



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
10555 072	01/11/2017 16:23	Petição Inicial
10555 270	01/11/2017 16:23	procuração002
10555 283	01/11/2017 16:23	declaração003
10555 316	01/11/2017 16:23	rg e cpf004
10555 339	01/11/2017 16:23	carta de negativa
10555 366	01/11/2017 16:23	boletim005
10555 384	01/11/2017 16:23	declaração samu006
10555 416	01/11/2017 16:23	ficha de acolhimento
10555 453	01/11/2017 16:23	Ficha de atendimento ambulatorial
10555 478	01/11/2017 16:23	Laudo para solicitação de autorização para internação
10555 500	01/11/2017 16:23	Avaliação cardiológica com risco cirúrgico-otimizado 1
10555 526	01/11/2017 16:23	folha da anestesia
10555 543	01/11/2017 16:23	Descrição da operação
10555 557	01/11/2017 16:23	Exames
10555 575	01/11/2017 16:23	Ficha de avaliação de fisioterapia
10555 701	01/11/2017 16:23	Ficha de evolução-otimizado 1
10555 727	01/11/2017 16:23	Ficha de evolução-otimizado 2
10555 755	01/11/2017 16:23	Ficha de evolução-otimizado 3

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 sã 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, consequentemente, 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 contraria.

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 permanece 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. PROPORACIONALIDADE. 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 o 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:

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. I- CORREÇÃO MONETÁRIA. TERMO INICIAL. Em se tratando de ação 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 despender; 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





DR. Leomando Cezário De Oliveira
OAB/PB 17.288

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: LEMANDO 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, constituio meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula ad iudicium 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 ALVARAS, 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.

Carlos Antônio Cândido

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.

carlos antonio candido

DECLARANTE





Assinado eletronicamente por: ROSANGELA DE FARIAS BEZERRA - 01/11/2017 16:21:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17110116045115000000010317359>
Número do documento: 17110116045115000000010317359

Num. 10555316 - Pág. 1



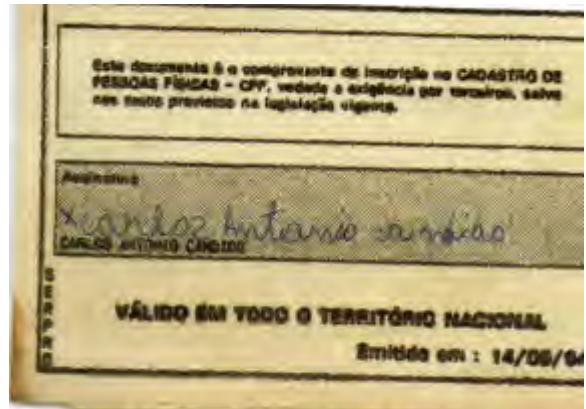
Assinado eletronicamente por: ROSANGELA DE FARIAS BEZERRA - 01/11/2017 16:21:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17110116045115000000010317359>
Número do documento: 17110116045115000000010317359

Num. 10555316 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: ROSANGELA DE FARIAS BEZERRA - 01/11/2017 16:21:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17110116045115000000010317359>
Número do documento: 17110116045115000000010317359

Num. 10555316 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: ROSANGELA DE FARIA BEZERRA - 01/11/2017 16:21:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17110116045115000000010317359>
Número do documento: 17110116045115000000010317359

Num. 10555316 - Pág. 4

Rio de Janeiro, 10 de Março de 2017

Carta n°: 10634972

A/C: CARLOS ANTONIO CANDIDO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170130687 ASL-0083155/17
Vitima: 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 inicio 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 nº: 10635044

A/C: CARLOS ANTONIO CANDIDO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170130687 ASL-0083155/17
Vitima: 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 infor. 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 integra: 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 encontrar-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, N° 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 N° 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 CIRÚRGICO. DESDE ENTÃO, O NOTICIANTE ALEGA ENCONTRAR-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 N° 156897-3

Rua Nossa Senhora do Desterro nº 681, Centro, CEP: 58.450-000 – Telefone (83) 3391.2069.
boqueirao.dspc11@hotmail.com





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOQUEIRÃO
SECRETARIA DE SAÚDE



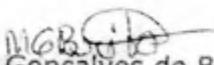
secretaria saude
SUS

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





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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Carlos Antônio Cândido	Bairro:	Boqueirão
End:	R. João de Oliveira Cavalcante	Documento de Identificação:	
Data de Nascimento:	18-05-78	Data do Atend.:	03-10-16 Hora: 20:12 Documento:
Queixa:	Ae: Moto		
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

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

Estratificação

MOD. 410

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

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

Assinatura e carimbo do profissional



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

Médico

Data

MOD. 001





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 00023671

CNPJ:08-778.268/0001-60

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

Município: CAMPINA GRANDE

Estado: PARAÍBA

UF:25

DADOS DO PACIENTE

PRONTUÁRIO Nº:1337987

Nome: CARLOS ANTONIO CANDIDO

Profissão:

End.: R JOAO DA CRUZ CALVACANTE,

Município: BOQUEIRÃO

Data Atendimento:

Carão do SUS:

DATA NASCIMENTO: 18/05/1975

QUEIXAS: AC DE MOTO

Documento

Bairro:

Estado:

rg/CEP:

Código do Município:

250400

Sexo:

MASCULINHO:

Document

1887676

CENTRO

Bairro:

PA:

Glasgow:

HGT:

Sal02:

Estado:

PA:

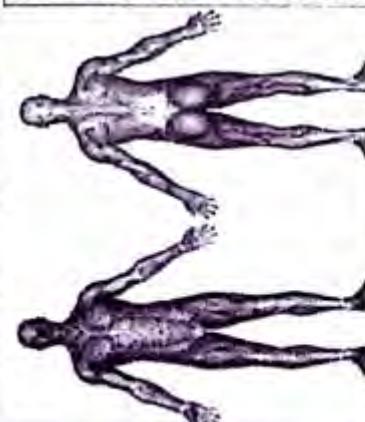
Código do Município:

16 /

250400

QUEIXAS: AC DE MOTO

LOCAL DA LESÃO: ² Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Exangamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Contante
16. F. Contuso-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-contuso
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento venoso
23. Lacerção
24. Lesão tendinea
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento isótáxico paradoxal
28. Objeto encravado
29. Otorrágia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parese
33. Queimadura
34. Rinorrágia
35. Sinal de Isquemia
- 36.

OBS.:

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Exame primário feito no atendimento. O paciente é um homem de 23 anos, de origem social, que gosta muito de moto e tem uma moto Honda Bros 150cc. Ele veio com dor de estômago e febre -

febre 38,5°C, dor abdominal, dor lombar e dor nas costas. Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

Ele veio de moto e caiu na estrada, bateu a moto e ficou com dor de estômago e febre.

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Exame primário feito no atendimento. O paciente é um homem de 23 anos, de origem social, que gosta muito de moto e tem uma moto Honda Bros 150cc. Ele veio com dor de estômago e febre -

(Continua)

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Exame primário feito no atendimento. O paciente é um homem de 23 anos, de origem social, que gosta muito de moto e tem uma moto Honda Bros 150cc. Ele veio com dor de estômago e febre -

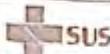
(Continua)

05 13:10 +36°C P:73 R:20 PA:130/80 paciente estavel
10 segue sob pressão
16 Sintomas e os cuidados da
equipe da equipa

05 9:00 PA: 130/80 + Pac. estavel. Adm. de
10 R: 20 ou consult. Med. CRM.
16 P: 73 segue aos cuidados da
T: 36°C equipe. ~~seguir~~

Scanned by CamScanner





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES
2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXAMINANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES
2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Luis Henrique Fernandes

6 - N° DO PONTIFICATIVO
283 671

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

18 / 03 / 1975

9 - SEXO
Masculino [] Fem [] 3

10 - NOME DA MÃE RESPONSÁVEL

Suzanne Andrade Buz

11 - TELEFONE DE CONTATO
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Belo Horizonte

14 - COD. INIC/MUN/CIP

15 - UF
PB

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SÍMPTOMAS E SINTOMAS CLÍNICOS

Perdendo sangue, dor abdominal, febre, dor

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Interveniente vítima de lesão contuso

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

Ex

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDARIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FRACTURA TÍbia

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TJU curvatura para fixar

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Ortopedia e Traumatologia

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - I - ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - CNPJ DA SEGURODORA

37 - N° DO REINTE

38 - SÉRIE

24 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CGPR

35 - I - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PESSOA DÉNICA

I - EMPREGADO

I - EMPREGADOR

43 - AUTÔNOMO

I - DESEMPREGADO

I - APOSENTADO

44 - NÃO SEGURO

I - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

I - CNS

I - CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

MOD. 003

Scanned by CamScanner



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E

Diagnóstico

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

400.013

Scanned by CamScanner





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Leandro Cardoso Góes IDADE: 41 SEXO: M
IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 09/10/16

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULARE:

- (✓) Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS.

Comentários:

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

- Hipertensão Arterial Sistêmica Hipertensão Pulmonar DPOC Outros
 Diabetes Mellitus Insut. Cardíaca Congestiva Insuficiência Coronariana
 Arritmias Insuf. Renal Aguda Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

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

Medicamentos em uso () Não () Sim Furotopf; Cetotop; Espancute;
Fraxenol; Myzus

4 - EXAME FÍSICO:

- Estado Geral Bom Regular Comprometido Precário Altura Peso

Hab. Cardiovascular - Comentários: _____

FC: 72 b.p.m P.A.: 130/82 mmHg

An. Respiratório - Comentários: med med fisi

© 2014 Pearson Education, Inc.

