valor do EUSD (Ret 3/2017) R\$7,80

ATENÇÃO

Sua unidade foi faturada como Banda Vermelha, tendo um desconto de R\$12,94.  
Leitura confirmada



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

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**

Nome  
**MARIA DAS GRAÇAS NUNES BARBOSA**

Nº de inscrição **036327784-69** Data de Nascimento **07/06/73**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

L-253

*Maria das Graças Nunes Barbosa*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, validade e exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura *Maria das Graças Nunes Barbosa*

**MARIA DAS GRAÇAS NUNES BARBOSA**

**VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

Emitido em : 17/08/98

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DE VOTO 2.390.102 - 2ª VIA DATA DE EXPIRAÇÃO 07/12/2016

NOME **MARIA DAS GRAÇAS NUNES BARBOSA**

FILIAÇÃO **SEVERINO MARTINS NUNES**  
**MARIA DAS MERCÊS OLIVEIRA NUNES**

NATURALIDADE **BARRA DE SANTA ROSA-PB** DATA DE NASCIMENTO **07/06/1973**

DOC ORIGEM **CERT. CAS. Nº3.238 - LIV.B-AUX-8 - FLS.120-V - CARTÓRIO CUITÉ-CE**

**036.327.784-69**

**O+**

*Barbosa*







**BOLETIM DE OCORRÊNCIA VERSANDO SOBRE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO**  
**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 Nº 2.390.102 e CPF Nº 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 Nº 4.489.717 e CPF Nº 126.975.414-97. Fone: (83) 99949-7416.

TESTEMUNHA (S):

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

2ª - MARIA DE FÁTIMA XAVIER OLIVEIRA, residente No Sítio Milhã, zona rural da cidade de Barra de Santa Rosa-PB, RG Nº 3217099 e CPF Nº 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 socorrido 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 POLÍCIA

COMUNICANTE:

VÍTIMA:

ESCRIVÃO:





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - PB	Nº 012824788277
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
VA -	COD. RENAVAM - RPT - 20161100003521-8
1 0109882072-7	00/00000000 2016
JOSE DA SILVA BRUCE	
70331461404	QET6757/PB
0 NOVO	PB 9C2JB0100HR209597
PAS/MOTOCICLE/NAO APIC	GASOLINA
HONDA/POP 1101	2016 2017
2 P/109 /CI	PARTIC VERMELHA
IPVA PAGO EM 03/10/2016	1ª
***** 0	2ª
***** 0	3ª
SEGURO PAGO 03/10/2016	
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA	
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA	
BARRA DE SANTA ROSA-PB	06/10/2016
16497	34584

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT	
PB Nº 012824788277	BILHETE DE SEGURO DPVAT
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA	
www.dpvatsegurodotransito.com.br	
SAC DPVAT 0800 922 1204	
1 70331461404	QET6757/PB
01098820727	HONDA/POP 1101
2016 9	9C2JB0100HR209597
PRÊMIO TARIFÁRIO	
PNS (R\$) *****	DENATMAN (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
SEGURO	PAGO
DATA ÚNICA	DATA DE COTAÇÃO
03/10/2016	03/10/2016
SEGUROADORA LIDER - DPVAT	
CNPJ 09.238.503/0001-01 PAULO DA LUZ	
www.seguradoralider.com.br	
JOACIL DA LUZ SILVA, TABELA	
BARRA DE SANTA ROSA - PARAIBA	
02 FEV. 2017	
CERTIFICADO AUTÊNTICO, que esta fotocópia é a reprodução fiel do original que tem validade jurídica.	
TABELA DE PREÇOS	
Mário Nunes da Silva	
ESCREVENTE	
118.741-20	

Selo Digital: 4E232219-3142  
Consulte a autenticidade em:  
https://selodigital.tjpb.jus.br





**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 Indenizacao</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 dos Graços Nunes Barbosa  
22.10.16 = Mariados Graços Nunes Barbosa  
23.10.16 = Maria dos Graços Nunes Barbosa  
24.10.16 = Maria do Socorro Bezerra Silva  
25.10.16 = Maria do Socorro Nunes Barbosa  
26.10.16 = Maria do Socorro Nunes Barbosa  
27.10.16 = Maria dos Graços Nunes Barbosa  
28.10.16 = Maria dos Graços Nunes Barbosa







GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE PICUI "Dr. Felipe Tiago Gomes"  
C.N.P.J. 03.515.174/0001-85

## 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.

  
Cicera Gomes de Medeiros Oliveira  
Assistente Social - CRAS 1350  
CNS 289 1454 4935 0001 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)









