



Número: **0800533-47.2017.8.15.0741**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Boqueirão**

Última distribuição : **01/11/2017**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **ESPÉCIES DE CONTRATOS, ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARLOS ANTONIO CANDIDO (AUTOR)		LEOMANDO CEZARIO DE OLIVEIRA (ADVOGADO) ROSANGELA DE FARIAS BEZERRA (ADVOGADO) DJAILSON BARBOSA DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10555 072	01/11/2017 16:23	Petição Inicial	Petição Inicial
10555 270	01/11/2017 16:23	procuração002	Procuração
10555 283	01/11/2017 16:23	declaração003	Outros Documentos
10555 316	01/11/2017 16:23	rg e cpf004	Documento de Identificação
10555 339	01/11/2017 16:23	carta de negativa	Outros Documentos
10555 366	01/11/2017 16:23	boletim005	Outros Documentos
10555 384	01/11/2017 16:23	declaração samu006	Outros Documentos
10555 416	01/11/2017 16:23	ficha de acolhimento	Outros Documentos
10555 453	01/11/2017 16:23	Ficha de atendimento ambulatorial	Outros Documentos
10555 478	01/11/2017 16:23	Laudo para solicitação de autorização para internação	Outros Documentos
10555 500	01/11/2017 16:23	Avaliação cardiológica com risco cirúrgico-otimizado 1	Outros Documentos
10555 526	01/11/2017 16:23	folha da anestesia	Outros Documentos
10555 543	01/11/2017 16:23	Descrição da operação	Outros Documentos
10555 557	01/11/2017 16:23	Exames	Outros Documentos
10555 575	01/11/2017 16:23	Ficha de avaliação de fisioterapia	Outros Documentos
10555 701	01/11/2017 16:23	Ficha de evolução-otimizado 1	Outros Documentos
10555 727	01/11/2017 16:23	Ficha de evolução-otimizado 2	Outros Documentos
10555 755	01/11/2017 16:23	Ficha de evolução-otimizado 3	Outros Documentos

10555 780	01/11/2017 16:23	Ficha de evolução-otimizado 4	Outros Documentos
10555 794	01/11/2017 16:23	Ficha de evolução-otimizado 5	Outros Documentos
10555 913	01/11/2017 16:23	documento da moto	Outros Documentos
13007 221	09/03/2018 17:06	Despacho	Despacho
13116 197	16/03/2018 18:57	Petição	Petição
13116 202	16/03/2018 18:57	EXTRATOS DO BENEFICIO	Outros Documentos
13116 205	16/03/2018 18:57	FATURA SUPERMERCADO	Outros Documentos
13116 209	16/03/2018 18:57	FATURA FARMACIA	Outros Documentos
13116 213	16/03/2018 18:57	RECEITA DE MEDICAMENTOS	Outros Documentos
13116 216	16/03/2018 18:57	CONTA DE AGUA	Outros Documentos
13116 222	16/03/2018 18:57	CONTA DE ENERGIA	Outros Documentos
15165 275	04/07/2018 15:05	PETIÇÃO DE RENUNCIA	Petição
18750 638	22/01/2019 12:57	Despacho	Despacho
20537 611	13/04/2019 09:48	Mandado	Mandado
20537 612	13/04/2019 09:48	Expediente	Expediente
20884 486	02/05/2019 10:00	Certidão Oficial de Justiça	Certidão Oficial de Justiça
20884 885	02/05/2019 10:00	Intimação de Carlos Antônio Cândido	Documento Comprovação Intimação
20980 115	08/05/2019 16:26	Parecer	Parecer
20980 122	08/05/2019 16:26	CÍVEL - BOQUEIRÃO - NÃO INTERVENÇÃO DO MP - interesses particulares -0800533-47.2017.8.15.0741	Parecer
27764 667	28/01/2020 17:15	Despacho	Despacho
28285 435	14/02/2020 07:17	Termo de Audiência	Termo de Audiência
28285 437	14/02/2020 07:17	TERMO DE AUDIÊNCIA AÇÃO 0800533-47.2017.815.0741	Termo de Audiência
29137 417	16/03/2020 12:17	Expediente	Expediente

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA
COMARCA DE BOQUEIRÃO/PB.**

CARLOS ANTONIO CANDIDO, brasileiro, viúvo, beneficiário de auxílio doença, portador da Carteira de Identidade RG nº 1.887.676 SSP/PB, inscrito no CPF sob o nº 021.755.904-29, residente e domiciliado na Rua João da Cruz Cavalcante, nº 08, Bairro Novo, Boqueirão/PB, por intermédio de seu advogado e bastante procurador “in fine” assinado, com escritório profissional localizado no endereço constante do rodapé da presente, onde indica para receber as citações e intimações de estilo, assim, vem mui respeitosamente à honrosa presença de Vossa Excelência propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT

Em face de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 09.248.608/0001-04, com endereço na Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, CEP 20031-205, Rio de Janeiro/RJ, pelos fatos e fundamentos adiante delineados, alicerçado nos seguintes fundamentos de fato e jurídicos que passa a expor:

I - PRELIMINARMENTE



DO DIREITO AO BENEFÍCIO DA GRATUIDADE DE JUSTIÇA

O Requerente declara em sua consciência que não tem condições de arcar com as custas e despesas processuais sem prejuízo do seu próprio sustento e de sua família.

É de ordem pública o princípio da gratuidade da justiça àqueles que não têm condições de arcar com as custas e despesas processuais sem prejuízo do sustento próprio e de sua família nos termos da Lei nº 1.060, de 05 de Fevereiro de 1950, nos seus artigos 2º, parágrafo único; 3º e 4º.

Desse modo, conseqüentemente, torna-se inviável o custeio das despesas processuais e o pagamento dos honorários do perito, pleiteando, portanto, os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA, assegurados pela Lei nº 1060/50 e consoante o art. 98, caput, do novo CPC/2015.

II - DOS FATOS

Trata-se de seguro devido em face de acidente ocorrido em 03 de outubro de 2016, às 18h30min quando ao chegar ao retorno da entrada da cidade de Boqueirão, próximo ao posto de combustível Marka, o Autor sofreu uma colisão repentina de outra motocicleta não identificada que trafegava na mão contrária.

O acidente ocorrido ocasionou a incapacidade permanente do segurado, fatos estes, devidamente comprovados no teor do Boletim de Ocorrência e prontuário médico que junta em anexo.

Diante de tal fato, seria devido o pagamento do prêmio segurado, na forma do Art. 3º, inciso II, da Lei nº 6.194/74 o que foi negado pelo seguinte motivo: comprovante de ato declaratório faltando página, documentação de identificação ilegível, declaração do proprietário do veículo informações incorretas.



Ocorre que toda documentação exigida fora encaminhada, razão pela qual intenta a presente ação.

III - DO DIREITO

Nos termos do art. 3º da lei nº. 6.194/74, os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar:

Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

Nota-se claramente que a lei foi criada para a indenização de vítimas de acidentes de trânsito, tudo nos termos da Lei nº 6.194/74, com a redação dada pela Lei nº 8.441/92.

Ex positis, conclui-se que é suficiente, portanto, a apresentação do laudo médico e o registro da ocorrência no órgão policial, para o devido pagamento da indenização, sendo abusiva qualquer outra exigência fora dos itens supracitados.

Ademais, não há que se falar em graduar a invalidez permanente com base na Resolução nº 1/75 de 03/10/75, editado pelo Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP, pois em se tratando de norma regulamentar não pode dispor de modo diverso da Lei nº 6.194/74, de hierarquia superior, de sorte que é incabível a limitação da indenização com base na resolução precitada. Nesse sentido são os arestos a seguir transcritos:



SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. Preliminar de carência de ação, por falta de interesse processual afastada. A quitação dada pelo autor não tem o condão de obstar o direito de cobrar a diferença entre o valor efetivamente indenizado e o previsto na Lei nº 6.194/74. Conforme o art. 5º da Lei nº 6.194/74, com a redação anterior à Lei 11.482/2007, o pagamento da indenização está condicionado apenas à prova do acidente e do dano decorrente. Outrossim, comprovada a invalidez permanente, o valor da indenização deve corresponder a até 40 vezes o salário mínimo vigente na época da liquidação do sinistro, porquanto a alínea `b do art. 3º da Lei nº 6.194/74 não faz diferenciação quanto ao grau da invalidez. Fixação da indenização em salários mínimos como critério de cálculo. Apelação desprovida. (Apelação Cível Nº 70023264666, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Leo Lima, Julgado em 21/05/2008).

Frisa-se que, em se tratando de seguro pessoal, não se pode investigar quanto à proporção do prejuízo sofrido, pois a vida ou a redução da capacidade produtiva não é passível de perfeita estimativa econômica, consoante estabelece o art. 789 do novel Código Civil, o que atentaria ao princípio da dignidade humana.

Conforme documentação probatória, o nexo de causalidade entre o fato ocorrido (acidente) e o dano dele decorrente são inequívocos, fazendo jus o Autor ao recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74:

Art. 5º. O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado. (grifo nosso)

Assim, tem-se evidenciado:

- a) Prova do acidente: Certidão nº 18/2017 (boletim de ocorrência) e declaração do SAMU.
- b) Prova do dano decorrente: Prontuário médico.
- c) Prova da via administrativa: Carta da seguradora nº 10635044 e Carta da seguradora nº 10634972.



É dever da Seguradora Requerida, cumprir com o determinado pelo art. 373 do CPC, que diz que ao réu incumbe o ônus da prova, quanto à existência de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor.

No presente caso, tem-se em tela um ato ilícito pelo descumprimento de obrigação contratual por parte do Réu, o que se enquadra no Código Civil nos seguintes termos:

Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Ou seja, pela omissão voluntária do réu, que reflete diretamente num prejuízo ao Autor tem-se configurado um ato ilícito.

No mesmo sentido, o Código Civil dispõe:

Art. 389. Não cumprida a obrigação, responde o devedor por perdas e danos, mais juros e atualização monetária segundo índices oficiais regularmente estabelecidos, e honorários de advogado.

Portanto, trata-se de necessária indenização ao dano sofrido pelo Autor, conforme precedentes sobre o tema:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL. PROPORCIONALIDADE. 1- A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez permanente parcial, deve ser fixada em valor proporcional ao grau do dano sofrido pela vítima do acidente automobilístico. RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO. (TJ-GO - AC: 04574988420088090065, Relator: DR(A). SEBASTIAO LUIZ FLEURY, Data de Julgamento: 22/09/2016, 4A CAMARA CIVEL, Data de Publicação: DJ 2124 de 04/10/2016)

Trata-se da necessária aplicação da lei, uma vez que demonstrado o compromisso firmado pelo contrato e a ocorrência do descumprimento, outra solução não resta se não o imediato pagamento do débito, conforme amplamente protegido pelos tribunais.



Destaca-se então o grau de reduções das funcionalidades do Autor, tendo em vista os inúmeros ferimentos, sendo eles fratura do fêmur esquerdo, fratura dos ossos da perna, tornando-se evidente assim a impossibilidade de voltar ao serviço, uma vez que permanece debilitado.

IV - CORREÇÃO MONETÁRIA - TERMO INICIAL

Conforme precedentes sobre o tema, o valor apurado deve sofrer correção monetária a partir da data do sinistro:

ACÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. I- CORREÇÃO MONETÁRIA. TERMO INICIAL. Em se tratando de acção de cobrança de seguro DPVAT, a correção monetária incide a partir da data do sinistro, ou seja, do efetivo prejuízo, nos termos da Súmula nº 43 do Superior Tribunal de Justiça. II- HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. PARTE AUTORA BENEFICIÁRIA DA JUSTIÇA GRATUITA. Restando configurada a sucumbência recíproca, devem ser as partes condenadas, proporcionalmente, ao pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios, ainda que uma delas seja beneficiária da assistência judiciária, ficando suspensa a cobrança para essa última, segundo o que estabelece o artigo 12 da Lei nº 1.060/50, não havendo se falar do limite de 15% previsto nessa lei, uma vez que ele foi revogado pelo Código de Processo Civil de 1973. RECURSO DE APELAÇÃO CONHECIDO E DESPROVIDO. (TJ-GO - AC: 04374876620148090051, Relator: DES. GERSON SANTANA CINTRA, Data de Julgamento: 23/08/2016, 3A CAMARA CIVEL, Data de Publicação: DJ 2111 de 15/09/2016)

O julgado acima defende, por tanto, que o segurado seja beneficiado por motivo de todas as sequelas que sofreu, passando a receber uma quantia justa, nem exorbitante, nem inferior aos traumas a que passou.

