



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SAÚDE  
DIRETORIA DE INVESTIGAÇÕES  
1º Supervisoria Regional de Policia Civil  
Centro de Policia Civil de São Peters - Secc  
de Reclamações e Documentos

CERTIFICADO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

3319-101401

CERTIFICO, em nome de meu ofício e representante verbal de pessoa interessada, o Receptor de Comunicação Policial Nº 13696.01-2015.1.06.801, cuja localização passa a transcorrer da Imagem A/01 (1320) Nossa Senhora da Conceição, nº 05 de dezembro de 2015, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e seu Centro de Policia Civil é o 1º Batalhão - Setor de Boletins da Gabinete, sob responsabilidade da (a) Delegado(a) de Polícia Civil Fabrício Guedes Nogueira, matrícula 1369313, e Jornada por Círculo Circular Cruz, Corrida, Agente de Investigação, e a sua carteira é 13650699, se lhe assimilar, comparecerá **Bruna Luisa da Silva Senna**, CPF nº 33.857.484-22, profissional de ensino (P.E.), endereço de Caili Carter, natural de Campina Grande, para o endereço de Rua das Iheróis, treze (13) e dante (13) de outubro (outubro) de mil e novecentos e cinquenta e nove (1959) (21) ano de idade, residindo e domiciliado(a) nela) Caxixi Bala, nº 385, bairro Boa Vista, tendo como porta de referência Nilo Ithimaiá, na cidade de Campina Grande/PB, telefones (83) 98777-6542, (83) 98777-6543.

John F.

Av. Diogo de Vasconcelos, Centro, Rio de Janeiro - RJ, 20040-001, Brazil. Tel.: +55 21 2250-1000. E-mail: [brasil@bireme.br](mailto:brasil@bireme.br)

Stocô o que havia a constar, classificada(s) na(s) documentação das implicações legais contidas no tipo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expõe à preziosa Cunhado. A

卷之三

MEU LIVRO DA SÓLIDA SÓLIDA

Preston 1999:1231-1232

**FISIOESTÉTICA** - Clínica de Fisioterapia e Estética Ltda.  
Rua Nilo Peçanha, 636 - Praia  
Campanha Grande - PB  
CNPJ: 10.520.289/0001-70

Declaro para os seguintes fatos que BRUNA LUZIA DA SILVA SOUZA, esp.135.887.404-22, estava em reabilitação da cirurgia da fratura de úmero proximal esquerdo no período de 07 de agosto de 2018 a 25 de setembro de 2018 realizando o total de 20 sessões. A mesma fazeu uma boa evolução mas permanecera aquedas. Limitou-se a realizar abdução do úmero e preça de soco e rodízio ao braço esquerdo. Esconde a mesma sobre muita responsabilidade profissional para la fôrma presente.



Alison Almeida Silva  
CREFITO 11/7654-F

Campanha Grande, 25 de Setembro de 2018.





Assinado eletronicamente por: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM - 05/05/2020 01:09:32  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050501093277300000029178199>  
Número do documento: 20050501093277300000029178199

Num. 30369123 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM - 05/05/2020 01:09:32  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050501093277300000029178199>  
Número do documento: 20050501093277300000029178199

Num. 30369123 - Pág. 2



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA, brasileiro, solteira, operadora de telemarketing, RG: 4.384.062 SSP-PB, CPF: 135.887.404-22, residente e domiciliado na Rua Cecy Ramos Belo, N° 285, Bairro Bodocongó, CEP 58430-275, CAMPINA GRANDE-PB.

**OUTORGADO:** PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB nº 26.701, com escritório profissional na Av. Dom Pedro II, 685, sala 307, Centro.

**PODERES:** Pela presente procuração o Outorgante confere ao Outorgado, poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar documentos junto a Policia Civil, Policia Rodoviária Federal e Estadual, Policia Militar, interpor pedidos e recursos legais cabíveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, preencher e assinar o formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro DPVAT, transigir, desistir, confessar, receber, dar quitação junto à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A e a qualquer Seguradora, podendo ainda, substabelecer esta, com ou sem reserva de iguais poderes, no todo ou em parte, tudo com o fim especial de requerer indenização de Seguro DPVAT Morte, Invalidez Permanente Total ou Parcial e/ou Despesas Médico-Hospitalares, referente ao acidente de trânsito envolvendo a vitima

Bruna Lusia da Silva Sousa  
ocorrido na data em 18 / 10 / 2018.

CAMPINA GRANDE - PB, 18 de NOVEMBRO de 2019.

Bruna Lusia da Silva Sousa  
DOUTORGANTE

Solicitação

Prescrevo fisioterapia motora para a paciente  
Bárbara Reis da Silva, submetida a tratamento  
cirúrgico de fratura de úmero proximal  
esquerdo.

25/07/18

Dr. Euler Fabrício A. Crispin  
CRM-SP 100.000  
OAB-SP 50.000

Digitado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM - 05/05/2020 01:09:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050501093305200000029178200>  
Número do documento: 20050501093305200000029178200

Num. 30369124 - Pág. 2

## COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 1.897.995.233-1

Número do Benefício: 424.152.552-6

Especie: 11

Ao(A) Sr.(a): BRUNA LUIZA DA SILVA SOUSA

Endereço: RUE SAMOU BELO 281 - BODOCÓNGO

CEP: 59.420-275 Município: CANETRA GRANDE

UF: PR

Assunto: Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade.

Decisão: Deferimento do Pedido.

Motivo: Constatação da incapacidade laborativa.

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei nº 8.213, de 24/07/1991; Artigos 71 e 77 e § 2º do art. 78 do Decreto nº 3.048, de 06/05/1999; § 6º do Art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016.

Prezado(a) Senhor(a),

Em atenção a sua Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade, apresentada no dia 08/10/2016, informarmos que foi reconhecido o direito à prorrogação do benefício.

O pagamento do seu benefício será mantido até o dia 15/10/2016.

Caso considere o prazo insuficiente, o(a) senhor(a) poderá solicitar prorrogação do benefício, dentro do prazo de 15 dias antes de sua cessação, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço eletrônico: meu.inss.gov.br.

Caso considere o prazo suficiente, o(a) senhor(a) poderá retornar voluntariamente ao trabalho, não sendo necessário novo exame médico pericial, conforme § 6º do art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016.