## Diagnóstico

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FX former distal

Paciente	Maria Helena N. Barbosa	Alojamento	PED	Leito	8-3	Convênio	
----------	-------------------------	------------	-----	-------	-----	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28 30 31	① Quete livre ② Dipirona 51 amp + AD EV 6/6h ③ Titabit 20 mg + AD EV 12/12h ④ SF 0,9% 3.000 ml EV 12/12h ⑤ Empiprida 20 mg VO às 7h ⑥ Tramal 100 mg + 100 ml SF + 0,9% EV 8/8h SN ⑦ Ceftriaxona 1 g EV 12/12h ⑧ Omepraz 40 mg SC 1x dia ⑨ SSVV + CCGS ⑩ Aceno + Amox.	<del>12</del> <del>12</del> <del>12</del> <del>12</del> 06 <del>12</del> <del>12</del> 12 06	# Sintopdia EGE, consciente, ativo, n/ desarmado CA: Alta Amox. 1g/12h

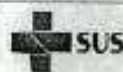
MOO: 835





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DE  
TRAUMA DE CASPENA GRANDE - PB

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE  
DE CASPENA GRANDE - PB



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

M<sup>te</sup> H. Helene Nunes

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

254.227

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

710105103131061715171

8 - DATA DE NASCIMENTO

14/10/101

9 - SEXO

Masc. ☐ 1 Fm. ☒ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Althor, zona rural.

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bom de Santa Rosa

14 - COD. IBSR MUNICIPAL

PPB

15 - UF

PPB

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Don, Dor, Dor midiana e lateral  
em lateral (E), após trauma  
contuso

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Pro cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ketone fibrina e Radiológico

20 - PRINCÍPIO DO PROBLEMA

Fratura fêmur distal (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

29/10/16

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Jefferson Luis L. A. Rocha  
Especialista em Traumatologia  
CRM RN 5657 - CRM PB 10168

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CSOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

1 - EMPREGADO 2 - EMPREGADOR 3 - AUTÔNOMO 4 - DESEMPREGADO 5 - APOSENTADO 6 - NÃO SEGURO

### AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

500



SUS FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

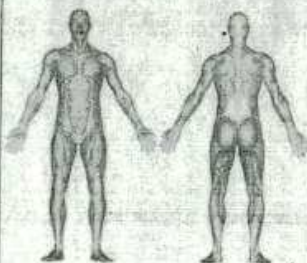
UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO  
Código da Unidade: 00023671 CNPJ: 08-778.268/0001-60  
Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS  
Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAIBA UF: 25

DADOS DO PACIENTE

PRONTUÁRIO Nº: 1342765  
Nome: MARIA HELENA NUNES BARBOSA Sexo: FEMININO  
Profissão: ESTUDANTE Documento: 700503351051757 SUS  
End.: SÍTIO MILHAR Bairro: ZONA RURAL  
Município: BARRA DE SANTA ROSA Estado: PB CEP: 550160  
Data Atendimento: 21/10/2016 18:20h Código do Município: 250160  
Cartão do SUS: QTA NASCIMENTO: 14/07/2001 QUEIXAS: FRATURA

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente no lado)



- |                         |                                  |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão              | 19. Fratura ossea fechada        |
| 2. Amputação            | 20. Fratura ossea aberta         |
| 3. Avulsão              | 21. Hematoma                     |
| 4. Contusão             | 22. Injuriamento venoso          |
| 5. Craniotomia          | 23. Laceração                    |
| 6. Dor                  | 24. Lesão tendínea               |
| 7. Edema                | 25. Luxação                      |
| 8. Empalhamento         | 26. Mordedura                    |
| 9. Entesema subcutâneo  | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento         | 28. Céfalo encaixado             |
| 11. Equimose            | 29. Otorragia                    |
| 12. F. Arma branca      | 30. Paralisia                    |
| 13. F. Arma de fogo     | 31. Paralisia                    |
| 14. F. Contuso          | 32. Paratetania                  |
| 15. F. Cortante         | 33. Queimadura                   |
| 16. F. Corto-contuso    | 34. Rinorragia                   |
| 17. F. Perfuro-contuso  | 35. Sinais de isquemia           |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36.                              |

OBS: -

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

DIAGNÓSTICO ICD:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fototrépicas ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )  
Glasgow: PA HGT: Saúde:

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratório ( ) Ultrassonografia  
( ) Gasometria arterial ( ) Radiografias  
( ) Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: \_\_\_\_\_ Ass \_\_\_\_\_ hs Dia \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Especialista: \_\_\_\_\_ Ass \_\_\_\_\_ hs Dia \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

MÉDICO SOLICITANTE:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

	PRESCRIÇÕES E CONDUITAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO





## DESTINO DO PACIENTE:

- ( ) Centro cirúrgico: \_\_\_\_\_
- ( ) Internação (selec): \_\_\_\_\_
- ( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL: \_\_\_\_\_
- ( ) Alta hospitalar: { ( ) A revisão  
( ) Decisão médica  
( ) Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

GOVERNO  
DA PARAIBASECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## Ficha de Acolhimento

Nome: Maria Helena Xuxes Barbosa

End: R. P. B. Bairro: P. B.

