



Número: **0800283-20.2019.8.15.0781**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Cuité**

Última distribuição : **18/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>MARIA HELENA NUNES BARBOSA (AUTOR)</b>	<b>JAILSON GOMES DE ANDRADE FILHO (ADVOGADO)</b> <b>MELISSA DA COSTA BARROS (ADVOGADO)</b>
<b>FRANCISCO BARBOSA SOBRINHO (REPRESENTANTE)</b>	<b>JAILSON GOMES DE ANDRADE FILHO (ADVOGADO)</b> <b>MELISSA DA COSTA BARROS (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
21948 460	12/06/2019 09:58	<a href="#"><u>Petição Inicial</u></a>	Petição Inicial
21948 472	12/06/2019 09:58	<a href="#"><u>DPVAT - MARIA HELENA NUNES BARBOSA - Fêmur - remanescente</u></a>	Outros Documentos
21948 477	12/06/2019 09:58	<a href="#"><u>1 - Procuração e documentos</u></a>	Outros Documentos
21948 478	12/06/2019 09:58	<a href="#"><u>2 - bo e dpvat</u></a>	Outros Documentos
21948 480	12/06/2019 09:58	<a href="#"><u>3 - Acompanhamento médico</u></a>	Outros Documentos
21948 482	12/06/2019 09:58	<a href="#"><u>4 - Acompanhamento médico</u></a>	Outros Documentos
21948 483	12/06/2019 09:58	<a href="#"><u>5 - Acompanhamento médico</u></a>	Outros Documentos
21948 484	12/06/2019 09:58	<a href="#"><u>6 - Acompanhamento médico</u></a>	Outros Documentos
22178 263	26/06/2019 09:12	<a href="#"><u>Despacho</u></a>	Despacho
23568 759	15/08/2019 20:59	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
23568 761	15/08/2019 20:59	<a href="#"><u>Renúncia ao mandato0800283-20.2019.8.15.0781 - MARIA</u></a>	Outros Documentos
25591 139	24/10/2019 09:44	<a href="#"><u>Ato Ordinatório</u></a>	Ato Ordinatório

Petição e documentos em anexo.



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=19061209574101600000021315331>  
Número do documento: 19061209574101600000021315331

Num. 21948460 - Pág. 1



**EXCELENTE SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA  
COMARCA DE BARRA DE SANTA ROSA/PB**

**MARIA HELENA NUNES BARBOSA**, brasileira, solteira, estudante, inscrita no CPF sob o nº 126.975.414-97, neste ato representada por seu genitor **FRANCISCO BARBOSA SOBRINHO**, inscrito no CPF sob o nº 759.764.714-04, residente e domiciliado no Sítio Milhan, s/n, Área Rural, Barra de Santa Rosa – PB, CEP nº 58.170-000, vem por meio de seu advogado infra-assinado, com endereço profissional na Rua Pedro Gondim, 129, Centro, Cuité – PB onde recebe intimações, vem mui respeitosamente, a presença de Vossa Excelência, com fundamento no art. 3º da lei 6.194/74 propor:

**AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DE  
SEGURO DPVAT c/c REPARAÇÃO DE DANOS**

em face da **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, com o endereço eletrônico [citação.intimacao@seguradoralider.com.br](mailto:citacao.intimacao@seguradoralider.com.br) e endereço funcional à Rua Senador Dantas, 74, complemento 5, 6, 9, 14 e 15 andar, bairro Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP: 20031-201, pelos fatos e fundamentos adiantes elencados.

**I - DA JUSTIÇA GRATUITA**

A promovente é pobre na forma da lei, sendo desprovido de recursos para arcar com as despesas do processo e com o pagamento de honorários de advogado sem prejuízo de seu sustento e de sua família de acordo com o disposto da Lei nº 1.060/50. Pelo que requer de Vossa Excelência que seja concedido os benefícios da Justiça Gratuita.

**II - DOS FATOS**

A requerente sofreu acidente em 21/10/2016, por volta das 13h, quando ao atravessar a rua da instituição onde estuda para a praça Frei Martinho, foi atingida por uma motocicleta em alta velocidade.

Na oportunidade, foi socorrida por populares e transportada para o Hospital Regional de Picuí, sendo posteriormente transferida para o Hospital de Trauma Dom Luiz

1

**Andrade Advocacia – Unidade 01:** Rua Pedro Gondim, 129, Centro, Cuité/PB;

**Unidade 02:** Rua Ferreira de Macedo, 50, Centro, Picui/PB

**Unidade 03:** Rua Getúlio Vargas, centro Baraúnas- PB - telefone (83) 9614-7484.





Gonzaga Fernandes, na cidade de Campina Grande, conforme consta no Boletim de Ocorrência nº 08/2017. A autora apresentava fratura no Fêmur Distal E (**CID 10 – S 72**).

Foi necessário se submeter a uma cirurgia, conforme atestado médico em anexo.

Assim sendo, conforme se afere do laudo anexo à presente peça vestibular, e de exames complementares a autora apresenta grave e incapacitante limitação funcional do membro inferior esquerdo, fazendo jus a indenização que lhe é correspondente. A requerente possui uma grave limitação nas atividades cotidianas, haja vista a atrofia que ficou, o déficit de força e a ocorrência de fortes dores na perna.

A requerente, então, deu entrada administrativamente para receber a indenização referente ao seguro DPVAT, tendo recebido a quantia de **R\$ 1.687,50 (um mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, conforme se extrai da consulta anexa à presente.

Desta forma, considerando-se que a Lei nº 6.194/74, com as alterações trazidas pela lei 11.482/2007, estabelece a quantia de **R\$ 9.450,00 (nove mil, quatrocentos e cinquenta reais)** para quem apresenta perda funcional completa de um dos membros inferiores, como é a situação da promovente, que se encontra com limitação funcional do membro inferior esquerdo em virtude do acidente sofrido, este faz jus ao valor remanescente de **R\$ 7.762,50 (sete mil, setecentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**.

Diante do exposto, não há outra alternativa, senão recorrer a via judicial, a fim de que a autora possa obter o pagamento do montante que lhe é devido, referente ao valor do seguro DPVAT. Saliente-se que esta quantia deverá ser atualizada monetariamente a partir do ajuizamento da ação sem prejuízo dos juros legais devidos, resgatando, assim, seu direito líquido e certo, tendo em vista as sequelas permanentes decorrentes do acidente, as quais ocasionaram a invalidez permanente parcial completa do promovente.

### III - DO DIREITO

A ação de cobrança de seguro obrigatório – DPVAT - é matéria disciplinada por legislação especial, a saber o decreto lei 73/66 e a lei 6194/74, com as modificações introduzidas pela lei 8.441/92.

O artigo 7º da lei 6194/74, com a nova redação que lhe foi dada pela lei 81.441/92, determina que o seguro será pago por qualquer das seguradoras conveniadas, independentemente de estar o seguro realizado ou não, vencido ou não.

Desta forma, a questão da legitimidade passiva de qualquer das Seguradoras que integram o convênio DPVAT é pacífica, inclusive na Jurisprudência, como se vê da ementa do julgado do Colendo STJ, adiante transscrito:





RECURSO ESPECIAL – AÇÃO DE COBRANÇA – SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT – VEÍCULO CAUSADOR DO ACIDENTE IDENTIFICADO – 1. "Qualquer seguradora responde pelo pagamento da indenização em virtude do seguro obrigatório, pouco importando que o veículo esteja a descoberto, eis que a responsabilidade em tal caso decorre do próprio sistema legal de proteção, ainda que esteja o veículo identificado, tanto que a Lei comanda que a seguradora que comprovar o pagamento da indenização pode haver do responsável o que efetivamente pagou" (RESP nº 68.146/SP, 3ª Turma, da minha relatoria, DJ de 17/08/98). 2. Recurso Especial conhecido e provido. (STJ - RESP 325300 – ES – 3ª T. – Rel. p/o Ac. Min. Carlos Alberto Menezes Direito – DJU 01.07.2002).

Atesta-se que há muito tempo as Seguradoras vêm pagando, quando da liquidação dos sinistros que envolvem o seguro obrigatório DPVAT, valor inferior ao fixado na lei que rege o tema, como ocorreu no caso em tela, sob a justificativa de que o fazem com base em resolução da SUSEP.

Vê-se que a Superintendência (SUSEP) faz o papel de legisladora, orientando os cidadãos e as Seguradoras que o valor da indenização é aquele por ela instituído por força da Resolução 056.

Ao proceder desta forma, desobedecendo ao Princípio da Hierarquia das leis, as Seguradoras acabam por infringir a Lei, reduzindo o valor da indenização por força de resolução, ou seja, lesando os beneficiários do Seguro.

Com a alteração trazida pela Lei nº 11.482/2007, modificou-se a Lei nº 6.194/74, sendo determinadas as quantias a serem pagas para cada cobertura (morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares). Desta forma, estabeleceu-se que a cobertura para a Invalidez Permanente parcial completa, decorrente da perda anatômica funcional completa de um dos membros inferiores, como no caso em comento, deve ser na quantia de R\$ 9.450,00 (nove mil, quatrocentos e cinquenta reais), tendo em vista que a autora apresenta limitação funcional do membro inferior esquerdo. Deste modo, considerando-se a quantia recebida administrativamente pala autora, este ainda faz jus ao valor remanescente de **R\$ 7.762,50 (sete mil, setecentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**.