Dessa decisão poderá interpor Recurso, no prazo de 30 dias do recebimento desta comunicação, à Junta de Recurso do Conselho de Recursos do Seguro Social - JR/CRSS, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet, no endereço eletrônico: meu.inss.gov.br.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

AG DA F-5 CANETRA GRANDE - DINAMERICA

ENDERECO: AV. DINAMERICA ALVES CORREIA, 2/N - SANTA ROSA

CEP: 58416-080

MUNICÍPIO: CANETRA GRANDE

UF: PR

N122

www.inss.gov.br

Digitalizado com CamScanner



## COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 1.487.337.239-3

Número do Benefício: 624.152.912-6

Especie: 11

Ao Sr(a): RUIAN LOUREIR DA SILVA BOMBA

Endereço: CECY RAMOS BOMBO DE SOUZA, 1000 CONCEIÇÃO

CEP: 58.430-279 Município: CAMPINA GRANDE

UF: PB

Assunto: Requerimento de Auxílio - Doença

Decisão: DEFERIDO

Motivo: Constatada de incapacidade laborativa.

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei nº 8.213, de 24/07/1991 e arts. 71 e 78 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3048, de 06/05/1999.

Prézado(a) Senhor(a),

Em atenção ao requerimento de Auxílio-Doença, efetuado em 11/11/2018, a Previdência Social comunica que foi reconhecido o direito ao benefício, em razão de o exame médico-pericial realizado pelo INSS ter concluído que existe incapacidade para o trabalho e/ou atividade habitual.

O Auxílio - Doença foi concedido ate 11/11/2018 Data da Cessação do Benefício - DCB.

Caso não recupere a capacidade para o trabalho e/ou atividade habitual até a data da cessação fixada, o (a) Senhor(a) poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante Solicitação de Prorrogação, no prazo de 15(quinze) dias antes da cessação do benefício 11/11/2018, observado o disposto no art. 78, § 2º, do Regulamento da Previdência Social.

Cessado o benefício, o (a) Senhor(a) poderá apresentar Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social, no prazo de 30(trinta) dias contados a partir de 11/11/2018, observado o disposto no art. 305, § 1º, do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo decreto nº 3.048/99.

A Solicitação de Prorrogação e a apresentação do Recurso poderão ser agendados por meio da internet pelo endereço eletrônico [meu.inss.gov.br](http://meu.inss.gov.br), da Central 135 ou em uma Agência da Previdência Social.

Caso haja recuperação da capacidade para o trabalho e/ou atividade habitual antes do prazo fixado, orienta-se o comparecimento a uma Agência da Previdência Social para marcação de exame médico-pericial.

O prazo para a revisão do benefício é de 10(dez) anos contados da data da concessão ou do indeferimento, de acordo com o prazo decadencial previsto no art. 103 da Lei nº 8.213/91 e art. 347 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048/99.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em auxílio doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8.213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

AG DA P E CAMPINA GRANDE - TIRAMERICA

ENDEREÇO: AV. DINAMÉTICA AZEVEDO CORRÊA, 3/9 - BARTA ROSA

CEP: 58410-080

MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE

UF: PB

M:16

Impresso pela DatiPrev.

FORM. ATUALIZ



19/05/2020

PROTOCOLO DE ADMISSÃO

EDSON SOUZA FERREIRA / PARCERIA MÉDICA

DETALHAMENTO DO PACIENTE					SERVIÇOS REALIZADOS			
<p>EDSON SOUZA FERREIRA 19/05/2020 Dr. Edson Souza Av. do Sertão no Hospital São Francisco</p>					<p>CONSULTA DE ENFERMAGEM EDSON SOUZA FERREIRA 19/05/2020</p>			
DETALHAMENTO DO PACIENTE	DATA	SEXO	EDADE	SERVIÇOS REALIZADOS				
EDSON SOUZA FERREIRA	19/05/2020	M	50	CONSULTA DE ENFERMAGEM				
Dr. Edson Souza				EDSON SOUZA FERREIRA	EDSON SOUZA FERREIRA	EDSON SOUZA FERREIRA	EDSON SOUZA FERREIRA	
Av. do Sertão no Hospital São Francisco				19/05/2020	19/05/2020	19/05/2020	19/05/2020	
<p>Assinado eletronicamente no Hospital São Francisco</p>					<p>Assinado eletronicamente no Hospital São Francisco</p>			

PROBLEMA DE VIDA: PÁGINA DE INSCRIÇÃO

02



Assinado eletronicamente por: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM - 05/05/2020 01:09:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050501093336100000029178201>  
Número do documento: 20050501093336100000029178201

Num. 30369125 - Pág. 1







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

### Ficha de Acolhimento

Nome:	Bruno Lúcio da Silva Góes	
End:	Rua Cesario Ribeiro nº 225	Bairro:
Data de Nascimento:	05/09/90	Documento de Identificação:
Queixa:	TC aletor	Data do Atend.: 15/07/18 Hora: 18:41 Documento
Acidente de trabalho?	( <input type="checkbox"/> ) Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não	

### Classificação de Risco

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

### Estratificação

MOD. 110

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

- {  Amarelo - atendimento até 1 hora  
 Branco - atendimento ambulatorial

*Intopressa*  
 ENFERMAGEM DE SÍCIO  
 CONSUL...

*Assinatura e carimbo do profissional*



Pele: ( ) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )	
Drogas vasoativas: ( ) Quais? _____	Precordialgia: ( )
Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: M, S, D. Data da punção: 16/07/2018	
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: ( ) Nutrido ( ) Enraçado ( ) Caquético ( ) Obeso.	
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.	
Alimentação: (X) VO ( ) ISNG ( ) ISNE ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT. Hora: _____ Data: _____	
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Fisose ( ) Outros:	
Abdômen: ( ) Normotensão ( ) Distendido ( ) Tensão ( ) Asciúcos ( ) Outros:	
RHA: ( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados	
Eliminação intestinal: (X) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:	
Eliminação urinária: (X) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD: Débito ml/h:	
Aspecto: ( ) Outros: Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: ( ) Integra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:	
Coloração da pele: (X) Normocoreada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservado	
Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( ).	
Inclusão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em: / /	
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Relirado em: / /	
Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente (X) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (X) Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.	
Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
(X) Preservado ( ) Ineônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: (X) Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo: ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
Valuska Luna de Carvalho COREN-PB 358.098-ENF	
DATA: 16/07/2018 HORA: _____	

FONTE: JORDINHÃO, R. C. Contas de dívidas por meio de grupo fiscal. Porto Alegre (2006).





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Evolução de Enfermagem

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Priscila Lúcia Souza | Registro: | Leito: 10104 | Setor Atual: Unidade I

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 90 C; P: 80 bpm; FR: 18 rpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 70 bpm; SPO2: 98%  
HGT: mg/d; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: ( ) Local:  | Obs:

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

#### 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

Pupilas:  Isocônicas  Anisocônicas  D>E  E>D  Enfarragadas  Mióticas  Miose

Mobilidade Física:  Preservada  Parésia  Plegia  Parestesia Local:

Linguagem:  Qual?  Disfonia  Afasia  Disfasia  Disartria.