Data de Nascimento: 29.07.50 Documento de Identificação: \_\_\_\_\_

Queixa: \_\_\_\_\_ Data do Atend.: 21.10.16 Hora: 18:20 Documento: \_\_\_\_\_

Acidente de trabalho? ( ) Sim ( ) Não

Fratura de Femur

## Classificação de Risco

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

Frequência respiratória: \_\_\_\_\_ Frequência cardíaca: \_\_\_\_\_

Pressão arterial: \_\_\_\_\_ Temperatura axilar: \_\_\_\_\_

Dosagem de HGT: \_\_\_\_\_ Mucosas: ( ) Normocorada ( ) Pálida

Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca

## Estratificação

MOD. 118

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

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

Assinatura e carimbo do profissional

Maria Helena Xuxes Barbosa  
Assessor - Saúde Pública  
CONEXÃO 10/2016





# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <b>Maria Helena Nunes Barbosa D.N. 14/07/2001</b>						GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dr. Luiz Gonzaga Fernandes	
QI	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO			
		Sus	15 anos	1342465			
CIRURGIA T.T.O. Cirurgico, c/fixação				CIRURGIAO Dr. Alisson, Dr. João Paulo e Dr. Eduardo			
Fratura de Femur M.I.E				ANESTESIA Dr. Roberto			
ANESTESIA		DATA		INICIO		FIM	
Raquel		24/10/16		10h, 20'		12h, 10'	
INSTRUMENTADORA							
Luis							
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS		CODIGO
	Adrenalina amp.		01		Catgut cromado Sertix		
	Atropina amp.				Catgut cromado Sertix		
	Diazepam amp.				Catgut cromado Sertix		
	Dimore amp.				Catgut Simples		
	Dolantina amp.				Catgut Simples Sertix		
01	Etano ml Midazolam				Catgut Simples Sertix		
	Fenegan amp.				Catgut Simples Sertix		
1ml	Fentanil ml				Cera p/ osso		
01	Ibupro ml E lamidom				Ethibond		
	Ketalar ml		01		Ethibond		
01	Mercaina 0,5 % ml				Ethibond		
	Nubain amp.				Fio de Algodão Sertix		
	Pavulon amp.				Fio de Algodão Sertix		
	Proglumina amp.		AS		Fio de Algodão Sutopak		
	Proloido 1ml		AS		Fio de Algodão Sutopak		
	Quelicil ml		AS		Fio de Algodão Sutopak		
	Rapifen amp.				Fio de Algodão Sutopak		
	Thionembital ml				Fio de Algodão Sutopak		
	Tracium amp.				Fio de Algodão Sutopak		
Qtd.	MEDICAÇÕES*		01		Fio de Algodão Sutopak		
04	Agua Destilada amp.				Fio de Algodão Sutopak		
01	Decadron amp.				Fio de Algodão Sutopak		
02	Diprona amp.		02		Fio de Algodão Sutopak		
	Flaxidol amp.				Fio de Algodão Sutopak		
	Flebocortid amp.				Fio de Algodão Sutopak		
	Getamidna amp.		05		Fio de Algodão Sutopak		
	Glucose amp.		2.0		Fio de Algodão Sutopak		
	Glucose de Cálcio amp.				Fio de Algodão Sutopak		
	Haemacel ml		AS		Fio de Algodão Sutopak		
	Heparina ml				Fio de Algodão Sutopak		
	Kanakion amp.		AS		Fio de Algodão Sutopak		
	Lasix amp.		04		Fio de Algodão Sutopak		
	Medrotriazol		02		Fio de Algodão Sutopak		
02	Reef amp Nauseidom				Fio de Algodão Sutopak		
	Prolamina		02		Fio de Algodão Sutopak		
	Revivan amp.				Fio de Algodão Sutopak		
	Shuplaron amp.				Fio de Algodão Sutopak		
09	Cefazolina 1g				Fio de Algodão Sutopak		
01	Epiduma				Fio de Algodão Sutopak		
01	Etoroxicam 20mg				Fio de Algodão Sutopak		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES				Fio de Algodão Sutopak		
03	Agulha desc. 25 x 7				Fio de Algodão Sutopak		
	Agulha desc. 20 x 28 - 40 x 40		AS		Fio de Algodão Sutopak		
	Agulha desc. 3 x 4,5		01		Fio de Algodão Sutopak		
	Agulha p/ raque n° 25		AS		Fio de Algodão Sutopak		
AS	Alcool de Enfermagem				Fio de Algodão Sutopak		
	Alcool Iodado ml				Fio de Algodão Sutopak		
06	Ataduras de Crepon 10cm				Fio de Algodão Sutopak		
	Ataduras de Gessada				Fio de Algodão Sutopak		
	Azul metileno amp.				Fio de Algodão Sutopak		
	Benzoina ml				Fio de Algodão Sutopak		