Além do mais, ninguém está preparado para a ocorrência de um sinistro, o Seguro Obrigatório DPVAT visa justamente amenizar as despesas financeiras que o vitimado irá despende; que em um caso de invalidez permanente, nunca cessarão, que é o caso em tela.

V - DOS PEDIDOS

a) A concessão da Assistência Judiciária Gratuita, nos termos do art. 98 do Código de Processo Civil;



- b) A citação do réu, na pessoa de seu representante legal, para, querendo responder a presente demanda;
- c) A procedência do pedido, com a condenação do Réu ao pagamento imediato das quantias devidas, no valor de R\$ 13.500,00, acrescidas ainda de juros e correção monetária;
- d) A produção de todas as provas admitidas em direito, em especial a Manifesta o na realização de audiência conciliatória;
- e) A condenação do réu ao pagamento de honorários advocatícios nos parâmetros previstos no art. 85, §2º do CPC.

Dá-se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)

Nesses termos,

Pede e espera deferimento

Boqueirão, 31 de outubro de 2017.

Leomando Cezário de Oliveira

OAB/PB 17.288

Rosangela de Farias Bezerra



OAB/PB 24.533

Djaison Barbosa da Silva

OAB/PB 24.611

Radcléia Macedo Sousa

Acadêmica – 4º período

UNINASSAU

Mat. 04022033

Renan Ramos de Farias

Acadêmico – 7º período

UNIFACISA

Mat. 141.305.03.02



PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: CARLOS ANTONIO CANDIDO, brasileiro, viúvo, beneficiário de auxílio doença, portador da Carteira de Identidade RG nº 1.887.676 SSP/PB, inscrito no CPF sob o nº 021.755.904-29, residente e domiciliado na Rua João da Cruz Cavalcante, nº 08, Bairro Novo, Boqueirão/PB, constituo e nomeio o bastante procurador:

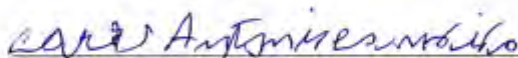
OUTORGADO: LEOMANDO CEZARIO DE OLIVEIRA, brasileiro, casado, advogado, legalmente inscrito na ordem dos Advogados do Brasil Seccional da Paraíba, sob nº. 17.288-PB, com endereço profissional na Rua Severiano Macedo, 301-A, Centro, Boqueirão-PB, e-mail, advleomandocezario@hotmail.com, onde deve receber citações e notificações processuais.

OBJETO: representar o Outorgante, promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad juditia et extra*, para o foro em geral, especialmente para propor AÇÃO podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015.

Boqueirão - PB - 24 de julho de 2017.



Outorgante

83 3391-1142 | 9333-5585 | 8628-0053

ADVLEOMANDOCEZARIO@HOTMAIL.COM

RUA: SEVERIANO MACEDO, 301-A

CENTRO | BOQUEIRÃO-PB

"DEUS ME FARÁ JUSTIÇA"



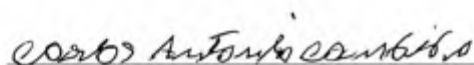
DECLARAÇÃO

OUTORGADO: **CARLOS ANTONIO CANDIDO**, brasileiro, viúvo, beneficiário de auxílio doença, portador da Carteira de Identidade RG nº 1.887.676 SSP/PB, inscrito no CPF sob o nº 021.755.904-29, residente e domiciliado na Rua João da Cruz Cavalcante, nº 08, Bairro Novo, Boqueirão/PB.

Declara nos termos do Art. 1º da Lei 7.115, de 29 de agosto de 1983 (dispõe sobre prova documental), que é necessitada na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas processuais e honorários de advogado, bem como fiança sem prejuízo do sustento próprio e da sua família.

Declara, ainda, serem conhecedores das sanções civis, administrativas e criminais (Art. 29 da supracitada Lei), caso o presente documento não porte a verdade.

Boqueirão, 24 de julho de 2017.



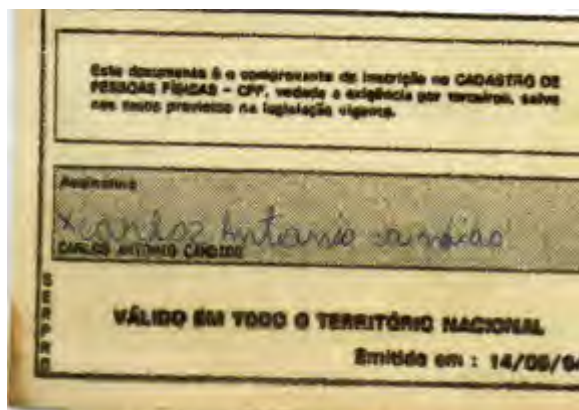
DECLARANTE











Rio de Janeiro, 10 de Março de 2017

Carta n°: 10634972

A/C: CARLOS ANTONIO CANDIDO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170130687 ASL-0083155/17
Vítima: CARLOS ANTONIO CANDIDO
Data Acidente: 03/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: HERIVELTON ADRIANO ARAUJO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Março de 2017

Carta n°: 10635044

A/C: CARLOS ANTONIO CANDIDO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170130687 ASL-0083155/17
Vítima: CARLOS ANTONIO CANDIDO
Data Acidente: 03/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: HERIVELTON ADRIANO ARAUJO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 01/03/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 03/10/2016. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página
- Documentos de identificação ilegível
- Declaração do Proprietário do Veículo informada incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2017

Carta nº 11608735

a/c: CARLOS ANTONIO CANDIDO

Sinistro: 3170130687 ASL-0083155/17
Vitima: CARLOS ANTONIO CANDIDO
Data Acidente: 03/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: HERIVELTON ADRIANO ARAUJO

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





CERTIDÃO Nº. 18/2017

IFICO, em razão do meu Cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo em Cartório desta Delegacia de Polícia Civil a pasta destinada ao registro de Ocorrências Policiais nº 001/2017, verifiquei constar o assentamento da ocorrência policial nº 18/2017 cujo teor passa a transcrever na íntegra: Aos 16 dias do mês de janeiro de 2017, nesta cidade de Boqueirão/PB, em Cartório da Delegacia de Polícia Civil, onde presente se encontrava MARIA DO SOCORRO BARBOSA FAUSTO, Delegada de Polícia Civil, na ausência do Escrivão desta delegacia, em virtude de encontra-se em gozo de férias, por volta de 11:01 min, compareceu **CARLOS ANTONIO CANDIDO**, BRASILEIRO DO SEXO MASCULINO, NATURAL DE BOQUEIRÃO/PB, AGRICULTOR, VIUVO, COM ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO, FILHO DE SEVERINA CANDIDO LUIZ E ZACARIAS CARLOS LUIZ, COM 41 ANOS DE IDADE, NASCIDO 18/05/1975, ID nº 1887676 SSP/PB, RESIDENTE NA RUA JOÃO DA CRUZ CAVALCANTE, Nº 8, BAIRRO NOV , BOQUEIRÃO/PB. À AUTORIDADE, **NOTICIOU QUE NO DIA 03 DE OUTUBRO DE 2016, ÀS 18:30 HORAS, ESTAVA TRAFEGANDO EM SUA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 SPORT, ANO 2006, MODELO 2007, COR VERMELHA, PLACA MOK 8068/PB, CHASSI Nº 9C2KC08607R001903, LICENCIADA EM NOME DE CARLOS ERALDO ALVES DA C. SANTOS, QUANDO CHEGAR NO RETORNO DA ENTRADA DA CIDADE DE BOQUEIRÃO, PRÓXIMO AO POSTO DE COMBUSTÍVEL MARKA, OU SEJA, RUA SEVERINO MACEDO, NA PB 148. SOFREU UMA COLISÃO REPENTINA DE OUTRA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, COM CONDUTOR EM IGUAL CONDIÇÃO, QUE TRAGEVA NA MÃO CONTRÁRIA DE DIREÇÃO (CONTRA MÃO) E COM OS FARÓIS APAGADOS, ATINGINDO A PERNA DIREITA DO NOTICIANTE, QUE LHE CAUSOU QUEDA E FRATURA NO JOELHO E FEMUR DIREITO. EM SEGUIDA, O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL, TENDO O NOTICIANTE SIDO SOCORRIDO PELO SAMU E CONDUZIDO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE, ONDE SE SUBMETEU A PROCEDIMENTO CIRURGICO. DESDE ENTÃO, O NOTICIANTE ALEGA ENCONTRA-SE SEQUELADO DEVIDO A TAL ACIDENTE, INCLUSIVE APRESENTAVA-SE LOCOMOVENDO COM USO DE MULETAS.** O referido é verdade. Dou fé. Dada e lavrada nesta Cidade de Boqueirão/PB, em Cartório da Delegacia de Polícia Civil, nesta data.

CARLOS ANTONIO CANDIDO

COMUNICANTE

MARIA DO SOCORRO BARBOSA FAUSTO

DELEGADA DE POLÍCIA CIVIL

MAT Nº 156897-3

Rua Nossa Senhora do Desterro nº 681, Centro, CEP: 58.450-000 – Telefone (83) 3391.2069.
boqueirão.dsps11_@hotmail.com




DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de comprovação que **Carlos Antônio Candido**, 41 anos, foi atendido pelo SAMU Base Descentralizada Boqueirão, no dia 03 de Outubro de 2016, às 18 h e 32 min. Ocorrência número 1377305, vítima de acidente com moto. Realizamos procedimentos conforme protocolo e regulação médica e, em seguida, encaminhamos ao Hospital de Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes.

Por ser verdade, declaramos.

Boqueirão, 04 de Novembro de 2016



Marleide Gonçalves de Brito
Coordenação SAMU -192
Base Descentralizada Boqueirão

SAMU 192 Base Descentralizada de Boqueirão
Rua Félix Araújo, 06
CNES - 6928773



Ficha de Acolhimento

Nome: <i>Carlos Antônio Cordeiro</i>	
End: <i>R. João da Cruz Cavalcante</i>	Bairro: <i>Boqueirão</i>
Data de Nascimento: <i>18-05-78</i>	Documento de Identificação:
Queixa: <i>Ac. Mito</i>	Data do Atend: <i>03-10-16</i> Hora: <i>20:12</i> Documento:
Acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	

Classificação de Risco

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

Estratificação

MOD. 110

- cerco*
- ☒ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

- ☐ Amarelo - atendimento até 1 hora
☐ Azul - atendimento ambulatorial

Endereço: R. CA. Botelho
Endereço

Assinatura e carimbo do profissional



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

Transmissão

7/11

Médico

Data

MOD. 001



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Overdue 3.10.16 22:20

Pet. Alkyd, epoxide, anhydride
 attached to each (P), then an
 amine (P) & amine (P)
 EO: 25, 40, 60, 80
 MEQ: 100, 110, 120
 anhydride: 100, 110, 120

ad. increase of the engine
from 100 to 150
15000 in 1000
100000

~~Dr. Breno C. Torres~~
~~Oncopdia/Cirurgia do Quadril~~
~~CRM - PB 7232/TEOT 13940~~

DESTINO DO PACIENTE: _____

- () Centro cirúrgico: _____ () Alta hospitalar { () A revelia
() Internapio (setor): _____ () Decisão médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL: _____ () Óbito

Dr.º Paulo Carlos Luis
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CODIGO / PROCEDIMIENTO

CBO

ONLINE

05 13:15 + 36 e D 73 R 20 PA 130/80 Paciente estavel
~~05~~ segue sob prisa
16 em S. M. de L. das
unidades da equipe
~~05~~

05 20:00 PA: 130/80 + Pac. estavel. Adm. da
10 Aus. univ. Med. CPM.
16 segue das unidades da
equipe. S. M. de L.