R341 TC1147

[View more news stories](#)

- 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)

81

1000 847

Ass. do Médico

Assinado eletronicamente por: ROSANGELA DE FARIA BEZERRA - 01/11/2017 16:21:59
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1711011609055690000010317538>
Número do documento: 1711011609055690000010317538

Núm. 10555500 - Pág. 1

08/10 10hs 36°C 78 18

Paciente evolução de
cor, foi realizado
exames de
em pms e m -
sigue m.cpm
por

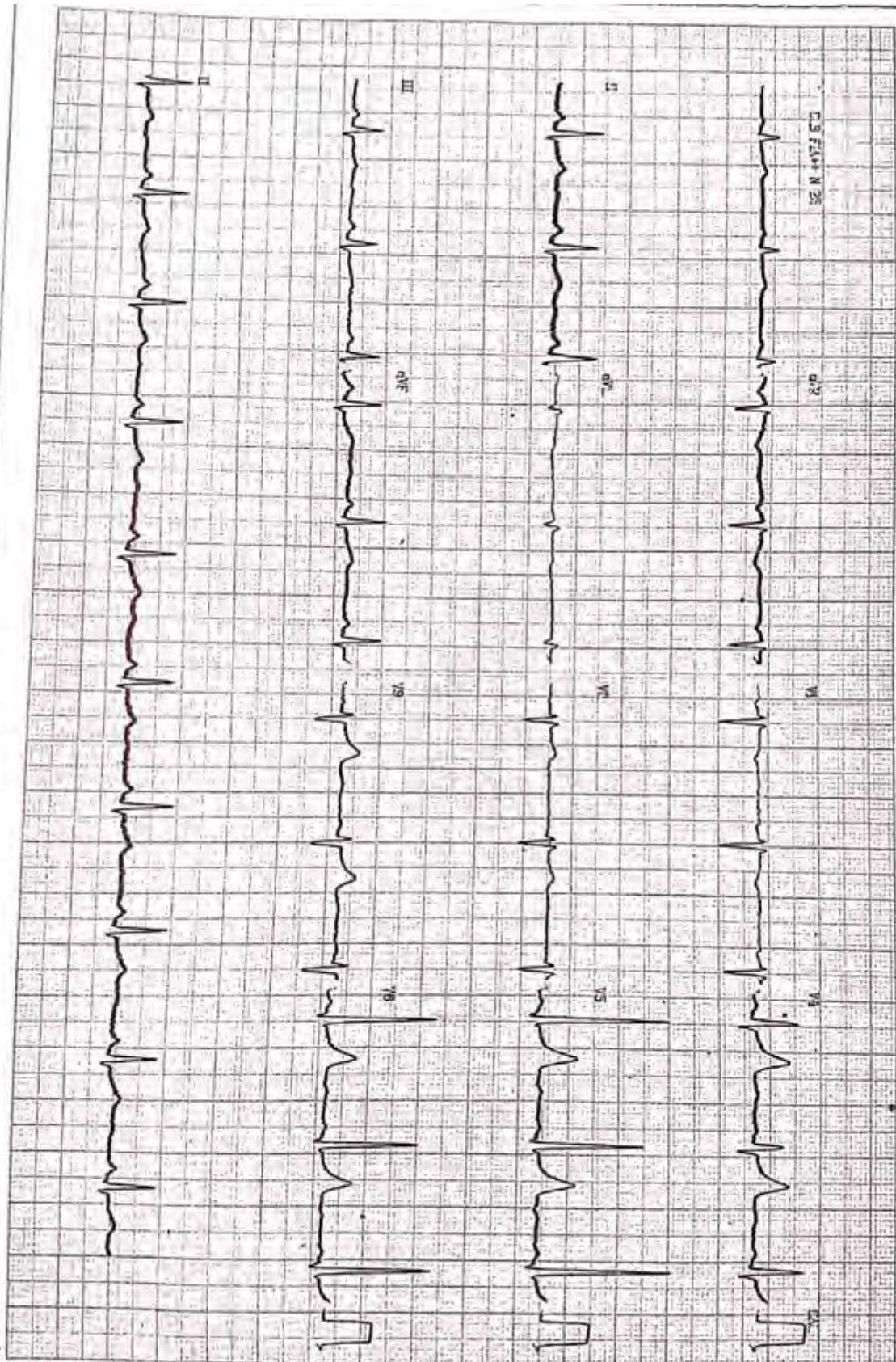
08/10 20hs 36°C 79 18

Paciente evolução
si normalidade
por



01.03 Barros Antônio

04/10/16

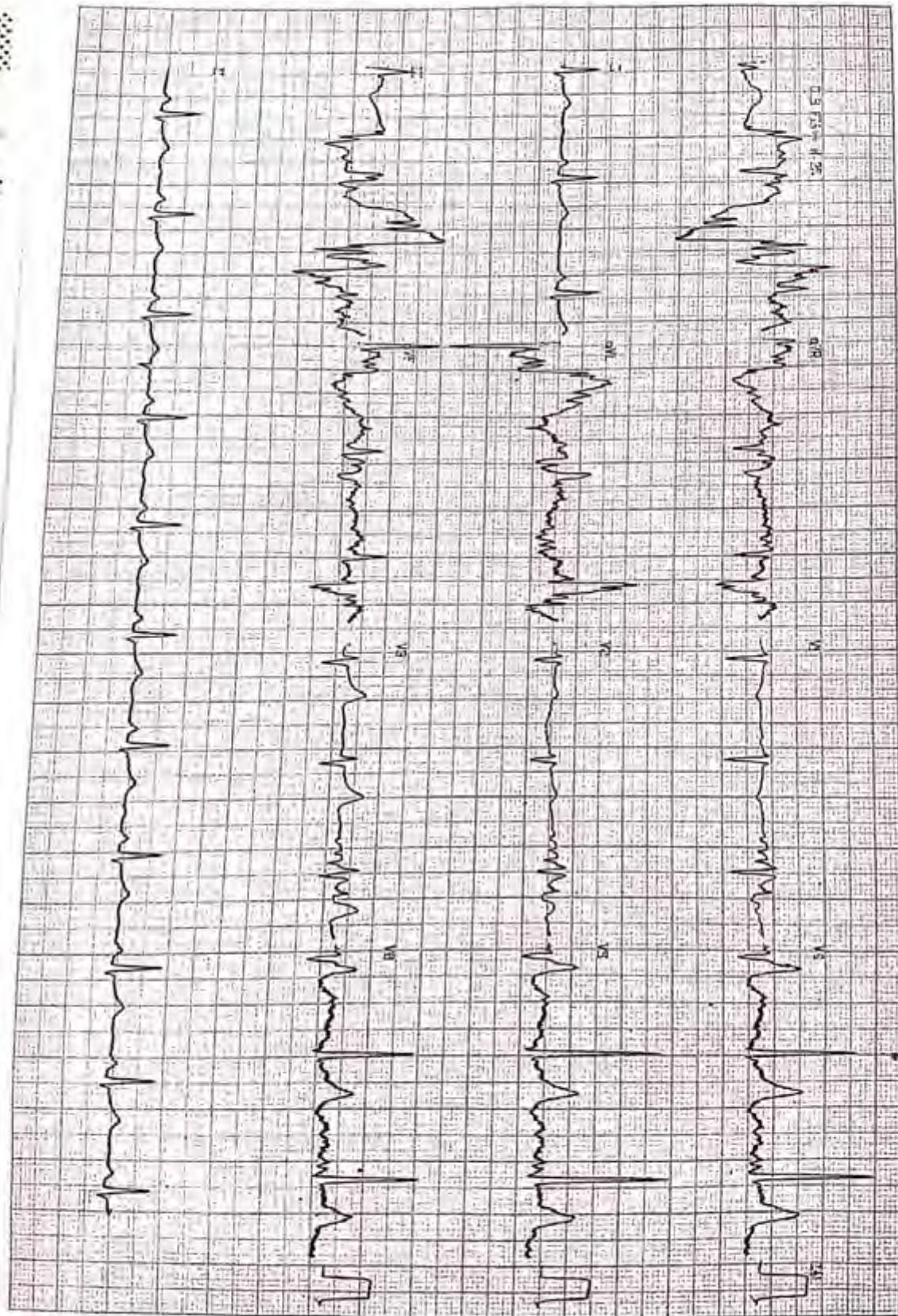


Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ROSANGELA DE FARIAZ BEZERRA - 01/11/2017 16:21:59
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17110116090556900000010317538
Número do documento: 17110116090556900000010317538