Maria Helena Nunes Barbosa

CIRCULANTE RESPONSÁVEL





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



### Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Maria Helena Nunes Barbosa	Idade:	23
Convênio:	SUS	Data:	7/10/36
Procedimento:	Tto cirúrgico/fixação de fêmur		
Cirurgião:	Dr. Nelson	Auxiliar:	Dr. João Paulo
Anestesista:	Dr. Roberto		
Início:	10:20'	Término:	12:40'
Anestesia:	Raque		

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
13:00	-	84	95%	[assinatura]	+ -	consciente
14:30	-	120	99%	[assinatura]	+ +	consciente

Medicamentos / Materiais	Quantidade

Observações:

Paciente consciente e orientada, respirando voluntariamente 34mmHg. Sem queixas. O2c de 3 LPA.

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operações

MCO. 103







**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		2
Apnéia - 0		
Respiração Limitada, Dispneia = 1		
Respiração profunda e tosse = 2		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		2
Sat O <sub>2</sub> < 90 com oxigênio = 0		
Sat O <sub>2</sub> > 90 com oxigênio = 1		
Sat O <sub>2</sub> < 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0		
Despertado ao chamado = 1		
Completamente acordado = 2		2
<b>TOTAL DE PONTOS</b>		10

Assinatura Anestesista



HUECCG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº ACIDENTADO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Magalhães Helena Maria Bonfante</u>		IDADE: <u>75</u>	SEXO: <u>F</u>	COR: <u>P</u>
DATA: <u>27/10/16</u>	HORÁRIO: <u>16:10</u>	PULSO: <u>80</u>	RESPIRAÇÃO: <u>20</u>	TEMPERATURA: <u>36,5</u>	PESO: <u>60</u>	ALTURA: <u>1,60</u>
TIPO SANGÜÍNEO	HEMATÓCRITO	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	COLELÍMIA	UREIA	OUTROS
URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
AP. DIGESTIVO			DENTES	PERIÓDIO	AR. URINÁRIO	
ESTADO MENTAL			ATAXIA	COORDENAÇÃO	ALERGIA	HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Fratura de fêmur</u>					ESTADO PRÉ-OPERATÓRIO	PRÉ-OPERATÓRIO
ANESTESIAS ANTERIORES						
EDUCAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p>AGENTES ANESTÉSICOS</p> <p>LIQUIDOS</p> <p>VP. ARTERIAL, O PULSO, O RESPIRAÇÃO, A ANESTESIA, O OPERAÇÃO</p> <p>SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES</p> <p>POSICÃO</p> <p>AGENTES</p> <p>TÉCNICA</p> <p>OPERAÇÃO</p> <p>CRURGIÕES</p> <p>ANESTESISTAS</p> <p>OBSERVAÇÕES</p> </div> <div style="width: 35%;"> <p>INDICAÇÃO</p> <p>Satisf. _____ Exat. _____ Tosses _____</p> <p>Laringo espasmo _____ Lenta _____</p> <p>Náuseas _____ Vômitos _____</p> <p>Outros _____</p> <p>MANUTENÇÃO</p> <p>Bupivacaína - 0,4%</p> <p>Clenidina - 0,1%</p> <p>Cefepime - 0,2%</p> <p>Ropivacaína - 0,4%</p> <p>Midazolam - 10</p> <p>Midazolam - 10</p> <p>Midazolam - 10</p> <p>Midazolam - 10</p> <p>Midazolam - 10</p> <p>ANESTESIA SATELITE</p> <p>Midazolam - 0,1%</p> <p>O<sub>2</sub> - 21%</p> <p>DESPERTE</p> <p>Reflexos na SO _____</p> <p>Obst. _____ Co. _____ Exat. _____</p> <p>Náuseas _____ Vômitos _____</p> <p>Outros _____</p> <p>Com cântula</p> <p>Para o Leito Sim _____ Não _____</p> <p>CONDIÇÕES</p> <p>Estabilidade</p> </div> </div>						

100

FOLHA DE ANESTESIA - 11/07/2013







GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Maria Helena			
Data da Operação	Enf.	Leito	
Operador	1º Auxiliar		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório			
Fratura de Fêmur proximal			
Tipo de Operação			
Osteossíntese			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

