



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
MARIA HELENA NUNES BARBOSA (AUTOR)	JAILSON GOMES DE ANDRADE FILHO (ADVOGADO) MELISSA DA COSTA BARROS (ADVOGADO)
FRANCISCO BARBOSA SOBRINHO (REPRESENTANTE)	JAILSON GOMES DE ANDRADE FILHO (ADVOGADO) MELISSA DA COSTA BARROS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

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

Petição e documentos em anexo.





**EXCELENTÍSSIMO 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 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





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 transcrito:





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 pela 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 detrimento 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 e legislação consolidada.

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

Dá-se à causa o valor de 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

Danos Corporais Totais Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	Percentual da Perda
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100% (CEM POR CENTO)
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 esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	
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	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	Percentuais das Perdas
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
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	Percentuais das Perdas
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 326.945.44-94, neste ato representada por seu genitor Francisco Barbosa Sobrinho, CPF nº 459.764.74-04, residente e domiciliado no Sítio Milhan, S/N, Área Rural, Barra de Santa Rosa/PB.*

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

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

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

Cuité-PB, 17 de julho de 2017.

Francisco Barbosa Sobrinho

OUTORGANTE







Cláudia Cislina dos Santos

Escriturã e

Oficial do Registro Civil

Barra de Santa Rosa - PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL

ESTADO D A PARAIBA
COMARCA D E BARRA DE SANTA ROSA
MUNICÍPIO D E BARRA DE SANTA ROSA
DISTRITO D E BARRA DE SANTA ROSA.
CEL. CICERA CIBILHA DOS SANTOS

Oficial B do Registro Civil

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Nº 17476.

Fls. 44-vs.

CERTIFICO que no dia A-17 de julho de 2001,
no dia 26 do mês de julho de 2001,
o registro de MARIA HELENA NUNES BARBOSA,
do sexo feminino,
às 20 horas e 30 minutos, em a Maternidade AFMIF, na
Cidade de Picuí - Paraíba,
filha de Francisco Barbosa Sobrinho, agricultor, e de
Maria das Graças Nunes Barbosa, agricultora, ambos
residentes no sítio Nilha, deste Município,
são avós paternos Antônio Barbosa da Silva,
e Maria Roseno da Silva,
avós maternos Severino Martins Nunes,
e Maria das Mercês Oliveira Nunes,
foi declarante A genitora da registrada,
Testemunhas as constantes do termo,
as constantes do termo

O referido é verdade e dou fé

Observações:

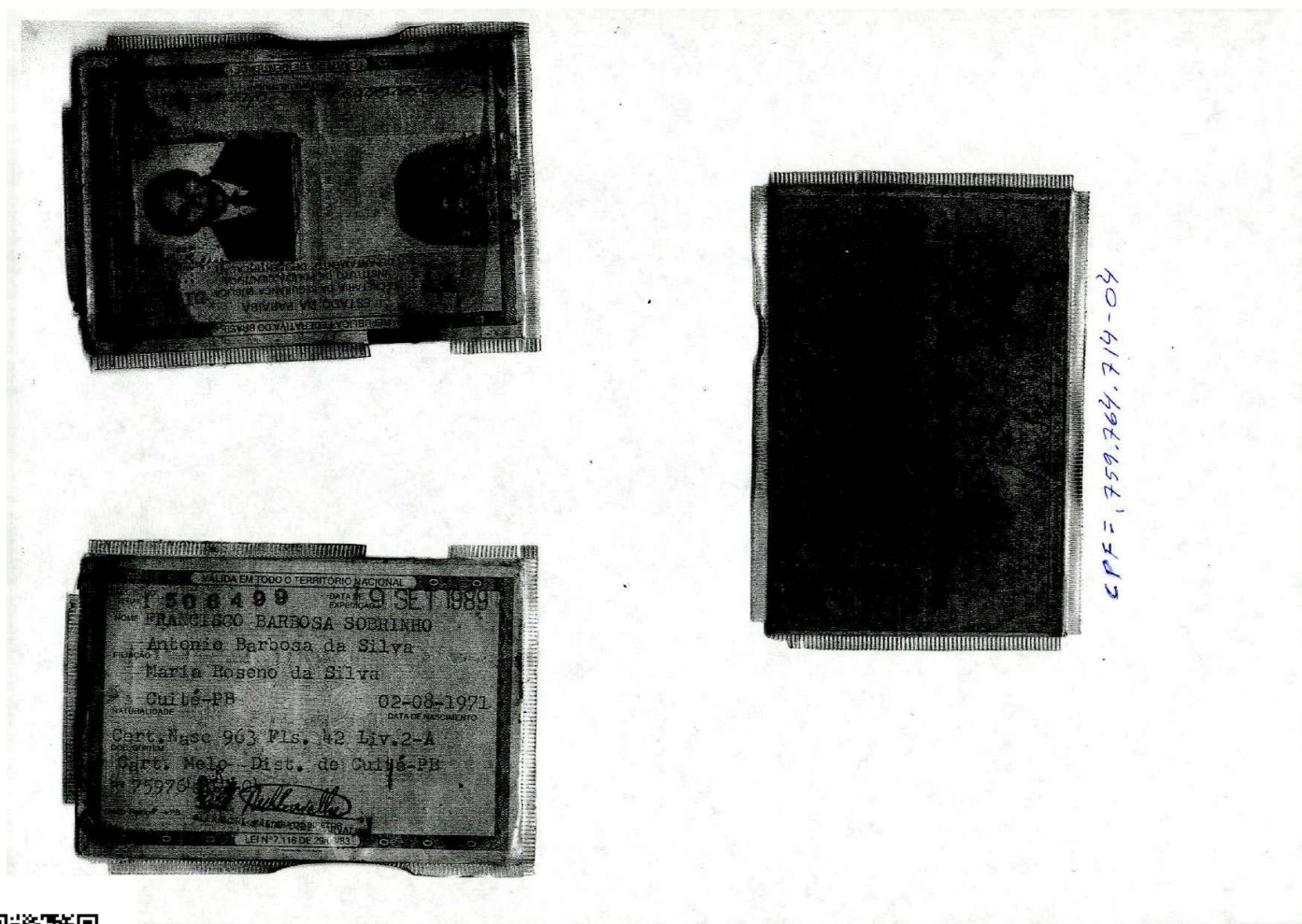
Barra de Santa Rosa 26 de julho de 2001.

Cláudia Cislina dos Santos

Oficial do Registro Civil

VITIM





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

Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICO 9/230 V, 25 A
Roteiro: 11 - 107 - 451 - 3740 Referência: Mai/2017
Nº medidor: 0000077838 Emissão: 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 Nº000.920.114
Código para Débito Automático: 00004481488

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/648148-5

Canal de contato

Mai / 2017

Apresentação

18/05/2017

Data prevista da próxima leitura

Declaração de Quitação Anual de Débitos:
Conforme previsto na Lei 12.007 de 28 de julho de 2009, informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2016 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

20/06/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

75978471404

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 18/04/17	Data 18/05/17	1	51	30
Leitura 9385	Leitura 9436			

Faturas em atraso

Demonstrativo

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

Histórico de Consumo (kWh)

Abr/17	58
Mai/17	73
Jun/17	58
Jul/17	95
Out/16	60
Nov/16	90
Dez/16	60
Jan/17	51
Fev/17	63
Mar/17	57
Abr/17	60
Mai/17	78
Jun/17	78

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

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

25/05/2017

R\$ 20,26

Média dos últimos meses
66

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade 2/2017 - Cuid

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	10,87	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	21,74	220
DIC ANUAL	43,48	CONTRATADA
FIC MENSAL	1,97	202
FIC TRIMESTRAL	15,34	LIMITE INFERIOR
FIC ANUAL	30,89	231
DMIC	5,88	LIMITE SUPERIOR
DMIC	18,50	

Composição do Valor Total da sua

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia PD	3,59	17,72
Compra de Energia	4,64	23,06
Serviço de Transmissão	0,25	1,25
Encargos Setoriais	1,28	6,37
Impostos Diretos e Encargos	10,29	50,79
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	20,26	100,00

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

ATENÇÃO

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



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

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061209574120500000021315348

Número do documento: 19061209574120500000021315348

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
MARIA DAS GRACAS NUNES BARBOSA

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

L-253

Maria das Graças Nunes Barbosa

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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

Assinatura
Maria das Graças Nunes Barbosa

MARIA DAS GRACAS NUNES BARBOSA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
Emitido em : 17/08/98

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

HEGUE
MARIA DAS GRACAS NUNES BARBOSA

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

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

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

036.327.784-69

0+

Barbosa





BOLETIM DE OCORRÊNCIA VERSANDO SOBRE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO
Nº 08/2017

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

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

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

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

TESTEMUNHA (S):

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

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

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

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: LAVRATURA DO PRESENTE BOLETIM.