Tosse:

##### OXIGENAÇÃO

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

Eupneia  Taquipneia  Bradipneia  Dispnéia  Outros:

Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular presente:  Diminuídos  D  E

Ruidos adventícios:  Roncos  Sibilos  Estridor  Outros:

Tosse:  Improdutiva  Produtiva | Expectorado:  Quantidade e aspecto:

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

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

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data:  /  /  Hora:

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração:  Visão  Audição  Tato  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 ( ) Glaúcea ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.	Precondialgia ( )
Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) > 3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )	
Drogas vasoativas: ( ) Quais?	
Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico ( ) Central ( ) Dilação. Localização:	Data da punção: 10/07/18
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.	
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> IVO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: _____	Data: 1 / 1
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normoleno ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:	
RHA: ( ) Normoestôicos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados	
Eliminação intestinal: ( ) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:	
Eliminação urinária: ( ) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: ( ) Outros: Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra ( ) Resssecada ( ) Equimóscia ( ) Hematomas ( ) Escorições ( ) Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Clanótica. Turgor da pele: ( ) Preservado	
Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( )	
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto:	Curativo em: / /
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto:	Débito: Relirado em: / /
Úlcera de pressão: ( ) Estágio:	Local: Descrição: Curativo: / /
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( ) Irregular ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.	
Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
( ) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo ( ) Medo: ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Janiero V. C. Chaves</i> Carenamento: QREN-RE 005715-ENF	
DATA: 17/07/18 HORA: 12:55 h	

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



## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bruna Bezerra Souza | Registro: | Leito: 20-4 | Setor Atual: OR

## 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: lpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %  
 HGT: mg/dl; Peao: 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 (  ) Midílicas (  ) Midriáticas

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

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

Obs:

## OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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 checked="" 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"/> Preordialgia <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: M.S.D. Data da punção: 19/07/2018.	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gástronomia <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"/> Normopleno <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tensão <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normostóicos <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"/> Cultos Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro;	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictílica <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"/> Eslágiu: Local: Descrição: Curativo: / /	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acadendo <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <i>deambula</i>	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSOCIAIS</b>	
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:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOSPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<i>19/07/2018 em 17h20m pelo seu queiroz no momento das cuidados da equipe.</i>	
<i>Karla R. L. Porto Queiroz</i> <i>COREN-PB 156371-ENF</i>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Karla R. L. Porto Queiroz</i> DATA: 19/07/2018 HORA: 17:20 - h	
FONTE: BORDINHÃO, R.C; Critério de dados por meio de grupo focal. Rio de Janeiro (2009).	





Pele: <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Gianeira <input type="checkbox"/> Sudoreira <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquedida.	
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"/> 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: <i>braço</i> Data da punção: <i>01/01/16</i>	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Faco <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Enmagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input type="checkbox"/> WO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT. Hora: Data: <i>11/11/16</i>	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inspecção: <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"/> Ascíticos <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoalvo <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 type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Gianeira 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: <i>11/11/16</i>	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: <i>11/11/16</i>	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: <i>11/11/16</i>	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input checked="" 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"/> Acomodado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input checked="" type="checkbox"/> Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
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 familiar/visitante <input type="checkbox"/> Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
Cartíbmo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Reginaldo Machado</i> DATA: <i>20/11/16</i> HORA: <i>18</i> h	

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleção de dados para avaliação da grupo focal. Porto Alegre (2009).



**Evolução de Enfermagem**
**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Bruno Henrique | Registro: | Leito: 10-9 | Setor Atua: |

**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: |

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

Obs: |

**OXIGENAÇÃO**

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

( ) Eupnêia; ( ) Taquipnêia ( ) Bracipnêia ( ) Dispnêia ( ) Outros: |

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / Hora: |

**PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS**

Alteração: ( ) Visão ( ) Audição ( ) Tato ( ) Olfacto ( ) Paladar Observação: |

**SEGURANÇA FÍSICA**

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

**REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR**

P脉: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Chelo. |



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada ( ) Hipo corada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) > 3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )			
Drogas vasoativas: ( ) Quais? _____	Precordialgia ( )		
Ausculta cardíaca: ( ) Rítmicas ( ) Arrítmicas ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo			
Cateter vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: _____	Data da punção: / /		
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarcina. Observações: _____			
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>			
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido ( ) Enmagrecido ( ) 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 ( ) Fíose ( ) Outros: _____			
Abdômen: ( ) Normotensão ( ) Displendido ( ) Tensão ( ) Ascítico ( ) Outros: _____			
RHA: ( ) Normais ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados			
Eliminação intestinal: ( ) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há _____ dias ( ) Outros: _____			
Eliminação urinária: ( ) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVO: Débito _____ ml/h;			
Aspecto: ( ) Outros: _____ Observações: _____			
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>			
Condicação da pele: ( ) Intacta ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro: _____			
Coloração da pele: ( ) Normocorada ( ) Hipo corada ( ) Ictérica ( ) Cianótica	Turgo da pele: ( ) Preservado		
Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas	Manifestações de sede: ( )		
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: _____	Curativo em: / /		
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: _____	Débito: _____	Retirado em: / /	
Úlcera de pressão: ( ) Estágio: _____	Local: _____	Descrição: _____	Curativo: / /
<b>CUIDADO CORPORAL</b>			
Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações: _____			
Higiene corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória	Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.		
Limitação física: ( ) Aumentado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro: _____			
<b>SONO E REPOUSO</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrumpido. Observações: _____			
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>			
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>			
Comunicação: ( ) Preservada ( ) Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo;		
( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros: _____			
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>			
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>			
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações: _____			
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____			
DATA: 23/07/19 HORA: 10:00			
Janaina S. Cruz Gonçalves ENFERMEIRA CREF/SP 10.660			

FONTE: BORDINHAO, R.C. Cada Se dedica por meio de grupo/fórum. Prata Negra (2009).



Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Bruna Lusia* | Registro: | Leito: *104* | Setor Atual: *0701*

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  Torpido  Comatoso  Outro  
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas:  Isocônicas  Anisocônicas  D>E  E>D  Fotomegantes  Míoticas  Midriáticas

Mobilidade Física:  Preservada  Faresia  Plegia  Paraparesia Local: *Prejudicada*

Linguagem:  Qual?  Disfonia  Afasia  Disfácia  Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração:  Espontânea  Cateter Nasal  Venturi % l/min  Tracheostomia  Ayre/Tubo T  
 VMNI  VMI TOT ml<sup>3</sup> Comissura labial ml<sup>3</sup> 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  Seco d'água:

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

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração:  Visão  Audição  Tato  Olfato  Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo  Agitado  Agressivo.  Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉:  Regular  Irregular  Impalpável  Filiforme  Cheio.



Pele: <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianosa <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	Precoordialgia <input type="checkbox"/>
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"/> Arrítmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <i>SV/M Cateterizado A.D.</i>	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Protésica.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> IVO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> ISME <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: _____ / _____ / _____	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inacetância <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:	
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"/> Consistido há _____ dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Relâmpago <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressarcida <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: Retrato em: _____ / _____ / _____	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: _____ / _____ / _____	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input 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:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada 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:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<p>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Carolina Lima Marinho</i> DATA: <i>21/07/18</i> HORA: <i>10h</i></p>	

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Poco/Alcoba (2009).



## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bruna Lucia | Registro: | Leito: 10-4 | Setor Atual:

## 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: bpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %  
HGT: m; Idade: 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 (  ) Fotoreogenes (  ) Míoticas (  ) MidriáticasMobilidade Física: (  ) Preservada (  ) Paresia (  ) Plegia (  ) Paresthesia Local:Linguagem: (  ), Qual? (  ) Disfonia (  ) Afasia (  ) Disfásia (  ) Disordiria.

Obs:

## OXIGENAÇÃO

Respiração: (  ) Espontânea (  ) Cateter Nasal (  ) Vánturi % l/min (  ) Traqueostomia (  ) Ayre/Tuoso T(  ) VMI (  ) VMI TOT nºº Comissura labial nºº FiO2 % PEEP cm.H2O(  ) Eupnêia (  ) Taquipnêia (  ) Bradipnêia (  ) Dispnéia (  ) Cúlms:Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: (  ) Diminuídos (  ) D (  ) ERuidos adventícios: (  ) Roncos (  ) Sítilos (  ) Estridor (  ) Outros:Tosse: (  ) Improdutiva (  ) Produtiva | Expectoração: (  ) Quantidade e aspecto:Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: (  ) D (  ) E (  ) Selo d'água:

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

Gasometria arterial: pH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / Hora:

## PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

## SEGURANÇA FÍSICA

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

## REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



**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):	BRUNA LUZIA SOUSA	Protocolo:	0000414489	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	YWRY DE PAIVA CAMARA	Data:	16/07/2018 11:21	Origem:	CLÍNICA ORTOPEDICA I
Convólito:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	19 anos	Destino:	UTI 10-1, P4

**TEMPO DE SANGRAMENTO** ..... 2'30"

DATA DA COAGULADA: 16/07/2018 11:22:1  
 Material: sangue  
 Reologia: Duke

Valores de Referência:  
 De 1 a 3 minutos

**TEMPO DE COAGULAÇÃO** ..... 7'30" min

DATA DA COAGULADA: 16/07/2018 11:29:3  
 Material: sangue  
 Reologia: Duke

Valores de Referência:  
 De 9 a 11 minutos

Carlos Felipe Souza de Oliveira  
 Monitor  
 CRMF 5499

ENL2650 | 16/07/2018 11:31 - Página 2 de 2

Este laudo foi assinado digitalmente com o número: D5C8-2EB9-3EE4-63AE-7F74-5C3A-6A27-1942



**PNCQ**  
 Programa Nacional  
 de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM - 05/05/2020 01:09:34  
<http://pje.tjpj.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050501093381900000029178202>  
 Número do documento: 20050501093381900000029178202

Num. 30369126 - Pág. 8

Se(s): BRUNA LUZIA SOUSA  
De(s): YWRY DE PAIVA CAMARA  
Convém: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000414489  
Data: 16/07/2018 13:23  
Idade: 19 anos

RG: NÃO INFORMADO  
Origem: CLÍNICA ORTOPEDICA I  
Destino: ENI 18-L94

## HEMOGRAMA

(DATA DA COLETA: 16/07/2018 11:19 )

## Resultados

Unidade: mL - litro/decilitro

## SÉRIE VERMELHA

Hematócrito.....	4.42 milhões/mm <sup>3</sup>	3,9 a 5,9 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina.....	10,9 g/dL	12,0 a 14,0 g/dL
Hematocrito.....	33,0	32,8 a 38,6 %
V.C.M.....	75 fL	12,0 a 12,0 fL
H.C.M.....	25 pg	21,0 a 24,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	22,9 a 35,0 g/dL

## SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	0.400 /mm <sup>3</sup> (%)	0.500 a 11.000/mm <sup>3</sup> (/mm <sup>3</sup> )
Neutrófilos.....	0	0
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Basófonos.....	3,0	252
Segmentados.....	78,0	6.552
Eosinófilos.....	1,0	84
Basófilos.....	0	0
Linfócitos.....	15,0	1.260
Atípicos.....	0	0
Mucicálios.....	3,0	252
<b>CONTAGEM DE PLACAS</b>	<b>193.000/mm<sup>3</sup></b>	<b>320.000 a 460.000/mm<sup>3</sup></b> <b>140.000 a 460.000/mm<sup>3</sup></b>

DESENVOLVIMENTO..... Contagens repetidas e confirmadas.

Dr. Felipe Sozzi de Mello  
Residente  
CRM 5469

Foto lida e assinado digitalmente sob o número: 8480-5490-8183-8331-8908-3798-8F87-4544



 PNCQ  
Programa Nacional  
de Controle da Qualidade



Assinado eletronicamente por: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM - 05/05/2020 01:09:34  
<http://pje.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050501093435600000029178204>  
 Número do documento: 20050501093435600000029178204

Num. 30369128 - Pág. 1

**AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO**

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

IME: \_\_\_\_\_ PROcedÊNCIA: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

**1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:**

Assintomática  Sintomática  Oligosintomática

**SINTOMAS:**

Cefaleia  Tontura  Sincope

Dispnéia de esforço  Grande  Pequena

Palpitações  Média  Orlapnéia

Dor Precordial  Tossir Seca  Expectorarão

Relacionada a:  Esguicho  Típica  Adiposia

Relacionada a:  Esguicho  Emoções  Frio  Pós-prandial

**Comentários:**

**2 - PATOLOGIAS EM CURSO:**

Hipertensão Arterial Sistêmica  Hipertensão Pulmonar  DPOC  Outros

Diabetes Mellitus  Insuf. Cardíaca Congestiva  Insuficiência Coronariana

Arritmias  Insuf. Renal  Aguda  Crônica

**3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:**

Alergia a Medicamentos:  Tabagismo

Etilismo  Sedentarismo

Dislipidemia  Cirúrgico  Outros

Medicamentos em uso  Não  Sim \_\_\_\_\_

**4 - EXAME FÍSICO:**

Estado Geral  Bom  Regular  Comprometido  Precário  Altura  Peso

Ap. Cardiovacular - Comentários: \_\_\_\_\_

RRP.M P.A.: \_\_\_\_\_ mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: \_\_\_\_\_