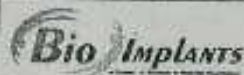
### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1/ Incisão DPH
2/ Incisão e Anestesia
3/ Campos operatórios
4/ Incisão lateral cavo quadrado
5/ Processo por placas
6/ Redução fechada do fratura
7/ Fixação com placa DCP
8/ Bloqueado por maldade
9/ Sutura por planos
10/ Curativo

Dr. João Paulo Gomes  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PA 1551

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





# MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

6552

Hospital: de Emergência e Trauma de Crato Código: \_\_\_\_\_Procedimento: Int. da artéria de foot de femur direito Cód. Procedimento: \_\_\_\_\_Paciente: Maria Heliana Nunes BarbosaData da Cirurgia: 22/10/16 Nº prontuário: 1392765 Convênio: \_\_\_\_\_Cirurgião: Dr. Edilmon Código: \_\_\_\_\_ ☒ Reposição ☐ Caixa Pronta

## DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Placa Longa PFE 12F			

## ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

								Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (4,5) mm	Nº	30	42	56	68				
	Qtd	01	01	01	01				
	Cód								
Parafuso Cortical (5,0) mm <u>Bloqueado</u>	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								

OBS: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATORIO.

### PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: \_\_\_\_\_

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

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

Cód. Instrumentador: \_\_\_\_\_

Anotações do Médico

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.925/0001-05.  
Fone/Fax: (88) 3521.4801 \* www.bioimplants.com.br

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=19061209574171300000021315353

Número do documento: 19061209574171300000021315353

Num. 21948482 - Pág. 4





## Diagnóstico

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

FX  $\frac{1}{1000000}$

Paciente	Marlene Helena Nunes Barbosa	Alojamento	8	Leito	2	Convênio	
----------	------------------------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
25 19 16	① Dieta Líquida ② SF 0,9% 1000ml EV 24h ③ Dipirona 40 comp + AD EV 6/6h ④ Eticoil 20mg + AD EV 12/12h ⑤ Omeprazol 40mg EV 1x/dia ⑥ Neuroton 9mg + AD EV 6/6h ⑦ Clonazepam 40mg SC 1x/dia ⑧ SSV + CC GG	18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 00h 01h 02h 03h 04h 05h 06h 07h 08h 09h 10h 11h 12h 13h 14h 15h	





**DIAGNÓSTICO:**

Fr. Wm.

PACIENTE: Maria Helena Nunes Barbosa

ENFERMARIA: 8 LEITO 3

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	EVOLUÇÃO
24	1) DIETA <i>h.vne</i>	<b>#ORTOPEDIA</b> <b>4º DIH</b> EGS, consciente, orientado, estável, sem distúrbios.
30	2) SF 0,9% 1.000 ml EV 24h	
16	3) Dipirona D1 amp. + AD EV 6/6 h	
	4) Tilatil 40 mg + AD EV 12/12 h <i>12-40, 20 mg</i>	
	5) Omeprazol 40 mg EV 1x ao dia	
	6) Nauseadron 8 mg + AD EV 8/8 h <i>SN</i>	
	7) SSVV + CCGS	
	8) <i>Claxone 40 mg SC 1x dia.</i>	



DIAGNÓSTICO:

Prod 8.3

PACIENTE: Maria Helena Nunes Barbosa

ENFERMARIA: LEITO

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	EVOLUÇÃO
23	1) DIETA livre	
10	2) SF0,9% 1.000 ml EV 24 h	
16	3) Difenidol 01 amp. + AD EV 6/6 h	
	4) Tilatil 40 mg + AD EV 12/12 h <i>de 40, 20 mg</i>	
	5) Omeprazol 40 mg EV 1 x ao dia	
	6) Nauseudron 8 mg + AD EV 8/8 h <i>SN</i>	
	7) SSVV + CCGG	
	8) Clozapina 40 mg SC 1x dia	







## Diagnóstico

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

FX  $\frac{1}{3}$  distal from  $\frac{1}{5}$

Paciente	Maria Hilma Nunes	Alojamento	Leito	Convênio
----------	-------------------	------------	-------	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
2/10	1- Dieta Livre VO 2- SF 0,2% 200ml EV 3- F. letif 20mg EV 4- Dipirona 1000mg EV 5- Claxone 100mg SC 6- Normal 400mg EV 7- Narco 100mg EV 8- SSUVA 2g.	12/12/14 08 12/12/14 09 12/12/14 09 12/12/14 09	REG, Estável Af. Sin. f ap. Neurovascular ds
	Dr. Jefferson Libson L. Rocha Ortopedia e Traumatologia CRM-RN 56570-4-PA-PB 10/16		CD: f) Supra f) Exames pré-op
			Dr. Jefferson Libson L. Rocha Ortopedia e Traumatologia