AUTORIDADE:

DECIO DE SOUZA LIMA FILHO
DELEGADO DE POLÍCIA

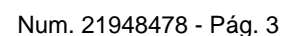
COMUNICANTE: Maria das Graças Nunes Barbosa

VITIMA: Maria Helena Nunes Barbosa

ESCRIVÃO:



Selo Digital: **AEX26049-31W2**



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.

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



8-3 Maria Helene Nunes

8-03

24.10.16 = Maria dos Graços Nunes Barbosa

22.10.16 = Maria dos Graços Nunes Barbosa

23.10.16 = Maria dos Graços Nunes Barbosa

24.10.16 = Maria do Socorro Bezerra Silva

25.10.16 = Maria do Socorro Nunes Barbosa

26.10.16 = Maria do Socorro Nunes Barbosa

27.10.16 = Maria dos Graços Nunes Barbosa

28.10.16 = Maria dos Graços Nunes Barbosa





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

DECLARAÇÃO

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

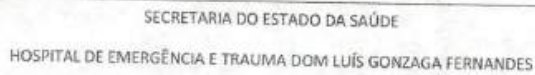
Picuí - PB, 08 de Março de 2017.


Cicera Gomes de Medeiros Oliveira
Assistente Social - CRAS 1350
CNS 289 1454 4935 0001 01

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







for given distal

ENFERMARIA: RED LEITO 8-3

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	EVOLUÇÃO
29/10/16	1) DIETA <i>líquida</i> 2) SF 0,9 % <i>2000</i> ml EV 24 h 3) Dipirona 01 amp. + AD EV 6/6 h 4) Tilactil 40 mg + AD EV 12/12 h <i>diq, 20 mg</i> 5) Omeprazol 40 mg EV 1 x ao dia 6) Nauseadron 8 mg + AD EV 8/8 h 7) SSVV + CCGG 8) <i>Clotase 40 mg 8x 1x dia</i> 9) <i>Insulina 100 mg + 100 ml SF 0,9% EV 8/8 h</i> 10) <i>Ceftriaxona 1g EV 12/12 h</i>	#ORTOPEDIA q# DIH EGB, consciente, orientado, estável, sem distúrbios. <i>ptta Hospitalar</i>
	<i>Dr. Schubert Costa</i> <i>Ortopedia - Traumatologia</i> <i>Unidade de Pronto Socorro</i> <i>Hospital de Câncer</i> <i>UFPA 5523</i>	<i>Dr. Schubert Costa</i> <i>Ortopedia - Traumatologia</i> <i>Unidade de Pronto Socorro</i> <i>Hospital de Câncer</i> <i>UFPA 5523</i>





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Ex. físico detalhado

Paciente	Mariana Helena N. Barbosa	Alojamento	PEP	Leito	8-3	Convênio	
Data	Prescrição Médica	Horário			Evolução Médica		
28	1) Dor de Lombar					# Entorpidão	
10	2) Dipirona 50 amp + MD EV 6/6h	12	12	24	06	ESG, consistente, atípica, n/d de contusão	
16	3) Tiotabid 20 mg + MD EV 12/12h	12	12	24	06		
	4) SF 0,9% 3.000 ml EV 12/12h		12		06		
	5) Paracetamol 20 mg VO 6h		12		06		
	6) Tramal 100 mg + 100 ml SF 0,9% EV 8/8h SV	06	12	06	06	CA: A/Hg Anomalia C/ATD	
	7) Clotixona 1 g EV 12/12h		12		06		
	8) Clotixona 90 mg SC 1x dia		12				
	9) SSUV + CCEG	12					
	10) Atroco 4mg/50ml	12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					
		12					</

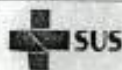
Melissa da Costa Barros
12/06/2019

Melissa da Costa Barros
12/06/2019



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DE
TRAUMA DE CAMPINA GRANDE-PB

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
DE CAMPINA GRANDE-PB



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

M^o H. H. Nomes

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

254.227

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

710105103131061715171

8 - DATA DE NASCIMENTO

14/10/101

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Feme. ☒ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Althaus, zona rural.