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 LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Paulo Roberto Pontes

6 - Nº DO IDENTIFICADOR

233 631

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

18/03/1975

9 - SEXO

Masc [X] 1 Fem [] 3

10 - NOME DO PAI DO RESPONSÁVEL

Guilherme Pontes Bez

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boqueirão

14 - COD. IBGE/MUNICÍPIO

PB

15 - UF

PB

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com dor no abdômen (D)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Dor abdominal aguda de 12 horas (D)

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

18

20 - DIAGNÓSTICO FINAL

Fratura de fêmur

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

T2 Unif. 1000 - fêmur - fêmur

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

18/11

32 - ASSINATURA

33 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - 2 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

34 - 3 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO RELATÓRIO

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

42 - 1 - EMPREGADO

42 - 2 - EMPREGADOR

42 - 3 - AUTÔNOMO

42 - 4 - DESEMPREGADO

42 - 5 - APOSENTADO

42 - 6 - 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/CNPJ) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

MOD 009

Scanned by CamScanner

Diagnóstico

\mathbb{F}_x do Formen der Teil \mathbb{Q}
Ganzheitlich

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Medicamento Prescrito	Alojamento	Horário	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica				Evolução Médica
03/10/16	1) Biotina 1mg 2) ST 2,5% 150ml 1 dia 3) Oxirrel 40mg ou 1g/100ml 4) Tetraciclina 40mg ou 1g/100ml 5) Dexametasona 4mg ou 1g/100ml 6) Vancomicina 1g ou 1g/100ml 7) Amoxiclavina 1g ou 1g/100ml 8) Ceftriaxona 1g ou 1g/100ml				História Clínica e Exame Físico
					Exames Complementares
					Diagnóstico
					Tratamento
					Prognóstico
					Assinatura do Médico
					Assinatura do Enfermeiro
					Assinatura do Fisioterapeuta
					Assinatura do Nutricionista
					Assinatura do Psicólogo
					Assinatura do Assistente Social
					Assinatura do Farmacêutico
					Assinatura do Odontólogo
					Assinatura do Radiologista
					Assinatura do Patologista
					Assinatura do Cirurgião
					Assinatura do Anestesiologista
					Assinatura do Urologista
					Assinatura do Ginecologista
					Assinatura do Pediatra
					Assinatura do Geriatra
					Assinatura do Endocrinologista
					Assinatura do Nefrologista
					Assinatura do Hepatologista
					Assinatura do Pneumologista
					Assinatura do Cardiologista
					Assinatura do Oncologista
					Assinatura do Dermatologista
					Assinatura do Oftalmologista
					Assinatura do Otorrinolaringologista
					Assinatura do Neurologista
					Assinatura do Psiquiatra
					Assinatura do Alergologista
					Assinatura do Reumatologista
					Assinatura do Hematologista
					Assinatura do Infectologista
					Assinatura do Toxicologista
					Assinatura do Imunologista
					Assinatura do Transplantologista
					Assinatura do Cirurgião Plástico
					Assinatura do Radioterapeuta
					Assinatura do Fisiologista
					Assinatura do Ergoterapeuta
					Assinatura do Fonoaudiólogo
					Assinatura do Terapeuta Ocupacional
					Assinatura do Psicopedagogo
					Assinatura do Terapeuta da Fala
					Assinatura do Terapeuta de Exercícios
					Assinatura do Terapeuta de Massagem
					Assinatura do Terapeuta de Acupuntura
					Assinatura do Terapeuta de Yoga
					Assinatura do Terapeuta de Tai Chi
					Assinatura do Terapeuta de Dança
					Assinatura do Terapeuta de Artes Marciais
					Assinatura do Terapeuta de Equitação
					Assinatura do Terapeuta de Natación
					Assinatura do Terapeuta de Futebol
					Assinatura do Terapeuta de Basquetebol
					Assinatura do Terapeuta de Voleibol
					Assinatura do Terapeuta de Handebol
					Assinatura do Terapeuta de Atletismo
					Assinatura do Terapeuta de Ciclismo
					Assinatura do Terapeuta de Esqui
					Assinatura do Terapeuta de Snowboard
					Assinatura do Terapeuta de Skate
					Assinatura do Terapeuta de Surfe
					Assinatura do Terapeuta de Parafutebol
					Assinatura do Terapeuta de Paraatletismo
					Assinatura do Terapeuta de Paraesqui
					Assinatura do Terapeuta de Para-snowboard
					Assinatura do Terapeuta de Para-skate
					Assinatura do Terapeuta de Para-surfe
					Assinatura do Terapeuta de Para-vôleibol
					Assinatura do Terapeuta de Para-handebol
					Assinatura do Terapeuta de Para-basquetebol
					Assinatura do Terapeuta de Para-futebol
					Assinatura do Terapeuta de Para-atletismo
					Assinatura do Terapeuta de Para-ciclismo
					Assinatura do Terapeuta de Para-esqui
					Assinatura do Terapeuta de Para-snowboard
					Assinatura do Terapeuta de Para-skate
					Assinatura do Terapeuta de Para-surfe
					Assinatura do Terapeuta de Para-vôleibol
					Assinatura do Terapeuta de Para-handebol
					Assinatura do Terapeuta de Para-basquetebol
					Assinatura do Terapeuta de Para-futebol
					Assinatura do Terapeuta de Para-atletismo
					Assinatura do Terapeuta de Para-ciclismo
					Assinatura do Terapeuta de Para-esqui
					Assinatura do Terapeuta de Para-snowboard
					Assinatura do Terapeuta de Para-skate
					Assinatura do Terapeuta de Para-surfe
					Assinatura do Terapeuta de Para-vôleibol
					Assinatura do Terapeuta de Para-handebol
					Assinatura do Terapeuta de Para-basquetebol
					Assinatura do Terapeuta de Para-futebol
					Assinatura do Terapeuta de Para-atlet

MOO.015



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Antônio Carlos Camargo IDADE: 41 SEXO: M
IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 07/10/16

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

(☒) Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaléia () Tontura () Síncope
() Dispneia de esforço () Grande () Pequena
() Palpitações () Média () Ortopnéia
() Dor Precordial () Tosse Seca () Expectoração
Relacionada: () Esforço () Típica () Atípica
() Emoções () Frio () Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica () Hipertensão Pulmonar () DPOC () Outros
() Diabetes Mellitus (☒) Insuf. Cardíaca Congestiva () Insuficiência Coronariana
() Arritmias () Insuf. Renal () Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: _____ (☒) Tabagismo
(☒) Etilismo () Cirúrgico _____ (☒) Sedentarismo
() Dislipidemia () Outros

Medicamentos em uso () Não (☒) Sim Enalapril, Clopidogrel, Espironolona

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral (☒) Bom () Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Ar. Cardiovascular - Comentários: TC 127/71 5/5 BOM

FC: 72 b.p.m PA: 130/70 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: MM 11/11

Abdômen - Comentários: DD 12/12

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: P 52 TC 114

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

() Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
(☒) Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
() Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.: _____

MCO 043

Ass. do Médico

8740-2501

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CARTÃO 5164 - CR 125 531
CPF 029.356.14-70