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

F. Ferreira E

1. IDENTIFICAÇÃO

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

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,3 °C; P: 78 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 PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15);

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

Aspiração: Quantidade e aspecto:

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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





Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; ( ) > 3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )			
Drogas vasoativas: ( ) Quais?		Precordialgia ( )	
Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopros ( ) Outros. 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"/> VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data: / /			
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:			
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:			
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados			
Eliminação intestinal: ( ) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:			
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD; Débito: ml/h;			
Aspecto: ( ) Outros: Observações:			
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>			
Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outros:			
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservado			
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Umidas ( ) 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 <input checked="" type="checkbox"/> Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.			
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outros:			
<b>SONO E REPOUSO</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrompido. Observações:			
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>			
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>			
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada ( ) Prejudicada		Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo ( ) Medo:	
( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:			
<b>5 - NECESSIDADES PSICORELIGIOSAS</b>			
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>			
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:			
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>			
Realizado curativo em MIE ferida operatória com buon aspecto.			
20:00 T-36°C			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Vera Lúcia Barbosa Aquino ENFERMEIRA COREN 86601 DEUS É FIEL DATA: 28/10/16 HORA: h			

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





PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.		<input type="checkbox"/> Obtenção 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 medicar CPM.		<input type="checkbox"/> Melhora a aceitação alimentar.
<input type="checkbox"/> Alertar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
<input type="checkbox"/> 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.	diário	
<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.	12 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"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.		<input type="checkbox"/> Melhora da integridade da pele.
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.		<input type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		<input type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.		<input type="checkbox"/> Melhora da perfusão tissular.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.		<input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.		<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		
<input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		
<input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<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"/> Melhorar o padrão do sono.
<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"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
<input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		
<input type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas.	sempre	
<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"/> 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):

Instituição do Técnico de Enfermagem:

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



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

8-3



# HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maria Helena N. Barbosa Registro: \_\_\_\_\_ 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: ☒ Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midríaticas

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

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

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

#### OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

#### SEGURANÇA FÍSICA

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

#### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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









## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ms. Milene N. Barbosa Registro: \_\_\_\_\_ Leito: 5-3 Setor Atual: geral

## 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,4 °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: ( ☒ ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) MidríaticasMobilidade Física: ( ☒ ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local: \_\_\_\_\_

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

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

## OXIGENAÇÃO

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

( ) VMNI ( ) VMI TOT n° \_\_\_\_\_ Comissura labial n° \_\_\_\_\_ FiO2 \_\_\_\_\_ % PEEP \_\_\_\_\_ cmH2O

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

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

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

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

Aspiração: Quantidade e aspecto: \_\_\_\_\_

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

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

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

## PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

## SEGURANÇA FÍSICA

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

## REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos <input type="checkbox"/> > 3 segundos <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <span style="float: right;">Precordialgia <input type="checkbox"/></span>
Ausculata 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: <span style="float: right;">Data da punção: ____/____/____</span>
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"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT. Hora: <span style="float: right;">Data: ____/____/____</span>
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"/> Normotenso <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"/> Hematúria <input type="checkbox"/> SVD: Débito <span style="float: right;">ml/h:</span>
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: <span style="float: right;">Observações:</span>
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Íntegra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Outro:
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica <b>Turgor da pele:</b> <input type="checkbox"/> Preservado
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas <b>Manifestações de sede:</b> <input type="checkbox"/>
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: <span style="float: right;">Curativo em: ____/____/____</span>
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: <span style="float: right;">Débito: <span style="float: right;">Retirado em: ____/____/____</span></span>
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: <span style="float: right;">Local: <span style="float: right;">Descrição: <span style="float: right;">Curativo: ____/____/____</span></span></span>
<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 <b>Higiene Corporal:</b> <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:
<b>SONO E REPOUSO</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada <b>Sentimentos e comportamentos:</b> <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>
<i>do: 0.05 = TAXA 1.37% FC 77 bpm PA 100/60</i>
<i>dego fraco no momento</i>
<i>44 bat. P/angia querida para análise, segue em dia 20/10</i>
<i>claudia 1003886</i>
<i>claudia 1003886</i>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <span style="float: right;">DATA: <u>26/10/16</u> HORA: _____ h</span>
<span style="float: right;">Assinatura: <i>[Assinatura]</i></span>