Enfrentando a matéria, o STJ firma entendimento de que o valor a ser pago é aquele previsto na lei, dando guarida à tese da autora:

EMENTA- Civil. Seguro obrigatório (dpvat). Valor quantificado em salários mínimos. Indenização legal. Critério. Validade. Lei n. 6.194/74. Recibo. Quitação. Saldo remanescente. RELATOR Ministro Aldir Passarinho Júnior - 20 de agosto de 2002 Do voto condutor deste acórdão, colhe-se: EXMO. SR. MINISTRO ALDIR PASSARINHO JUNIOR (RELATOR): - Trata-se de recurso especial,





aviado pelas letras "a" e "c" do permissivo constitucional, em que se discute sobre o valor da cobertura correspondente ao seguro obrigatório DPVAT, em razão de atropelamento fatal que vitimou esposa do autor. Não procedem os óbices opostos pela recorrida, eis que a matéria se acha devidamente prequestionada e caracterizado o dissídio jurisprudencial. A Colenda 2ª Seção do STJ, no julgamento do Resp n. 146.186/RJ, a ela afetado pela Egrégia 3ª Turma, decidiu, por maioria de votos, que a fixação da cobertura do DPVAT em salários mínimos não infringe a legislação citada, porquanto cuida-se de mero critério indenizatório, de cunho legal e específico dessa natureza de cobertura, sem característica de indexação inflacionária (Rel. p/ acórdão Min. Aldir Passarinho Junior, por maioria, Julg. Em 12.12.2001). Destarte, devido o pagamento da diferença postulada na exordial.

Por outro lado, vale indicar a este juízo que, segundo a própria lei 6194/74, o IML é o órgão competente para a verificação e caracterização da perda funcional do membro lesado e da irreversibilidade da lesão ocasionada pelo acidente de trânsito. No entanto, é notório e cediço por todos que nesta Comarca não existe tal órgão, e, como tal, a produção da perícia médica judicial torna-se prova necessária ao deslinde dessa presente ação e a consequente comprovação da invalidez permanente apresentada pelo autor.

Após análise da legislação e jurisprudência expostas, torna-se evidente que se faz necessário o pagamento de uma indenização adequada a requerente, em função da debilidade permanente causada pelo acidente sofrido.

#### IV - DOS PEDIDOS

Por todo o exposto, pelo que faz jus a autora, requer a Vossa Excelência se digne em:

- a) QUE CONCEDA A **JUSTIÇA GRATUITA**, com base no que dispõe a Lei nº 1.060/50 com alterações da Lei 7.510/86, além do art. 5º da Constituição Federal e artigo 98, § 1º do Novo Código de Processo Civil, por não ter condições de arcar com custas e demais despesas processuais sem detimento das necessidades básicas do lar;
- b) Ordenar a **CITAÇÃO da REQUERIDA** no endereço eletrônico inicialmente indicado, em consonância com o art. 246, inciso V do NCPC, quanto à presente ação, bem como por via postal (SEDEX) – visando maior economia e celeridade processual, para que, perante esse Juízo, apresente a defesa que tiver, dentro do prazo legal, sob pena de confissão quanto à matéria de fato ou pena de revelia, com designação de data para Audiência de Conciliação (art. 319, VII, do Novo Código de Processo Civil); devendo ao final, ser **julgada PROCEDENTE** a presente Ação, sendo a mesma condenada nos seguintes termos:
- c) Julgar **PROCEDENTE** a presente ação, condenando a requerida a pagar o Seguro Obrigatório DPVAT, no importe de **de R\$ 7.762,50 (sete mil, setecentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, acrescido dos





juros legais à taxa de 1% ao mês, tudo corrigido monetariamente, tendo em vista que a autora apresenta limitação funcional do membro inferior esquerdo, conforme se extrai do laudo anexado à presente (Lei nº 6.194/1974, com nova redação dada pela Lei nº 11.482/2007);

- d) A condenação final em todos os termos pedidos, tudo acrescido de correção monetária, juros, custas e despesas processuais, além dos honorários advocatícios, e demais cominações previstas em lei, como assevera a legislação consolidada.

A Requerente provará o alegado por meio de todas as provas em direito admitidas.

Dá-se à causa o valor de R\$ 7.762,50 (sete mil, setecentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Nesses Termos,

Pede Deferimento.

Picuí – PB, 11 de junho de 2019.

**JAILSON GOMES DE ANDRADE FILHO**  
**OAB/PB 17.938**

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





## Anexo 01

### QUESITOS

- 1) *Se existe nexo causal entre o acidente noticiado na peça inicial e as lesões produzidas no Autor?*
  
- 2) *Se houve diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado e se estes órgãos foram lesionados em função do acidente automobilístico?*
  
- 3) *Se houve Invalidez. Em caso afirmativo, se a invalidez é total ou parcial?*
  
- 4) *Se a invalidez for parcial, ela é completa ou incompleta?*
  
- 5) *Se parcialmente incompleta, qual o percentual a ser utilizado com relação à redução proporcional da incapacidade permanente? Onde nesse quesito deverá o Sr. Perito se utilizar dos percentuais enunciados pelo inciso II do § 1º da Lei 6194/74: “75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa; 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão; 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, e ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais”.*



Anexo 02

Anexo do art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974

<b>Danos Corporais Totais Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico</b>	<b>Percentual da Perda</b>
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	100% (CEM POR CENTO)
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	
<b>Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores</b>	<b>Percentuais das Perdas</b>
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	25
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	25
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10
<b>Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais</b>	<b>Percentuais das Perdas</b>
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10





## 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.

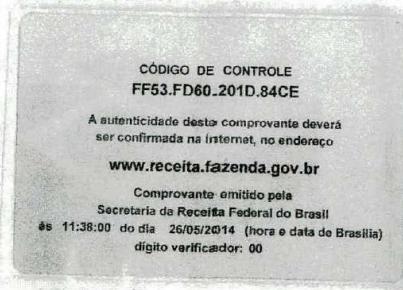
**PODERES:** O(s) OUTORGANTES(S) conferem aos OUTORGADO(S) amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento desde mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil, e **poderes especiais** para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, 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







Joera Cisinha dos Santos

Escrivão e  
Oficial do Registro Civil  
Barra de Santa Rosa - PR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL

ESTADO DA PARAÍBA  
COMARCA DE BARRA DE SANTA ROSA  
MUNICÍPIO DE BARRA DE SANTA ROSA  
DISTRITO DE BARRA DE SANTA ROSA.  
BELA CICERA CISINHA DOS SANTOS

Oficial a do Registro Civil

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Nº 17476.

Fls. 44-Vs.

CERTIFICO que no dia 26 de julho de 2001, x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.  
o recém-nascido MARIA HELENA NUNES BARBOSA x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.  
do sexo Feminino, nascido às 20 horas e 30 minutos, em a Maternidade APAVIP, na  
Cidade de Pioz - Paraíba x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.  
filha de Francisco Barbosa Sobrinho, agricultor, e de  
Maria das Graças Nunes Barbosa, agricultora, ambos  
residentes no sítio Milha, deste Município x.x.x.x.  
são avós paternos Antônio Barbosa da Silva x.x.x.x.x.x.x.x.  
e Maria Rosendo da Silva x.x.x.x.x.x.x.x.x.  
avós maternos Severino Martins Nunes x.x.x.x.x.x.x.x.x.  
e Maria das Mercês Oliveira Nunes x.x.x.x.x.x.  
foi declarante A genitora da registrada x.x.x.x.x.x.x.x.  
e constantes do termo x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.  
Testemunhas x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.  
O referido é verdade e dou fé \_\_\_\_\_  
Observações: \_\_\_\_\_

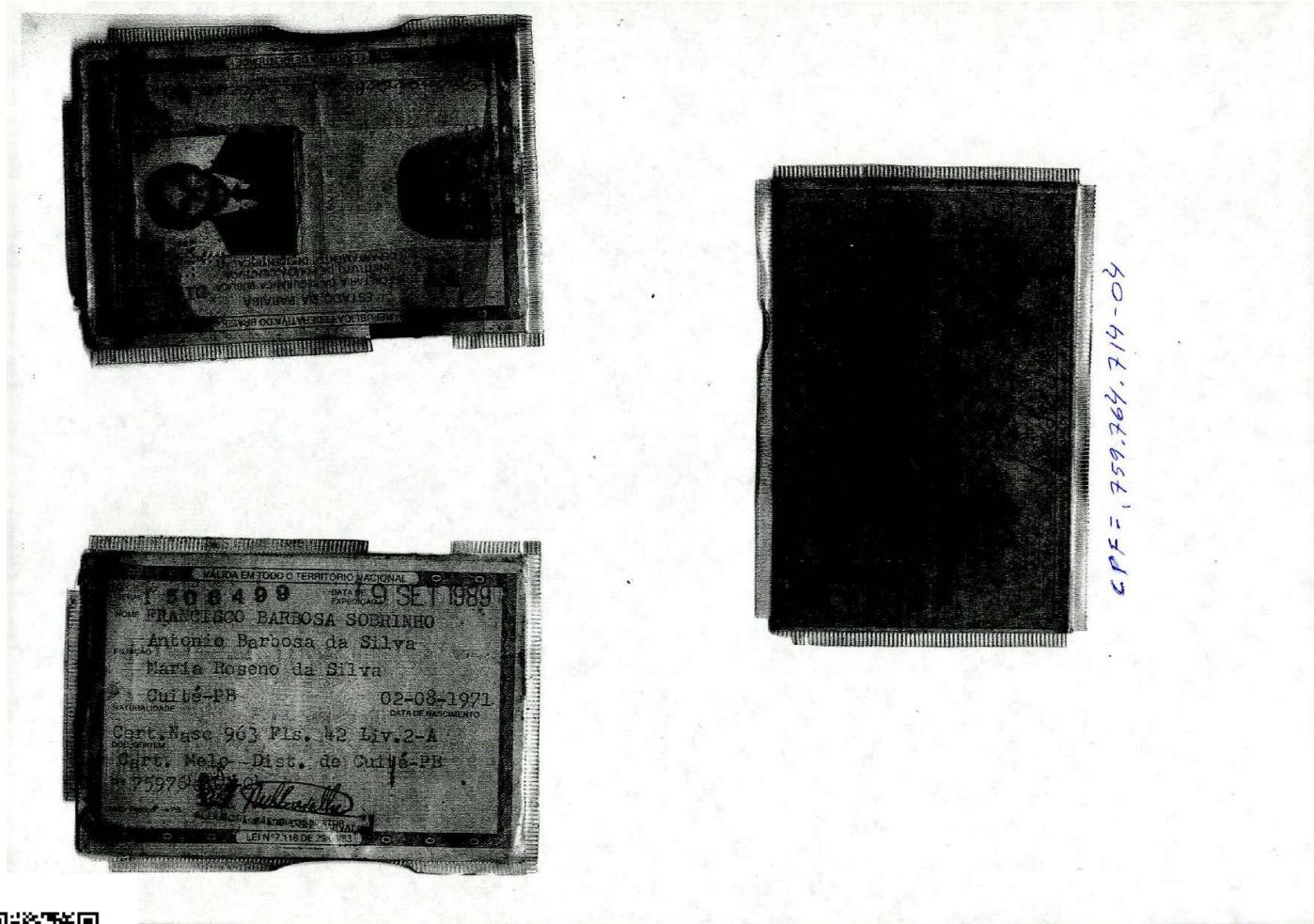
Barra de Santa Rosa 26 de julho de 2001.

clárcia clárisinha dos Santos.