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bom Jardim de Santa Rosa

14 - COD. BGE MUNICÍPIO

15 - UF

PB

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Don, Dor, Dor, dor e edema
em tornozelo (E), após trauma
contuso

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico

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

Rotura fibrosa e Radiológica

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura fibrosa distal (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

29/10/16

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

Dr. Jefferson Lins de A. Rocha
Especialista em Traumatologia
CRM RN 5657 - CRM PB 10168

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNIE DA EMPRESA

41 - CSOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

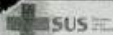
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

509



GOVERNO
DA PARAIBA

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



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 00023671

CNPJ: 08-778.268/0001-60

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

Município: CAMPINA GRANDE

Estado: PARAIBA

UF: 25

DADOS DO PACIENTE

PRONTUÁRIO Nº: 1342765

Nome: MARIA HELENA NUNES BARBOSA

Sexo: FEMININO

Profissão: ESTUDANTE

Documento: 700503351051757 SUS

End.: SÍTIO MILHAR

Bairro: ZONA RURAL

Município: BARRA DE SANTA ROSA

Estado: PB-EP

Data Atendimento: 21/10/2016

18:20h

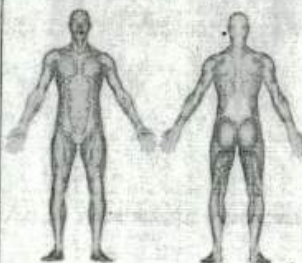
Código do Município: 250160

Cartão do SUS: DATA NASCIMENTO: 14/07/2001

QUEIXAS: FRATURA

MECANISMOS DO TRAUMA

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



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

OBS.:

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

DIAGNÓSTICO ICD:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

ATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotoreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow: PA HGT: Sato:

EXAMES SOLICITADOS:

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ ss _____ hs Dia _____ / _____ / _____
Especialista: _____ ss _____ hs Dia _____ / _____ / _____

MÉDICO SOLICITANTE:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUITAS		HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO



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

DESTINO DO PACIENTE:

() Centro cirúrgico:

() Internação (setor):

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL:

dia _____ hs. _____

() Alta hospitalar { () A revisão
() Decisão médica

() Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Maria Helena Xunes Barbosa		
End:	R	Bairro:	Paraíba
Data de Nascimento:	29.07.50	Documento de Identificação:	
Queixa:	Data do Atend.: 21.10.16	Hora:	18:20
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Fratura de Fêmur

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

MOD. 119

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

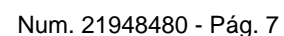
() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



FRATURA DE

Dr. João Paulo Moreira Nogueira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9551