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



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





PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	AFRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
( ) Avaliar distensão abdominal.		( ) Obtenção da eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
( ) Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		( ) Melhora a aceitação alimentar.
( ) Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		( ) Manutenção da glicemia estável.
( ) Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		( ) Auxílio plano às necessidades de higiene.
( ) Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		( ) Controle da dor (melhorada / ausente).
( ) Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		( ) Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
( ) Observar e comunicar dificuldades alimentares.		( ) Melhora da integridade da pele.
( ) Encaminhar ao banho de chuveiro.		( ) Diminuição do risco de lesão.
( ) Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		( ) Mobilidade física melhorada/eficaz.
( ) Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		( ) Melhora da perfusão tissular.
( ) Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		( ) Padrão respiratório eficaz.
( ) Avaliar características, intensidade e local da dor.		( ) Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
( ) Avaliar alterações de sinais vitais.	12/12h 6/6h 6/6h	( ) Diminuir o risco de infecção.
( ) Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		( ) Eliminar o risco de queda.
( ) Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		( ) Melhora do padrão do sono.
( ) Incentivar a ingestão de líquidos.		( ) Outros
( ) Observar reações de desorientação/confusão.		( ) Outros
( ) Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		
( ) Analisar condições do curativo.		
( ) Orientar e estimular a hidratação da pele.		
( ) Orientar e estimular a movimentação no leito.		
( ) Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		
( ) Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		
( ) Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		
( ) Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas; edema; pulso e frequência cardíaca).		
( ) Realizar balanço hídrico.		
( ) Observar o local da ferida/quemadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
( ) Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		
( ) Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
( ) Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
( ) Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		
( ) Manter as grades do leito elevadas.		
( ) Conter o paciente quando necessário.		
( ) Manter ambiente calmo e tranquilo.		
( ) Orientar repouso no leito.		
( ) Administrar medicação CPM.		
( ) Outros		
( ) Outros		

Assinado eletronicamente por: MELISSA DA COSTA BARROS - 12/06/2019 09:57:41  
 Assinado por: \_\_\_\_\_  
 Assinado por: \_\_\_\_\_

Fonte: MEC 2016. CHAVEIRO, D. SOLA, C. - 2016. 240 p.



Fx. de femur

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: M<sup>te</sup> Helena W. Barbosa Registro: Leito: 8-3 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

12h Sinais vitais: Tax: 36,7 °C; P: 80 bpm; FR: 20 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: ☒ Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midríaticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

Aspiração: Quantidade e aspecto:

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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







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 assimilação alimentar.
<input type="checkbox"/> Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Atentar para as queixas de náuseas 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"/> 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"/> Avaliar características, intensidade e local da dor.		<input type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente).
<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 da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
<input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	72/72 horas	<input checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input checked="" type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.	sempre	
<input type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
<input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		<input checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas.		
<input type="checkbox"/> Conter o paciente quando necessário.		
<input checked="" type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.	sempre	<input checked="" type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.		
<input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.		<input checked="" type="checkbox"/> Outros.
<input type="checkbox"/> Outros.		<input checked="" type="checkbox"/> Outros.
<input type="checkbox"/> Outros.		<input type="checkbox"/> Outros.

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

FONTE: NG-2010, CHAVELL, D. SOLAYCA, SAE, 2 ed. 2013.



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

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

Número do documento: 19061209574198900000021315355

Num. 21948484 - Pág. 1



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maria Helena N. Barbosa Registro: \_\_\_\_\_ Leito: 8-3 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 PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

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

OXIGENAÇÃO

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

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

☒ Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispneia ( ) Outros: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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





Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: ( ) $\leq 3$ segundos; ( ) $>3$ segundos. ( ) Turgência jugular: ( )			
Drogas vasoativas: ( ) Quais?		Precordialgia ( )	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopros ( ) Outros. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo			
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização:		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.			
Defecção: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.			
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: ____ Data: ____/____/____			
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:			
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:			
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados			
Eliminação intestinal: ( ) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há 3 dias ( ) Outros:			
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito ____ ml/h;			
Aspecto: ( ) Outros:		Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>			
Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outros:			
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica		Turgor da pele: ( ) Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas ( ) Secas		Manifestações de sede: ( )	
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto:		Curativo em: ____/____/____	
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto:		Débito: ____ Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: ( ) Estágio:		Local: ____ Descrição: ____ Curativo: ____/____/____	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>			
Cuidado corporal: ( ) Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória ( ) Insatisfatória		Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória	
Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:			
<b>SONO E REPOUSO</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:			
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>			
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>			
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada ( ) Prejudicada		Sentimentos e comportamentos: ( ) 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>1000 = Realizado dentro do leito, com auxílio de enfermeiro e enfermeira.</i></p> <p><i>4000 T=36.2.</i></p> <p><i>1000 = Realizado dentro do leito, com auxílio de enfermeiro e enfermeira.</i></p>			
<p>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Renata Karoline F. Silva</i>  <i>ENFERMEIRA</i>  <i>COREN-PR 04851514</i></p> <p>DATA: <u>24/10/2016</u> HORA: ____ h</p>			

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





8-3



## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

94.