08/10 10hs 36c 78 18

Buente evalu q
cor, por motivos
cuidados de
emprego em -
segue m.c.p.m

pm

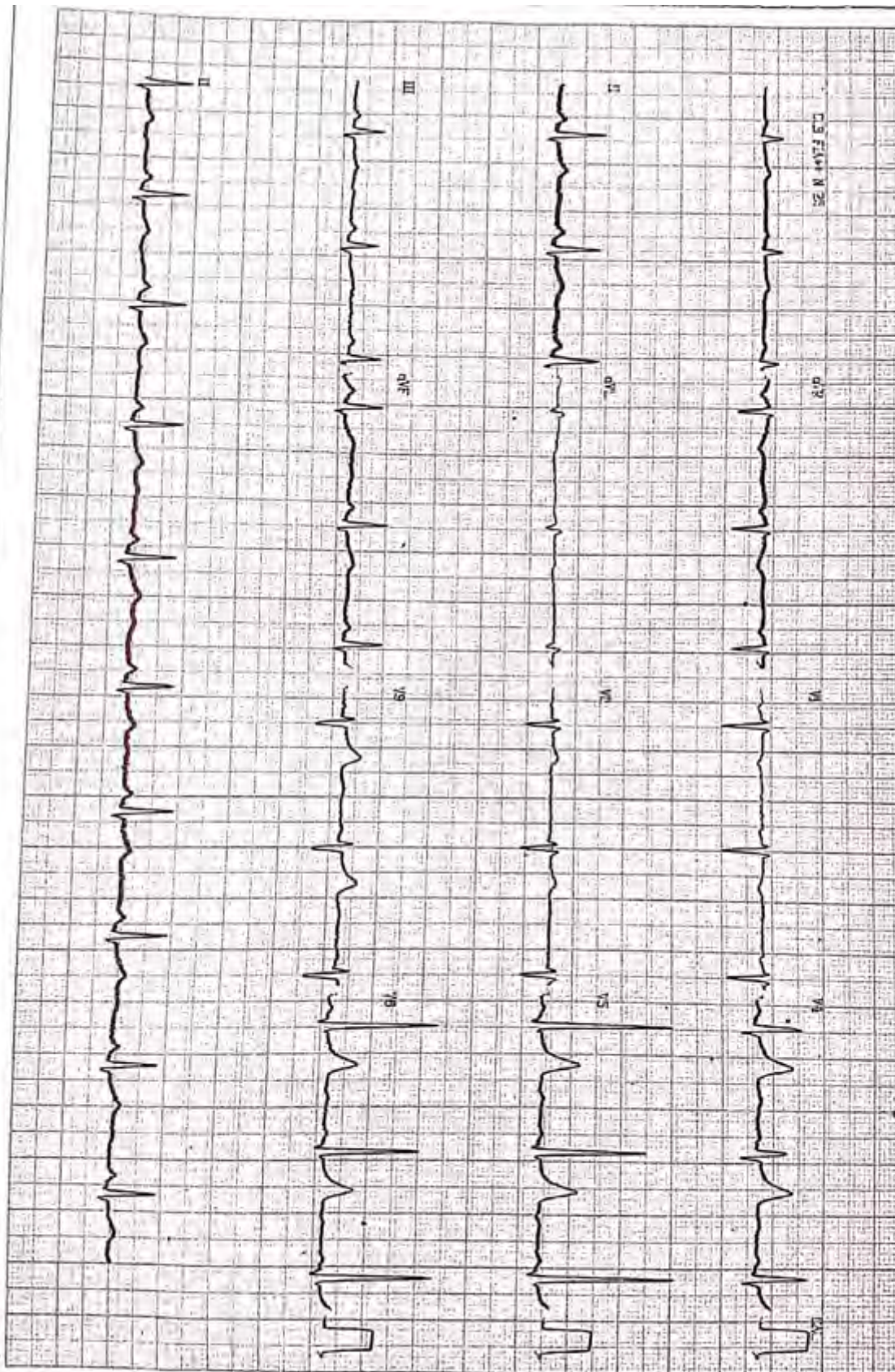
08/10 20hs 36c 78 18

Buente evalu
SI normalidade

pm

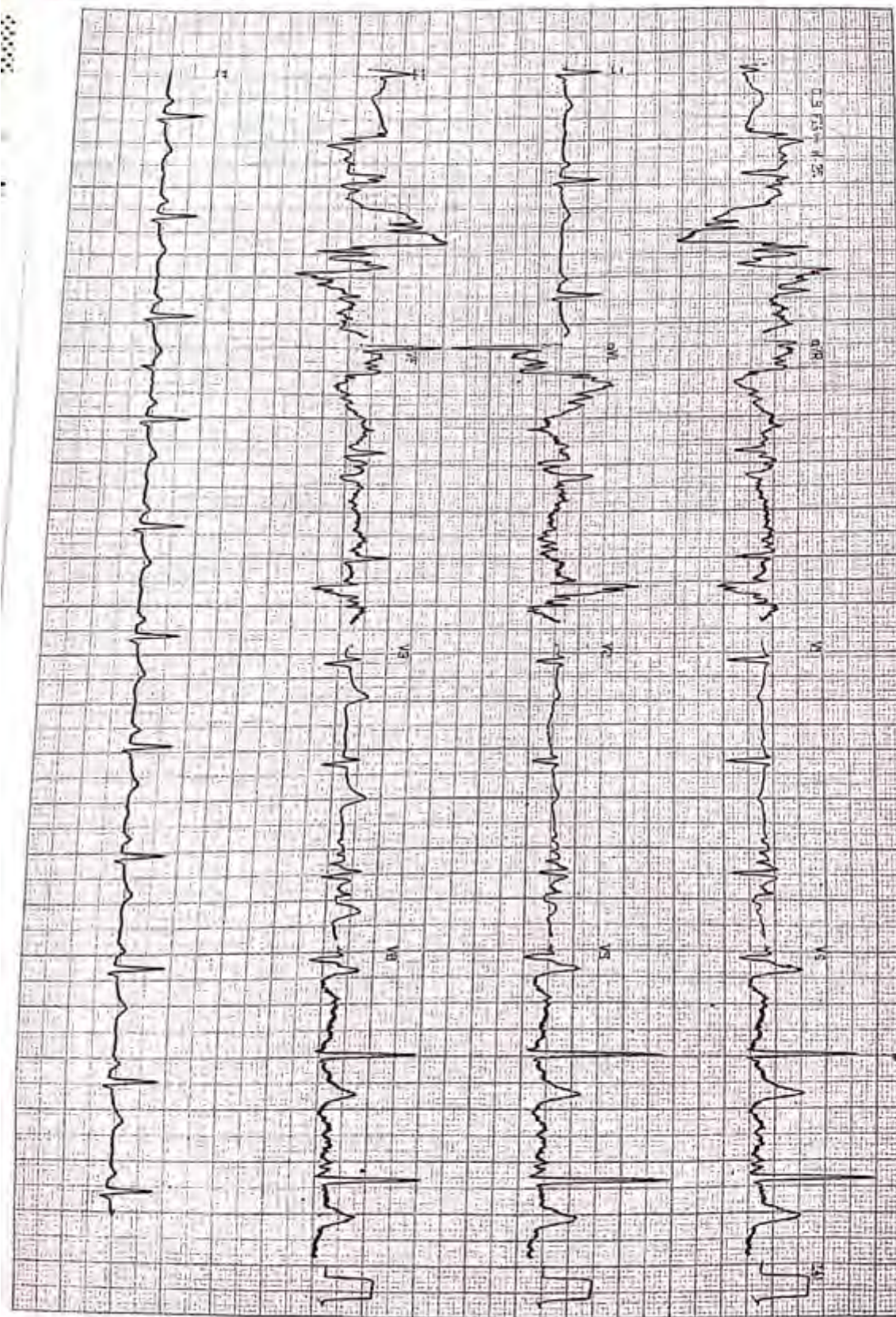


01.03 Baudes Antônio
04/10/16



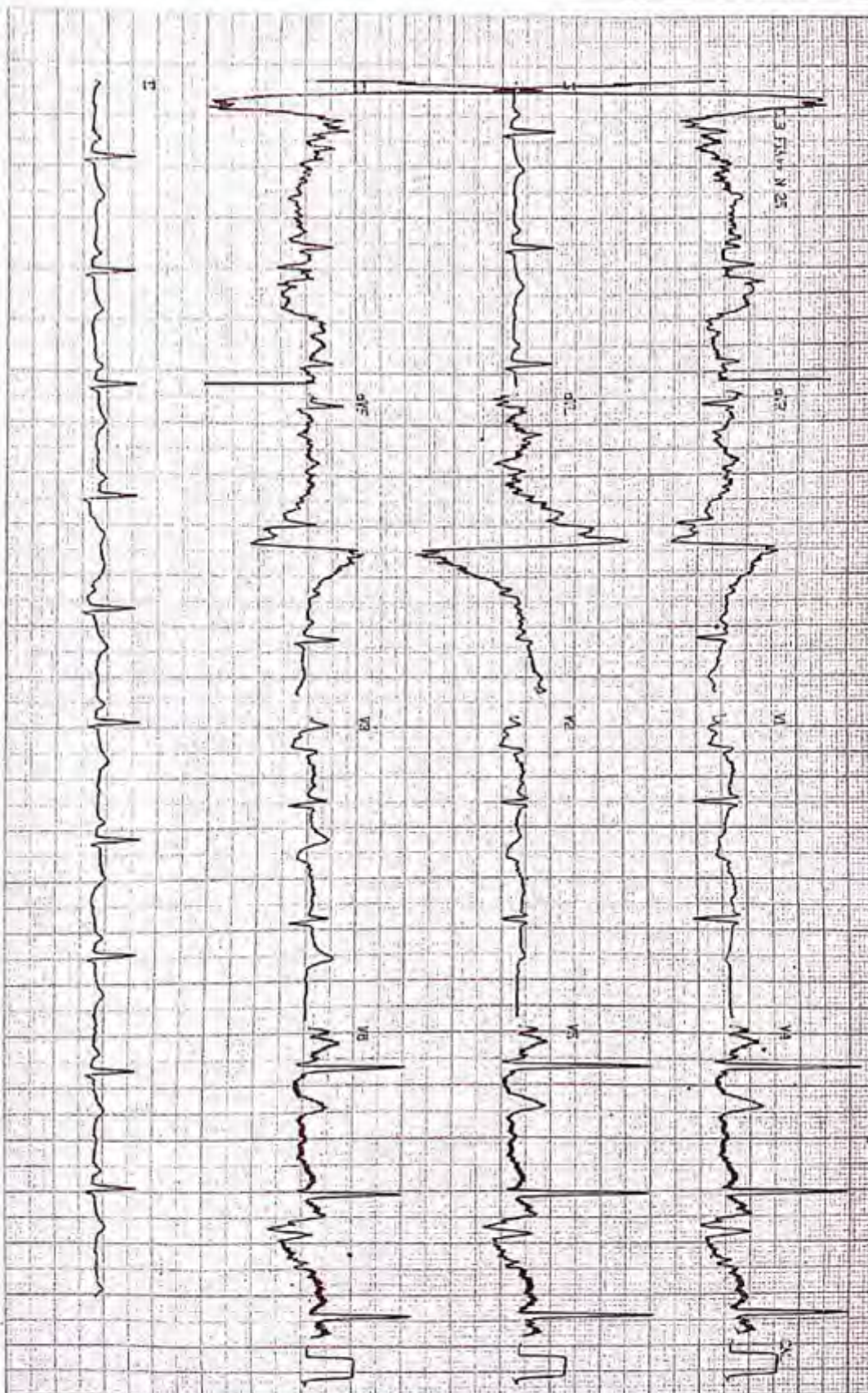
Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



**Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica**

Paciente: Carlos Antônio Condado	Idade: 72
Convênio: SUS	Data: 26/10/16
Procedimento: Tto cirúrg de fêmur distal D	
Cirurgião: Dr. Eduardo	Auxiliar: Dr. Jefferson
Anestesista: Dr. Anderson	
Início: 07:30	Término: 09:00
Anestesia: Raquia	

[illegible][illegible]

Observações:

Idé construída a partir de materiais voluntariamente
54 mem m. São poucos. Alta de SRA

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operações

MDD 203



DIAGNÓSTICO

13

Dr. James
direct. 1562
17-014

[illegible]

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

Silvana

MOQ 196



PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAVESS

CIDADE

C. GRANDE

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

CARLOS ANTONIO RANZIO

Nº DE PRONTUÁRIO

554937

Nº AL. H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

Inst. Plac. De Fixação de Têxtil Distal

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

Placa DCS 32.F.

01

Placa DESIZILITE N° 75

01

Placa Plac. Distal

01

Placa Plac. Distal 4.5x 40

04

Esponja N: 80

832

01

DATA DA UTILIZAÇÃO

20/10/2016

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

Dr. E. J. J. J.

OBSERVAÇÕES

B. D. 15 DCS

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Assinatura



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

PACIENTE:	CARLOS ANTONIO CANDIDO
DATA DO EXAME:	03/10/2016

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.

Fígado de dimensões normais, contornos regulares e ecogenicidade normal. A árvore biliar intra e extra-hepática não apresentam sinais de dilatação. A vasculatura venosa hepática apresenta trajeto e calibre anatômicos, com veia porta de calibre normal.

Vesícula biliar de topografia habitual, fisiologicamente distendida, com paredes de espessura normal, sem cálculos no seu interior.

Pâncreas de dimensões e padrão textural usuais para a faixa etária do paciente.

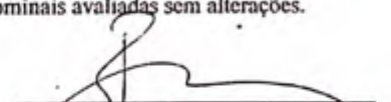
Baço de dimensões normais e textura sólida homogênea.

Rins de forma, topografia e dimensões normais, com preservação córtico-medular e parênquima renal de espessura normal. Ausência de cálculo ou hidronefrose.

Bexiga de paredes regulares e textura anecóica homogênea.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.
- Demais órgãos e estruturas abdominais avaliadas sem alterações.


Dr. Rafael Borges Tavares Cavalcanti

CRM-SP: 131683 / CRM-PB: 6485

Médico Radiologista | Membro Titular do C.B.R.





GOVERNO
DA PARAÍBA

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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): CARLOS ANTONIO CANDIDO
Dr(a): BRENO C TORRES
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000302179
Data: 04/10/2016 07:42
Idade: 41 anos

RG: amarela
Origem: AREA AMARELA
Destino: AREA AMARELA

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 04/10/2016 08:04]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....
Hemoglobina.....
Hematócrito.....
V.C.M.....
H.C.M.....
C.H.C.M.....

3.87 milhões/mm³
12,7 g/dL
38 %
99 fL
33 pg
33 g/dL

4,2 a 5,6 milhões/mm³
13,1 a 16,0 g/dL
39,9 a 52,5 %
82,0 a 92,0 fL
27,0 a 31,0 pg
32,0 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....

9.900 /mm³
(%) (/mm³)

5.000 a 10.000 /mm³

Neutrófilos

Promielócitos.....
Mielócitos.....
Metamielócitos.....
Bastonetes.....
Segmentados.....
Eosinófilos.....
Basófilos.....

0
0
0
2,0
77,0
0
0

0
0
0
198
7.623
0
0

Linfócitos

Típicos.....
Atípicos.....
Monócitos.....
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....

20,0
0
1,0
225.000 mm³

1.980
0
99
20 a 45 % - 1.000 a 3.500 / mm³
0,5 a 4,0 % - até 500 / mm³
0 a 2,0 % - até 100 / mm³
2,0 a 10 % - até 1.000 / mm³
140.000 a 400.000 mm³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Márcia Fernanda
Biomédica
CRBM 4684



Scanned by CamScanner



Sr(a): CARLOS ANTONIO CANDIDO

Dr(a): BRENO C TORRES

Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000302179

Data: 04-10-2016 07:42

Idade: 41 anos

RG: amarela

Origem: AREA AMARELA

Destino: AREA AMARELA

GLICOSE (JEJUM)..... 98 mg/dl

[DATA DA COLETA: 04/10/2016 06:04]

Materiais: Plasma

Método: Automatizado CM 200 HIFEN

Valores de Referência:
 Neonatos: 20 a 40 mg/dl - Crianças: 60 a 100 mg/dl
 Pré-menopausa: 80 a 100 mg/dl - Adultos: 80 a 100 mg/dl
 Pós-menopausa: 80 a 100 mg/dl - Grávidas: 90 a 110 mg/dl
 1 a 5 dias: 40 a 60 mg/dl - 60 anos e mais: 80 a 110 mg/dl
 NOVA CATEGORIA - Glicose alterada de jejum: 110 a 125 mg/dl
 Diabetes Mellitus: Maior ou igual que 126 mg/dl
 NOTAS: Estes resultados seguem a nova classificação para Diabetes Mellitus da Associação Americana de Diabetes - Boston 1997, e se alterados devem ser confirmados com uma nova coleta.

CREATININA

[DATA DA COLETA: 04/10/2016 06:04]

Resultado..... 0,7 mg/dl

Neonatos: 0,3 a 1,5 mg/dl
 Crianças: 0,3 a 1,3 mg/dl
 Adultos: 0,4 a 1,3 mg/dl
 EXATOS RELACIONADOS: Síntese, Depuração da Creatinina
 - Cálculo de
 BSA.
 NOTAS: O uso de medicamentos contendo dipirone e creatina, podem alterar o resultado deste exame.