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:					
Nome: Maria Helena Nunes Barbosa D.N. 14/07/2001					
QI	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO	
		Sus	15 anos	1842765	
CIRURGIA T.T.O. Cirurgico, c/fixação			CIRURGIÃO Dr. Alisson + Dr. João Paulo + Dr. Eduardo		
Fratura de Fêmur M.I.E.			ANESTESIA Dr. Roberto		
ANESTESIA Raquel					
INSTRUMENTADORA Laris		DATA 24/10/16	INICIO 10h, 20'	FIM 12h, 10'	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.		Calef. p/ Oxp.		Catgut cromado Serfix
	Atropina amp.		Calef. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serfix
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Serfix
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolanina amp.		Colonoide		Catgut Simples Serfix
01	Etano ml Midazolam		Dreno		Catgut Simples Serfix
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Serfix
1ml	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
01	Inova ml C lamidin		Dreno Pezzer nº		Ethibond
	Ketalar ml		Equipo de Macrogolas		Ethibond
01	Mercaina 0,5 % ml		Equipo de Macrogolas		Ethibond
	Nubahin amp.		Equipo de Sanguis		Fio de Algodão Serfix
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Serfix
	Prosignine amp.		Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutapak
	Protosido l/m		Furacin ml		Fio de Algodão Sutapak
	Quelicin ml		Gaze Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca
	Rapifen amp.		H ₂ O ml	02	Mononylon 2-0 "
	Thionembital ml		Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix
Qtd.	MEDICAÇÕES *		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix
04	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix
02	Dipirona amp.		Luvas 7.0	02	Vicryl Serfix 0 "
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Serfix
	Fiehocord amp.		Luvas 8.0		Vicryl Serfix
	Geramidna amp.		Luvas 8.5		
	Glicose amp.		Oxigênio l/m p/min		
	Gucon de Cálcio amp.		Poliifix		
	Haemasep ml		PVPi Degemante ml		
	Heparina ml		PVPi Tópico ml	Qtd.	SOROS
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico	02	SG Normotérmico fr 500 ml "
	Lasix amp.		Saco coletor Lixo/hospitalar		SG Gelado fr 500 ml
	Medrotinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertermico fr 500 ml
02	Reel amp Nausecton		Seringa desc. 20 ml	02	SG Ringr fr 500 ml "
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml	04	SG fr 500 ml P / limpeza ""
	Revivan amp.		Sonda		
	Suptanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
09	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica	01	Placa c/ 12 furos
01	Efedrina		Sonda Uretral nº	08	Parafusos
01	Tenoxicam 20mg		Sterydrom ml		Verba nota da empresa
			Tomeirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
	Agulha desc. 25 x 7		Gecon 18		
03	Agulha desc. 25 x 28 - 40 x 40		Látex	005.	Cliente veio c/ venoclise
	Agulha desc. 3 x 4,5				
	Agulha p/ raque nº 25				
05	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
06	Ataduras de Crepon 10cm				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

GOVERNO DA PARAIBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOZ LUIZ GONÇALVES FERREIRA

Maria H. ARBÚCLANTE RESPONSÁVEL





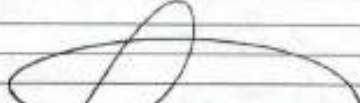
Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Marta Helena Nunes Barbosa		Idade:	33	
Convênio:	SUS		Data:	27/10/36	
Procedimento:	tto cirúrg c/ fixação de fêmur				
Cirurgião:	Dr. Nelson	Auxiliar:	Dr. João Paulo	Anestesista:	Dr. Roberto
Início:	10,20'	Término:	12,40'	Anestesia:	Raque

[illegible][illegible]

Observações:

Rel. constante e mantida, resp. mantida voluntariamente.
34 mems. Sem queixos. Oligo de 3 EPA.



Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operações

MCD, 103





TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

Critério para alta de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0		
Movimenta 2 membros = 1		
Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia - 0		
Respiração Limitada, Dispnéia = 1		
Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0		
PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1		
PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0		
Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1		
Sat O ₂ < 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0		
Despertado ao chamado = 1		
Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS		10

Assinatura Anestesista



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº ACIDENTADO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME	Migueli Helena dos Santos		IDADE	754
DATA		11/10/16		SEXO	F	COR
TIPO SANGÜÍNEO		TIPO SANGÜÍNEO	PULSO	80	RESPIRAÇÃO	10
TEMAS		HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	COLÓIDEA	UREIA	ALTURA
URINA						OUTROS
AP. RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE
AP. CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO		DENTES	PERIÚCIO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL		ATMOSFERA	CORTICÓIDES	ALERGIA	NA	HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		Fratura de fêmur		ESTADO PRÉ-OPERATÓRIO	Boa	Boa
ANESTESIAS ANTERIORES						
EDUCAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO
AGENTES ANESTÉSICOS		10:10				
LÍQUIDOS		F-1000 M-1000				
CÓDIGOS		VP ARTERIAL O PULSO O RESPIRAÇÃO AX ANESTESIA O OPERAÇÃO				
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		Propriedades 1) O ox de fêmur 2) O condroscopia 3) O max inferior				
POSICÃO		Prone				
AGENTES		Propriedades, Phosphorane + Clorid				
TÉCNICA		Propriedades, Phosphorane + Clorid				
OPERAÇÃO		Fratura de fêmur de 11 cm				
CIRURGIÃO		Dr. Eduardo				
ANESTESISTA		Dr. Roberto M. Alves				
OBSERVAÇÕES		Um 3012				
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS						
PERDA SANGÜÍNEA						