Abdômen - Comentários: \_\_\_\_\_

Membros Inferiores - Comentários: \_\_\_\_\_

**5 - E.C.G.:**

Ex. Laboratoriais: \_\_\_\_\_

**6 - CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO:**

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

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

Ass. do Médico



Brasília, Dist. Federal, 16/3/2014

14

Por Ex. Minas Gerais

anexo 18

- 1) Peixe com espécies rara
- 2) SRL 1000 ~ w 3000
- 3) Gasteropelecus 300 ~ w 10000
- 4) Ctenodora 600 ~ w 10000
- 5) Paretellus 30 ~ w 10000
- 6) Brachy 15 ~ w 10000
- 7) Paretellus 100 ~ w 10000
- 8) Brachy 80 ~ w 10000
- 9) Paretellus 40 ~ w 10000
- 10) SSVU + CCA

Por sua instruções  
ex: VNM + taxa de custos

Dr. Pablo Ruan do Nasc.  
Angelim  
05/05/2014

FC. Bento  
Exame numeroso, prendas  
Caixa + rolos + sacos

DATA: 24-04-14

HORA: 19:10:00

PA: 100x60

Pecuit, corrent  
orientada. Pec.  
gasteropelecus e  
mormys. Pec.  
gasteropelecus

Br. Pablo Ruan do Nasc.  
Angelim  
05/05/2014

Dr. Pablo Ruan do Nasc.  
Angelim  
05/05/2014





## **MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA**

Rastreamento

Hospital:	Código:	
Procedimento:	Cód. Procedimento:	
Paciente:		
Data da Cirurgia:	Nº prontuário:	Convênio:
Cirurgião:	Código:	<input type="checkbox"/> Reposição <input type="checkbox"/> Caixa Pronta

## DESCRICAÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

## ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

						Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical 3.5 mm	Nº	30	29				
	Qtd.	21	23				
	Cód.						
Parafuso Cortical 3.5 mm	Nº	38	42				
	Qtd.	23	23				
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Molar	Nº						
4.5 mm	Qtd.						
	Cód.						

085 : ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОДУКТИВНОГО ПРЕДПРИЯТІЯ

## Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

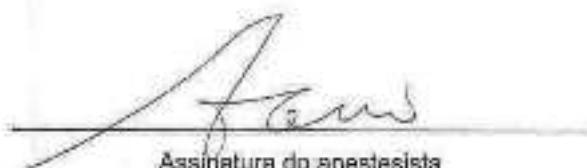
Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodoro Teles, 2458 - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.373.929/0001-05  
Fone/Fax: (88) 3521-4801 - [www.bioplants.com.br](http://www.bioplants.com.br)





**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**  
*(Critérios para altas da SRPA)*

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
<i>Nenhum Movimento = 0</i>		
<i>Movimenta 2 membros = 1</i>		
<i>Movimenta 4 membros = 2</i>		
<i>Apnéia = 0</i>		
<i>Respiração Limitada, Dispnéia = 1</i>		
<i>Respiração profunda e tosse = 2</i>		
<i>PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0</i>		
<i>PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1</i>		
<i>PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2</i>		
<i>Sat 02 &lt; 90 com oxigênio = 0</i>		
<i>Sat 02 &gt; 90 com oxigênio = 1</i>		
<i>Sat 02 &gt; 92% sem oxigênio = 2</i>		
<i>Não responde ao chamado = 0</i>		
<i>Despertado ao chamado = 1</i>		
<i>Completamente acordado = 2</i>		
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		



Assinatura do anestesista





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Bruno Lúcio Lúcio

Introduzione

Paciente: 123456789

Data: 06/04/17

Convenio: 203  
Procedimento: H2 Gravag - C/ Fix. de Sombra (E)

Cirurgião: Dr. Amorim

### Auxiliar-

Anestesista: Dra. Kátia

Início: 09.15

Término: 12:59

Anestesia Bloqueo

Assinatura Anestesista

## Circulante

Relatório de Operação

VCD. 103



Битумные	—	40
Битумные обивки	—	20
Прият	—	40
Битумные 10 квт	—	10
Битумные 12 квт	—	10

1	100	100
2	100	100
3	100	100
4	100	100
5	100	100
6	100	100
7	100	100
8	100	100
9	100	100
10	100	100

80151160



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

*Bruna Bárbara Souza* DO=05/09/1998

QD

LEITE

CONVÉNIO

IDADE

REGISTRO

*1, bolado, Iara*

*19 anos 1693294*

CIRURGIA:

*Ressecção de exsudado*

CIRURGIAO:

*Dr. André + Dr. Almen + Dr. Guedes*

ANESTESIA:

*Blockus de Plexo + Nefadox*

ANESTESIA

*Dr. Guedes*

INSTRUMENTADORA:

*menina*

DATA

*26-07-18*

INICIO

*09:35*

FIM

*12:00hs*

GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA ESTADUAL DE  
Saúde

Enfermeira: Iara Souza  
Lc: Guedes Fernandes

QD

MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Qd

Itens

PROS

CÓDIGO

Ade-alna amp.

*04*

Bolsa Cricotomia

Catgut Cromato Sertix

Atropon amp.

*01*

Catet. Urin. Sist. Fech.

Catgut Cromato Sertix

Cloropan amp.

*02*

Compreza Grande 10x15

Compreza Cromato Sertix

Glucramp.

*03*

Compreza Pequena

Compreza Simples

Glutamina amp.

*04*

Coloide

Catgut Simples Sertix

Glutam. Lido 10/000 30ml

*05*

Dreno

Catgut Simples Sertix

Fenoglutamp.

*06*

Dreno Kerr n°

Catgut Simples Sertix

Fentorim 30ml

*07*

Dreno Penrose n°

Catgut Simples Sertix

Invertamio 10 Uano 30ml

*08*

Dreno Pezzer n°

Ethibond

Kataplast 10x10 30ml

*09*

Equipe de Macrogomas

Ethibond

Mercalina % ml

*10*

Equipe de Macrogomas

Ethibond

Nutrilin amp.

*11*

Equipe de Sangue

Fio de Algodão Sertix

Pavulon amp.

*12*

Equipe de PVC

Fio de Algodão Sertix

Pratiglione amp.

*13*

Esparracape Largo cm

Fio de Algodão Sutupak

Protex do ml

*14*

Furacim ml

Fio de Algodão Sutupak

Quelad ml

*15*

Base Pectato c/ 10 unidades

Perfurador

Rapilon amp.

*16*

H2O ml

Mononylon 2-0 2

Thiomembran ml

*17*

Intracath Adulto

Mononylon

Tracum amp.

*18*

Intracath Infantil

Prolene Sertix

QD

MEDICAÇÕES

Qd

Lâmina de Bisturi n°23

Prolene Sertix

Aqua Destilada amp.

*19*

Lâmina de Bisturi n° 11

Prolene Sertix

Decadron amp.

*20*

Lâmina de Bisturi n° 15

Prolene Sertix

Diclofona amp.

*21*

Luxas 7,0

Vicryl Sertix

Flaxedol amp.

*22*

Luxas 7,5

Vicryl Sertix

Flaxedol amp.

*23*

Luxas 8,0

Vicryl Sertix

Gentamicina amp.