Num. 10555500 - Pág. 3

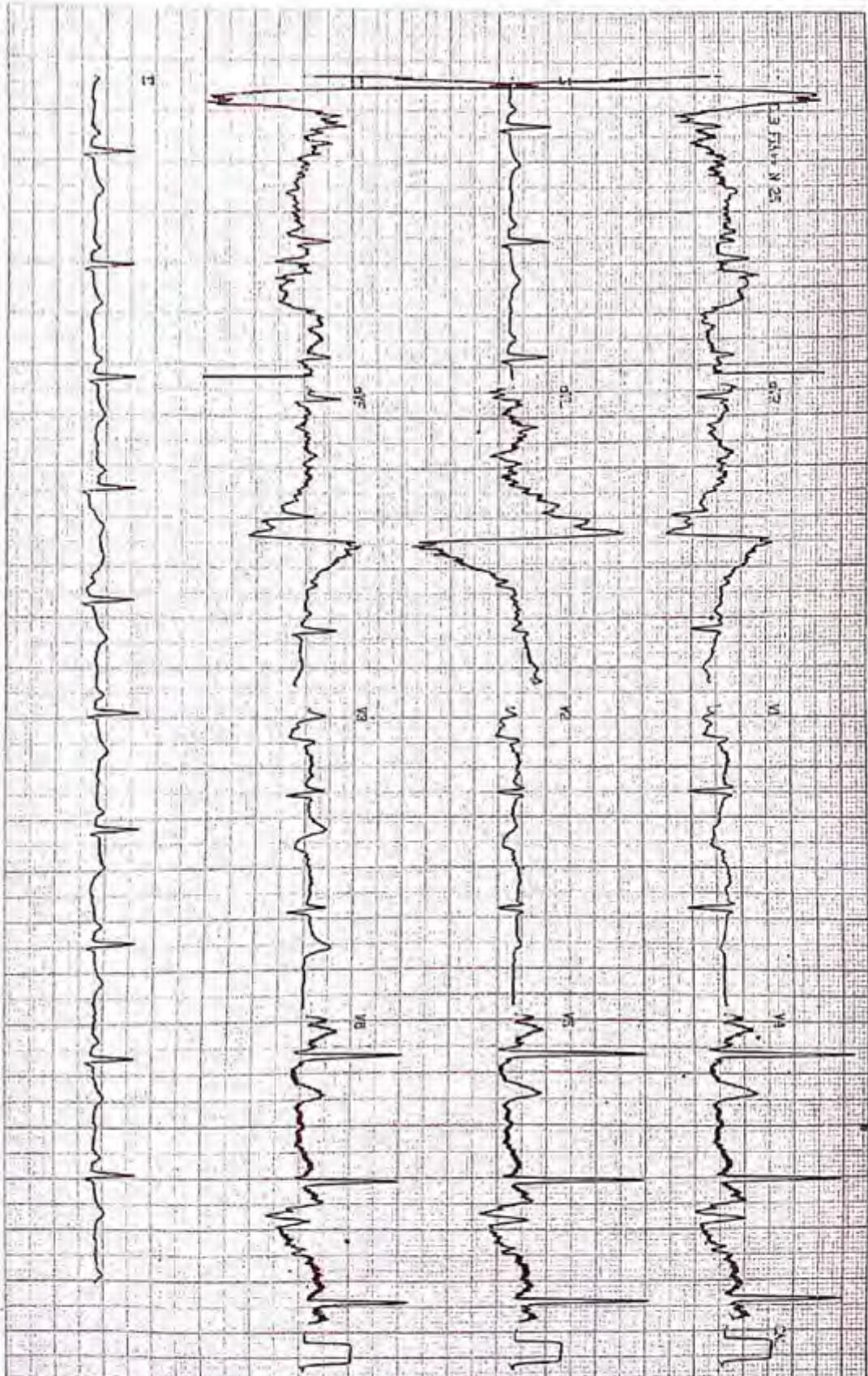


Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ROSANGELA DE FARIAS BEZERRA - 01/11/2017 16:21:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17110116090556900000010317538>
Número do documento: 17110116090556900000010317538

Num. 10555500 - Pág. 4



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ROSANGELA DE FARIAS BEZERRA - 01/11/2017 16:21:59
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17110116090556900000010317538
Número do documento: 17110116090556900000010317538

Num. 10555500 - Pág. 5

DIAGNÓSTICO

- Y SUP. P.M.N (D)

1.3

Conv. Dant Nido

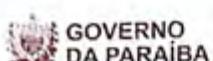
Prudente	Prescrição Médica	Alojamento:	Leito		Corrente		Exclusão médica	
			L	H	C	S	T	R
	1. Diet							
	2. s.c. 1000ml EV/24h							
	3. Lipofilia GOMA + AD EV/06/04h							
	4. Thail 20mg + AD EV/12/12h							
	5. Omeprazol 40mg EV/7apm							
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV/06h/8h							
	7. Metocarbamol 500mg EV/06h/8h							
	8. Clorazepato 40mg SC/dia							
	9. S.S.V + COCG							



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			INFRAESTRUTURA	LEITO	EQUIPAMENTO		
FOLHA DE ANESTESIA		Nome: Carlos Antonio (anest.)				Idade: 660	Sexo: M	Cor: P	
DATA: 20.10.16		PRESSÃO ARTERIAL: 120x81 mmHg	PIRÉS: 296m	RESPIRAÇÃO: 16/50	TEMPERATURA: 36,5°C	PESO: 80kg	ALTURA: 1,75		
TIPO SANGUÍNEO: Hemácias: 3,87 mil/l - S		Hemoglobina: 12,7 g/dL	Hematocrito: 30%	Glicose: 100 mg/dL	LÍQUIDA	OUTROS			
AP. RESPIRATÓRIO: 26.10.16 Urina: Amil. cardíaco, CT, O/16, Gravas III, H150 (bruleado), AP. RESPIRATÓRIO: • Derrame pleural, emarginato, traqueostomia, traqueomalacia, HU.					ALERGIA: Jaja	BRONQUITE: Jaja			
AP. CIRCULATÓRIO: RCR, ZT BWF					ELETROCARDIOGRAMMA: R. Sinusal				
AP. DIGESTIVO: Jap > 50		DIÁSEPS: Profunda	PESSOAS:		AP. URINÁRIO:				
ESTADO MENTAL: Chegado		ATÁXICOS: -	CONTUSÕES: -		ALERGIA: Jaja	HIPOTENSORES: Jaja			
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: Fract. hum. distal (D)					ESTADO FÍSICO:	IMPORTE:			
ANESTESIAS ANTERIORES:									
MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA: Midazolam 5mg					APLICADA: -	AJ: -	EFEITO: -		
02:30 CVP: 09,0									
AGENTES ANESTÉSICOS:				INSIÇÃO					
					Satisf.: _____	Excit.: _____	Tosse: _____		
					Laringo espasmo: _____	Lenta: _____			
					Náuseas: _____	Vômitos: _____			
					Outros: _____				
LÍQUIDOS:				MANUTENÇÃO					
					Cefalgie: Jaja				
					Dixitoxia: Jaja				
					Dor abdominal: Jaja				
					Tensão venosa: Jaja				
CODIGOS VP. ARTER. 0 - PULSO. 0 - RESPIRAÇÃO 0 - ANESTÉSICO 0 - OPERAÇÃO 0					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____				
VP. ARTER. XX - ANESTÉSICO 0					Não, por quê? _____				
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES:					DESPERTAR				
POSIÇÃO:					Reflexos na SO: _____				
AGENTES:					Obstr.: _____	CO ₂ : _____	Excit.: _____		
TÉCNICA:					Náuseas: _____	Vômitos: _____			
OPERAÇÃO:					Outros: _____				
CIRURGIOS:					Com cânula:				
ANESTESISTAS:					Para o Leito: Sim _____ Não _____				
OBSERVAÇÕES:					CONDIÇÕES:				
*ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.									
Mod. 068					PERDA SANGUÍNEA				
					FOLHA DE ANESTESIA - SRPB				

Scanned by CamScanner



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Carlos Antônio Condido Idade: 41
Convênio: SUS Data: 20/30/16
Procedimento: TTO cinc de fêmur distal D

Cirurgião: Dr. Eduardo Auxiliar: Dr. Jefferson Anestesista: Dr. Anderson
Início: 07:30 Término: 09:00 Anestesia: Raquel

Observações:

Observações: Ide coadjuvante e exortado, mafuscando voluntariamente
seu membro. Sóz queiros. Altz da S PPA

Assinatura Anestesista

七

Circulante

Relatório de Operações

1430-331





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Nome do Paciente	Carlo Antônio Cavalcante		Nº Prontuário
Data da Operação	20/10/16	Enf.	Leito
Operador	Dr. Edimundo	1º Auxiliar	Dr. Edimundo
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Via: Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório	Fratura Supracondilara Femoral		
Tipo de Operação	Fratura clivagem		
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato	Normal		
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
① Paciente em decúbito dorsal; neura; suspeita de fratura
② Incisão fl. placa vertebral (7) long. lateral; dura-máter; pia-máter; laringe (3.80.97. MFO);
③ Redescida vascular e fixação da placa DCS 12 furos; 01 par fuso deslizante; 01 cordão fino; 04 maf. tortilhos.
④ Feche a F.O.; sutura por planos; contínuo; Mso
⑤ Sem intercorrências; fechamento;
⑥ Fim (M.F.)

Dr. Edimundo Henrique Marais
ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGIA
CRM-PB. 6368

Miss. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Scanned by CamScanner



DIAGNÓSTICO

1958. Jan. 25. 1100 A.M.

2

Caribis Albus



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Carlos Antônio e eandido SN 18/05/1975</i>					GOVERNO DA PARAÍBA
QD.	LEITE	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO	LEI DA SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
	Sala 03	300	47 anos	1337884	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
CIRURGIA TTO. en. de Fêmur		CIRURGÃO Dr. Eduardo + Dr. Jefferson			
osteotomia		Dr. Andrade			
ANESTESIA Ráqueo		ANESTESIA			
INSTRUMENTADORA Andre	DATA 20/10/16	INICIO 07:30	FIM 09:00		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtyd.	FIOS	CÓDIGO
01	Adrenalinamp.	01	Catgut cromado Sertix		
	Atropina amp.		Catgut cromado Sertix		
	Diazepam amp.	08	Compressa Grande		
01	Dimexide amp.		Compressa Pequena		
	Dolantina amp.		Cotonoides		
	Efrane ml		Dreno		
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		
01	Ketalar ml		Equipo de Macrogomas		
	Neracaína % ml		Equipo de Macrogotas		
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		
	Profiomine amp.	605	Espadrifrapo Larco cm		
	Protóxido l/m		Furocim ml		
	Quelidin ml	605	Gase Pacote c/ 10 unidades		
	Rapifen amp.		H2O ml		
	Thiomembutal ml		Intraçath Adulto		
	Tracrium amp.		Intraçath Infantil		
Qtd.	MEDICAÇÕES	03	Lâmina de Bisturi nº 23	02	
	Aqua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		
02	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		
	Dipirona amp.	605	<i>Seco edemamento</i>		
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0	02	
	Geramicina amp.	05	Luvas 8.5		
	Glicose amp.		Oxigênio l/m		
	Glucor de Cálcio amp.		Poliéster		
	Haemaccel ml.		Polivinilclorato		
	Meparema ml.		PVPI Topico ml		
	Kaneklon amp.		Sabão Antisséptico		
	Lasix amp.	05	Saco coletor		
	Medrololazol.		Seringa desc. 10 ml		
	Plasol amp.		Seringa desc. 20 ml		
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml		
	Revivan amp.		Sonda		
	Stupitanon amp.		Sonda Folley	Qtd.	ORTOSE E PRÓTESE
02	Celavilina		Sonda Nasogástrica		<i>Material usados da TM</i>
02	Tetraoxicaina		Sonda Uretral nº		
01	rouzedona		Steridrem ml		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Torneirinha		
02	Aguilha desc. 25 x 7	10x1/2	Vaseline ml		
	Aguilha desc. 28 x 28		Gelcon 18		
	Aguilha desc. 3 x 4,5				EQUIPAMENTOS
02	Aguilha p/ ráque n° 23	401			() Oxímetro de Pulso () Foco Auxiliar () Serra () Desfibrilador () Foco 6050 () Fonte de Luz
	Alcool de Enfermagem				() Eletrocautério () Oxicapnôgrafo () Cardiomonitor () Perfurador Elétrico
	Alcool iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				
CIRCULANTE RESPONSÁVEL <i>Silvana</i>					

MOD 666

Scanned by CamScanner



Ortopedia - Neurologia - Buco

Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE
CEP.: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 9452.1153

Nº 2561

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE INSS

TEL / FAX / E-MAIL

CIDADE

C. GRANDE

NOME DO PACIENTE

Carlos Antônio Roriz

Nº DO PRONTÓRIO

557137

Nº AL. H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÉNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

TM - Placa de Titânio no Fémur Diá

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

Placa DCS 32.F.