Oficial do Registro Civil

VITIM





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

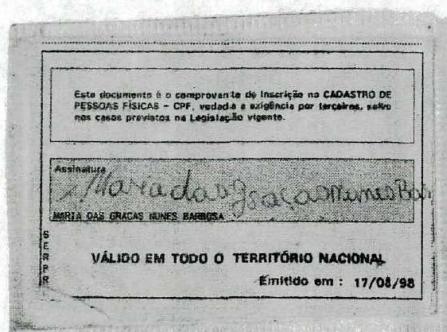
**Classe/Subcl.: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFASICO** Br 230, Km 25, Centro, bairro: João Pessoa/PB - CEP 58071-080  
Roteiro: 11 - 107 - 457 - 3740 Referencia: Mai/2017  
Nº medidor: 00000777858 Emissao: 18/05/2017

**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 N°0000020.114  
Código para Débito Automático: 00000461488

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

<b>Conta referente a</b>	<b>UC (Unidade Consumidora): 5/848149-5</b>																																								
<b>Canal de contato</b>																																									
<b>Mai / 2017</b>																																									
<b>Apresentação</b>	Declaração de Quitação Anual de Débitos Conforme previsto na Lei 12.007 de 29 de junho de 2009. Informa que a quitação dos débitos referentes aos fatuamentos regulares de energia elétrica desta Unidade Consumidora vencidos no ano de 2018 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores. - Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.436, de 26 de abril de 2002																																								
<b>18/05/2017</b>																																									
<b>Data prevista da próxima leitura</b>																																									
<b>20/06/2017</b>																																									
<b>CPF/ CNPJ/ RANI</b>	Anterior Atual Constante Consumo Dias																																								
75978471404 Ins. Est. 18/04/17	Data Leitura Data Leitura 1 51 30																																								
<b>Faturas em atraso</b>																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Descrição</th> <th>Quantidade</th> <th>Preço</th> <th>Valor (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo até 30KWh-BR</td> <td>30</td> <td>0,14089</td> <td>4,22</td> </tr> <tr> <td>Consumo - 31 a 100KWh-BR</td> <td>21</td> <td>0,24163</td> <td>5,07</td> </tr> <tr> <td>Adic. B. Vermelha</td> <td></td> <td></td> <td>0,68</td> </tr> <tr> <td>Subsídio</td> <td></td> <td></td> <td>12,84</td> </tr> <tr> <td>ICMS</td> <td></td> <td></td> <td>0,36</td> </tr> <tr> <td>PIS</td> <td></td> <td></td> <td>1,84</td> </tr> <tr> <td>COFINS</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</td> <td></td> <td>-12,84</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Devolução Subsídio</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		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			
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																																									
<b>Histórico de Consumo (kWh)</b>																																									
<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Abr/17</td> <td>58</td> </tr> <tr> <td>Mar/17</td> <td>73</td> </tr> <tr> <td>Fev/17</td> <td>59</td> </tr> <tr> <td>Jan/17</td> <td>85</td> </tr> <tr> <td>Dez/16</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>Nov/16</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>Out/16</td> <td>61</td> </tr> <tr> <td>Set/16</td> <td>63</td> </tr> <tr> <td>Ago/16</td> <td>57</td> </tr> <tr> <td>Jul/16</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>Jun/16</td> <td>78</td> </tr> <tr> <td>May/16</td> <td>78</td> </tr> </tbody> </table>		Abr/17	58	Mar/17	73	Fev/17	59	Jan/17	85	Dez/16	80	Nov/16	80	Out/16	61	Set/16	63	Ago/16	57	Jul/16	80	Jun/16	78	May/16	78																
Abr/17	58																																								
Mar/17	73																																								
Fev/17	59																																								
Jan/17	85																																								
Dez/16	80																																								
Nov/16	80																																								
Out/16	61																																								
Set/16	63																																								
Ago/16	57																																								
Jul/16	80																																								
Jun/16	78																																								
May/16	78																																								
<b>RESERVADO AO RISCO</b>																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>ALÍQUOTA</th> <th>VALOR R\$</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ICMS</td> <td>33,20</td> <td>8,30</td> </tr> <tr> <td>PIS</td> <td>33,20</td> <td>1,0757</td> </tr> <tr> <td>COFINS</td> <td>33,20</td> <td>4,8448</td> </tr> </tbody> </table>		BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$	ICMS	33,20	8,30	PIS	33,20	1,0757	COFINS	33,20	4,8448																												
BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$																																							
ICMS	33,20	8,30																																							
PIS	33,20	1,0757																																							
COFINS	33,20	4,8448																																							
<b>VALOR PÁG.</b>																																									
<b>25/05/2017 R\$ 20,26</b>																																									
<b>Indicadores de Qualidade</b>																																									
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)																																							
DIC MENSAL	10,87	0,00																																							
DIC TRIMESTRAL	21,74																																								
DIC ANUAL	43,49																																								
FIC MENSAL	7,87	0,00																																							
FIC TRIMESTRAL	15,34	CONTRATADA																																							
FIC ANUAL	30,89	LIMITE INFERIOR																																							
DMIC	5,88	LIMITE SUPERIOR																																							
DIGI	18,80	202																																							
		231																																							
<b>ATENÇÃO</b>																																									
<p>- Sua unidade é faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$12,94</p> <p>- Leitura confirmada</p>																																									
<p><b>Composição do valor total da sua fatura</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Discriminação</th> <th>Valor (R\$)</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Serviços de Dist. da Energia (R\$)</td> <td>3,53</td> <td>17,72</td> </tr> <tr> <td>Compra de Energia</td> <td>4,64</td> <td>23,68</td> </tr> <tr> <td>Serviço de Transmissão</td> <td>0,25</td> <td>1,23</td> </tr> <tr> <td>Encargos Salariais</td> <td>1,29</td> <td>6,37</td> </tr> <tr> <td>Impostos Diretos e Encargos</td> <td>10,29</td> <td>50,79</td> </tr> <tr> <td>Outros Serviços</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td><b>Total</b></td> <td><b>20,26</b></td> <td><b>100,00</b></td> </tr> </tbody> </table> <p>Valor da EUSD (Ref. 3/2017) R\$7,80</p>			Discriminação	Valor (R\$)	%	Serviços de Dist. da Energia (R\$)	3,53	17,72	Compra de Energia	4,64	23,68	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>															
Discriminação	Valor (R\$)	%																																							
Serviços de Dist. da Energia (R\$)	3,53	17,72																																							
Compra de Energia	4,64	23,68																																							
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>																																							





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=19061209574135400000021315349>  
Número do documento: 19061209574135400000021315349

Num. 21948478 - Pág. 1



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:

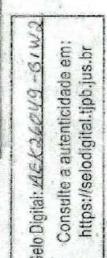
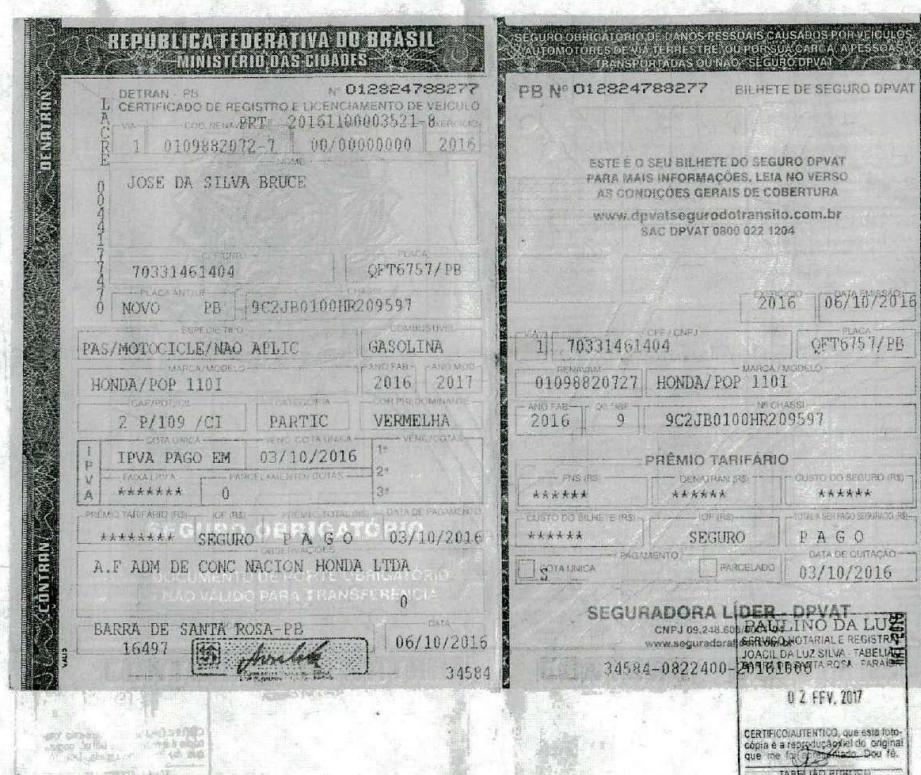
DECIO DE SOUZA LIMA FILHO  
DELEGADO DE POLICIA

COMUNICANTE: *Maria das Graças Nunes Barbosa*

VITIMA: *Maria Helena Nunes Barbosa*

ESCRIVÃO:





Assinado eletronicamente por: MELISSA DA COSTA BARROS - 12/06/2019 09:57:41  
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pj/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 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 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.