*24*

Luxas 8,5

Vicryl Sertix

Glucose amp.

*25*

Oxigênio litro

ethibond n° 5-0

Glucos de Cálcio amp.

*26*

Follix

Haemacel ml.

*27*

PVPI Desgarrante ml

(Colociclerina Alcoólica)

Hepacroma ml.

*28*

PVPI Tóxico ml.

SOROS

Kanaphon amp.

*29*

Sebão Antisséptico

SG Almotumílica fl 500 ml

Laxik amp.

*30*

Saco coletor

SG Gelsol fl 500 ml

Medrolinaçol.

*31*

Seringa desc. 10 ml

SG Lipertâmico fl 500 ml

Pasi amp.

*32*

Seringa desc. 20 ml

SG Ring fl 500 ml

Proamina

*33*

Seringa desc. 05 ml

SG 50 ml

Reviran amp.

*34*

Sonda

Sulphonamp.

*35*

Sonda Ileal

Qd.

Colostomia 4x4 750ml

*36*

Sonda Nasogástrica

Sonda Uretral n°

*37*

Sonda Uretral

Styctham ml

*38*

Tomarimha

Qd.

Ag. Ila desc. 26x47 40x13

Vase Ila ml

Ag. Ila desc. 28x28

*39*

Getor 18

Ag. Ila desc. 3x4,5

*40*

Getor 18

Ag. Ila pr. nique n° 3,6

*41*

Ag. Ila pr. nique n° 3,6

Alcool de Enfarragem

*42*

Alcool Iodado ml

Alcool Iodado ml

*43*

Alcol 100ml

Alcol 100ml

*44*

Alcol 100ml

Banana ml

*45*

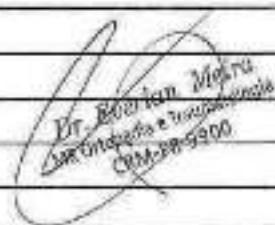
Banana ml

Qd.

Nome do Paciente .. Bruma leitura		Nº Prontuário 1683307
Data da Operação 24/07/18	Enf.	Leito
Operador Dr. Andrez	1º Auxiliar Dr. Hubner (Int.)	
2º Auxiliar Dr. Evelyn (Int.)	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório Fratura úmara proximal E.		
Tipo de Operação Ortopédica		
Diagnóstico Pós-Operatório Iº membro		
Relatório Imediato da Patologia d		
Exame Radiológico no Ato Sim		
Acidente Durante a Operação não		

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Táctica e Técnica - Limpeza - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1º Fazendo a limpeza da ferida
2º Aspira e antispira, colocação de comissas internas
3º Sutura em um ângulo lateral (1) + drenos de goma + limpeza
4º Drenos internos de SF + externos. Com goma e algodão (1)
5º Fazendo de SF com SF + dreno de humor
6º Sutura de goma
7º Curativo



Dr. Pablo Ruan Moraes  
Ortopedista e Traumatólogo  
05/05/2020

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





## TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_  
dá plena autorização aos médicos do Hospital \_\_\_\_\_ que o  
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do  
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do  
estabelecimento.

Em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: \_\_\_\_\_

O abaixo assinado \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_  
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,  
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: \_\_\_\_\_

O abaixo assinado \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_  
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: \_\_\_\_\_

O abaixo assinado \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_  
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou  
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: \_\_\_\_\_



Brumado Bahia

23/07/2018

Processo: 16.933.04

Assunto: Previdência

Assunto: 40-4.

1 - Dieta Kemer zero após sair

2 - Diáriamente 40% do valor

3 - Fim de mês

4 - 50% a cada dia no final de 600 reais

1

2

Dr. Edmar Fábio A. Guedes  
18.07.2018  
036.000-000-0007

Dr. Edmar Fábio A. Guedes  
18.07.2018  
036.000-0007

1

2

Dr. Edmar Fábio A. Guedes  
18.07.2018  
036.000-0007

Dr. Edmar Fábio A. Guedes  
18.07.2018  
036.000-0007

Julgado em 05/07/2018  
Órgão: 23.07.18  
Hora: 08:30  
P.A.: 100x40

DATA: 23.07.18

ÓRGÃO: 23.07.18  
HORA: 08:30

Julgado em 05/07/2018  
Órgão: 23.07.18  
Hora: 08:30  
P.A.: 100x40

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
02/03/18	08:00	-	-	-	133	138	PCT (lungs edema) Cúbitos dolorosos Dor na articulação STL Geralmente normal STL Dor na articulação STL Dor no membro superior Dor no membro inferior PCT (lungs edema) e articulações	05/03 00:00 - - -
02/03/18	08:00	-	-	-	133	138	Dor no membro superior Dor no membro inferior Geralmente normal STL Dor na articulação STL Dor na articulação STL Dor no membro superior Dor no membro inferior PCT (lungs edema) e articulações	05/03 00:00 - - -





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

## Diagnóstico

BO. PARA TRATAMENTO E PROFISSÃO

مکالمہ حضرت

### Introduction

1400 11-8873

Recrutador: 1693307

Data	Prescrição Médica	Horário	Explicação Médica
22/07/2018	1- Omeprazol 20mg		NPM, extensão, sem alterações
	2- Flunarizina 10mg		CD: 8PM
	3- Omeprazol 40mg + Omeprazol 20mg		Liquidez droga
	4- Dipirona 500/650/650 + AD N/06/06/04		0
	5- Omeprazol 20mg		
	6- Tilitriptil 20mg + AD N/02/12H S/T		



Assinado eletronicamente por: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM - 05/05/2020 01:09:35  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050501093471500000029178205>  
Número do documento: 20050501093471500000029178205

Num. 30360120 Pág. 2



## TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_  
dá plena autorização aos médicos do Hospital \_\_\_\_\_ que o  
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do  
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do  
estabelecimento.

Em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: \_\_\_\_\_

O abaixo assinado \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_  
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,  
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: \_\_\_\_\_

O abaixo assinado \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_  
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: \_\_\_\_\_

O abaixo assinado \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_  
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou  
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indústria do mesmo

Em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: \_\_\_\_\_



05/05/2020

05/05/2020

BRUNA LUSIA

23/07/18

Pronto 1516155587

1 RETALARE

2 DERRAMA LÍQUIDA

3 FISSURADURA

4 EDema + COCO

Dr. Eustáquio Mello  
Médico de Família  
DRT 1040

23/07/18 09:50

PA = 120 x 80 Q = 93

Exame consciente, orientado  
e queixa abordada  
e queixa abordada

ALA ORTOPÉDICA

TRI-OP:

FX UMERD PROXIMALE

LEITO 10-4

ORTOPÉDICO DR. —

PA = 120 x 80 Q = 93

Exame:

Exame:

Dr. Eustáquio Mello  
Médico de Família  
DRT 1040

23/07/18 09:40

PA = 120 x 80 Q = 93

Exame consciente, orientado  
e queixa abordada



Assinado eletronicamente por: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM - 05/05/2020 01:09:35  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050501093471500000029178205>

Número do documento: 20050501093471500000029178205

Num. 30369129 - Pág. 4



## TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_  
dá plena autorização aos médicos do Hospital \_\_\_\_\_ que o  
assistiram, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do  
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do  
estabelecimento.