01

Fixador DCS 1.5x N° 75

01

Parafuso Piso

01

JARCA FEMORAL 4.5x 40

04

Esporão N: 80

832 01

DATA DA UTILIZAÇÃO

20/10/2016

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

DR. E. FARIAS

OBSERVAÇÕES

B DCS DCS

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ROSANGELA DE FARIAZ BEZERRA - 01/11/2017 16:22:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1711011610122010000010317581>
Número do documento: 1711011610122010000010317581

Num. 10555543 - Pág. 4



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

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.





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



Getex
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: ÁREA AMARELA
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 41 anos Destino: ÁREA AMARELA

HEMOGRAMA

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

	Resultados	Valores de Referência
SÉRIE VERMELHA		
Eritrócitos.....	3.87 milhões/mm ³	4,2 a 4,6 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	12,7 g/dL	13,1 a 14,6 g/dL
Hematócrito.....	38 %	49,9 a 52,5 %
V.C.M.....	99 fL	82,0 a 92,0 fL
H.C.M.....	33 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	37,5 a 41,0 g/dL
SÉRIE BRANCA		
Leucócitos.....	9.900 /mm ³ (%)	5.000 a 10.000/mm ³ (%)
Neutrofílos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	2,0	198
Segmentados.....	77,0	7.623 40 a 70 % = 1.600 a 3.500 / mm ³ 0,5 a 6,0 % = até 500 / mm ³
Eosinófilos.....	0	0 a 2,0 % = até 100 / mm ³
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	20,0	1.980 20 a 45 % = 1.000 a 3.500 / mm ³
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	1,0	99 2,0 a 10 % = até 1.000 / mm ³ 140.000 a 400.000/mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	225.000/mm ³	

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Márcia Fernanda
Biomédica
CRBM 4684



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade





**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

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

NOTA DA SOLICITANTE: 04/09/2016 - Pg. 04 - 1
Material: Plasma
periodo: Automaizado em 200 MIELES

Valores de Referência:
 Proteína - 20 a 40 mg/dL - crianças..... 40 a 100 mg/dL
 Transferrina - 10 a 40 mg/dL - Adolescentes..... 10 a 100 mg/dL
 I a 5 dias..... 40 a 80 mg/dL - > 5 anos e mais..... 100 mg/dL
NOVA CATEGORIA - Alterações de peso..... 110 a 125 mg/dL
Diabetes Mellitus: Maior que 100 mg/dL
NOTA: Estes valores devem ser considerados para Diabetes Mellitus de origem Americana - Boston 1994, e as alterações devem ser confirmadas por uma nova colet-

CREATININA

Resultado 0,7 mg/dl

Recomendación: 0,8 a 1,0 mg/dl
Objetivo: 0,9 a 1,0 mg/dl
Adultos: 0,4 a 1,8 mg/dl
EFMD RECOMENDACIONES: Ureia, Depuración de Creatinina e Glóbulos de urato.
Ureia: 2000 g/dia de medicamentos contendo dispergante.
Creatinina: Pueden alterarse en respuesta directa expresa.

Resultados antropométricos

Material: Dens
Mitsubishi Automatizado CM 300 XINTER


Marcia Fernanda
Bloméda
CPBM 46094

Laboratório Newlab



PNCQ
Programa Nacional
de Control de Qualität





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 Protocolo: 0000302179 RG: amarela
Dr(a): BRENO C TORRES Data: 04-10-2016 07:42 Origem: ÁREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 41 anos Destino: ÁREA AMARELA

TEMPO DE SANGRAMENTO 1'30''

Data da coleta: 04/10/2016 06:04 :
Material: sangue
Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULAÇÃO 6'00'' min

Data da coleta: 04/10/2016 08:04 :
Material: Sangue
Método: Leo-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

Márcia Fernanda
Biomédica
CRBM 4584



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: ROSANGELA DE FARIAS BEZERRA - 01/11/2017 16:22:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1711011610375210000010317595>
Número do documento: 1711011610375210000010317595

Num. 10555557 - Pág. 49

Scanned by CamScanner





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Carlos Antônio | Registro: | Leito: 3.3 | 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 PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outro

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

Pupilas: Isocôricas Anisocôricas D>E E>D Fotoreagentes Mióticas MidriáticasMobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local:Linguagem: Qual? Disfonia Afasia Disfasia Disartria.

Obs:

OXYGENAÇÃO

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 ERuidos 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

P脉: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cheio.

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> > 3 segundos. Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais?	
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:	
Edema: <input type="checkbox"/> NMSS <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"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: Data: _____	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input type="checkbox"/> Normotensão <input 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"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h:	
Aspecto: <i>Mau</i> <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condicação da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input 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>Imobilizado no MMJF.D</i> Curativo em: _____	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Relirado 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>paciente segue em pós cirúrgico do MMJF.D. afibril, non-mecorato, queixando-se de dor no MMJF.D. segue os cuidados.</i>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>G. Cabral Pereira</i> <i>ENFERMEIRA</i> <i>COREM-PB</i>	DATA: <i>06/10/16</i> HORA: <i>9:30 h</i>

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

Scanned by CamScanner



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Carlos Antônio Condado 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 PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

Tosse: () Improdutiva () Produtiva | 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

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

Scanned by CamScanner



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"/>) Turgância jugular: (<input type="checkbox"/>) Precordialgia (<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: <u>USE</u> Data da punção: <u>06/10</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"/>) VIVO (<input type="checkbox"/>) SNG (<input type="checkbox"/>) SNE (<input type="checkbox"/>) Gastronomia (<input type="checkbox"/>) Jejunostomia (<input type="checkbox"/>) NPT; Hora: _____ Data: <u>1 / 1</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"/>) Normotônico (<input type="checkbox"/>) Distendido (<input type="checkbox"/>) Tensão (<input type="checkbox"/>) Ascítico (<input type="checkbox"/>) Outros:	
RHA: (<input type="checkbox"/>) Normoativo (<input type="checkbox"/>) Ausentes (<input type="checkbox"/>) Diminuídos (<input type="checkbox"/>) Aumentados	
Eliminação intestinal: (<input type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Líquida (<input checked="" type="checkbox"/>) Constipado há <u>4</u> dias (<input type="checkbox"/>) Outros:	
Eliminação urinária: (<input type="checkbox"/>) Espontânea (<input type="checkbox"/>) Retenção (<input type="checkbox"/>) Incontinência (<input type="checkbox"/>) Hematuria (<input checked="" type="checkbox"/>) SVD: Débito <u>2000</u> ml/h	
Aspecto: (<input type="checkbox"/>) Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (<input type="checkbox"/>) Integra (<input type="checkbox"/>) Ressecada (<input type="checkbox"/>) Equimoses (<input type="checkbox"/>) Hematomas (<input type="checkbox"/>) Escoriações (<input type="checkbox"/>) Outro:	
Coloração da pele: (<input type="checkbox"/>) Normocorada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Ictérica (<input type="checkbox"/>) Cianótica Turgor da pele: (<input type="checkbox"/>) Preservado	
Condições das mucosas: (<input type="checkbox"/>) Úmidas (<input type="checkbox"/>) Secas Manifestações de sede: (<input type="checkbox"/>)	
Incisão cirúrgica: (<input type="checkbox"/>) Local/Aspecto: Curativo em: <u>1 / 1</u>	
Dreno: (<input type="checkbox"/>) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: <u>1 / 1</u>	
Úlcera de pressão: (<input type="checkbox"/>) Estágio: Local: Descrição: Curativo: <u>1 / 1</u>	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (<input type="checkbox"/>) Independente (<input checked="" type="checkbox"/>) Dependente (<input type="checkbox"/>) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (<input type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória Higiene Corporal: (<input type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória	
Limitação física: (<input checked="" type="checkbox"/>) Acamado (<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas (<input type="checkbox"/>) Outro:	
SONO E REPOUSO	
(<input 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 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	
<p><i>Pal. aguarda proced. cirúrgico. Realizado ECG, aguarda Risco cirúrgico, Tentado várias ligações para Dr. José Mauro (audiologista) porém vazio.</i> <i>Sigae aos cuidados da equipe.</i></p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Katharine Leônidas de Medeiros Nápoli</i>	DATA: <u>07/10/16</u> HORA: <u>12</u> h
Enfermeira COREN/PB 155.778	

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

Scanned by CamScanner





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carlos Antônio | Registro: | Leito: 01-03 | Setor Atual: UTI

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 PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):Pupilas: () Isocôricas Anisocôricas D>E E>D Fotorreagentes Mióticas MidriáticasMobilidade Física: () Preservada Paresia Plegia Parestesia Local:Guage: (), Qual? Disfonia Afasia Disfasia Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: Espontânea Cateter Nasal Venturi % l/min Traqueostomia Ayre/Tubo T
() VMNI VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O() Eupnêia Taquipnêia Bradipnêia Dispnéia Outros:Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: Diminuídos D ERuidos adventícios: () Roncos Sibilos Estridor Outros:Tosse: () Improdutiva Produtiva | Expectorado: () Quantidade e aspecto:Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: () D E Selo d'água:

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

Gasometria arterial: PH 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

P脉: () Regular Irregular Impalpável Filiforme Cheio.