Resultados anteriores:

Materiais: Soro

Método: Automatizado CM 300 XTEN

Marcia Fernanda
 Biomédica
 CRBM 4684





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): CARLOS ANTONIO CANDIDO

Protocolo: 0000302179

RG: amarela

Dr(a): BRENO C. TORRES

Data: 04-10-2016 07:42

Origem: AREA AMARELA

Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Idade: 41 anos

Destino: AREA AMARELA

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 1'30''

[DATA DA COLETA: 04/10/2016 08:04]

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

Material: sangue

Método: Duke

TEMPO DE COAGULAÇÃO..... 6'00'' min

[DATA DA COLETA: 04/10/2016 08:06]

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

Material: sangue

Método: Lee-White

Márcia Fernanda
Biomédica
CREM 4684



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade

Scanned by CamScanner



GOV DO PARÁ - SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES		FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS	
NOME	Carlos Antônio Cavalcante		
IDADE	ENFERMIA	LEITO	3
H.D.	pat. fêmea	ADMISSÃO	19/10/16
		HORA	16:15

DRENO: <input type="checkbox"/> Pleural <input type="checkbox"/> Pleural E <input type="checkbox"/> Mediastinal <input type="checkbox"/> Oscilante <input type="checkbox"/> Borbulhante <input type="checkbox"/> Débito			
Perfusão: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Deficiente			
Edema: Regiões: _____ <input type="checkbox"/> Cúlios			
CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE			
CD:	<input type="checkbox"/> THB	<input type="checkbox"/> TEP <input type="checkbox"/> TEP <input type="checkbox"/> VNI	<input type="checkbox"/> O2
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> TIV	<input type="checkbox"/> Decanulação	<input type="checkbox"/> MRP
<input type="checkbox"/> Treino de Marcha	<input checked="" type="checkbox"/> Orientações	<input type="checkbox"/> Treino equilíbrio	<input type="checkbox"/> Sedestação
<input type="checkbox"/> Ortoestatismo	<input type="checkbox"/> Marcha	<input type="checkbox"/> Estimulação sensorial	
<input type="checkbox"/> Posicionamento	<input type="checkbox"/> Treino Musc. Pré decanulação		
Outros: _____			
Observações: _____			

MOTIVO INTERNAÇÃO: <input type="checkbox"/> DVM <input type="checkbox"/> IRpA <input type="checkbox"/> Choque <input type="checkbox"/> I. Renal <input type="checkbox"/> Cema Neuro <input type="checkbox"/> ICO <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> PNM			
<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Outros: _____			
ANTECEDENTES: <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> ICO <input type="checkbox"/> Cirurgia			
HDA: <i>Paciente evoluiu em Ety, aa, pontos</i>			
<i>contatando, elaborativo e orientado</i>			

SV:	FC	FR	PA	SpO2	% T	%
ESTADO GERAL: <input type="checkbox"/> Bom <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Gravíssimo						
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Comatoso Glasgow						
Tônus: <input checked="" type="checkbox"/> Hípo <input type="checkbox"/> Hiper <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> HIE						
Reflexos: <input type="checkbox"/> Aumentados <input type="checkbox"/> Diminuídos <input checked="" type="checkbox"/> Normal						
Força Muscular (Grau): <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						
Bloqueios Articulares (Regiões): _____						

SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR	
<input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Sem alterações	
SUPORTE VENTILATÓRIO: <input checked="" type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Com TQT <input type="checkbox"/> Sem TQT <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> VMI	
O2 SUPLEMENTAR: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> CEN <input type="checkbox"/> AEROSOL <input type="checkbox"/> Masc. Simples <input type="checkbox"/> Masc. Sistema de Venturi _____ %	
<input type="checkbox"/> Masc. Reinalação parc. <input type="checkbox"/> Masc. não Reinalação <input type="checkbox"/> Masc. do Reservatório. Fluxo _____ l/min	
DESCONFORTO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> BAN <input type="checkbox"/> Trágens supradiafrágicas <input type="checkbox"/> Trágens intercostais <input type="checkbox"/> Trágens subcostais	
<input type="checkbox"/> Uso de musc. acessória Insp / Exp. <input type="checkbox"/> Canose <input type="checkbox"/> Toquepneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Estridor _____ it/s	
OBSTRUÇÃO DE VAS. <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
PADRÃO VENTILATÓRIO: <input checked="" type="checkbox"/> Costal <input type="checkbox"/> Diafragmático <input type="checkbox"/> Misto <input type="checkbox"/> Paradoxal <input type="checkbox"/> Superficial	
EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Simétrica <input type="checkbox"/> Assimétrica	
Ausculta Pulmonar: <i>MVB ANT, D, RA</i> Raio X Tórax: _____	
TOSSE: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Não produtiva <input type="checkbox"/> Eficaz <input type="checkbox"/> Deglute <input type="checkbox"/> Expectora <input type="checkbox"/> Ineficaz	
SECREÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, QUANTIDADE: <input type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Grande.	
COMPOSIÇÃO: <input type="checkbox"/> Hialina <input type="checkbox"/> Mucóide <input type="checkbox"/> Mucopurulenta <input type="checkbox"/> Purulenta <input type="checkbox"/> Sanguinolenta	
COR SECREÇÃO: <input type="checkbox"/> Incolor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Marrom <input type="checkbox"/> Rosada <input type="checkbox"/> Vermelha	

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO: *↓ fpa e mdu de articu*
em MIE

Assinado eletronicamente por: ROSANGELA DE FARIAS BEZERRA - 01/11/2017 16:22:15
 Num. 10555575 - Pág. 1

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carlos Antônio Registro: Leito: 3 Setor Atual: 019

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENACÃO

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 <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> > 3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais?	
Ausculta cardíaca: <input 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 checked="" type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <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 checked="" type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há 03 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: <i>Normal</i> <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 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 checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/> .	
Incisão cirúrgica: <input checked="" type="checkbox"/> Local/Aspecto: <i>Imobilização no NMT D</i> 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	
<i>Doente segue em pós cirúrgico do NMT D. afébril, normocorada, queixando-se de dor no NMT D. segue os cuidados.</i>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Claudemir G. Cabral Pereira</i> ENFERMEIRO COREN-PB 13.110	
DATA: <i>06/10/16</i> HORA: <i>9:30</i> h	

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

Scanned by CamScanner



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carlos Antônio Cândido 41 Registro: _____ Leito: 03-03 Setor Atual: _____

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

(✓) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:

Ausculat. 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 () Chelo.



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>USE</u> Data da punção: <u>06/10</u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VIVO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: <u>1/1</u>	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativo () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida <input checked="" type="checkbox"/> Constipado há <u>4</u> dias () Outros:	
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria <input checked="" type="checkbox"/> SVD: Débito: <u>200</u> ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: <u>1/1</u>	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: <u>1/1</u>	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: <u>1/1</u>	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia <input checked="" type="checkbox"/> 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	
<p><u>Pat. aguda da proc. cirúrgico. Realizado ECG, aguda de risco cirúrgico, tentado várias ligações para Dr. Joz Maria (cardiologista) porém s/ sucesso. Segue aos cuidados da equipe.</u></p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Katharine Leão de Medeiros Napolitano</u> DATA: <u>07/10/16</u> HORA: <u>12</u> h	
Enfermeira COREN-PB 156.778	

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

Scanned by CamScanner



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carlos Antonio Registro: Leito: 01-03 Setor Atual: UTO

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:

Engoamento: () 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 ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

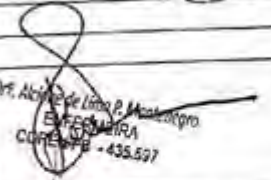
SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()
Ausculat. cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: MSE Data da punção 06/10/16
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.
Dentição: () Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input checked="" type="checkbox"/> Prótese.
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunosomia () NPT; Hora: Data: 1/1
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hemetúria <input checked="" type="checkbox"/> SVD: Débito 100 ml/h;
Aspecto: Plano () Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: 1/1
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: 1/1
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo 1/1
CUIDADO CORPORAL
Cuidado corporal: () Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente () Parcialmente dependente. Observações:
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado () Cadeira de rodas () Outro:
SONO E REPOUSO
() Preservado <input checked="" type="checkbox"/> Insônia <input checked="" type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input checked="" type="checkbox"/> 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;
<input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
Tipo: Católico () Praticante <input checked="" type="checkbox"/> Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS
Paciente segue com E.G.R. m.c.p.m. sem queixas no momento e aos cuidados da Enfermagem sob a guarda da mãe e para betinada de SVA. Foi realizada S.V.D.
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  DATA: 09/10/2016 HORA: h

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carlos Antonio Registro: Leito: 1-3 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 () Midriáticas

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

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

ORIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Adriano* Registro: Leito: *7-3* Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

guagem: () 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:

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

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

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

Aspiratão: 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

Alteratão: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observatão:

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Adriano Registro: _____ Leito: 5-3 Setor Atual: UTR

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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:

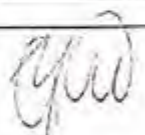
SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquocida.	
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: () 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.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> JVO () 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: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há ___ 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: () Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: ___/___/___	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ___/___/___	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: ___/___/___	
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	
<p><i>Foram seus quistos. HCPM, com sutura</i></p> <p><i>uo.</i></p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  DATA: <u>12/04/16</u> HORA: _____ h	

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carlos Antonio Registro: _____ Leito: 1-3 Setor Atual: _____

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () 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: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () 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: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há _____ 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 () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: <input checked="" type="checkbox"/> 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: <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	
Segue com EGR, MCM e as cuidados da equipe de enfermagem	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Tereza Cristina O. ENFERMEIRA CORENPE 7431,17	
DATA: 13/10/16	HORA: 14:00h

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

Scanned by CamScanner

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Caio Antônio Registro: Leito: 01-03 Setor Atual: 01

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 120/80 mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: ☒ Local: crânio 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:

Langagem: () 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:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pelo: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> > 3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? Precordialgia <input type="checkbox"/>
Ausulta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopros <input type="checkbox"/> Outros. 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: <u>HSC</u> Data da punção: <u>10/10/16</u>
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"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: <u>14</u> Data: <u>10/10/16</u>
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 <u> </u> 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 <u> </u> ml/h;
Aspecto: <input checked="" type="checkbox"/> Outros: <u> </u> 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 type="checkbox"/> Outros:
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: <u> </u> Curativo em: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: <u> </u> Débito: <u> </u> Retirado em: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: <u> </u> Local: <u> </u> Descrição: <u> </u> Curativo: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
CUIDADO CORPORAL
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input 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 checked="" 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 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
<u>For. evoluí bem. Aqueixas e sintomáticas.</u> <u>Aguarda provid. cirúrgica ortopédica. segue</u> <u>com cuidados da equipe.</u>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Katharine Leão de Medeiros Nogueira</u> DATA: <u>14/10/16</u> HORA: <u>14</u> h
<u>Enfermeira</u> <u>DOEN-98156.778</u>

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carlos Antônio Registro: Leito: 3-3 Setor Atual: ME

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

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

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

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

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

Uos:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	
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: () Normotivos () 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: () Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: ____/____/____	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____	
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 () Insônita () 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	
15/10/16	
Paciente em internamento, HCPH, 057	
Unidade de terapia	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 15/10/16 HORA: ____ h	

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bailez Antonio Registro: _____ Lote: 01-03 Setor Atual: UTA

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

Habilidade 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: () ≤ 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>MSD</u>	Data da punção: <u> </u> / <u> </u> / <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: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: <u> </u> Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normotivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> 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: () Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: <u> </u> Curativo em: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Dreno: () Tipo/Aspecto: <u> </u>	Débito: <u> </u> Retirado em: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Úlcera de pressão: () Estágio: <u> </u> Local: <u> </u> Descrição: <u> </u>	Curativo: <u> </u> / <u> </u> / <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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	
<u>Paciente evolui bem, s/ queixas e s/p intercorrências.</u>	
<u>Após a proced. cirúrgica ortopédica. Segue aos</u>	
<u>cuidados da equipe.</u>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Katharina Leônico de Medeiros Napoleão</u>	
Enfermeira	
COREN-PR 156.779	
DATA: <u>16/10/16</u>	HORA: <u>12</u> h

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carlo Antonio Registro: 1 Leito: 3 Sotor 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: (X) Consciente (X) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: (X) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (X) 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: (X) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: ___/___/___	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida () Constipado há ___ dias () Outros:	
Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD; Débito: ___ ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações (X) Outro:	
Coloração da pele: (X) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: (X) 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 (X) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: (X) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
(X) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Paciente segue com EGR, MCPM, sem queixas, aguarda cirurgia. Segue sob cuidados da equipe de enfermagem.	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Campos Assinatura: ANNY KAROLINE L. CAMPOS ENFERMEIRA COREN-PB 484.332	
DATA: 14/10/16 HORA: ___ h	

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

Scanned by CamScanner





GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Luiz A. Silva Registro: 12345 Leito: 1-3 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

Voz: (☒) Normal () 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

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

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

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

Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Expectoração: 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

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

SEGURANÇA FÍSICA

Estado: (☒) 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?	
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.	
Dentição: (<input checked="" type="checkbox"/>) Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/>) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: ___ Data: ___/___/___	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normal () Líquida () Constipada há ___ 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 (<input checked="" type="checkbox"/>) 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 () Dependente (<input checked="" type="checkbox"/>) 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	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 12/12/12 HORA: ___ h	

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

Scanned by CamScanner



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Agarles Antonio Registro: Leito: 1-3 Setor Atual: UTI

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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:

Ausculata 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.