  
Cicera 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 PICUI  
Número: 59.170.408.000/1760  
End: RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15 - BARRIO MONTE SANTO  
Município: PICUI - ESTADO: PARAÍBA - UF: PB  
Nome: MARIA HELENA NUNES BARBOSA  
Rapaz/F: F  
Data Nasc: 14/07/2001 Idade: 15 anos  
mês(es) de idade: (meses) de idade: 0  
Mês: MARIA DAS GRACAS NUNES BARBOSA  
Profissão: ESTUDANTE  
Endereço: SITIO MILHAR  
Bairro: ZONA RURAL  
Município/CEP/UF: BARRA DE SANTA ROSA - PB - 58170000 - 250160  
Telefone para contato: (83) 9106-0299  
Data e Hora: 21/10/2018 14:19:00  
PESO: \_\_\_\_\_  
PA: \_\_\_\_\_  
SSVV: \_\_\_\_\_  
TEMP: \_\_\_\_\_  
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)  
*Este é o 1º de consulta de  
paciente por consultor qualificado  
que é o Dr. Dr. e Dr. Dr.  
Dr. Dr. Dr. Dr.*  
Dr. An: \_\_\_\_\_  
Ortoped: \_\_\_\_\_  
Oncolog: \_\_\_\_\_  
CRM: \_\_\_\_\_  
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (SE POS) \_\_\_\_\_  
RESULTADOS \_\_\_\_\_  
RECEPCIONISTA: HRP  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
Responável: \_\_\_\_\_  
Nº: \_\_\_\_\_

CARÁTER DO ATENDIMENTO  
 01 - ELETIVO  
 02 - URGENCIA  
 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA  
 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO  
 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO:  
*Doença de Dr. Dr.*  
 CID-10: \_\_\_\_\_

MEDICAÇÃO: \_\_\_\_\_

1. PRESCRITA  
 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO:  
 OBSERVAÇÃO  
 OUTRO HOSPITAL  
 RESIDÊNCIA  
 OBITO  
 INTERNACÃO  
 OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:  
 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S): \_\_\_\_\_  
 CRM: \_\_\_\_\_

CNS: \_\_\_\_\_  
 CRM: \_\_\_\_\_

ASS. DO PACIENTE ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL  
*Doença de Dr. Dr.*  
 CRM: \_\_\_\_\_

ASS. DO REVISOR TÉCNICO: CRM: \_\_\_\_\_  
 CRM: \_\_\_\_\_

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO: CRM: \_\_\_\_\_  
 CRM: \_\_\_\_\_

DATA/ST/NU: 298633





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
29/10/16	1) DIETA ligeira	
20/10/16	2) SF 0,9% 2000 ml EV 24 h	
16/10/16	3) Dipirona 01 amo. + AD EV 6/6 h	
	4) Tilatil 40 mg + AD EV 12/12 h	
	5) Omeprazol 40 mg EV 1 x ao dia	
	6) Nauseodron 8 mg + AD EV 8/8 h	
	7) SSVV + CCGG	
	8) Clorazepato 30 mg 8c 1x dia	
	9) Itraconazol 100 mg + 600 ml SF 0,9% EV 8(8)	
	10) Ceftriaxona 1g EV 12/12 h.	
		Nota: Hoje tetan
		





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: férmea evitável

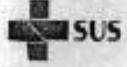
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28	① Paraf. Livre	16	# Entopédia
30	② Dipirona 610 mg + MD EV 610h	16	EGE, consciente, atípico, no desidratamento
31	③ Tratol 20 mg + MD EV 3112h	16	
	④ SF 0,9% 3.000 ml EV 12/12h	16	
	⑤ Domperidol 20 mg VO às 7h	16	
	⑥ Thiamol 800 mg + 500 ml SF + 0,9% EV 8:18h SIN	08	CP: alta Anamnese: C/ATB
	⑦ Ceftriaxona 1 g EV 12/12h	16	
	⑧ Cetamina 40 mg SC 1x dia.	16	
	⑨ SSVV + CCSE	16	
	⑩ Ativano 500 mg	16	

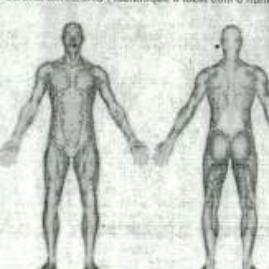
MOD. 835



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=19061209574151300000021315351  
Número do documento: 19061209574151300000021315351

Num. 21948480 - Pág. 3

 <b>Sistema Único de Saúde</b>		<b>Ministério da Saúde</b>		<b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DE TRAUMA DE LIMA NA GRANDE PB</b> <b>Endereço: Rua Santa de Sousa, 1000</b> <b>CEP: 58050-000 - João Pessoa - PB</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 - NIF DO PRONTUÁRIO <b>254.227</b>																		
7 - CERTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <b>71005013351061715171</b>																		
8 - DATA DE NASCIMENTO <b>14/07/01</b>																		
9 - SEXO <input checked="" type="checkbox"/> Masculino																		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>Brasília de Santa Rosa</b>																		
11 - TELEFONE DE CONTATO <small>CPF/fone de telefone</small>																		
12 - ENDERECO (RUA E Bairro) <b>Sítio Melhor, zona rural.</b>																		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Bonito de Santa Rosa</b>																		
14 - COD. IGE MUNICÍPIO <b>PPB</b>																		
15 - UF <b>PPB</b>																		
16 - CEP <b>58050-000</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 categ. C</p>																		
<b>19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRÓVAVES DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)</b> <p style="margin-left: 40px;">Exame fíbrico e Radiológico</p>																		
20 - PROSPECTO 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 																		
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 																		
28 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF																		
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 																		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 																		
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>21/10/16</b>																		
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <b>Dr. Anderson Lins de Oliveira</b> <small>CRM RN 8607 - CRM PB 10168</small>																		
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>																		
33 - I - ACIDENTE DE TRÂNSITO 																		
34 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 																		
35 - I - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 																		
36 - CNPJ DA SEGURODORA 																		
37 - Nº DO BICHETE 																		
38 - SÉRIE 																		
39 - CNPJ EMPRESA 																		
40 - CNAE DA EMPRESA 																		
41 - CBOF																		
42 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> F. APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURO																		
<b>AUTORIZAÇÃO</b>																		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 																		
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR 																		
45 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF																		
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 																		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <b>/ /</b>																		
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 																		
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 																		

GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE SAÚDE		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES																																					
<b>SUS</b> <b>FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL</b>																																									
UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO			EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS																																						
Código da Unidade: 00023671 CNPJ:08-778.268/0001-60			Cadastrado																																						
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																																									
Nome: MARIA HELENA NUNES BARBOSA		Sexo: FEMININO		Idade:																																					
Profissão: ESTUDANTE		Documento: 700503351061757 SUS																																							
End.: SITIO MILHAR,	Bairro: ZONA RURAL																																								
Município: BARRA DE SANTA ROSA	Estado: PB-EP																																								
Data Atendimento: 21/10/2016	18:20h		Código do Município: 250160																																						
Cartão do SUS: DATA, 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. Hémodagma venoso</td></tr> <tr><td>5. Crenitação</td><td>23. Lacerção</td></tr> <tr><td>6. Doi</td><td>24. Lesão trófica</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. Enfisema subcutâneo</td><td>27. Movimento torácico paradoxal</td></tr> <tr><td>10. Esmagamento</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. Parésia</td></tr> <tr><td>14. F. Contuso</td><td>32. Parestesia</td></tr> <tr><td>15. F. Cortante</td><td>33. Quimiotaxia</td></tr> <tr><td>16. F. Corte-contuso</td><td>34. Rinorrágia</td></tr> <tr><td>17. F. Perfuro-contuso</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. Hémodagma venoso	5. Crenitação	23. Lacerção	6. Doi	24. Lesão trófica	7. Edema	25. Luxação	8. Empaixamento	26. Mordedura	9. Enfisema subcutâneo	27. Movimento torácico paradoxal	10. Esmagamento	28. Objeto encravado	11. Equimose	29. Otorragia	12. F. Arme branca	30. Parassita	13. F. Arme de fogo	31. Parésia	14. F. Contuso	32. Parestesia	15. F. Cortante	33. Quimiotaxia	16. F. Corte-contuso	34. Rinorrágia	17. F. Perfuro-contuso	35. Sinal de isquemia	18. F. Perfuro-cortante	36.
1. Abrasão	19. Fratura óssea fechada																																								
2. Amputação	20. Fratura óssea aberta																																								
3. Avulsão	21. Hematoma																																								
4. Contusão	22. Hémodagma venoso																																								
5. Crenitação	23. Lacerção																																								
6. Doi	24. Lesão trófica																																								
7. Edema	25. Luxação																																								
8. Empaixamento	26. Mordedura																																								
9. Enfisema subcutâneo	27. Movimento torácico paradoxal																																								
10. Esmagamento	28. Objeto encravado																																								
11. Equimose	29. Otorragia																																								
12. F. Arme branca	30. Parassita																																								
13. F. Arme de fogo	31. Parésia																																								
14. F. Contuso	32. Parestesia																																								
15. F. Cortante	33. Quimiotaxia																																								
16. F. Corte-contuso	34. Rinorrágia																																								
17. F. Perfuro-contuso	35. Sinal de isquemia																																								
18. F. Perfuro-cortante	36.																																								
EXAMES SOLICITADOS:																																									
<input type="checkbox"/> Laboratorial		<input type="checkbox"/> Ultrassonografia																																							
<input type="checkbox"/> Gasometria arterial		<input type="checkbox"/> Radiografias																																							
<input type="checkbox"/> Tomografia Computadorizada																																									
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:																																									
Especialista: _____ às _____ hs Dia _____ / _____ / _____																																									
Especialista: _____ às _____ hs Dia _____ / _____ / _____																																									
MÉDICO SOLICITANTE: _____																																									
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PREScrições e CONDUTAS</th> <th>HORÁRIO REALIZADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							PREScrições e CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO	1			2			3			4			5			6																	
	PREScrições e CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO																																							
1																																									
2																																									
3																																									
4																																									
5																																									
6																																									
OBS.:																																									
QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = _____ %: Grau: ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau																																									
DIAGNÓSTICO / CID:																																									
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO																																									