Em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

O abaixo assinado \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_  
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,  
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

O abaixo assinado \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_  
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

O abaixo assinado \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_  
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou  
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo.

Em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



BRUNA LARISA  
PROT: 1673377  
00-09-05

ALA ORTOPÉDICA

PRE-OP:

LEITO 10-4

1. DENTAL/URGÊNCIAS

2. DENTAL/PROTÉSIS

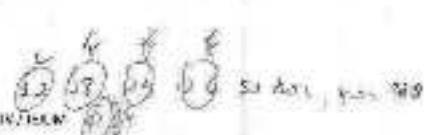
3. ORTOPÉDICA/URGÊNCIAS

4. HOSPITALIZADA

5. CONSULTA

6. HOSPITALIZADA - 05/05/2020 07:00

Dr. Eder Soárez, Odont.  
030223-12000000  
CRM-PE 3007



ORTOPÉDICA ORH -

BIG, apical, com infiltração  
ESTVPA

1  
T

Dr. Flávio Ribeiro A. Ribeiro  
M. ORTOPÉDICO  
CRM-PE 2901



## RESUMO DE ALTA

(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME:	DN:	PRONT. N°:
NATURALIDADE:	PROCEDÊNCIA:	
ADMISSÃO:	ALTA:	

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

19/07 08:00

PA= 120x80

2. Resultado dos principais exames

Sopro aguardando  
exame mas quiza  
deve, medicada c. P.H

OK

3. Evolução e complicações

21:00

PA= 100x80

4. Terapêutica realizada

Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

5. Orientações médicas para pacientes / egresso

7. Condições de alta

- Curado       A pedido       Óbito       Melhorado       Inalterado
- Transferido para: \_\_\_\_\_

Campina Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Responsável pelo resumo



Bura Lubia

85/107/165

104

J. Dictionarum

A. G. 6

Assinado eletronicamente por: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM - 05/05/2020 01:09:35  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050501093471500000029178205  
Número do documento: 20050501093471500000029178205

Num. 30369129 - Pág. 8

RESUMO DE ALTA  
REFERÊNCIA OU CONTRA-REFERÊNCIA



Gruß an  
Luisa

f12087 - 1693.29.1

1804-181

BRUNN LUSIA  
from - 1693 291  
18-04-18

10-  
44

5) Beste Linie  
3) Drehwerk 19.100, 400, 1000  
3) 55 Uhr + 1.000  
4) 1000  
5) Drehwerk 19.100, 400, 1000  
4) 12.11.1989

卷之三

Digitized by Google

Ogus, Koor

8418

OB:OC 94-1110  
2. 1. 1976





## TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_  
dá plena autorização aos médicos do Hospital \_\_\_\_\_ que o  
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do  
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do  
estabelecimento.

Em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: \_\_\_\_\_

O abaixo assinado \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_  
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,  
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: \_\_\_\_\_

O abaixo assinado \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_  
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: \_\_\_\_\_

O abaixo assinado \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_  
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou  
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: \_\_\_\_\_



ALTA ORTOPÉDICA

PRE-OP:

LEITO 10-4

• **Reclam: Drama sobre humor.**  
• **Nascimento: 2018. Orient: 2693291.**

1 DIETA LIVRE

2 DIURÉTICA 18 + ACEV 500H

3 OVERDOS 400mg + DILUENTE IV / JEDUM

4 FISIO MOTORA

5 55W + C666

6 TILATE 200G + ADV 12V12H

de 24/26

AT-  
AT-  
AT-  
AT-

#ORTOPÉDICO DIA:  
B66, 666, 2693291  
CON P.R.

4

2- Vídeo relaxante. AT-  
8 - Descongestionante ORAL + SE 15ml  
26/26 (data)

14.04.2018

140 x 365<sup>+</sup> 120 x 80

Paciente mantendo falso relaxante  
exclui hérnia diafrágica no seu tratamento  
mudando conformação para o  
a maioria segundária procedimento  
desengessos

Meu documento  
é original - 10



## TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_  
dá plena autorização aos médicos do Hospital \_\_\_\_\_ que o  
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do  
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do  
estabelecimento.

Em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

O abaixo assinado \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_  
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,  
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

O abaixo assinado \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_  
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

O abaixo assinado \_\_\_\_\_  
pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_  
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou  
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo.

Em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Onze Junho  
Brant. 1693294

LINHA 1  
Linha 2

ALA ORTOPÉDICA

PRE-OP

LEITO 10-4

LICITACIONARIA

2 DIPERIDAN 1g + 1000 mg 30/06/2021  
3 OMEPRAZOL 40mg + GELUENT 100mg  
4 FENO/NOTA  
5 SSV + C200  
6 FLAMIZOM + AD 10 22/02/21  
7 Jello  
8 Dorsospanna 300 + 50 15ml 10/06  
10 12/12h (200g)

Dr. Ruy (Dra. d. G)  
Dr. Ruy (Dra. d. G)  
CRM-PE 0011

130,7 A = 16 - 0,1 - 18  
- 100 = 0,8 - 0,0

P = 110 x 70

Palito curvado  
curvado mal suave  
e rígido para  
andar de sapato

ORTOPÉDICA DH

Bog, rotulada, sem desenrolado

CD: V PM

Dr. Ruy (Dra. d. G)  
Dr. Ruy (Dra. d. G)  
CRM-PE 0011

QAT 5-16-0 I-15

W = 200 - 250 kg

H = 180 x 70







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

## Diagnóstico

卷之三

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

2014-06-16 03:00:03

Example: *Environ. Eng. Sci.*

Page 10 of 12

### Conclusion



Assinado eletronicamente por: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM - 05/05/2020 01:09:35  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050501093520800000029178206  
Número do documento: 20050501093520800000029178206

Núm. 30369130 - Pág. 3



**Poder Judiciário da Paraíba  
2º Juizado Especial Cível  
Comarca de Campina Grande**

Av. Vice Prefeito Antônio Carvalho de Sousa , s/n, Liberdade, Campina Grande-PB, CEP: 58410-050

Número do Processo: 0808010-08.2020.8.15.0001

AUTOR: BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA:

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

**ATO ORDINATÓRIO –  
AUDIÊNCIA VIDEOCONFERÊNCIA**

Nos termos das Resoluções CNJ nº 105/2010 e 313/2020 que disciplinam a documentação dos depoimentos por meio do sistema audiovisual e realização de interrogatório e inquirição de testemunhas por videoconferência, com respaldo no art. 405, §§ 1º e 2º, do Código de Processo Penal, e artigos 236, § 3º, 385, § 3º, 453, § 1º e 461, § 2º do Código de Processo Civil, intimo a(s) parte(s) interessada através de seu (sua)s Advogado(a)s constituído (a)(s), para participar Tipo: Conciliação, Instrução e Julgamento Sala: VIDEOCONFERÊNCIA - Data: 22/09/2020 Hora: 08:40 , nos presentes autos, devendo o advogado constituído encaminhar para a parte autora/promovida o link da reunião/audiência virtual agendada.