166

FOLHA DE ANESTESIA - GRP





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

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

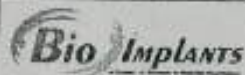
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1/
2/
3/
4/
5/
6/
7/
8/
9/

Dr. João Paulo Campos Mendes
Otorrinolaringologista
CRM-PA 1551

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

6552

Hospital: de Emergência e Trauma de P. Grande Código: _____Procedimento: Trat. da fratura de fêmur distal Cód. Procedimento: _____Paciente: Maria Helena Nunes BarbosaData da Cirurgia: 27/10/16 Nº prontuário: 1392765 Convênio: _____Cirurgião: Dr. Edolimar Código: _____ ☒ Reposição ☐ Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

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

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

								Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (4,5) mm	Nº	30	42	56	68				
	Qtd	01	01	01	01				
	Cód								
Parafuso Cortical (5,0) mm <u>bloqueado</u>	Nº	30	36	50					
	Qtd	01	02	01					
	Cód								
Parafuso Esponjoso 4,0 mm	Nº								
	Qtd								
	Cód								
Parafuso Esponjoso 6,5 mm R/16 Curta	Nº								
	Qtd								
	Cód								
Parafuso Esponjoso 6,5 mm R/32 Longa	Nº								
	Qtd								
	Cód								
Parafuso Maleolar 4,5 mm	Nº								
	Qtd								
	Cód								

OBS: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATORIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

Anotações do Médico

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FX from

Paciente	Marina Helena Nunes Barbosa	Alojamento	8	Leito	3	Convênio	
----------	-----------------------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
25 19 16	① dieta livre ② SF 0,9% 1000ml EV 24h ③ dipirona de amp + AD EV 6/6h ④ folicil 20mg + AD EV 12/12h ⑤ Omeprazol 40 mg EV 1x/dia ⑥ Neuregen 8mg + AD EV 6/6h SC ⑦ Clonazepam 40mg SC 1x/dia ⑧ SSVV + CC GG		# Intoxicação - S- DIT - EAT, consciente, ateuvel, ol distintua. CO: NAB



DIAGNÓSTICO:

Fr. L. Comen

PACIENTE: Maria Helena Nunes Barbosa

ENFERMARIA: 8 LEITO 3

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	EVOLUÇÃO
24	1) DIETA livre	
30	2) SF 0,9 % 1.000 ml EV 24 h	
16	3) Dipirona D1 amp. + AD EV 6/6 h	
	4) Tilatil 40 mg + AD EV 12/12 h	
	5) Omeprazol 40 mg EV 1x ao dia	
	6) Nausectron 8 mg + AD EV 8/8 h	
	7) SSVV + CCGG	
	8) Clonazepam 40 mg SC 1x ao dia.	



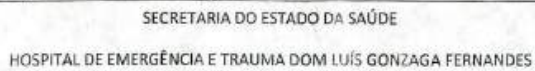
DIAGNÓSTICO: _____

Prod 8.3

PACIENTE: Maria Helena Nunes Barbosa * ENFERMARIA: LEITO:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	EVOLUÇÃO
23	1) DIETA <i>leve</i>	
10	2) SF 0,9 % <i>1.000</i> ml EV 24 h	
16	3) Dipirone 01 amp. + AD EV 6/6 h	
	4) Tilatil 40 mg + AD EV 12/12 h <i>1 dgo, 2022</i>	
	5) Omeprazol 40 mg EV 1 x ao dia	
	6) Nauseidron 8 mg + AD EV 8/8 h <i>SN</i>	
	7) SSVV + CCGG	
	<i>Clonazepam 40 mg SC 1x dia</i>	
	<i>Dr. [illegible] Costa</i> <i>[illegible]</i> <i>[illegible]</i>	



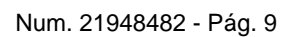


Fx $\frac{1}{3}$ dental firm (E)

ENFERMARIA: obs - pediátrica LEITO:

Dr. Schubert Costa
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Coluna
C.F.R. 5523