DESTINO DO PACIENTE: _____ / _____ / _____ hs. : _____	
<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico: _____ <input type="checkbox"/> Internação (setor): _____ <input type="checkbox"/> Transferência a outro SETOR OU HOSPITAL: _____  <i>Maria do Rosário Nunes Barros</i> <small>Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)</small>	
<input type="checkbox"/> Alta hospitalar <input type="checkbox"/> A revés <input type="checkbox"/> Decisão médica <input type="checkbox"/> Óbito	

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

## Ficha de Acolhimento

Nome: <u>Maria Helene Nunes Barros</u>	
End:	<u>R</u> Bairro: <u>Ruiv. P.3</u>
Data de Nascimento: <u>29.07.50</u>	Documento de Identificação:
Queixa:	Data do Atend.: <u>21.10.16</u> Hora: <u>18:20</u> Documento:
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

## Fratura de Fémur Classificação de Risco

Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

## Estratificação

MOD. 119

*energo*

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  
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente) Maric Helven

## Alojamento) 8

Leito 2

### Agnoóstico

EPATURA DVE

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
27/10	DIETA GERAL	06	EGB VIGIL EUPNEICO
	DIPIRONA 2 ML EV 6/6H	18 26/10	BOA PERFUSAO NOS MMSS E MMII
	TILATIL 1 AMP EV 12/12H	14/10 14 06	PELE SEM LESOES
	5 F 0,9% 1000 ML EV 12/12H	18 06	IMOBILIZACAO GESSADA
	METOCLOPRAMIDA 10 MG EV 8/8H S/N	06	
	OMEPRAZOL 20 MG VO 7H	06	EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS
	TRAMAL 100 MG EV 8/BH S/N	06	CD AGUARDA CIRURGIA
	CGGG SSVV	06	DRM Aguarda cirurgia
	ACESSO VENOSO	06	Clerengos 02/10/2006
	ceftraxana 1g CV 14/12 18/06		18/10/2006
	Udilane 40g SC 2/dia 18/06		18/10/2006



## NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:		Maria Helena Nunes Barbosa			D. N. 14/07/2001		
QI	LEITE	CONVÉNIO	Sus	IDADE	15anos	REGISTRO	
CIRURGIA TTO. Cirúrgico, e/fixação Fratura de Femur. MJE		CIRURGIA			1342465		
ANESTESIA		Dr. Alison + Dr. José Paulo + Dr. Eduardo			GOVERNO DA PARAÍBA		
Raque		Dr. Robério			HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO LITO GOSZGÓVIA FERNANDES		
INSTRUMENTADORA		DATA		INICIO	FIM		
Lais		27/10/16		10h, 30'	19h, 10'		
Qty.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostomia	Qty.	FIOS		CÓDIGO
	Adrenalina amp.		01	Catet. p/ Oxyg.	Catgut cromado Sertix		
	Atrófina amp.			Catet. De Urinar Sist. Fech.	Catgut cromado Sertix		
	Diazepam amp.			Compressas Grande *****	Catgut cromado Sertix		
	Dimorép. amp.			Compressas Pequena	Catgut Simples		
	Dofantina amp.			Cotonoides	Catgut Simples Sertix		
01	Ephédrina ml. Midazolam			Dreno	Catgut Simples Sertix		
Jml	Fenegargin amp.			Dreno Kerr nº*	Catgut Simples Sertix		
01	Fentanil ml			Dreno Penrose nº*	Cera p/ ossos		
01	Isoxime ml. Clamidim		01	Dreno Pezzer nº*	Ethibond		
	Ketalar ml			Equipo de Macrogomas	Ethibond		
01	Mercapina 0,5 % ml			Equipo de Macrogomas	Ethibond		
	Nubatin amp.			Equipo de Sangue	Fio de Algodão Sertix		
	Pavulon amp.			Equipo de PVC	Fio de Algodão Sertix		
	Proligmine amp.		0,5	Espandeador Laroo cm	Fio de Algodão Sutupak		
	Proctoídeo 1ml			Furacim ml	Fio de Algodão Sutupak		
	Quelicin ml		0,5	Gase Pacota c/ 10 unidades	Fita cardíaca		
	Rapifen amp.			H2O, ml	02	Mononylon 2-0 **	
	Thionembutal ml			Intracath Aduljo	Mononylon		
	Tracrium amp.			Intracath Infantil	Prolene Sertix		
Qty.	MEDICAÇÕES *		01	Lâmina de Bisturi nº 23	Prolene Sertix		
04	Água Destilada amp.			Lâmina de Bisturi nº 11	Prolene Sertix		
01	Decadron amp.			Lâmina de Bisturi nº 15	Prolene Sertix		
02	Diphona amp.		02	Luvas 7,0	02	Vicryl Sertix 0 **	
	Flexidol amp.			Luvas 7,5	Vicryl Sertix		
	Flexocortid amp.			Luvas 8,0	Vicryl Sertix		
	Garamidina amp.		0,5	Luvas 8,5 *****			
	Glicose amp.		2-0	Oxigênio 1ml p/min			
	Glicôn de Cálcio amp.			Polfix			
	Haemacel ml.		0,5	PVP Detergente ml			
	Heparina ml.			PVP Tópico ml	Qty.	SOROS	
	Kanakalon amp.		0,5	Sabão Antisséptico	0,9	SE Normotérmico fr 500 ml	
	Laxax amp.		0,4	Saco coletor Lixa/raposo		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.		0,2	Seringa desco. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
02	Peth amp. Nauseotion			Seringa desco. 20 ml	0,02	SG Ringer fr 500 ml	
	Prolamina		02	Seringa desco. 05 ml	0,04	SE fr 500 ml p/ limpeza ***	
	Reviven amp.			Sonda			
	Shudanon amp.			Sonda foley	Qty.	ORTESE E PROTESE	
09	Cetamina 1g			Sonda Nasogástrica	01	Placa c/ 12 furos	
01	Edéuma			Sonda Urinária nº*	08	Parafusos	
01	Tenoxicam 20mg			Steridrom ml		Verba nota da empresa	
Qty.	MATERIAIS / SOLUÇÕES			Tomeirinha			
	Aguinha desc. 25 x 7			Vaseline ml			
03	Aguinha desc. 20 x 20 - 40 x 40		0,5	Gecon 18			
	Aguinha desc. 3 x 4,5			Lutepe			
0,5	Aguinha p/ raque nº 25		0,1	Eletrodo			
	Álcool de Enfermagem			0,5 Algodão ontopédico			
	Álcool Iodado ml						
06	Ataduras de Crepon 10cm						
	Ataduras de Gessada						
	Azul metílico amp.						
	Benzina ml						
	Cirurgia TTO. Cirúrgico, e/fixação Fratura de Femur. MJE						
	Dr. Alison + Dr. José Paulo + Dr. Eduardo						
	Dr. Robério						
	ANESTESIA						
	Raque						
	Lais						
	27/10/16						
	10h, 30'						
	19h, 10'						
	FIOSS						
	Catgut cromado Sertix						
	Catgut cromado Sertix						
	Catgut cromado Sertix						
	Catgut Simples						
	Catgut Simples Sertix						
	Catgut Simples Sertix						
	Cera p/ ossos						
	Ethibond						
	Ethibond						
	Ethibond						
	Fio de Algodão Sertix						
	Fio de Algodão Sertix						
	Fio de Algodão Sertix						
	Fio de Algodão Sutupak						
	Fio de Algodão Sutupak						
	Fita cardíaca						
	Mononylon 2-0 **						
	Mononylon						
	Prolene Sertix						
	Prolene Sertix						
	Prolene Sertix						
	Vicryl Sertix 0 **						
	Vicryl Sertix						
	Vicryl Sertix						
	Prolene Sertix						
	Prolene Sertix						
	Prolene Sertix						
	SE Normotérmico fr 500 ml						
	SG Gelado fr 500 ml						
	SG Hipertérmico fr 500 ml						
	SG Ringer fr 500 ml						
	SE fr 500 ml p/ limpeza ***						
	Placa c/ 12 furos						
	Parafusos						
	Verba nota da empresa						
	EQUIPAMENTOS						
	Oxímetro de Pulso						
	Serra						
	Desfibrilador						
	Foco Fornel						
	Fonte de Luz						
	Foco Auxiliar						
	Eletrocautério						
	Osciloscópio						
	Cardiomonitor						
	Perfador Elétrico						

Maria Hargí CIRCULANTE RESPONSÁVEL

1160



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 evitada, mas mantendo voluntariamente. Seus efeitos são de 30%.

Assinatura Apótesisista

-155-

### Circulants

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

CHINESE

上篇

NP RECENT NEWS

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMAGEM		LEITO		NP PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME Mariane Helene dos Reis Bonhag				158		SEXO F	
TIPO SANGUÍNEO	PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO		ALTURA	
	HEMOGLOBINA		80	10	37,5	UREIA		OUTROS	
URINA									
AP. RESPIRATÓRIO						ASMA		BRONQUIITE	
AP. CIRCULATÓRIO						ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES		PERÍCOCO		AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATRAZADOS		ORTICODORAS		ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO			Fractura de clavos		O		ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES						Mra I			
EDUCAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA						APLICADA		AS	
AGENTES ANESTÉSICOS						INICIAÇÃO			
LIQUIDOS						Satisf.: <input checked="" type="checkbox"/> Exalt.: <input type="checkbox"/> Toss.: <input type="checkbox"/> Laringo: <input type="checkbox"/> espasmo: <input type="checkbox"/> Lenta: <input type="checkbox"/> Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/>			
						MANUTENÇÃO			
						Bupivacaina - 0,14g Cloridr - 0,14g Cefazolina - 0,2g Sifinex - 400 Nalt - 200mg Decadate - 10 Ondansetron - 4 Mendejol - 3,5g ANESTESIA SATISF: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não por: <input type="checkbox"/> O2 - 2lt/min			
						DESPIGAZ			
						Refletor na SO: <input type="checkbox"/> Obstr: <input type="checkbox"/> Co2: <input type="checkbox"/> Exalt: <input type="checkbox"/> Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/>			
						CONDICÕES:			
Não <input type="checkbox"/> "/>						Com cálculo: <input type="checkbox"/> Paro na Letta: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES									
POSIÇÃO									
AGENTES									
TÉCNICA									
OPERAÇÃO									
CIRURGIÕES									
ANESTESISTAS									
OBSESSÕES									
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS:						PERDA SANGUÍNEA			