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carlos Antonio Registro: 1 Leito: 3 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudoresa () Fria <input checked="" type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopra () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateeter 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.	
Dentição: () 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: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: _____ Observações: _____	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> 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: <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	
Paciente possui EGR, MCPM POI da ortopedia, relato verbal de dor. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem. Foi realizado a colocação de venda vertical de alívio.	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____ DATA: 20/10/16 HORA: _____ h	
Anny Karoliny L. Campos ENFERMEIRA COREN-PA 484.332	

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

Scanned by CamScanner



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carlos Antônio Registro: Leito: 0103 Setor Atual: UTI

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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:

Ausculat 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:

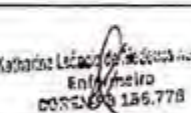
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



2

Pele: () Corada (X) Hipocorada () Cianótica () Sudorosa () Fria () Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: () < 3 segundos () > 3 segundos () Turgência jugular: ()
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Súbito () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissociação. Localização: USE Data da punção: 1/1
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Tipo somático: () Nutrido (X) Emagrecido () Caquético () Obeso.
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.
Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: 1/1
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida () Consípida há dias () Outros:
Eliminação urinária: (X) 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: () Normocorada (X) Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: 1/1
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: 1/1
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: 1/1
CUIDADO CORPORAL
Cuidado corporal: () Independente (X) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:
Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: (X) 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: (X) 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
Por. um 1º DPO, evolui bem, o/queixas e o/interagência
aguarda alta hospitalar. Segue aos cuidados da
equipe

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  DATA: 21/10/16 HORA: 12 h

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

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO			
		MOK8068	
2015			
CARLOS ERALDO A		<input type="button" value="Imprimir Consulta"/>	
MOK8068		Último Licenciamento: 2015	
		Proprietário: CARLOS ERALDO A	
		Placa: MOK8068	
PASSA / MOTOCICLET		Combustível: GASOLINA	
GASOLINA		Marca/Modelo: HONDA/CG 150 SPORT	
HONDA/CG 150 SPORT		Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET	
2006 2007		Ano de Fabricação: 2006	
PARTICULAR VERMELHA		Ano Modelo: 2007	
31/10/2017		Categoria: PARTICULAR	
		Cor Predominante: VERMELHA	
		Vencimento Licenciamento: 31/10/2017	
		Observação:	
		Restrição:	
		Financeira:	
		Município: CAMPINA GRANDE	
		Situação: EM CIRCULACAO	
		Data da Consulta: 01/11/2017	
CAMPINA GRANDE		01/11/2017	





Poder Judiciário do Estado da Paraíba

Vara Única da Comarca de Boqueirão

Rua Amaro Antônio Barbosa, nº 30, Bairro Novo – CEP 58.450-000

Fone/Fax (83) 3391 2329

Processo n.º: 0800533-47.2017.8.15.0741

Assunto: [ESPÉCIES DE CONTRATOS, ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO]

Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)

Autor: CARLOS ANTONIO CANDIDO

Réu: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

DESPACHO

O seguro DPVAT é regulamentado pela Lei 6.194/1974, que, em seu artigo 3º prevê o valor de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), nos casos de invalidez permanente. É comum que se questione o fracionamento do valor indenizatório com base no grau de invalidez. Não obstante, o STF considerou que “os princípios da dignidade da pessoa humana, da proporcionalidade e da vedação ao retrocesso social, máxime diante dos mecanismos compensatórios encartados na ordem normativa sub judice, restam preservados na tabela legal para o cálculo da indenização do seguro DPVAT” (STF, ADI 4350, Relator(a): Min. LUIZ FUX, Tribunal Pleno, julgado em 23/10/2014, ACÓRDÃO ELETRÔNICO DJe-237 DIVULG 02-12-2014 PUBLIC 03-12-2014).¹

Por conseguinte, “a indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez” (Súmula 474, STJ). Para fins de quantificação, deve ser considerada a tabela anexa à lei de regência, como determinam o § 1º do artigo 3º da lei de regência.²

Diante dessas premissas, deve a parte autora especificar qual o valor entende que lhe é devido, não bastando afirmar que “visa obter do Poder Judiciário a condenação do réu ao pagamento de indenização correspondente à diferença do Seguro Obrigatório DPVAT que lhe foi pago administrativamente, fora dos parâmetros consignados na Lei 6.164/74”, como constou da inicial. O autor sequer especifica a lesão.



Registro que o valor devido não corresponderá à diferença necessária para atingir o teto indenizável (R\$ 13.500,00), uma vez que, conforme já salientado, já se encontra pacificada a orientação de que a indenização será proporcional ao grau de invalidez. O pedido, se deduzido nesses termos, comportará, inclusive, improcedência liminar do pedido, com fundamento no inciso I do art. 332 do CPC:

Art. 332. Nas causas que dispensem a fase instrutória, o juiz, independentemente da citação do réu, julgará liminarmente improcedente o pedido que contrariar:

I - enunciado de súmula do Supremo Tribunal Federal ou do Superior Tribunal de Justiça;

Assim, em face da alegação de invalidez parcial incompleta, é necessário que a parte autora emende a inicial, apontando o valor que pretende receber, respeitando, todavia, os redutores previstos no inciso II do § 1º do art. 3º da Lei 6.194/1974 e os percentuais estabelecidos na tabela anexa à lei.

ANTE O EXPOSTO, intime-se a parte autora para, em quinze dias, emendar a inicial, especificando a lesão e adequando seu pedido ao estabelecido no art. 3º, § 1º, II da Lei 6.194/1974, aos percentuais estabelecidos na tabela anexa à lei e ao enunciado de Súmula 474 do STJ, sob pena de improcedência *in limine* da ação.

Emende-se, ainda, para, no prazo de 15 dias, juntar **cópias dos contracheques e outros comprovantes de benefício previdenciário/assistencial dos últimos 03 (três) meses** ou, **cumulativamente**, os seguintes documentos, sob pena de indeferimento do benefício da gratuidade de justiça (e a consequente juntada do recolhimento das custas processuais, sob pena de indeferimento da inicial - art. 321, p. único, do CPC):

- a. cópia dos extratos bancários de contas de titularidade da parte requerente dos últimos três meses;
- b. cópia dos extratos de cartão de crédito da parte requerente dos últimos três meses;
- c. cópia da última declaração do imposto de renda da parte requerente apresentada à Secretaria da Receita Federal;
- d. cópia da inscrição como trabalhador rural junto ao sindicato correspondente, caso se autodeclare agricultor.

Boqueirão/PB, 9 de março de 2018.

Mathews Francisco Rodrigues de Souza do Amaral

Juiz de Direito



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA
COMARCA DE BOQUEIRÃO/PB.**

Proc. nº. 0800533-47.2017.8.15.0741

Intermediado por seu mandatário ao final firmado, comparece, com o devido respeito à presença de Vossa Excelência, **CARLOS ANTONIO CANDIDO**, já qualificado nos autos, para, com fulcro no art. 321 do Novo Código de Processo Civil, **EMENDAR A INICIAL**, onde, para tanto, oferta as considerações abaixo evidenciadas.

O Autor, por meio do despacho próximo passado, fora instado a emendar a inicial, especificando a lesão e adequando seu pedido ao estabelecido no art. 3º, § 1º, II da Lei 6.194/1974, aos percentuais estabelecidos na tabela anexa à lei e ao enunciado de Súmula 474 do STJ, sob pena de improcedência in limine da ação.

E, juntar cópias dos comprovantes de benefício previdenciário/assistencial dos últimos 03 (três) meses sob pena de indeferimento do benefício da gratuidade de justiça (e a consequente juntada do recolhimento das custas processuais, sob pena de indeferimento da inicial - art. 321, p. único, do CPC).



Desta feita, requer o Autor à emenda a inicial para que no item “V” (DOS PEDIDOS), “c” conste: que julgue a presente Ação TOTALMENTE PROCEDENTE, reconhecendo a invalidez permanente e o direito a indenização, e determine que a seguradora pague referente ao SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT o valor de R\$ 13.500,00, (treze mil e quinhentos reais), conforme Art. 3º, II, § 1º, I. Ou seja, diante da perda funcional completa de um membro inferior será devido o pagamento de indenização do valor máximo da cobertura.

Em tempo, requer a juntada dos comprovantes de benefício previdenciário/assistencial dos últimos 03 (três) meses. Seguindo anexos os extratos referentes aos meses de dezembro de 2017, janeiro e fevereiro de 2018.

E, segue ainda, comprovante de despesas, como fatura de cartão de farmácia, fatura de cartão de supermercado, conta de consumo de água e conta de consumo de energia.

Insta salientar que a parte autora encontra-se totalmente debilitado e fazendo uso de diversos medicamentos conforme receita médica em anexo.

Diante disso, havido o Autor sanado a deficiência delimitada, esse vem pleitear a citação da Ré, bem como a procedência dos pedidos nos moldes do quanto solicitado com a peça inaugural e consequentemente e sua emenda.

Nesses termos,

Pede e espera deferimento

Boqueirão, 16 de março de 2018.



Leomando Cezário de Oliveira

OAB/PB 17.288

Rosangela de Farias Bezerra

OAB/PB 24.533

Radcléia Macedo Sousa

Acadêmica – 5º período

UNINASSAU

Mat. 04022033

Renan Ramos de Farias

Acadêmico – 9º período

UNIFACISA

Mat. 141.305.03.02



Bradesco **Dia & Noite**

BEN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO MESES ANTERIORES CONTA FACIL
TERM :054755

CARLOS ANTONIO CANDIDO 11:12 HRS
AGENCIA 5784 CONTA 0004509-8 15/MAR/2018

DATA	HISTORICO	N.DOC	VALOR
27/11	SALDO ANTERIOR		0,00
05/12	CREDITO DO INSS 0045784		2.899,00
09/12	SAGUE C/C BEN 3798150		2.000,00
09/12	AG02655msj063196so00525005121111		5,76
05/12	PAGTO COBRANCA 0000021		452,30
05/12	GASTO C CREDITO 3990339		160,94
	SALDO EM 05/12		
06/12	PARC CRED PESS 3460340		100,02
	CONTR 309764401 PARC 018/024		
	SALDO EM 06/12		60,82
15/12	TARIFA BANCARIA 0121217		13,50
	CESTA B EXPRESSO4		
	SALDO EM 15/12		47,42
19/12	SAGUE CARTAO CB 5784081		40,00
	ESPECIE		
	SALDO EM 19/12		7,42
26/12	GASTO C CREDITO 3990360		7,42
	SALDO EM 26/12		0,00

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022
SAC ALo Bradesco - 0800 7048383
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.

Bradesco **Dia & Noite**

BEN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO MESES ANTERIORES CONTA FACIL
TERM :054755

CARLOS ANTONIO CANDIDO 11:14 HRS
AGENCIA 5784 CONTA 0004509-8 15/MAR/2018

DATA	HISTORICO	N.DOC	VALOR
26/12	SALDO ANTERIOR		0,00
04/01	CREDITO DO INSS 0045784		1.577,40
04/01	PAGTO COBRANCA 0000022		5,76
04/01	BRADESCO VIDA E PREVIDENCIA		
04/01	SAGUE CARTAO CB 5784083		404,00
04/01	SAGUE CARTAO CB 5784083		1.000,00
04/01	ESPECIE		
04/01	GASTO C CREDITO 3990004		66,77
	SALDO EM 04/01		100,87
06/01	PARC CRED PESS 3460008		100,02
	CONTR 309764401 PARC 017/024		
	SALDO EM 06/01		0,85
15/01	TARIFA BANCARIA 0080118		0,85
	VR.PARCIAL CESTA B EXPRESSO4		
	SALDO EM 15/01		0,00

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022
SAC ALo Bradesco - 0800 7048383
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.