A audiência virtual será realizada pelo aplicativo Zoom us. Baixe gratuitamente o aplicativo em seu computador ou celular e acesse, no horário da audiência, pelo seguinte link:

2 JEC CIVEL está convidando você para uma reunião Zoom agendada.

Tópico:	0808010-08.2020.8.15.0001				
Horário:	22	set	2020	08:40	AM
Entrar	n a		reunião	Zoom	



Assinado eletronicamente por: MARIA ELIETE NUNES DA COSTA - 12/08/2020 11:40:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081211402946600000031718894>  
Número do documento: 20081211402946600000031718894

Num. 33135544 - Pág. 1

<https://us04web.zoom.us/j/71990976042?pwd=b3M4OHBROW03cGcrL0F5T3h2aDlLZz09>

ID da reunião: 71990976042  
Senha de acesso: 6QgNJ8

Campina Grande-PB, 12 de agosto de 2020

**De ordem,ANALISTA/TÉCNICO JUDICIÁRIO**

**[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]**



Assinado eletronicamente por: MARIA ELIETE NUNES DA COSTA - 12/08/2020 11:40:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081211402946600000031718894>  
Número do documento: 20081211402946600000031718894

Num. 33135544 - Pág. 2



Poder Judiciário da Paraíba  
2º Juizado Especial Cível  
Comarca de Campina Grande

---

Processo nº 0808010-08.2020.8.15.0001

**DESTINATÁRIO(A): SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**  
**R SENADOR DANTAS, 74, 15 andar, - de 58 ao fim - lado par, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205**

**Tipo: Conciliação, Instrução e Julgamento Sala: VIDEOCONFERÊNCIA - Data: 22/09/2020 Hora: 08:40**

---

**REMETENTE:**

UNIDADE JUDICIÁRIA: 2º JUIZADO ESPECIAL CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE  
RUA: AV. VICE PREFEITO ANTÔNIO CARVALHO DE SOUSA, S/N  
BAIRRO: LIBERDADE  
CIDADE: CAMPINA GRANDE-PB  
CEP: 58410-050

---

**PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL (436)**

**Processo nº 0808010-08.2020.8.15.0001**

AUTOR: BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA

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



Assinado eletronicamente por: CELIA CRISTINA DUNGA FERNANDES - 12/08/2020 21:50:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081221501427400000031743849>  
Número do documento: 20081221501427400000031743849

Num. 33162636 - Pág. 1

## **CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO - VIDEOCONFERÊNCIA**

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 2º Juizado Especial Cível de Campina Grande, fica Vossa Senhoria devidamente **CITADO(A)** por todos os atos do processo acima mencionado, e nos termos das Resoluções CNJ nº 105/2010 e 313/2020 que disciplinam a documentação dos depoimentos por meio do sistema audiovisual e realização de interrogatório e inquirição de testemunhas por videoconferência, com respaldo no art. 405, §§ 1º e 2º, do Código de Processo Penal, e artigos 236, § 3º, 385, § 3º, 453, § 1º e 461, § 2º do Código de Processo Civil, intimo a(s) parte(s) interessada através de seu (sua)s Advogado(a)(s) constituído (a)(s), para participar Tipo: Conciliação, Instrução e Julgamento Sala: VIDEOCONFERÊNCIA - Data: 22/09/2020 Hora: 08:40 nos presentes autos, devendo o advogado constituído encaminhar para a parte autora/promovida o link da reunião/audiência virtual agendada, **ficando advertido(a), desde já, que não comparecimento importará REVELIA, reputando-se verdadeiras as alegações do(a) autor(a) e, em JULGAMENTO ANTECIPADO DA LIDE**, consoante art. 20, da Lei nº 9.099/95 e 355 do Código de Processo Civil, podendo na oportunidade apresentar resposta, oral ou escrita, e produzir provas documentais ou testemunhais, nos termos ao art. 455 do Código de Processo Civil.

A audiência virtual será realizada pelo aplicativo Zoom us. Baixe gratuitamente o aplicativo em seu computador ou celular e acesse, no horário da audiência, pelo seguinte link:  
<https://us04web.zoom.us/j/71990976042?pwd=b3M4OHBROW03cGcrL0F5T3h2aDILZz09>

**I D                    d a                    r e u n i ã o :**                    7 1 9                    9 0 9 7                    6 0 4 2  
**Senha de acesso:** 6QgNJ8

Campina Grande-PB, 12 de agosto de 2020

**De ordem,ANALISTA/TÉCNICO JUDICIÁRIO**

**[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]**

**PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ E DOCUMENTOS DO PROCESSO ACIMA MENCIONADO ACESSE O LINK:  
<https://pje.tjpj.pjeb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:**

### **Documentos associados ao processo**

<b>Título</b>	<b>Tipo</b>	<b>Chave de acesso**</b>
Petição Inicial	Petição Inicial	20050501093049400000029178194
Petição - DPVAT	Outros Documentos	20050501093177900000029178196
DOC 1 - Boletim de Ocorrência	Documento de Comprovação	20050501093203100000029178197
DOC 2 - Fisioterapia	Documento de Comprovação	20050501093229600000029178198
DOC 3 - RADIOGRAFIA	Documento de Comprovação	20050501093277300000029178199
Documentos	Procuração	20050501093305200000029178200
Protuário Hospitalar-otimizado_1	Informações Prestadas	20050501093336100000029178201
Protuário Hospitalar-otimizado_2	Informações Prestadas	20050501093381900000029178202
Protuário Hospitalar-otimizado_3	Informações Prestadas	20050501093435600000029178204
Protuário Hospitalar-otimizado_4	Informações Prestadas	20050501093471500000029178205
Protuário Hospitalar-otimizado_5	Informações Prestadas	20050501093520800000029178206
Ato Ordinatório	Ato Ordinatório	20081211402946600000031718894
Mandado	Mandado	20081211402946600000031718894



Assinado eletronicamente por: CELIA CRISTINA DUNGA FERNANDES - 12/08/2020 21:50:14  
<https://pje.tjpj.pjeb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081221501427400000031743849>  
Número do documento: 20081221501427400000031743849

Num. 33162636 - Pág. 2