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

Digitized by srujanika@gmail.com

FOLHA DE ANESTESIA - SPPS





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Nome do Paciente	Maria Helena		Nº Prontuário
Data da Operação	27/06/2016	Enf.	Leito
Operador	Ana Paula	1º Auxiliar	
2º Auxiliar		3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório	Fractura de fêmur proximal		
Tipo de Operação	Artrodeses		
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato	SIM		
Acidente Durante a Operação	Nao		

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

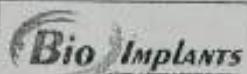
1/	Abordagem
2/	Exsangue + Antissepsia
3/	Campos operatórios
4/	Incisão natural eava Osgoodiana
5/	Dissecção par planos
6/	Mediastino aberto
7/	Via de acesso com polia de TCP
8/	Desvascularizado parcialmente
9/	Sutura par planos
	Cura médica

Dr. João Pedro  
CRM-PB 1005  
Assinado e  
autenticado  
CRM-PB 1551

Moçambique

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





## MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

## Rastreamento

6552

Hospital: de Emergencia y Trauma de Leonidas Código:

Procedimento: *Notar la firma de los directores* Cód. Procedimiento:

Paciente: Maria Heloisa Nunes Barbosa

Data da Cirurgia: 28/10/16 N° prontuário: 19368 Convênio:

Cirurgião: D. Elolym G. G. Código:

### Convênio:

Reposição  Caixa Pronta

## DESCRICAÇÃO 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							

085. O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIA

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

#### Condições de Pagamento:

Faturar N.F para:

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

#### Cód. instrumentador:

BioImplants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodólico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.373.925/0001-05  
Fone/Fax: (88) 35.21.4801 • [www.bioimplants.com.br](http://www.bioimplants.com.br)





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

**DIAGNÓSTICO:**

Ex. pīmū

PACIENTE: Maria Helena Nunes Barbosa

ENFERMARIA: PED - LEITO 8-3

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	EVOLUÇÃO
26/10/15	1) DIETA leve	
26/10/15	2) SF 0,9% 1.000 ml EV 24 h	
26/10/15	3) Dipirona 01 amp. + AD EV 6/6 h	
26/10/15	4) Tilitar 40 mg + AD EV 12/12 h (dripo, 20 ml)	
26/10/15	5) Domperidona 40 mg EV 1x ao dia	
26/10/15	6) Nauseoflron 6 mg + AD EV 8/8 h SN	
26/10/15	7) SSVV + CCGG	
26/10/15	8) Cloroxene 40 mg SC (x dia)	
		#ORTOPEDIA 6 <sup>o</sup> DIH EGB, consciente, orientado, estável, sem distensões.



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 do documento: 1906120957417130000021315353

Núm. 21948482 - Pág. 5



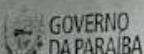
GOVERNO  
DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

PK 10mm

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Maria Helena Nunes Barbera			Alojamento	8	Leito	3	Convênio
Data	Prescrição Médica			Horário	Evolução Médica			
25/06/2019	① Dexte líquido 1000 ml EV 24h,	② S/F 0,9% 1000 ml EV 24h,	③ Aspirina 80 mg - AD EV 6/6h	16/06/2019	# Intervenção			
26/06/2019	④ Fizotil 20 mg + AD EV 12/12h	⑤ Omeprazol 40 mg EV 3x/dia	⑥ Nimesulid 80 mg + AD EV 8/8h x 5d	17/06/2019	- S/F 8/8h			
	⑦ Clorazep 50 mg SC 1x/dia	⑧ SSVV + CCGG		18/06/2019	- EGAE, concorrente, estresse, al. dietético,			
				19/06/2019				
				20/06/2019				
				21/06/2019				
				22/06/2019				
				23/06/2019				
				24/06/2019				
				25/06/2019				
				26/06/2019				
				27/06/2019				
				28/06/2019				
				29/06/2019				
				30/06/2019				
				31/06/2019				
				01/07/2019				
				02/07/2019				
				03/07/2019				
				04/07/2019				
				05/07/2019				
				06/07/2019				
				07/07/2019				
				08/07/2019				
				09/07/2019				
				10/07/2019				
				11/07/2019				
				12/07/2019				
				13/07/2019				
				14/07/2019				
				15/07/2019				
				16/07/2019				
				17/07/2019				
				18/07/2019				
				19/07/2019				
				20/07/2019				
				21/07/2019				
				22/07/2019				
				23/07/2019				
				24/07/2019				
				25/07/2019				
				26/07/2019				
				27/07/2019				
				28/07/2019				
				29/07/2019				
				30/07/2019				
				31/07/2019				
				01/08/2019				
				02/08/2019				
				03/08/2019				
				04/08/2019				
				05/08/2019				
				06/08/2019				
				07/08/2019				
				08/08/2019				
				09/08/2019				
				10/08/2019				
				11/08/2019				
				12/08/2019				
				13/08/2019				
				14/08/2019				
				15/08/2019				
				16/08/2019				
				17/08/2019				
				18/08/2019				
				19/08/2019				
				20/08/2019				
				21/08/2019				
				22/08/2019				
				23/08/2019				
				24/08/2019				
				25/08/2019				
				26/08/2019				
				27/08/2019				
				28/08/2019				
				29/08/2019				
				30/08/2019				
				31/08/2019				
				01/09/2019				
				02/09/2019				
				03/09/2019				
				04/09/2019				
				05/09/2019				
				06/09/2019				
				07/09/2019				
				08/09/2019				
				09/09/2019				
				10/09/2019				
				11/09/2019				
				12/09/2019				
				13/09/2019				
				14/09/2019				
				15/09/2019				
				16/09/2019				
				17/09/2019				
				18/09/2019				
				19/09/2019				
				20/09/2019				
				21/09/2019				
				22/09/2019				
				23/09/2019				
				24/09/2019				
				25/09/2019				
				26/09/2019				
				27/09/2019				
				28/09/2019				
				29/09/2019				
				30/09/2019				
				31/09/2019				
				01/10/2019				
				02/10/2019				
				03/10/2019				
				04/10/2019				
				05/10/2019				
				06/10/2019				
				07/10/2019				
				08/10/2019				
				09/10/2019				
				10/10/2019				
				11/10/2019				
				12/10/2019				
				13/10/2019				
				14/10/2019				
				15/10/2019				
				16/10/2019				
				17/10/2019				
				18/10/2019				
				19/10/2019				
				20/10/2019				
				21/10/2019				
				22/10/2019				
				23/10/2019				
				24/10/2019				
				25/10/2019				
				26/10/2019				
				27/10/2019				
				28/10/2019				
				29/10/2019				
				30/10/2019				
				31/10/2019				
				01/11/2019				
				02/11/2019				
				03/11/2019				
				04/11/2019				
				05/11/2019				
				06/11/2019				
				07/11/2019				
				08/11/2019				
				09/11/2019				
				10/11/2019				
				11/11/2019				
				12/11/2019				
				13/11/2019				
				14/11/2019				
				15/11/2019				
				16/11/2019				
				17/11/2019				
				18/11/2019				
				19/11/2019				
				20/11/2019				
				21/11/2019				
				22/11/2019				
				23/11/2019				
				24/11/2019				
				25/11/2019				
				26/11/2019				
				27/11/2019				
				28/11/2019				
				29/11/2019				
				30/11/2019				
				31/11/2019				
				01/12/2019				
				02/12/2019				
				03/12/2019				
				04/12/2019				
				05/12/2019				
				06/12/2019				
				07/12/2019				
				08/12/2019				
				09/12/2019				
				10/12/2019				
				11/12/2019				
				12/12/2019				
				13/12/2019				
				14/12/2019				
				15/12/2019				
				16/12/2019				
				17/12/2019				
				18/12/2019				
				19/12/2019				
				20/12/2019				
				21/12/2019				
				22/12/2019				
				23/12/2019				
				24/12/2019				
				25/12/2019				
				26/12/2019				
				27/12/2019				
				28/12/2019				
				29/12/2019				
				30/12/2019				
				31/12/2019				
				01/01/2020				
				02/01/2020				
				03/01/2020				
				04/01/2020				
				05/01/2020				
				06/01/2020				
				07/01/2020				
				08/01/2020				
				09/01/2020				
				10/01/2020				
				11/01/2020				
				12/01/2020				
				13/01/2020				
				14/01/2020				
				15/01/2020				
				16/01/2020				
				17/01/2020				
				18/01/2020				
				19/01/2020				
				20/01/2020				
				21/01/2020				
				22/01/2020				
				23/01/2020				
				24/01/2020				
				25/01/2020				
				26/01/2020				
				27/01/2020				
				28/01/2020				
				29/01/2020				
				30/01/2020				
				31/01/2020				
				01/02/2020				
				02/02/2020				
				03/02/2020				
				04/02/2020				
				05/02/2020				
				06/02/2020				
				07/02/2020				
				08/02/2020				
				09/02/2020				
				10/02/2020				
				11/02/2020				
				12/02/2020				
				13/02/2020				
				14/02/2020				
				15/02/2020				
				16/02/2020				
				17/02/2020				
				18/02/2020				
				19/02/2020				
				20/0				



SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES

**DIAGNÓSTICO:**

Fr. W. M. H.