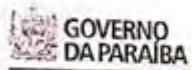
Scanned by CamScanner



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 checked="" type="checkbox"/> Rítmica	<input type="checkbox"/> Arritmica	<input type="checkbox"/> Sopro	<input type="checkbox"/> Outro.	Marca passo: <input type="checkbox"/>	Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo <input type="checkbox"/>	
Cateter vascular:	<input checked="" type="checkbox"/> Perifônico	<input type="checkbox"/> Central	Dissecção. Localização: M SE Data da punção OG NO LG				
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 checked="" type="checkbox"/> Incompleta	<input checked="" type="checkbox"/> Prótese.				
Alimentação:	<input checked="" type="checkbox"/> V.O	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNE	<input type="checkbox"/> Gastroenterologia	<input type="checkbox"/> Jejunostomia	<input type="checkbox"/> N.P.T; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações:	<input type="checkbox"/> Inapetência	<input type="checkbox"/> Disfagia	<input type="checkbox"/> Intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Vômito	<input type="checkbox"/> Pirose	<input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen:	<input type="checkbox"/> Normotensão	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Tensão	<input type="checkbox"/> Ascítico	<input type="checkbox"/> Outros:		
R.H.A:	<input checked="" type="checkbox"/> Normoativos	<input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> Diminuídos	<input type="checkbox"/> Aumentados			
Eliminação intestinal:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Líquida	<input type="checkbox"/> Constipado	Há dias <input type="checkbox"/> Outros:			
Eliminação urinária:	<input type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> Retenção	<input type="checkbox"/> Incontinência	<input type="checkbox"/> Hematuria	<input checked="" type="checkbox"/> S.V.D. Débito: 100 ml/h;		
Aspecto:	<input checked="" type="checkbox"/> Claro	<input type="checkbox"/> Outros:	Observações:				
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA							
Condição da pele:	<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> Equimoses	<input type="checkbox"/> Hematomas	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele:	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Cianótica	Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado		
Condições das mucosas:	<input checked="" type="checkbox"/> Úmidas	<input type="checkbox"/> Secas	Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>				
Incisão cirúrgica:	<input type="checkbox"/> Local/Aspecto:	Curativo em: ____/____/____					
Dreno:	<input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto:	Débito:	Retirado em: ____/____/____				
Úlcera de pressão:	<input type="checkbox"/> Estágio:	Local:	Descrição:	Curativo: ____/____/____			
CUIDADO CORPORAL							
Cuidado corporal:	<input type="checkbox"/> Independente	<input checked="" type="checkbox"/> Dependente	<input type="checkbox"/> Parcialmente dependente.	Observações:			
Higiene corporal:	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória	<input type="checkbox"/> Insatisfatória	Higiene Corporal:	<input checked="" 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 type="checkbox"/> 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 PSICOSOCIAIS							
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:		
Ansião:	<input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita	<input type="checkbox"/> Outros:					
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS							
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE							
Tipo:	<input checked="" type="checkbox"/> Católico	<input type="checkbox"/> Praticante	<input checked="" type="checkbox"/> Não praticante.	Observações:			
INTERCORRÊNCIAS							
<p>Paciente segue com F.G.R m.c.p.m. seu anel no momento f.a.s. cuidados da enfermaria em aguardo desmane para retirada de S.V.D. Foi retirado S.V.D.</p>							
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:				DATA: 07/10/2016	HORA: ____ h		

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

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 PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

Pupilas: () Isocônicas () Anisocônicas () D>E () E>D () Fotoreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

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

()

OIGENEAÇÃO

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:

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

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

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

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de 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

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

Scanned by CamScanner

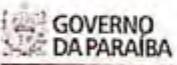


Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudoreso <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida	Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> < 3 segundos; <input type="checkbox"/> > 3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	Procordialgia <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"/> Transitória <input type="checkbox"/> Definitiva	Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissociação. Localização: _____ Data da punção ____ / ____ / ____
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Faco <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"/> Normotônico <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"/> Diminuidos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há ____ dias <input type="checkbox"/> Outros:	Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: _____ Observações:	INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Outro:	Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____ / ____ / ____	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____ / ____ / ____	Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curalivo: ____ / ____ / ____	
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 REPOSO	
() Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input checked="" type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações: <i>deite</i>	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:	() 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	
<hr/>		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro <i>Anny Karolynne</i> ENFERMEIRA CREF 0406-PB 484.332	DATA: <i>10/10/16</i> HORA: ____ h	

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

Scanned by CamScanner





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Paulo Alves* | Registro: | Leito: *1-3* | Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outro

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

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

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local:

Lingüagem: Qual? Disfonia Afasia Disfasia Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

VMNI VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH₂O

Eupnêia; Taquipnêia Bradipnêia Dispnéia Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: 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

P脉: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cheio.

Scanned by CamScanner



Pele: (<input checked="" type="checkbox"/> Corada (<input type="checkbox"/> Hipocorada (<input type="checkbox"/> Cianose (<input type="checkbox"/> Sudorese (<input type="checkbox"/> Fria (<input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: (<input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; (<input type="checkbox"/> >3 segundos. (<input type="checkbox"/> Turgência jugular: (<input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: (<input type="checkbox"/> Quais? _____ . Precordialgia (<input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: (<input checked="" type="checkbox"/> Rítmica (<input type="checkbox"/> Arritmica (<input type="checkbox"/> Sopro (<input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: (<input type="checkbox"/> Transitório (<input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: (<input type="checkbox"/> Periférico (<input type="checkbox"/> Central (<input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: _____ Data da punção ____/____/____	
Edema: (<input type="checkbox"/> MMSS (<input type="checkbox"/> MMII (<input type="checkbox"/> Face (<input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (<input checked="" type="checkbox"/> Nutrido (<input type="checkbox"/> Emagrecido (<input type="checkbox"/> Caquético (<input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: (<input checked="" 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"/> Gastrostomia (<input type="checkbox"/> Jejunostomia (<input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: (<input type="checkbox"/> Inapetência (<input type="checkbox"/> Disfagia (<input type="checkbox"/> Intolerância alimentar (<input type="checkbox"/> Vômito (<input type="checkbox"/> Pirose (<input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: (<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão (<input type="checkbox"/> Distendido (<input type="checkbox"/> Tenso (<input type="checkbox"/> Ascítico (<input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: (<input type="checkbox"/> Normoativos (<input type="checkbox"/> Ausentes (<input type="checkbox"/> Diminuídos (<input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: (<input checked="" type="checkbox"/> Normal (<input type="checkbox"/> Líquida (<input type="checkbox"/> Constipado há _____ dias (<input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: (<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea (<input type="checkbox"/> Retenção (<input type="checkbox"/> Incontinência (<input type="checkbox"/> Hematuria (<input type="checkbox"/> SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: _____ (<input type="checkbox"/> Outros: _____ Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (<input type="checkbox"/> Integra (<input type="checkbox"/> Ressecada (<input type="checkbox"/> Equimoses (<input type="checkbox"/> Hematomas (<input checked="" 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"/> Clanótica 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 type="checkbox"/> Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____/____/____	
Dreno: (<input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: (<input type="checkbox"/> Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: (<input type="checkbox"/> Independente (<input 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 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 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	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____	
Ademir T. Santos Enfermeiro CCOREH-PR 420912	
DATA: 11/11/16 HORA: _____ h	

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

Scanned by CamScanner





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Adriano | Registro: | Leito: 1-3 | Setor Atual: OTQ

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 PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outro

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

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

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local:

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: Espontânea Cateter Nasal Venturi % l/min Traqueostomia Ayre/Tubo T
 VMNI VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmHz0

Eupnêia; Taquipnêia Bradipnêia Dispnéia Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: Diminuídos D E

Ruidos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros:

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

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

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

Gasometria arterial: PH 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

P脉: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cheio.

Scanned by CamScanner



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.		
Turgância jugular:	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Drogas vasoativas:	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Precordialgia		
Ausculta cardíaca:	<input checked="" type="checkbox"/> Rítmica			<input type="checkbox"/> Arritmica		
Cateter vascular:	<input type="checkbox"/> Periférico			<input type="checkbox"/> Central		
Edema:	<input type="checkbox"/> MMSS			<input type="checkbox"/> MMII		
Faixas:	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Anasarca.		
Observações:						
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)						
Tipo somático:	<input checked="" type="checkbox"/> Nutrido			<input type="checkbox"/> Emagrecido		
Dentição:	<input type="checkbox"/> Completa			<input type="checkbox"/> Incompleta		
Dentes:	<input type="checkbox"/> Prótese			<input type="checkbox"/>		
Alimentação:	<input checked="" type="checkbox"/> IVO			<input type="checkbox"/> SNG		
SNE	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Gastroenterologia		
Jejunostomia	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> NPT		
Hora:						
Alterações:	<input type="checkbox"/> Inapetência			<input type="checkbox"/> Disfagia		
Intolerância alimentar	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Vômito		
Pirose	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Outros:		
Abdômen:	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão			<input type="checkbox"/> Distendido		
Tenso	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Ascítico		
Outros:						
RHA:	<input checked="" type="checkbox"/> Normoalitivos			<input type="checkbox"/> Ausentes		
Diminuidos	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Aumentados		
Eliminação intestinal:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal			<input type="checkbox"/> Líquida		
Consistido há				dias		
Outros:						
Eliminação urinária:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea			<input type="checkbox"/> Retenção		
Incontinência	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Hematuria		
SVD:				Débito ml/h		
Aspecto:	<input type="checkbox"/> Outros:			Observações:		
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA						
Condição da pele:	<input type="checkbox"/> Integra			<input type="checkbox"/> Ressecada		
Equimoses	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Hematomas		
Escoriações	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Outro:		
Coloração da pele:	<input type="checkbox"/> Normocorada			<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada		
Ictérica	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Clanótica		
Turgor da pele:	<input type="checkbox"/>			<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:			<input type="checkbox"/> Curativo em:		
Dreno:	<input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto:			<input type="checkbox"/> Retirado em:		
Débito:						
Úlcera de pressão:	<input type="checkbox"/> Estágio:			<input type="checkbox"/> Local:		
Descrição:				<input type="checkbox"/> Curativo:		
CUIDADO CORPORAL						
Cuidado corporal:	<input type="checkbox"/> Independente			<input type="checkbox"/> Dependente		
Parcialmente dependentes.	<input type="checkbox"/>			Observações:		
Higiene corporal:	<input type="checkbox"/> Satisfatória			<input type="checkbox"/> Insatisfatória		
Higiene Corporal:	<input type="checkbox"/> Satisfatória			<input type="checkbox"/> Insatisfatória		
Limitação física:	<input type="checkbox"/> Acamado			<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas		
Outro:						
SONO E REPOUSO						
() Preservado	<input type="checkbox"/> Insônia			<input type="checkbox"/> Dorme durante o dia		
()				Sono interrompido.		
Observações:						
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSOCIAIS						
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL						
Comunicação:	<input type="checkbox"/> Preservada			<input type="checkbox"/> Prejudicada		
Sentimentos e comportamentos:	<input type="checkbox"/> Cooperativo			<input type="checkbox"/> Medo:		
() Ansiedade	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita		
() Outros:						
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS						
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE						
Tipo:	<input type="checkbox"/> Praticante			<input type="checkbox"/> Não praticante.		
Observações:						
INTERCORRÊNCIAS						
<p><i>foram seu quitos, HCPM, seu número</i></p> <p><i>000</i></p>						
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:				DATA:		HORA: _____ h
						

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carlos Antônio | 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 PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):Pupilas: () Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () MidriáticasMobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:Jugagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Caletor Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O() Eupnêia; () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispneia () Outros:Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () ERuidos 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.