Bradesco **Dia & Noite**

BEN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO MESES ANTERIORES CONTA FACIL
TERM :054755

CARLOS ANTONIO CANDIDO 11:15 HRS
AGENCIA 5784 CONTA 0004509-8 15/MAR/2018

DATA	HISTORICO	N.DOC	VALOR
15/01	SALDO ANTERIOR		0,00
05/02	CREDITO DO INSS 0056784		1.610,05
05/02	PAGTO COBRANCA 0000023		5,76
05/02	BRADESCO VIDA E PREVIDENCIA		
05/02	SAGUE CARTAO CB 5784083		216,00
05/02	SAGUE CARTAO CB 5784083		1.000,00
05/02	ESPECIE		
05/02	GASTO C CREDITO 3990006		276,06
05/02	TARIFA BANCARIA 0080118		12,65
	CESTA B EXPRESSO4		
	SALDO EM 05/02		100,56
06/02	PARC CRED PESS 3460037		100,02
	CONTR 309764401 PARC 018/024		
	SALDO EM 06/02		0,56
15/02	TARIFA BANCARIA 0080218		0,56
	VR.PARCIAL CESTA B EXPRESSO4		
	SALDO EM 15/02		0,00

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022
SAC ALo Bradesco - 0800 7048383
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.



MINIPRECO CARD

FATURA MENSAL

VENCIMENTO
10/03/2018

TOTAL DESTA FATURA R\$
179,78

PAGAMENTO MINIMO R\$
29,59

HISTÓRICO DAS DESPESAS

DATA	DESCRIÇÃO	VALOR
06/02	CARLOS A CANDIDO 3110	
06/02	COMPRA MAIS 01/02 BOQUEIRAO B	45,21
06/02	OBRIGADO PELO PAGAMENTO LOJA	-300,00
06/02	POSTO MARKA BOQUEIRAO P	20,00
09/02	COMPRA MAIS BOQUEIRAO P	11,99
13/02	COMPRA MAIS BOQUEIRAO P	11,99
21/02	ANUIDADE NACIONAL	0,21
21/02	IOF SOBRE SALDO FINANCIADO	3,09
21/02	ENCARGOS SOBRE SALDO FINANCIADO	0,21
21/02	MINIPRECO CARD 03/03 BOQUEIRAO B	7,09
21/12	DESPESAS/COMPRAS DESTE CARTÃO NO PERÍODO	41,00
	PGTO/CRÉDITOS DESTE CARTÃO NO PERÍODO	141,48
		309,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

No site www.tricard.com.br está disponível a nova versão do seu Contrato. Para garantir os benefícios do seu cartão pague em dia entre o valor MINIMO e o TOTAL DA FATURA. Em caso de pagamento inferior ao valor total, incidirão os encargos contratuais a serem cobrados na próxima fatura. **ATENÇÃO:** Pagando apenas o valor mínimo desta fatura até a data do vencimento, os encargos financeiros a serem cobrados na próxima fatura serão de R\$ 32,31.

Descrição	R\$
Saldo da fatura anterior	338,30
(-) Pagamentos /créditos	300,00
(+) Despesas/Compras	134,39
(+) Encargos Finan/Atraso	7,09
(+) Encargos Saque	0,00
(=) Saldo desta fatura	179,78

Limite	R\$
Limite de compra	370,00
Limite de saque	37,00

	NO PERÍODO	MÁX. POR MÊS
Pagamento Parcial	19,89	20,89
Pagamento em atraso	20,89	21,89
Saques	19,89	20,89
Compras parceladas c/ juros	5,99	6,99
Parcelamento de Fatura	12,90	15,90

	Em Anos	Em Meses
Pagamento Parcial	866,24	20,82
Pagamento em atraso	970,30	21,84
Saques	867,61	21,83
Compras parceladas c/ juros	0,00	0,00
Parcelamento de Fatura	396,92	8,43

IOF 0,0092% AO DIA + 0,33%

CARTÃO ADICIONAL TRICARD

Concentre as despesas da família em uma só fatura.

Peça já o seu!
3003 3099
 0800 722 3099

* O limite é único e compartilhado entre os cartões. Excluído para maiores de 18 anos. O titular é responsável pelas compras dos adicionais.

Bradesco | 237-2

23793.38706 90015.054472 94000.072606 8 000

Nome do Pagador/CNPJ/Endereço:
 CARLOS ANTONIO CANDIDO - JOAO DA CRUZ CAVALCANTE BRES CASA CENTRO - 58450-000 - BOQUEIRAO - PB - CPF: 021.755.004-29

Nosso Número: 09/00150544794-7 | Nr Documento: 6346161023 | Data de Vencimento: 10/03/2018 | Valor do Documento: 179,78 | (*) Valor Pago:

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço:
 Banco Triângulo S/A - Av. Cesário Alvim, 2209 Uberlândia MG - CNPJ 17.351.180/0001-59

Autenticação Múltipla:
 3387-10000726-9



Correspondente do Banco Bradesco S.A.

Comproante de Pagamento de Cobrança

Data 15/03/2018 Hora de Brasília 10:39

Código de barras 2392.99706 90001.
351544 18000.56200 1 7422000000000000

Banco Destinatário 239-BRANCO BRADESCO
S.A.

Razão Social Beneficiário BRASIL CARD
Nome Beneficiário BRASIL CARD
CPF/CNPJ Beneficiário
03.130.170/0001-89

Instituição Receptora 239

Nome Pagador CARLOS ANTONIO
CANDIDO
CPF/CNPJ Pagador 021.755.904-29

Dt. Vencimento 23/03/2018

Valor 494,71
Desconto 0,00
Abatimento 0,00
Bonificação 0,00
Multa 0,00
Juros 0,00

Valor Pago 98,94

Pagamento realizado em espécie S

Aj. Bradesco 5784 - QUEIMADOS

PACB : 083 - FARMACIA BAIANO

NOUO

NSU 028951390977 Autenticação 203628

Qualquer ocorrência notuada por
divergência entre os registros
constantes no boleto de cobrança
validada pelo Banco destinatário e
dados alinhados neste pagamento
juste valor pago, e de inteira
responsabilidade do cliente, o qual
foi pessoalmente por este
ante a lei.

AUDITORIA BRADESCO
0800 727 9000

VENCIMENTO

10/03/2018

Fatura Fácil
BrasilCard

Nome: CARLOS ANTONIO CANDIDO
Endereço: RUA JOAO DA CRUZ CAVALCANTE
Número: BAIRRO NOVO
Cidade: BOQUEIRAO PB
CEP: 58450-000
Fatura: 13515418

Compra	Ticket	Descrição	Crédito	Débito
2/2017	24124042/1-5	REDE MAIS FARMIA - FARMIA VIDA	57,00	57,00
2/2018	25016680/1-1	REDE MAIS FARMIA - FARMIA VIDA	5,90	5,90
1/2018		(FAA) Financiamento Administradora	424,81	424,81
1/2018		(UCC) Utilização Cartão de Crédito	0,00	0,00

ARGOS SOBRE O PAGAMENTO APÓS VENCIMENTO VIRÃO NA PRÓXIMA FATURA*
INDISPENSÁVEL A APRESENTAÇÃO DESTA PARA PAGAMENTO.

549, de 26/01/2017 do Banco Central do Brasil, a partir de 03/04/2017, após 30 (trinta) dias de financiamento na modalidade crédito submetido a taxa de juros de 9,99%, podendo ainda a seu critério, ser parcelado nas propostas contidas na presente fatura, sendo para pagamento são mais vantajosas.

ADORA DE	Nº Documento	Agência/Código do Beneficiário	Nosso Número	Vencimento	Valor do Documento
EDITO LTDA	1851739/13515418	2447-3/0005620-0	00013515418-3	10/03/2018	494,71

Autenticação Mecânica - Recibo do Pagamento



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOQUEIRÃO

Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

UBSF BAIRRO NOVO II

Rua João da Cruz Cavalcante, S/N

CNES - 8005710

P/ Carlos Antônio Cândido
R/ João da Cruz Cavalcante.

Uso ORAL:

① Levodopa (25 mg) — 60 cp

↳ tomar 01 cp 12/12 hrs.

② Etilopril (10 mg) — 60 cp

↳ tomar 01 cp / 12/12 hrs.

③ Espironolactona (25 mg) — 30 cp

↳ tomar 01 cp ao dia

④ Furosemida (40 mg) — 60 cp

↳ tomar 01 cp 12/12 hrs.

⑤ Digoxina (0.25 mg) — 30 cp

↳ tomar 01 cp ao dia

Yurisnei Carranza Perei
2 RMS-PB 2500283
PROFISSIONAL MEDICO
BRASIL COOPERADO

Scanned by CamScanner



SIMONE NUNES TAVEIRA BRITO
RUA JOAO DA CRUZ CAVALCANTE, 69 - NOVO
BOQUIRAO/PB CEP: 58450003 (AG: 109)

Emissão: 07/02/2018 Referência: Fev/2018
Class/Subst: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B720, Rm 25 - Cidade Nova - João Pessoa/PB - JET 5001400
Fator 5 - 100, 25 - 2720 Nº medidor: 10300603452



ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ nº 09.513.100/0140 - Ins. Est. 16.615.0216

Tela Fica? Cód. de Energia: NÚC. 11001 237 060
Cód. para Dtb. Automático: 8000089387

0196 Acesse: www.energisa.com.br

Comprovante de Pagamento
Data: 16/02/2018 Hora de Brasília: 11:34

Código de Barras
8369000000-8 21320054000-2
00898382018-7 02300108019-3
Empresa: ENERGISA PARABÁ

Valor do Pagamento: 21,32

Ag. Bradesco: 5284 - QUITADAS
PARC: 083 - FARMACIA BATISTO
NOVO
NSU: 028895546153 Autenticação: 60255

Data prevista da próxima leitura
12/03/2018
CPF/CNPJ/RANI
8974289784
Ins. Est.
5/89838-7

	Constante	Consumo	Dias					
11850	1	34	29					
Demonstrativo								
Quantidade	Tarifa de	Valor Base Calc.	Alq. Icmo (R\$)	Exceção (R\$)	Pot (R\$)	Colm (R\$)		
Trabalho Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS	Pot (R\$)	Pot (R\$)	Pot (R\$)	Pot (R\$)		
Consumo em kWh	34,000	0,528000	17,95	0,00	0,00	17,95	0,20	0,93
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0807 CONTRIB. LIMP. P. JUCA	2,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DE MORA 01/2018	0,14	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 MULTA 01/2018	0,44	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2018	0,07	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CC: Código de Classificação do Item	TOTAL	21,32	0,00	3,00	17,95	0,20	0,93	

VENCIMENTO
16/02/2018
TOTAL A PAGAR
R\$ 21,32

Histórico de Consumo (kWh)

57	61	56	53	49	53	44	48	11	40	40	40
Fev/17	Mar/17	Abr/17	Maio/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18

RESERVADO AO FISCO
8337.17f5.5d2c.dc36.8a6a.586a.7da5.06ee.

Indicadores de Qualidade 12/2017 - Recorrido

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,67	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	11,34		
DIC ANUAL	22,69		CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202
FIC MENSAL	3,38	0,00	
FIC TRIMESTRAL	6,72		LIMITE SUPERIOR 231
FIC ANUAL	13,45		
DMIC	3,29	0,00	
DICRI	12,22		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	8,44	39,21
Compra de Energia	7,61	35,69
Serviço de Transmissão	0,99	4,64
Encargos Setoriais	1,76	8,35
Impostos Diretos e Encargos	4,50	21,11
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	21,32	100,00

Valor do EUSD (Ref. 12/2017) R\$ 10,60

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

Faturas em anexo



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA
COMARCA DE BOQUEIRÃO/PB.**

Proc. nº. 0800533-47.2017.8.15.0741

ROSANGELA DE FARIAS BEZERRA, brasileira, solteira,
advogada, legalmente inscrita na ordem dos Advogados do Brasil Seccional da Paraíba, sob nº. 24.533,
LEOMANDO CEZARIO DE OLIVEIRA, brasileiro, casado, advogado, legalmente inscrito na ordem
dos Advogados do Brasil Seccional da Paraíba, sob nº. 17.288, e **DJAILSON BARBOSA DA SILVA**,
brasileiro, casado, advogado, legalmente inscrito na ordem dos Advogados do Brasil Seccional da
Paraíba, sob nº. 24.611, Ambos com endereço profissional na Rua Severiano Macedo, 373, Centro,
Boqueirão-PB, na qualidade de procuradores do AUTOR, nos autos da presente ação, vem
respeitosamente à presença de V. Exa., **RENUNCIAR AO MANDATO**, por motivos de foro íntimo,
requerendo que se digne em determinar a notificação de **CARLOS ANTONIO CANDIDO**, para que o
mesmo constitua novo procurador.