PACIENTE: Maria Helina Nunes Barbosa



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 do documento: 1906120957417130000021315353

Núm. 21948482 - Pág. 7

 <p>SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍS GONZAGA FERNANDES</p>		DIAGNÓSTICO: _____ _____																														
Ped 8.3																																
PACIENTE: <u>Isenia Helene Nunes Bento</u>		ENFERMARIA: _____ LEITO _____																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; padding: 2px;">DATA</th> <th style="text-align: left; padding: 2px;">PRESCRIÇÃO MÉDICA</th> <th style="text-align: left; padding: 2px;">EVOLUÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">23</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">1) DIETA livre</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">#ORTOPEDIA</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">10</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">2) SF 0,9% 1.000 ml EV 24 h</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">3º DIH</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">16</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">3) Diprofoma 01 amp. + AD EV 6/6 h</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">EGB, consciente, orientado, estável, sem distensões.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">4)</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">Tilatil 40 mg + AD EV 12/12 h</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">06</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">5)</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">Omeprazol 40 mg EV 1 a 2x dia</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">18</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">6)</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">Neurolept 8 mg + AD EV 8/8 h</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">SN</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">7)</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">SSVV + CGCG</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">CT</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">8)</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">Clexane 40 mg SC 1x dia</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">18</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 10px;">  </td> </tr> </tbody> </table>			DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	EVOLUÇÃO	23	1) DIETA livre	#ORTOPEDIA	10	2) SF 0,9% 1.000 ml EV 24 h	3º DIH	16	3) Diprofoma 01 amp. + AD EV 6/6 h	EGB, consciente, orientado, estável, sem distensões.	4)	Tilatil 40 mg + AD EV 12/12 h	06	5)	Omeprazol 40 mg EV 1 a 2x dia	18	6)	Neurolept 8 mg + AD EV 8/8 h	SN	7)	SSVV + CGCG	CT	8)	Clexane 40 mg SC 1x dia	18			
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	EVOLUÇÃO																														
23	1) DIETA livre	#ORTOPEDIA																														
10	2) SF 0,9% 1.000 ml EV 24 h	3º DIH																														
16	3) Diprofoma 01 amp. + AD EV 6/6 h	EGB, consciente, orientado, estável, sem distensões.																														
4)	Tilatil 40 mg + AD EV 12/12 h	06																														
5)	Omeprazol 40 mg EV 1 a 2x dia	18																														
6)	Neurolept 8 mg + AD EV 8/8 h	SN																														
7)	SSVV + CGCG	CT																														
8)	Clexane 40 mg SC 1x dia	18																														
																																





SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES

### DIAGNÓSTICO:

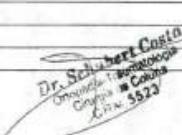
fx 1/3 dental firm (E)

PACIENTE: Maria Helena Alves Barbosa

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

Fig 8-3

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA		EVOLUÇÃO
11/01/2010	1) DIETA leve		
10/01/2010	2) SE 0,9% 1.000 ml EV 24 h		
10/01/2010	3) Dipirona 01 amp. + AD EV 1/6 h		
10/01/2010	4) Itrafil 40 mg + AD EV 12/12 h (d-09, 20 mg)		
10/01/2010	5) Omeprazol 40 mg EV 1x ao dia		
10/01/2010	6) Nauseodron 8 mg + AD EV 8/8 h SN		
10/01/2010	7) SSVV + CCGG		
10/01/2010	8) Cloraz 40 mg SC 1x dia		
10/01/2010	9) Tramal 100 mg EV 12/12 sed		
			#ORTOPEDIA
			2º DIH
			EGS, consciente, orientado, estável, sem distensões.





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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

*fx 4/3 dental flaccit*

Paciente	Maria Hilma Nunes	Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
22/10	1 - Dif. ta L. 1000 ml 2 - SF 0,9% 1000 ml EV 3 - T. Infil 20mg, EV 12/11/19 00 4 - Diphena 1000, EV, 6/64 00 5 - Claxane 400mg, SC, 1/11/19 09 6 - Furosem 400mg, EV 12/11/19 (50) 7 - Naxil 100mg CFA, EV 8/11/19 (50) 8 - SSUV e C.g.	10:00	<i>Reg, Estável</i> <i>Afebril</i> <i>AP: normovolêmico</i>	
			<i>CD =</i> <i>EVAM</i> <i>Exames pré-OP</i>	
	<i>Dr. Jefferson Libson L. A. Rocha</i> <i>Ortopedista e Traumatólogo</i> <i>CRM-RN 6657 - CRM-DF 10168</i>		<i>Dr. Jefferson Libson L. A. Rocha</i> <i>Ortopedista e Traumatólogo</i> <i>CRM-RN 6657 - CRM-DF 10168</i>	





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

15 a

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

F. Fernandes E

1. IDENTIFICAÇÃO

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

2. AVALIAÇÃO GERAL

12h Sinais vitais: Tax: 36,5 °C; P: 78 bpm; FR: 19 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): \_\_\_\_\_ | Drogas (Sedação/Analgesia): \_\_\_\_\_

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

Mobilidade Física:  Preservada  Paresia  Plegia  Parestesia Local:

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

Eupnêia;  Taquipnêia  Bradipnêia  Dispnéia  Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente:  Diminuidos  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 ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )	
Drogas vasoativas: ( ) Quais? _____ Precordialgia ( )	
Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: <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"/> Nogmolenso ( ) 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 PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<p><i>Radiado surtivo em MME ainda operatório com dor no aspecto.</i></p> <p><i>Urgente de Hemorragia</i>  <i>Tec. Entomologia</i>  <i>COREN-PB 452304</i></p> <p><i>20:00 7-36°C</i></p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
<p><i>Vera Leila Barbosa Aquino</i>  <i>ENFERMEIRA COREN 05501</i>  <i>DEUS É FIEL</i></p>	
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"/> Atentar 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 loco 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"/> 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 (mucosidades, edema, pulso e frequência cardíaca).		<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hidrílico.		
<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.	sempre	
<input type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.	sempre	<input type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.		
<input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.	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.; SOLAY,C.A.; SAE, 2 ed. 2011.





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: <u>Maria Helena N. Barbosa</u>	Registro:	Leito: <u>8-3</u>	Setor Atual:
--------------------------------------	-----------	-------------------	--------------

## 2. AVALIAÇÃO GERAL

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

## EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

## 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSÍCOBIOLOGICAS

## REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Mobilidade Física:  Preservada  Paresia  Plegia  Parestesia Local:   

Linguagem:  Qual?  Disfonia  Afasia  Disfásia  Disartria.

Obs:

## OXIGENAÇÃO

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

Eupnéia;  Taquipnêia  Bradipnêia  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

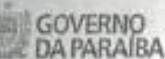
P脉:  Regular  Irregular  Impalpável  Filiforme  Cheio.



Pele: <input type="checkbox"/> Corada <input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudoresa <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? _____	
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: _____	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações: _____	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> NHO <input type="checkbox"/> NSNG <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 checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoalivos <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 type="checkbox"/> Normocorada <input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica <b>Turgor da pele:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input checked="" type="checkbox"/> Local/Aspecto: <u>laringe</u> Curativo em: <u>24/10/16</u>	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: <u>1/1</u>	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: <u>1/1</u>	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações: _____	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória <b>Higiene Corporal:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input checked="" 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 type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo: <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input checked="" type="checkbox"/> Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações: _____	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<p><u>T = 36,5°C</u></p> <p><u>20mmHg - T = 37°C</u></p> <p><u>Intervenções realizadas: Rx de fármacos, hidratação, oxigênio, monitoramento vital, limpeza e higiene.</u></p> <p><u>rx: Furosemida 40mg IV</u></p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Enfermeiro de plantão</i> Enfermeiro: COREN/RS 2271	DATA: <u>27/10/16</u> HORA: <u>20:00</u> h

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Fr. de 2019

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Ms. Helena N. Bonfim | Registro: | Leito: 5-3 | Setor Atual: 201

**2. AVALIAÇÃO GERAL**

Sinais vitais: Tax: 36,6 °C; P: 60 bpm; FR: 18 rpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 75 bpm; SPO2: 98%  
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: 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  Móticas  Midriáticas

Mobilidade 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 1 Comissura labial nº 1 FiO2 0,4 % PEEP 0 cmH2O

Eupnêia;  Taquipnêia  Bradipnêia  Dispnéia  Outros:

Ausculta 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 7,38 PCO<sub>2</sub> 40 PO<sub>2</sub> 95 HCO<sub>3</sub> 25 EB 0,8 SpO<sub>2</sub> 98 Data: 12/06/2019 Hora: 10:57

**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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quals?	Precordialgia <input type="checkbox"/>
Ausculta cardíaca: <input 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: Data da punção ____/____/____
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
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: 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"/> 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 dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica   Turgor da pele: <input 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: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória   Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado. <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada   Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo: <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<p>20:00h - RX - 344. Fc = 78b. Fazulha</p> <p>Jogo futebol no momento</p> <p>andie</p> <p>100-886</p> <p>24h de fome quando que comeu, segue no dia que</p> <p>andie</p> <p>100-886</p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
<p>Angela Maria da Silva Mota ENFERMEIRA CRF/RS 73231</p> <p>DATA: 06/10/16 HORA: ____ h</p>	