Mr. Schmitt Cost
Cuba 1923



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

$F_X \frac{1}{3}$ distal flower

Paciente	Maria Helena Nunes	Alojamento		Leito		Convênio	
----------	--------------------	------------	--	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
2/10	1- Dieta Líquida VO 2- SF 0,2% 200ml EV 3- Filutril 20mg, EV 4- Dipirona 1000mg, EV 5- Claxone 300mg, SC 6- Normal 400mg, EV 7- Narcoxon 100mg, EV 8- SSUVA C.g.	12/12/14 08:00 12/12/14 09:00 12/12/14 09:00 12/12/14 09:00 12/12/14 09:00 12/12/14 09:00 12/12/14 09:00	REG, Estável Af. Sin. l AP Neurovascular ds



15^a
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

F. Ferreira E

1. IDENTIFICAÇÃO

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

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,3 °C; P: 78 bpm; FR: 19 irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

Aspiração: Quantidade e aspecto:

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()			
Drogas vasoativas: () Quais?		Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>MS D</u> Data da punção: <u> / / </u>			
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa () Incompleta () Prótese.			
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> JVO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: <u> </u> Data: <u> / / </u>			
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:			
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:			
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados			
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há <u> </u> dias () Outros:			
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD; Débito <u> </u> ml/h;			
Aspecto: () Outros:		Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: () Íntegra () 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: <input checked="" type="checkbox"/> Local/Aspecto: <u>MIE (Femur)</u>		Curativo em: <u>28/10/16</u>	
Dreno: () Tipo/Aspecto:		Débito: Retirado em: <u> / / </u>	
Úlcera de pressão: () Estágio:		Local: Descrição: Curativo: <u> / / </u>	
CUIDADO CORPORAL			
Cuidado corporal: () Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente () Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.			
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado () Cadeira de rodas () Outro:			
SONO E REPOUSO			
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:			
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada		Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:			
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE			
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:			
INTERCORRÊNCIAS			
<u>Realizado curativo em MIE ferida operatória com buon</u>			
<u>aspecto.</u>			
<u>20:00 T-36°C</u>			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Vera Lúcia Barbosa Aquino</u> DATA: <u>28/10/16</u> HORA: <u> </u> h			
ENFERMEIRA COREN 86601			
DEUS É FIEL			

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



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.		<input type="checkbox"/> Obtenção da eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
<input type="checkbox"/> Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		<input type="checkbox"/> Melhora a acotação alimentar.
<input type="checkbox"/> Alertar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
<input type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.		<input type="checkbox"/> Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.	diário	
<input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
<input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
<input type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor.		<input type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente).
<input type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais.	12 18 24 06	
<input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		<input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.		<input type="checkbox"/> Melhora da integridade da pele.
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.		<input type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		<input type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.		<input type="checkbox"/> Melhora da perfusão tissular.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.		<input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.		<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		
<input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).	sempre	
<input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.	sempre	
<input type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.	sempre	<input type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	CPM	
<input type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		<input type="checkbox"/> Outros
<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		

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Instituição do Técnico de Enfermagem:

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



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

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061209574182600000021315354>

Número do documento: 19061209574182600000021315354

8-3



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

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

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () 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 Expectorção: () Quantidade e aspecto: _____

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ms. Milene N. Barbosa Registro: _____ Leito: 8-3 Setor Atual: geral

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,4 °C; P: _____ bpm; FR: _____ lpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %
HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () MidríaticasMobilidade Física: ☒ Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: _____

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos <input type="checkbox"/> > 3 segundos <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? 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"/> 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"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há ____ dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h:	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Íntegra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica 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	
do: 09/07 = TAX 11-372. FC 77 bpm FA 100 bpm	
dego fraco no momento	
4/08/16. Paciente querida por Amado, segue em dieta zero	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 06/10/16 HORA: ____ h	

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



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



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

Assinatura do Enfermeiro(a):

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

Fonte: MEC 2016. CHAVES, L. D. SOLAÇÃO. 2016.