Scanned by CamScanner



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input checked="" type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input checked="" type="checkbox"/> >3 segundos. Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? _____ Precordialgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitiário <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: * Data da punção ____/____/____	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
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"/> IVO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Galronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: Data: ____/____/____	
Alterações: <input type="checkbox"/> Unapeténcia <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirosa <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Herniomas <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"/> Umidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto:	Curativo em: ____/____/____
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio:	Local: Descrição: Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUSO	
(/ Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSOCIAIS	
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:	
(/ Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<p><i>Sempre com EGR, MCPM e as cudas-das da equipe de enfermagem</i></p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
Tereza Cristina C. ENFERMEIRA COREN/RS 431.17	
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: Exiles Antônio | Registro: | Leito: 01-03 | Setor Atual: UTI

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 80 °C; P: 120 bpm; FR: 18 irpm; PA: 120x80 mmHg; FC: 70 bpm; SPO2: 98%
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: (X) Local: Ocular, Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

Linguagem: (). Qual? () Disfonia () Afasia () 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 | Expectorado: () Quantidade e aspecto:

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

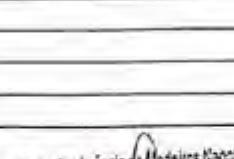
Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. Turgência jugular: <input type="checkbox"/>
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais?	Precordialgia <input type="checkbox"/>
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: HSC Data da punção: 01/10/
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"/> NHO <input type="checkbox"/> NSNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: Data: / /	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input type="checkbox"/> Normotônico <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tensão <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: / /	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOSO	
<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	
<p><i>Traçado bem, aquecimento e interconexões. Segunda proc. cirúrgico ortopédico. Segue aos cuidados da equipe.</i></p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: 	
Katharina Leônida de Melo dos Reis Enfermeira DOREM-PB 156.778	
DATA: 14/10/16 HORA: 14	

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

Scanned by CamScanner





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carlos Andrade | Registro: | Leito: 1-3 | Setor Atual: UMQ

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 PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Uso:

OXIGENAÇÃO

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

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

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () 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:

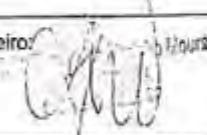
SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Scanned by CamScanner

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Gianoze <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"/>	Precordialgia <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 type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização:	Data da punção ____/____/____
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHAT: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: ____/____/____	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOSO	
<input type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Ansiedade <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 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	
15/10/16 Família com intollerâncias, HCPH, etc. Diábolos de 2016 - 2017.	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: 	DATA: 15/10/16 HORA: ____ h

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carlos Antônio Registro: _____ Leito: 01-03 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 PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

() Eupnêia; () Taquipnêia () Bradipnêia () 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 ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

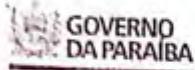
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? _____ Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: HST 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"/> IVO () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotônico () 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 () Hematuria () SVD; Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ().	
Incisão cirúrgica: () 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 <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	
<p><i>Paciente evoluí bem, s/ queixas e sem alterações.</i> <i>Aguarda proced. cirúrgico ortopédico. Seque os</i> <i>detalhes da equipe.</i></p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Katharina Leônida de Medeiros Kapke Enfermeira COREM-SC 156.778	DATA: 16/10/16 HORA: 12 h

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

Scanned by CamScanner



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carlos Antônio | Registro: 1 | Leito: 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 PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):Pupilas: () Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () MidriáticasMobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfásia () Disartria.

Obs:

OXIGENIAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmHz0() Eupnêia; () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispnéia () Outros:Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () ERuidos 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

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

Scanned by CamScanner



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: -	
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 type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquótico <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> NVO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoalvois <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuidos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há _____ dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: _____ Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica	
Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas	
Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____/____/____	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: _____ Débilo: _____ 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	
Paciente segue com ECR MCPM, sem quizes, aguarda intubação. Seguir os cuidados da equipe de enfermagem.	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Campos André Karoliny L. Campos Enfermeira COREN-PB 484.332	DATA: 14/10/16 HORA: ____ h

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



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Isabel A. Tomé* | 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 PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Pupilas: () Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotoreagentes () Mióticas () MidriáticasMobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:Percepção: (). 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; () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispneia () Outros:Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () ERuídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:Esse: () Improdutiva () Produtiva | Expectorado: () Quantidade e aspecto:Spiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

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

Assometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: ___ / ___ / ___ Hora: ___

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

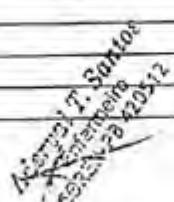
Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

CIRCULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Scanned by CamScanner



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos; <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	Precordialgia <input type="checkbox"/>
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais?	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: -	Data da punção ____/____/____
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Enmagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastroenterologia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há ____ dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input checked="" 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 type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: ____/____/____	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input checked="" 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 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 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	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: 	
DATA: 12/11/12 HORA: ____ h	

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

Scanned by CamScanner



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Egurles, Antônio | 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 PSICOBIOLOGÍCAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Pupilas: () Isocônicas () Anisocônicas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () MidriáticasMobilidade 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: () Taquipnélia () Bradipnélia () Dispnéia () Outros:Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () ERuidos 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.

Scanned by CamScanner

Pele: (-) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida, Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()		
Drogas vasoativas: () Quais? _____ Precondriolgia ()		
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. 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 () Galronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____ / ____ / ____		
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:		
Abdômen: (L) Normotônico () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:		
RHA: () Normoalitivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados		
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros:		
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito _____ ml/h;		
Aspecto: () Outros: _____ Observações:		
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA		
Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:		
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado		
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ().		
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____ 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		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: 10/10/16	HORA: 10

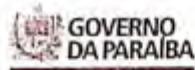
Caderno e Assinatura do Enfermeiro:

DATA: 19/10/16 HORA: 30 h

FONTE: BODINHOLO, R.C. Cálculo de dados por meio da equação focal. Rio de Janeiro (2009).

Scanned by CamScanner





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Enyris Antônio* | 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 PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O
() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () ERuidos 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:

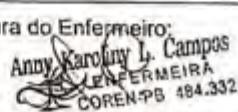
SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

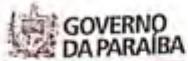
Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

Scanned by CamScanner

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input checked="" type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> < 3 segundos. <input type="checkbox"/> > 3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordalgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arrítmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: _____ Data da punção ____/____/____	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Faco <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"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT. Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotônico <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input checked="" type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há ____ dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/> .	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____/____/____	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____/____/____ Curativo: ____/____/____	
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 PSICOSOCIAIS	
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	
Paciente veio com EGR, MCPM PDI da ortopedia, relato veio de DEI. Segui os encaminhados da equipe de enfermagem. Foi realizado a passagem de verba verbal de alívio.	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  DATA: 20/10/16 HORA: ____ h	

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

Scanned by CamScanner



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carlos Antônio | Registro: | Leito: 01-03 | Setor Atual: UTS

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 PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Scanned by CamScanner

Pele: <input type="checkbox"/> Corada <input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cujaue <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enclínamento capilar: <input type="checkbox"/> < 3 segundos, <input type="checkbox"/> > 3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgescência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quinina? <input type="checkbox"/> Precordialgia: <input type="checkbox"/>	
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: <input checked="" type="checkbox"/> Sobe Data da punção: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarcina. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input type="checkbox"/> Nutrido <input checked="" type="checkbox"/> Enmagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> V.O. <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: Data: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input type="checkbox"/> Normotônico <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
R.H.A: <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"/> Consistido há dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input type="checkbox"/> Normocorada <input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> /	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> /	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> /	
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 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 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	
Por: um I = DPO, voltei bem, só queixas e opiniões negativas, alguma conta hospitalar. Segue os cuidados da unidade	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: <u>21/10/16</u> HORA: <u>12</u> h
Tatáris Leão da Silva Enfermeiro CONEV 9155.778	

FONTE: BORDINHÃO, 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"/>
PASSA / MOTOCICLETA	MOK8068
HONDA/CG 150 SPORT	GASOLINA
	2006 2007
	PARTICULAR VERMELHA
	31/10/2017
CAMPINA GRANDE	01/11/2017
<p>Último Licenciamento: 2015 Proprietário: CARLOS ERALDO A Placa: MOK8068 Combustível: GASOLINA Marca/Modelo: HONDA/CG 150 SPORT Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA Ano de Fabricação: 2006 Ano Modelo: 2007 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</p>	





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

Dante 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.