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





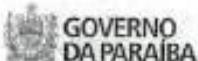
Paciente:				Enfermaria:	Leito:	Data: / /
DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO			CARACTERÍSTICAS DEFINidorAS	
1	Constipação	<input type="checkbox"/> Diuréticos ( ) <input type="checkbox"/> Desidratação ( ) <input type="checkbox"/> Estresse ( ) <input type="checkbox"/> Outro ( )		<input type="checkbox"/> Abdome distendido ( )	<input type="checkbox"/> Dor à evacuação ( )	<input type="checkbox"/> Outro ( )
		<input type="checkbox"/> Habilidades de evacuação irregulares ( ) <input type="checkbox"/> Lesão neurológica ( )		<input type="checkbox"/> Anorexia ( )	<input type="checkbox"/> Dor abdominal ( )	
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	<input type="checkbox"/> Fatores biológicos ( ) <input type="checkbox"/> Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ( )		<input type="checkbox"/> Cavidade bucal ferida ( )	<input type="checkbox"/> Diarréia ( )	<input type="checkbox"/> Outro ( )
		<input type="checkbox"/> Fatores psicológicos ( ) <input type="checkbox"/> Outro ( )		<input type="checkbox"/> Dor abdominal ( )	<input type="checkbox"/> Mucosas pálidas ( )	
3	Déficit no auto cuidado para banho	<input type="checkbox"/> Prejuízo neuromuscular ( ) <input type="checkbox"/> Dor ( ) <input type="checkbox"/> Fraqueza ( ) <input type="checkbox"/> Outro ( )		<input type="checkbox"/> Incapacidade de acessar o banheiro ( )	<input type="checkbox"/> Outro ( )	
		<input type="checkbox"/> Ansiedade ( )		<input type="checkbox"/> Incapacidade de lavar o corpo ( )		
4	Dor aguda	<input type="checkbox"/> Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ( )		<input type="checkbox"/> Alterações na pressão sanguínea ( )	<input type="checkbox"/> Outro ( )	
		<input type="checkbox"/> Outros ( )		<input type="checkbox"/> Relato verbal de dor ( )		
5	Hipertermia	<input type="checkbox"/> Anestesia ( ) <input type="checkbox"/> Desidratação ( ) <input type="checkbox"/> Trauma ( ) <input type="checkbox"/> Outro ( )		<input type="checkbox"/> Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ( )		
		<input type="checkbox"/> Aumento da taxa metabólica ( )		<input type="checkbox"/> Taquicardia ( )	<input type="checkbox"/> Taquipneia ( )	<input type="checkbox"/> Outro ( )
6	Integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Extermos de idade ( ) <input type="checkbox"/> Circulação prejudicada ( )		<input type="checkbox"/> Destrução de camadas da pele ( )	<input type="checkbox"/> Invasão de estruturas do corpo ( )	
		<input type="checkbox"/> Hipotermia ( ) <input type="checkbox"/> Imobilização física ( ) <input type="checkbox"/> Outro ( )		<input type="checkbox"/> Rompimento da superfície da pele ( )	<input type="checkbox"/> Outro ( )	
7	Mobilidade Física prejudicada	<input type="checkbox"/> Ansiedade ( ) <input type="checkbox"/> Desconforto ( ) <input type="checkbox"/> Rrigidez articular		<input type="checkbox"/> Dificuldade para virar-se ( )	<input type="checkbox"/> Dispnéia ao esforço ( )	<input type="checkbox"/> Outro ( )
		<input type="checkbox"/> Prejuízo músculo esquelético ( ) <input type="checkbox"/> Desuso ( ) <input type="checkbox"/> Outro ( )		<input type="checkbox"/> Movimentos descontrolados ( )		
8	Padrão respiratório ineficaz	<input type="checkbox"/> Ansiedade ( ) <input type="checkbox"/> Dor ( ) <input type="checkbox"/> Fadiga ( ) <input type="checkbox"/> Obesidade ( ) <input type="checkbox"/> Outro ( )		<input type="checkbox"/> Alterações na profundidade respiratória ( )	<input type="checkbox"/> Dispnéia ( )	
		<input type="checkbox"/> Outros ( )		<input type="checkbox"/> Batimento de asa de nariz ( )	<input type="checkbox"/> Ortopneia ( )	<input type="checkbox"/> Outro ( )
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	<input type="checkbox"/> Ascite ( ) <input type="checkbox"/> Queimaduras ( ) <input type="checkbox"/> Vômito ( ) <input type="checkbox"/> Diarréia ( )				
		<input type="checkbox"/> Drenos ( ) <input type="checkbox"/> Outros ( )				
10	Risco de infecção	<input type="checkbox"/> Aumento da exposição ambiental à patógenos ( ) <input type="checkbox"/> Procedimentos invasivos ( )	<input type="checkbox"/> Defesas primárias inadequadas ( ) <input type="checkbox"/> Outro ( )			
		<input type="checkbox"/> Outros ( )				
11	Risco de queda	<input type="checkbox"/> Mobilitade física prejudicada ( ) <input type="checkbox"/> Extremos da idade ( )	<input type="checkbox"/> Medicções ( ) <input type="checkbox"/> Agitação/Desorientação ( )			
		<input type="checkbox"/> Outros ( )				
12	Padrão de sono prejudicado	<input type="checkbox"/> Falta de privacidade/controle do sono ( ) <input type="checkbox"/> Ruido ( )	<input type="checkbox"/> Outro ( ) <input type="checkbox"/> Imobilização física ( )	<input type="checkbox"/> Mudança do padrão normal do sono ( )	<input type="checkbox"/> Outro ( )	
		<input type="checkbox"/> Outros ( )		<input type="checkbox"/> 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"/> Aferir glicemia capilar, anotar e mediar CPM. <input type="checkbox"/> Atender para as queixas de náusea e vômito (asotar, 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"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo. <input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor. <input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável. <input type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor. <input type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais. <input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação. <input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antieméticos, 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 criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade da ACM. <input type="checkbox"/> Analisar condições do cutâneo. <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 quemadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos. <input type="checkbox"/> Tocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar. <input type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações. <input type="checkbox"/> Utilizar técnica 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"/> Conter 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	12/12hs 6/6hs 6/6hs	<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/suficiente. <input type="checkbox"/> Melhora da perfusão tissular. <input type="checkbox"/> Fádras respiratórias eficaz. <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 queda. <input type="checkbox"/> Melhora do conforto sono. <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Outros

Assinatura do Enfermeiro(a): \_\_\_\_\_  
 Assinatura do Técnico de Enfermagem: \_\_\_\_\_

FONTE: NC 2010 CHAVEZLLD, SOLANGE; RIBEIRO, MARINA



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

*Ex. de fêmea*

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: **M<sup>2</sup> Helena N. Barbosa** | Registro: | Leito: **8-3** | Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

19. 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): **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"/> Precordalgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Ritmica <input type="checkbox"/> Arritmica <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"/> 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"/> Liquida <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>	
Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVAIIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de 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 urinális no local de trocas.	
20:00 T - 37°C	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 25/10/2016 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"/> Alertar 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"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		<input type="checkbox"/> Auxílio diário às necessidades de higiene.
<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 antidiárticos, 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 curalivo.		<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"/> Melhora da perfusão tissular.
<input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		<input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Observar e anotar condições da perfusão periférica (coloração e temperatura).		<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.		
<input type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
<input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	72/72 horas	<input checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input checked="" type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.	diário	
<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 de sono.
<input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.		<input checked="" type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.		
<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.D., SOLVAC, A.; RAE, 2 ed. 2013.

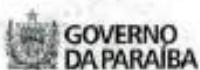


Assinado eletronicamente por: MELISSA DA COSTA BARROS - 12/06/2019 09:57:42

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

Número do documento: 19061209574198900000021315355

Num. 21948484 - Pág. 1



## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maria Almeida N. Barbosa Registro: \_\_\_\_\_ 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): \_\_\_\_\_ Drogas (Sedação/Analgesia): \_\_\_\_\_

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

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

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

Obs:

##### OXIGENAÇÃO

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

Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) 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

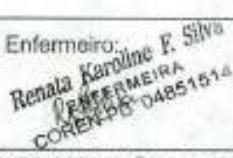
Alteração: ( ) Visão ( ) Audição ( ) Tato ( ) Olifato ( ) Paladar Observação:

##### SEGURANÇA FÍSICA

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

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )	
Drogas vasoativas: ( ) Quais? _____ Precordialgia ( )	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitórb ( ) 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.	
Definição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> NHO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: ( ) Inapetênciā ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados	
Eliminação intestinal: ( ) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há 3 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: <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 ( ) 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><del>xxxx = Problema de dor no lado esquerdo, intensidade 3/10. Dor que desaparece com a ingestão de analgésicos.</del></p> <p><del>xxxx = Problema de dor no lado direito, intensidade 3/10. Dor que desaparece com a ingestão de analgésicos.</del></p> <p><del>xxxx = Problema de dor no lado esquerdo, intensidade 3/10. Dor que desaparece com a ingestão de analgésicos.</del></p> <p><del>xxxx = Problema de dor no lado direito, intensidade 3/10. Dor que desaparece com a ingestão de analgésicos.</del></p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
	
DATA: 24/10/2016 HORA: ____ h	

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





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

02.

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: M. Juliana A. 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 PSICOBIOLOGICAS

## 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

Eupnéia;  Taquipnégia  Bradipnégia  Dispnégia  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 type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos, <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordialgia ( )	
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"/> Caquético <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 interrompido. 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 - 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>Henry Felipe Meus</i>	Registro:	Leito: 8-3	Setor Atual: <i>Int</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>20/10/16</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"/> JDM <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): *TP reto*

#### 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"/> Torporoso <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"/> Fotorreagentes <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midráticas
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"/> Disfasia <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 | Expectorção:  Quantidade e aspecto:

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

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

Gasometria arterial: PH 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:



<b>SEGURANÇA FÍSICA</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo ( ) Risco de queda. Observação: *	
<b>REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR</b>	
Pulso: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Fíliforme ( ) Cheio Pele: ( ) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos ( ) >3 segundos ( ) Turgência jugular ( )	
Drogas vasoativas: ( ) Quais?	Precondigia: ( )
Ausculta 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: ( ) V.O. ( ) SNG ( ) SNF ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT Hora: _____ Data: / / /	
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros: _____	
Abdômen: ( ) Normotensão ( ) Distendido ( ) Tense ( ) Ascítico ( ) Outros: _____	
RHA: ( ) Normativos: ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados	
Eliminação intestinal: ( ) Normal ( ) Liquida ( ) Constipado há _____ dias ( ) Outros: _____	
Eliminação urinária: ( ) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD: Débito _____ ml/h	
Aspecto:	Observações: _____
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condíção da pele: ( ) Integra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomes ( ) Escorições ( ) Outro: _____	
Coloração da pele: ( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservado	
Condições das mucosas: ( ) Umidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( )	
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: _____ Curativo em: / / /	
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: / / /	
Ulcera 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: ( ) Acaixonado ( ) cadeira de rodas ( ) Outro: _____	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
( ) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrumpido. 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 familiar/visita ( ) Outros: _____	
<b>7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações: _____	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b> 14h <i>apunh. operatório dire OBS et hister</i> <i>de 10 punh.</i> <i>10:00h = TDX 2-316</i> <i>depois queimadura</i> <i>10:30h</i> <i>10:30h</i> <i>10:30h</i> <i>10:30h</i>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____ DATA: 22/10/16 HORA: 14 h	

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo local. 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



**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