Nesses termos,

Pede e espera deferimento

Boqueirão, 04 de julho de 2018.



Leomando Cezário de Oliveira

OAB/PB 17.288

Rosangela de Farias Bezerra

OAB/PB 24.533

Radcléia Macedo Sousa

Acadêmica – 5º período

UNINASSAU

Mat. 04022033

Renan Ramos de Farias

Acadêmico – 9º período

UNIFACISA

Mat. 141.305.03.02





Poder Judiciário do Estado da Paraíba

Vara Única da Comarca de Boqueirão

Rua Amaro Antônio Barbosa, nº 30, Bairro Novo – CEP 58.450-000

Fone/Fax (83) 3391 2329

Processo n.º: 0800533-47.2017.8.15.0741

Assunto: [ESPÉCIES DE CONTRATOS, ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO]

Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)

Inventariante: CARLOS ANTONIO CANDIDO

De cujus: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

DECISÃO

Defiro a gratuidade da justiça (arts. 98, CPC).

Designo dia **02/05/2019, às 09:10 para audiência de conciliação** (art. 695, *caput*, CPC), ocasião em que as partes poderão transigir e deverão estar acompanhadas por seus advogados ou defensor público (§4º).

Cite-se pessoalmente a ré (§3º), com antecedência mínima de 15 dias da data agendada (§2º), **advertindo-a** que, não havendo conciliação, o prazo de 15 dias para contestara fluirá a partir da audiência (art. 335, I, CPC), oportunidade em que deverá alegar toda a matéria de defesa (art. 336), sob pena de revelia (art. 344).

Intimações necessárias.

Cientifique-se o representante do MPE (art. 698).

Publique-se. Registre-se. Intimem-se.



Boqueirão/PB, 22 de janeiro de 2019.

Juíza de Direito



Vara Única de Boqueirão
Rua Amaro Antônio Barbosa, S/N, Centro, BOQUEIRÃO - PB - CEP: 58450-000
()

Nº do processo: 0800533-47.2017.8.15.0741

Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)

Assunto(s): [ESPÉCIES DE CONTRATOS, ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO]

MANDADO DE INTIMAÇÃO
(AUDIÊNCIA - AUTOR)

O MM. Juiz de Direito da Vara Única de Boqueirão manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, intime a parte:

N o m e : C A R L O S A N T O N I O C A N D I D O
Endereço: RUA JOAO DA CRUZ CAVALCANTE, 08, NOVO, BOQUEIRÃO - PB - CEP: 58450-000

para comparecer a audiência abaixo descrita:
Tipo: Conciliação Sala: sala de Audiencia nº 1 Data: 02/05/2019 Hora: 09:10 .

BOQUEIRÃO, em 13 de abril de 2019.

De ordem, ANSELMO VASCONCELOS COSTA

Mat.478.263-1





Poder Judiciário do Estado da Paraíba

Vara Única da Comarca de Boqueirão

Rua Amaro Antônio Barbosa, nº 30, Bairro Novo – CEP 58.450-000

Fone/Fax (83) 3391 2329

Processo n.º: 0800533-47.2017.8.15.0741

Assunto: [ESPÉCIES DE CONTRATOS, ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO]

Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)

Inventariante: CARLOS ANTONIO CANDIDO

De cujus: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

DECISÃO

Defiro a gratuidade da justiça (arts. 98, CPC).

Designo dia **02/05/2019, às 09:10 para audiência de conciliação** (art. 695, *caput*, CPC), ocasião em que as partes poderão transigir e deverão estar acompanhadas por seus advogados ou defensor público (§4º).

Cite-se pessoalmente a ré (§3º), com antecedência mínima de 15 dias da data agendada (§2º), **advertindo-a** que, não havendo conciliação, o prazo de 15 dias para contestara fluirá a partir da audiência (art. 335, I, CPC), oportunidade em que deverá alegar toda a matéria de defesa (art. 336), sob pena de revelia (art. 344).

Intimações necessárias.

Cientifique-se o representante do MPE (art. 698).

Publique-se. Registre-se. Intimem-se.



Boqueirão/PB, 22 de janeiro de 2019.

Juíza de Direito



CERTIDÃO

Certifico que **INTIMEI** o Sr. **Carlos Antônio Cândido** no dia 01/05/2019 o qual ficou ciente de todo o conteúdo do mandado. O referido é verdade e dou fé. Boqueirão, 02 de maio de 2019.

Oficial de Justiça

Guilherme Passos Feijó.





Vara Única de Boqueirão
Rua Amaro Antônio Barbosa, S/N, Centro, BOQUEIRÃO - PB - CEP: 58450-000
()

Nº do processo: 0800533-47.2017.8.15.0741

Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)

Assunto(s): [ESPÉCIES DE CONTRATOS, ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO]

**MANDADO DE INTIMAÇÃO
(AUDIÊNCIA - AUTOR)**

O MM. Juiz de Direito da Vara Única de Boqueirão manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, intime a parte:

Nome: CARLOS ANTONIO CANDIDO

Endereço: RUA JOAO DA CRUZ CAVALCANTE, 08, NOVO, BOQUEIRÃO - PB - CEP: 58450-000

para comparecer a audiência abaixo descrita:

Tipo: Conciliação Sala: sala de Audiencia nº 1 Data: 02/05/2019 Hora: 09:10 .

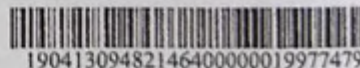
BOQUEIRÃO, em 13 de abril de 2019.

De ordem, ANSELMO VASCONCELOS COSTA

Mat.478.263-1



Assinado eletronicamente por: ANSELMO VASCONCELOS COSTA
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
ID do documento: 20537611



19041309482146400000019977479

Carlos Antonio Candido



MANIFESTAÇÃO MINISTERIAL

MM. Juiz(a),

Versam os autos sobre **AÇÃO ORDINÁRIA DE COBRANÇA**, proposita por **CARLOS ANTÔNIO CÂNDIDO** em face de SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS.

Verifica-se que não existem nos autos elementos aptos a ensejar a participação do Ministério Público no feito, tendo em vista os **INTERESSES MERAMENTE PARTICULARES**.

A ordem constitucional brasileira impõe ao Ministério Público “**a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis**” (CF, art. 127). Ao mesmo tempo, preceituou que é sua função institucional “promover o inquérito civil e a ação civil pública, para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos” (art. 129).

Isto posto, tendo em vista tratar-se de **AÇÃO ORDINÁRIA DE COBRANÇA** sem interesses de incapazes e de menores de idade, sem qualquer repercussão social relevante, não havendo a necessidade de participação do Ministério Público, com supedâneo ainda na Recomendação N.º 34 do Conselho Nacional do Ministério Público e Recomendação Conjunta PGJ-CGMP n.º 001/2012 do Ministério Público da Paraíba, deixa este órgão de se pronunciar no presente feito.

Boqueirão/PB, 07 de Maio de 2019.

ERNANI LUCAS NUNES MENEZES

Promotor de Justiça





MINISTÉRIO PÚBLICO DA PARAÍBA
PROMOTORIA DE JUSTIÇA CUMULATIVA DE **BOQUEIRÃO/PB**

EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA VARA
ÚNICA DA COMARCA DE **BOQUEIRÃO/PB**

Processo nº: 0800533-47.2017.8.15.0741

MANIFESTAÇÃO MINISTERIAL

MM. Juiz(a),

Versam os autos sobre AÇÃO ORDINÁRIA DE COBRANÇA,
proposta por CARLOS ANTÔNIO CÂNDIDO em face de SEGURADORA LÍDER
DOS CONSÓRCIOS.

Verifica-se que não existem nos autos elementos aptos a ensejar a
participação do Ministério Público no feito, tendo em vista os **INTERESSES
MERAMENTE PARTICULARES.**

A ordem constitucional brasileira impôs ao Ministério Público “a
defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e
individuais indisponíveis” (CF, art. 127). Ao mesmo tempo, preceituou que é sua
função institucional “promover o inquérito civil e a ação civil pública, para a
proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses
difusos e coletivos” (art. 129).

Isto posto, tendo em vista tratar-se de AÇÃO ORDINÁRIA DE
COBRANÇA sem interesses de incapazes e de menores de idade, sem qualquer
repercussão social relevante, não havendo a necessidade de participação do
Ministério Público, com supedâneo ainda na Recomendação N.º 34 do Conselho

R. José de Sousa Babosa, 345 – Bairro Novo, Boqueirão/PB – CEP 58450-000 – Telefone: (83) 3391-1652



Nacional do Ministério Público e Recomendação Conjunta PGJ-CGMP n.º 001/2012
do Ministério Público da Paraíba, deixa este órgão de se pronunciar no presente feito.

Boqueirão/PB, 07 de Maio de 2019.

ERNANI LUCAS NUNES MENEZES
Promotor de Justiça

ERNANI LUCAS NUNES MENEZES
Promotor de Justiça





Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Boqueirão

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800533-47.2017.8.15.0741

DESPACHO

Vistos, etc...

Certifique-se se a audiência designada par ao dia **02/05/2019 se realizou.**

Em caso negativo, certifique-se sobre os motivos e designe-se nova data, com a intimação das partes.

Em caso positivo, junte-se termo

BOQUEIRÃO, 28 de janeiro de 2020.

Juiz(a) de Direito



SEGUE TERMO DE AUDIÊNCIA





Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Vara Única da Comarca de Boqueirão
Rua Amaro Antônio Barbosa, nº 30, Bairro Novo – Cep 58.450-000 Fone 0XX
83 3391 2329

Processo nº 0800533-47.2017.8.15.0741

TERMO DE AUDIÊNCIA CÍVEL

Ao(s) 02 dias do mês de maio de 2019, às 09:10 horas, nesta Cidade de Boqueirão – PB, na sala de audiência da Vara Única desta Comarca, onde presente se encontrava a MM. Juíza de Direito em Substituição, Dr^a. Ana Carmem Pereira Jordão Vieira, comigo estagiária de direito foi aberta **AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO** nos Autos da ação em epígrafe.

PRESENTES À AUDIÊNCIA

Autor: Carlos Antonio Candido

AUSENTES À AUDIÊNCIA

Réu: Seguradora Lider Dos Consorcios S/A

RESUMOS DOS ACONTECIMENTOS

Aberta a audiência: presente o autor desacompanhado de advogado, proposta a conciliação restou ela inviável, ante a ausência do promovido, o qual não foi devidamente citado e intimado para o ato. Pela MM Juíza foi dito que: deixo de redesignar o presente ato, tendo em vista considerar esta magistrada que, por versar a presente ação sobre matéria, a parte promovida sempre manifesta desinteresse em conciliar. Expeça-se mandado de citação. Intimados os presentes. Nada mais havendo a tratar, mandou a MM Juíza encerrar este termo que, depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado. Eu, Ester Ferreira Monteiro, estagiária, o digitei e assino.

Ana Carmem Pereira Jordão Vieira
Juíza de Direito em Substituição

Autor





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE BOQUEIRÃO

Processo nº 0800533-47.2017.8.15.0741

AUTOR: CARLOS ANTONIO CANDIDO

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

CERTIDÃO DE CITAÇÃO

Pelo presente, fica(m) o(s) destinatário(s) intimado(s), via sistema, do inteiro teor do(a) **despacho/decisão/sentença** vinculado(a) a este termo.

DESTINATÁRIO(S): SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Boqueirão/PB, 16 de março de 2020.

De ordem, ROBSON DE QUEIROZ CAVALCANTI.

Técnico(a) Judiciário(a)