Assinado eletronicamente por: MATHEWS FRANCISCO RODRIGUES DE SOUZA DO AMARAL - 09/03/2018 17:06:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18030917060001800000012707199>
Número do documento: 18030917060001800000012707199

Num. 13007221 - Pág. 1

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 ou dos 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



Assinado eletronicamente por: MATHEWS FRANCISCO RODRIGUES DE SOUZA DO AMARAL - 09/03/2018 17:06:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18030917060001800000012707199>
Número do documento: 18030917060001800000012707199

Num. 13007221 - Pág. 2

**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. Segundo 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		Bradesco		Dia & Noite		Bradesco		Dia & Noite	
BN - BRADESCO DIA E NOITE		BN - BRADESCO DIA E NOITE		BN - BRADESCO DIA E NOITE		BN - BRADESCO DIA E NOITE		BN - BRADESCO DIA E NOITE		BN - BRADESCO DIA E NOITE	
EXTRATO MESES ANTERIORES	CONTA FACIL	EXTRATO MESES ANTERIORES	CONTA FACIL	EXTRATO MESES ANTERIORES	CONTA FACIL	EXTRATO MESES ANTERIORES	CONTA FACIL	EXTRATO MESES ANTERIORES	CONTA FACIL	EXTRATO MESES ANTERIORES	CONTA FACIL
TERM :054755		TERM :054755		TERM :054755		TERM :054755		TERM :054755		TERM :054755	
CARLOS ANTONIO CANDIDO AGENCIA 5784 CONTA 0004509-8	11/12 HRS 15/MAR/2018	CARLOS ANTONIO CANDIDO AGENCIA 5784 CONTA 0004509-8	11/14 HRS 15/MAR/2018	CARLOS ANTONIO CANDIDO AGENCIA 5784 CONTA 0004509-8	11/15 HRS 15/MAR/2018	CARLOS ANTONIO CANDIDO AGENCIA 5784 CONTA 0004509-8	11/15 HRS 15/MAR/2018	CARLOS ANTONIO CANDIDO AGENCIA 5784 CONTA 0004509-8	11/15 HRS 15/MAR/2018	CARLOS ANTONIO CANDIDO AGENCIA 5784 CONTA 0004509-8	11/15 HRS 15/MAR/2018
DATA HISTORICO	N.DOC TO	DATA HISTORICO	N.DOC TO	DATA HISTORICO	N.DOC TO	DATA HISTORICO	N.DOC TO	DATA HISTORICO	N.DOC TO	DATA HISTORICO	N.DOC TO
DATA HISTORICO	N.DOC TO	VALOR	VALOR								
22/11 SALDO ANTERIOR		0,00		26/12 SALDO ANTERIOR		0,00		15/01 SALDO ANTERIOR		0,00	
06/12 CREDITO DO INSS 0045784	2.629,00			04/01 CREDITO DO INSS 0045784	1.577,40			09/02 CREDITO DO INSS 0045784	1.610,05		
06/12 SAQUE C/C BON 3798550	2.000,00-			04/01 PAGTO COBRANCA 0000022	5,76			05/02 PAGTO COBRANCA 0000023	5,76-		
06/12 PAGTO COBRANCA 0000021	40026556a563196aa052505121111			BRADESCO VIDA E PREVIDENCIA				BRADESCO VIDA E PREVIDENCIA			
05/12 GASTO C CREDITO 3990039	463,00-			04/01 SAQUE CARTAO CB 5784083	404,00-			05/02 SAQUE CARTAO CB 5784083	216,00-		
SALDO EM 05/12	160,94			04/01 SAQUE CARTAO CB 5784083	1.000,00-			06/02 SAQUE CARTAO CB 5784082	1.000,00-		
05/12 PARC CRED PESS 3460030	100,02-			04/01 GASTO C CREDITO 3990004	66,77-			06/02 GASTO C CREDITO 3990006	276,06-		
CONTR 309164401 PARC 018/024				SALDO EM 04/01	100,07			05/02 TARIFA BANCARIA 0000116	12,65-		
SALDO EM 05/12	60,92			06/01 PARC CRED PESS 3460008	100,02-			CESTA B.EXPRESSO4			
15/12 TARIFA BANCARIA 012/217	13,50-			CONTR 309164401 PARC 017/024				SALDO EN 05/02	100,56		
CESTA B.EXPRESSO4				SALDO EM 08/01	0,85			04/02 PARC CRED PESS 3460037	100,02-		
SALDO EM 15/12	47,42			15/01 TARIFA BANCARIA 0000118	0,95-			CONTR 309164401 PARC 018/024			
19/12 SAQUE CARTAO CB 5784081	40,00-			VR.PARCIAL CESTA B.EXPRESSO4				SALDO EN 06/02	0,56		
ESPECIE				SALDO EM 15/01	0,00			15/02 TARIFA BANCARIA 0000218	0,56-		
SALDO EM 19/12	7,42			Demonstrativo para simples conferencia.				VR.PARCIAL CESTA B.EXPRESSO4			
26/12 GASTO C CREDITO 3990030	7,42-			Sujeito a alterações ate o final do dia.				SALDO EN 15/02	0,00		
SALDO EM 26/12	0,00			Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022				Demonstrativo para simples conferencia.			
Demonstrativo para simples conferencia.				SAC Atº Bradesco - 0800 7048383.				Sujeito a alterações ate o final do dia.			
Sujeito a alterações ate o final do dia.				Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.				Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022			
Fone Facil - 4002 0021 / 0800 570 0022-				Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.				SAC Atº Bradesco - 0800 7048383.			
SAC Atº Bradesco - 0800 7048383				Ouvitoria - 0800 7279933 das 08h as 18h.				Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.			
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.				de segunda a sexta-feira, exceto feriados.				Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.			
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.				A declaracao de Ouvitacao Anual de Tarifas PF				Ouvitoria - 0800 7279933 das 08h as 18h.			
Ouvitoria - 0800 7279933 das 08h as 18h.				de segunda a sexta-feira, exceto feriados.				de segunda a sexta-feira, exceto feriados.			
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.				A declaracao de Ouvitacao Anual de Tarifas PF				A declaracao de Ouvitacao Anual de Tarifas PF			
A declaracao de Ouvitacao Anual de Tarifas PF				esta disponivel no Autoatendimento e Internet.				esta disponivel no Autoatendimento e Internet.			
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.											

Scanned by CamScanner



BRADESCO EXPRESSO

MINIPRECO CARD

VENCIMENTO	TOTAL DESTA FATURA R\$	PAGAMENTO MÍNIMO R\$
10/03/2018	179,78	29,59

HISTÓRICO DAS DESPESAS

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

FATURA MENSAL

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

No site www.tricard.com.br está disponível a nova versão do seu Contrato. Para garantir os benefícios da sua cartão pague em dia entre o valor MÍNIMO 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 dessa fatura até a data de vencimento, os encargos financeiros só serão cobrados na próxima fatura no valor de R\$ 32,31.

RESUMO DAS DESPESAS

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

LIMITES (§)

ITEM	R\$	MÍNIMO P/ PAGAR
Limite de compra	370,00	370,00
Limite de saque	37,00	37,00

ENCARGOS FINANCEIROS

ITEM	MÍNIMO P/ PAGAR	MÁX. VALOR P/ PAGAR
Pagamento Parcial	19,89	20,89
Pagamento em atraso	20,89	21,89
Saque	19,89	20,89
Compras parceladas c/ juros	5,99	6,99
Parcelamento de Fatura	12,90	15,90

DET-CUSTO EFETIVO TOTAL

ITEM	MÍNIMO P/ PAGAR	MÁX. VALOR P/ PAGAR
Pagamento Parcial	866,24	20,82
Pagamento em atraso	970,30	21,84
Saque	867,61	21,83
Compras parceladas c/ juros	0,00	0,00
Parcelamento de Fatura	396,92	8,43

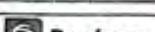
IDF 0,0982% AO DIA + 0,3%

CARTÃO ADICIONAL **TRICARD**

Concentre as
despesas da família
em uma só fatura.

Peca já o seu!
3003 3099

0800 722 3099



237-2

23793.38706 90015.054472 94000.072606 8 000

Nome do Pagador/CNPJ/Enderéco:
CARLOS ANTONIO CANDIDO - JOAO DA CRUZ CAVALCANTE BRES CASA CENTRO - 58450-000 - BOQUEIRAO - PB - CPF: 021.755.904-29
Sacador Avulso

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/Enderéco:
Banco Triângulo S/A - Av. Cesário Alvim, 2209 Uberlândia MG - CNPJ 17.351.180/0001-59
Número do Beneficiário: 3381-110000726-9

Autorização Móvil/Line

Scanned by CamScanner



Correspondente do Banco Bradesco S.A.
Carteira de Pagamento de Cobrança
Data 15/03/2018 Hora de Brasília: 10:39

Colégio de Baras 2932.44706 90001,
351591 18000.50001 1 292000000000

Banco Destinatário: 23-BANCO BRADESCO
S.A.

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

Instituição Recebedora: 23
Nome Pagador: CARLOS ANTONIO
CANDIDO
CPF/CNPJ Pagador: 021.755.904-29

DI Vencimento: 23/03/2018

Valor	494,71
Desconto	0,00
Abatimento	0,00
Bonificação	0,00
Multa	0,00
Juros	0,00
Valor Pago	98,91

Pagamento realizado em espécie: \$

Ag. Bradesco 5204 - QUEIMADAS
PACB : 083 - FARMÁCIA BAIRRO
NOVO
MSU 0289513909?? Autenticação 203628

Qualquer ocorrência notada por
diferença entre os registros
constantes no boleto de cobrança
verificada pelo Banco destinatário e
dados apresentados neste pagamento
lossive valor pago, e de inteira
responsabilidade do cliente, o qual
faz pessoalmente por escrito
ante a lei.

OVIDORIA BANCÁRIA
0800 727 9000

NCIMENTO

10/03/2018

FaturaFácil
BrasilCard

Endereço: CARLOS ANTONIO CANDIDO
RUA JOAO DA CRUZ CAVALCANTE
Bairro: BAIRRO NOVO
Cidade: BOQUEIRAO PB
CEP: 58450-000
Número: 6059.19xx.xxxx.3517
Fatura: 13515418

Compra	Ticket	Descrição	Crédito	Débito
2/2017	24124042/1-5	REDE MAIS FARMA - FARMA VIDA	67,00	67,00
2/2018	25016680/1-1	REDE MAIS FARMA - FARMA VIDA	6,00	6,00
1/2018		(FAAA) Financiamento Administradora (UCC) Utilização Cartão de Crédito	424,81	424,81
			0,00	0,00
			6,90	6,90

ARGOS SOBRE O PAGAMENTO APÓS VENCIMENTO VIRÃO NA PRÓXIMA FATURA*
IDISPENSÁVEL 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
que pagamentos são mais vantajosas.