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: M. Helma N. Barbosa Registro: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Setor Atual: \_\_\_\_\_

## 2. AVALIAÇÃO GERAL

12x Sinais vitais: Tax: 36,1 °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 PSICOBIOLOGICAS

## REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

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

## OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

Aspiração: Quantidade e aspecto: \_\_\_\_\_

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

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

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

## PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

## SEGURANÇA FÍSICA

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

## REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: ( ) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ( ) < 3 segundos; ( ) > 3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )	
Drogas vasoativas: ( ) Quais?	Precordialgia ( )
Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopros ( ) Outros. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização:	Data da punção: ____/____/____
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: ( ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.	
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.	
Alimentação: ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora:	Data: ____/____/____
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:	
Abdômen: ( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:	
RHA: ( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados	
Eliminação intestinal: ( ) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há ____ dias ( ) Outros:	
Eliminação urinária: ( ) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: ( ) Outros:	Observações:
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: ( ) Inteira ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:	
Coloração da pele: ( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica	Turgor da pele: ( ) Preservado
Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas. Manifestações de sede: ( )	
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto:	Curativo em: ____/____/____
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição:	Curativo: ____/____/____
<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>	
20:00 + 34,4C	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <b>Liliana Barbosa de Albuquerque</b> Enfermeira COREV 323655	
DATA: 23/10/16	HORA: ____ h

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





HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Marcos Helene Mendes Registro: 8-3 Leito: 8-3 Setor Atual: huf  
Idade: 50 Sexo: M Cor:  Estado Civil:  Naturalidade:  Profissão:   
Procedência: ( ) Vermelha ( ) Amarela ( ) Verde ( ) UTI ( ) CC ( ) Ala: 2210, 16 Residência: ( ) Outro:  
Data da internação hospitalar: 22/10/16 Data da internação no setor: 22/10/16  
Tem um cuidador/Responsável: ( ) Quem? Marcos  
Telefone:  Tem acesso a uma UBS: ( ) Qual:

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias: ( ) Motivos:  Alergias: ( ) Qual:   
Doenças: ( ) HAS ( ) DM ( ) DPOC ( ) Cardiopatia ( ) Obesidade ( ) Tabagista ( ) Ex-tabagista ( ) Neoplasia  
( ) Alcoolismo ( ) Drogadição ( ) Outros:  Medicamentos em uso:

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar): hp náusea

4. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro:  
GLASGOW(3-15):  Drogas (Sedação/Analgésia):   
Pupilas: ( ) Isocônicas ( ) Anisocônicas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midríaticas  
Mobilidade Física: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:  
Linguagem: Alteração: ( ) Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria

Obs:

OXIGENACÃO

Respiração: ( ) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T  
( ) VMNI ( ) VMNI TOT nº  Comissura labial nº  FIO2 % PEEP cmH2O  
( ) Expiratória ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:  
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuído ( ) D ( ) E  
Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:  
Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva Expectoração: ( ) Quantidade e aspecto:  
Aspiração: Quantidade e aspecto:  Dreno de tórax: ( ) D ( ) E; ( ) Selo d'água  
Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:   
Gasometria arterial: PH  PCO2  PO2  HCO3  EB  SpO2  Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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



<b>SEGURANÇA FÍSICA</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo ( ) Risco de queda. Observação: *			
<b>REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR</b>			
Pulso: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio			
Pele: ( ) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida			
Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos ( ) > 3 segundos ( ) Turgência jugular: ( )			
Drogas vasoativas: ( ) Quais? _____ Precordialgia: ( )			
Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopros ( ) Outros. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo			
Cateter vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: _____ Data da punção: ____/____/____			
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações: _____			
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>			
Tipo somático: ( ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso			
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese			
Alimentação: ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT. Hora: _____ Data: ____/____/____			
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros: _____			
Abdômen: ( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tense ( ) Ascítico ( ) Outros: _____			
RHA: ( ) Normotivos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados			
Eliminação intestinal: ( ) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há _____ dias ( ) Outros: _____			
Eliminação urinária: ( ) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVO. Débito: _____ ml/h			
Aspecto: ( ) Outros: _____ Observações: _____			
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>			
Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outros: _____			
Coloração da pele: ( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica. Turgor da pele: ( ) Preservado			
Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas. Manifestações de sede: ( )			
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____/____/____			
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Refrão 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>6 - 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>7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>			
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>			
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações: _____			
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>			
14h 14/06/2019 de OBS e enfermeiro			
do: 00h = TAXA = 340			
depois que não tem mais			
1001386			
22/10/16			
14			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____ DATA: ____/____/____ HORA: ____h			

FONTE: BORDINIÃO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. 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.





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

**PROCESSO Nº 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**





**PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
ESTADO DA PARAÍBA**

---

**2ª 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