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

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061209574182600000021315354

Número do documento: 19061209574182600000021315354

Fx. de femur

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: M^{te} Helena W. Barbosa Registro: Leito: 8-3 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

12h Sinais vitais: Tax: 36,7 °C; P: 80 bpm; FR: 20 irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

Aspiração: Quantidade e aspecto:

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

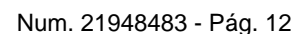
() Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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 assimilação alimentar.
<input type="checkbox"/> Atentar glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Atentar para as queixas de náuseas e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		
<input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
<input type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.		<input type="checkbox"/> Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
<input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
<input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
<input type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor.		<input type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente).
<input type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais.		
<input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.		<input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.		
<input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		<input type="checkbox"/> Melhora da integridade da pele.
<input type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.		<input type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.		
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.		<input type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		
<input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		<input type="checkbox"/> Melhora da perfusão tissular.
<input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		<input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		<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.	sempre	
<input type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
<input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		<input checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas.		
<input type="checkbox"/> Conter o paciente quando necessário.		
<input checked="" type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.	sempre	<input checked="" type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.		
<input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.		<input checked="" type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros		<input checked="" type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Assinatura do Técnico de Enfermagem:

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



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

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

Número do documento: 19061209574198900000021315355

Num. 21948484 - Pág. 1

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maua Helena N. Barbosa Registro: _____ Leito: 8.3 Setor Atual: Pediatria

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

☒ Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros: _____

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()			
Drogas vasoativas: () Quais?		Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização:		Data da punção: ____/____/____	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
Defecção: () Completa () Incompleta () Prótese.			
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: ____ Data: ____/____/____			
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:			
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:			
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados			
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há 3 dias () Outros:			
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ____ ml/h;			
Aspecto: () Outros:		Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: () Íntegra () 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: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL			
Cuidado corporal: () Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente () Parcialmente dependente. Observações:			
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória		Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:			
SONO E REPOUSO			
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:			
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada		Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo;	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:			
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE			
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:			
INTERCORRÊNCIAS			
<p><i>1000 = Realização de teste no laboratório.</i></p> <p><i>um quilo no momento de entrada e saída.</i></p> <p><i>4000 T=36.2</i></p> <p><i>uma vez por dia.</i></p>			
<p>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Renata Karoline F. Silva</i></p> <p><i>ENFERMEIRA</i></p> <p><i>COEFID 04851514</i></p>			
DATA: 24/10/2016		HORA: ____ h	

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



8-3



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

194

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: M. Helena N. Barbosa Registro: Leito: Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

12h Sinais vitais: Tax: 36,1 °C; P: 80 bpm; FR: 19 irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
 HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

Aspiração: Quantidade e aspecto:

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () < 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização:	Data da punção: ____/____/____
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora:	Data: ____/____/____
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:	
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas	
Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto:	Curativo em: ____/____/____
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: () Estágio:	Local: Descrição: Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: () Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
20:00 T 34,4C	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Liliana Barbosa de Albuquerque Enfermeira COREN 323655	
DATA: 23/10/16	HORA: ____ h

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



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Mauro Helene Nunes Registro: 8-3 Setor Atual: huf
Idade: 50 Sexo: M Cor: Estado Civil: Naturalidade: Profissão:
Procedência: () Vermelha () Amarela () Verde () UTI () CC () Ala: 2210,16 Residência () Outro
Data da internação hospitalar: 20/10/16 Data da internação no setor: 22/10/16
Tem um cuidador/Responsável: () Quem? Mae
Telefone: Tem acesso a uma UBS: () Qual:

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar): hp náusea

4. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

Obs:

OXIGENIZAÇÃO

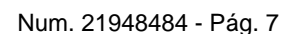
Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O
() Expnéia () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E
Ruídos adventícios: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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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



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





Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Barra de Santa Rosa

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800283-20.2019.8.15.0781

DESPACHO

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

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

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

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

Cumpra-se.

BARRA DE SANTA ROSA, 22 de junho de 2019.

FABIO BRITO DE FARIA

Juiz(a) de Direito



EM ANEXO.



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

PROCESSO Nº 0800283-20.2019.8.15.0781
AUTOR(a): MARIA HELENA NUNES BARBOSA

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

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

Nestes termos, pede e espera deferimento.

Picuí, 15 de agosto de 2019

MELISSA DA COSTA BARROS
OAB/PB 26.848





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

2ª Vara Mista de Cuité

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

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

Nº DO PROCESSO: 0800283-20.2019.8.15.0781

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: MARIA HELENA NUNES BARBOSA REPRESENTANTE: FRANCISCO BARBOSA SOBRINHO

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

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

CUITÉ, 24 de outubro de 2019.

FRANCISCA SUELI FURTADO DA COSTA AZEVEDO
Técnico Judiciário