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

Autenticação Mecânica - Recibo do Pagador

Scanned by CamScanner



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOQUEIRÃO

Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

UBSF BAIRRO NOVO II

Rua João da Cruz Cavalcante, S/N

CNES - 8005710

P/ Carlos Antônio Coimbra

R/ João da Cruz Cavalcante.

Uso oral:

① Enavadele (25 mg) — 60 cp

↳ tomar 01 cp 12/12 hrs.

② Enalopril (10 mg) — 60 cp

↳ tomar 01 cp 12/12 hrs.

③ Erapirenabactena (25 mg) — 30 cp

↳ tomar 01 cp ao dia

④ Furosemida (40 mg) — 60cp

↳ tomar 01 cp 12/12 hrs.

⑤ Diclofene (0,25 mg) — 30 cp

↳ tomar 01 cp ao dia

*Yurisniel Carrazana Pereira
RMS-PB 2500283
PROJETUAJAMÉDICO
ORASIL COOPERADO*





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Felizardo Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTA MATRÍCULA
MATRÍCULA

15820122

REFERÊNCIA

FEV/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

SEMONESTES TAVAREIRA BRITO
REALIZADO DA CRUZ CAVALCANTI, 8 - CENTRO BOQUEIRÃO
PB 58450-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável
022.001 080.0180.000	000	0 0	

AN	BRADESCO EXPRESSO	Situação Água	Situação Esgoto
H1	LIGADO	POTENCIAL	
	DE DIAS F. PROXIMA LEITURA	24/03/2018	
	AGUA DECRETO 2 914/2011-115		
	5 16 26 26		
	24 26 26		
	0 0 0		
	10 26 26		
	5 24 26 26		
	RENTES A: DEZ/2017		

Código de Barras

3261000000000 36840010022-9

01582012201-6 02201860003-5

Empresa CAGEPA/PB

Valor do Pagamento 36,84

HORA DA IMPRESSÃO: 09:52:06

CONSUMO TOTAL(R\$)

3 113 36,84

Ag. Bradesco 5784 - QUETIMAS
P/R 083 - FARMACIA BOTERO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,41 PIS E CONFINS LEI 12.741/12
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,41 PIS E CONFINS LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 07/03/2018 Total a Pagar: R\$ 36,84

CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***

www.TRANSPARFNCIA.PB.GOV.BR

Scanned by CamScanner

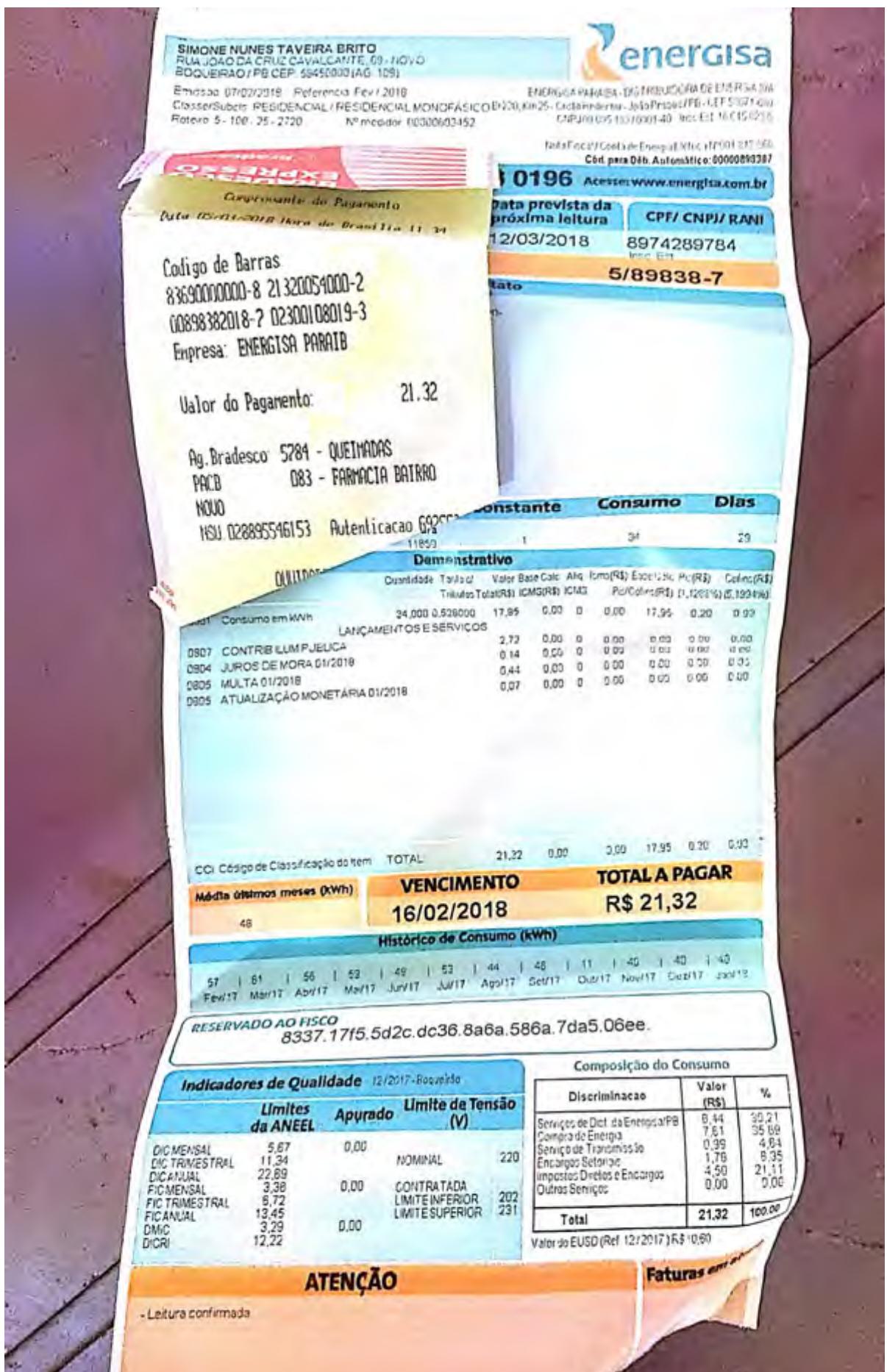


Assinado eletronicamente por: ROSANGELA DE FARIA BEZERRA - 16/03/2018 18:57:34

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18031618561213500000012813560>

Número do documento: 18031618561213500000012813560

Num. 13116216 - Pág. 1



Scanned by CamScanner

**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 contestar 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.



Assinado eletronicamente por: ANA CARMEM PEREIRA JORDAO VIEIRA - 22/01/2019 12:57:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012212571468100000018246230>
Número do documento: 19012212571468100000018246230

Num. 18750638 - Pág. 1

Boqueirão/PB, 22 de janeiro de 2019.

Juiza de Direito



Assinado eletronicamente por: ANA CARMEM PEREIRA JORDAO VIEIRA - 22/01/2019 12:57:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012212571468100000018246230>
Número do documento: 19012212571468100000018246230

Num. 18750638 - Pág. 2

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





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 contestar 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.



Assinado eletronicamente por: ANA CARMEM PEREIRA JORDAO VIEIRA - 22/01/2019 12:57:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012212571468100000018246230>
Número do documento: 19012212571468100000018246230

Num. 20537612 - Pág. 1

Boqueirão/PB, 22 de janeiro de 2019.

Juiza de Direito



Assinado eletronicamente por: ANA CARMEM PEREIRA JORDAO VIEIRA - 22/01/2019 12:57:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012212571468100000018246230>
Número do documento: 19012212571468100000018246230

Num. 20537612 - Pág. 2

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.



Assinado eletronicamente por: GUILHERME PASSOS FEIJO - 02/05/2019 10:00:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1905021000021000000020313103>
Número do documento: 1905021000021000000020313103

Num. 20884486 - Pág. 1



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

1904130948214640000019977479

carlos antonio vasconcelos

https://pje.tjpb.jus.br/pje/Painei_painel_usuario/documentoHTML.seam?conversationPropagation=none&idBin=10077478&idProcessoDoc=20537... 1/1



Assinado eletronicamente por: GUILHERME PASSOS FEIJO - 02/05/2019 10:00:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050210000246400000020313602>
Número do documento: 19050210000246400000020313602

Num. 20884885 - Pág. 1

MANIFESTAÇÃO MINISTERIAL

MM. Juiz(a),

Versam os autos sobre **AÇÃO ORDINÁRIA DE COBRANÇA**, proposta por **CARLOS ANTÔNIO CÂNDIDO** em face de **SEGURADORALÍDER 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 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



Assinado eletronicamente por: FALKANDRE DE SOUSA QUEIROZ - 28/01/2020 17:15:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012816353738200000026785666>
Número do documento: 20012816353738200000026785666

Num. 27764667 - Pág. 1

SEGUE TERMO DE AUDIÊNCIA



Assinado eletronicamente por: ROBSON DE QUEIROZ CAVALCANTI - 14/02/2020 07:17:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021407172967600000027278710>
Número do documento: 20021407172967600000027278710

Num. 28285435 - Pág. 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 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. Juiza de Direito em Substituição, Drª. 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 Consorciros S/A

RESUMOS DOS ACONTECIMENTOS

Aberta a audiência: presente o autor desacompanhado de advogado, não foi devidamente citado e intimado para o ato. Pela MM Juíza foi dito que: deixei 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. *[Assinatura]*

Suely
Ana Carmem Pereira Jordão Vieira
Juiza de Direito em Substituição

Carlos Antônio Cândido

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)



Assinado eletronicamente por: ROBSON DE QUEIROZ CAVALCANTI - 16/03/2020 12:17:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031612171346900000028074951>
Número do documento: 20031612171346900000028074951

Num. 29137417 - Pág. 1