



Número: **0808010-08.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **2º Juizado Especial Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **05/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.750,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA (AUTOR)	PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
30369 118	05/05/2020 01:10	Petição Inicial	Petição Inicial
30369 120	05/05/2020 01:10	Petição - DPVAT	Outros Documentos
30369 121	05/05/2020 01:10	DOC 1 - Boletim de Ocorrência	Documento de Comprovação
30369 122	05/05/2020 01:10	DOC 2 - Fisioterapia	Documento de Comprovação
30369 123	05/05/2020 01:10	DOC 3 - RADIOGRAFIA	Documento de Comprovação
30369 124	05/05/2020 01:10	Documentos	Procuração
30369 125	05/05/2020 01:10	Protuário Hospitalar-otimizado_1	Informações Prestadas
30369 126	05/05/2020 01:10	Protuário Hospitalar-otimizado_2	Informações Prestadas
30369 128	05/05/2020 01:10	Protuário Hospitalar-otimizado_3	Informações Prestadas
30369 129	05/05/2020 01:10	Protuário Hospitalar-otimizado_4	Informações Prestadas
30369 130	05/05/2020 01:10	Protuário Hospitalar-otimizado_5	Informações Prestadas
33135 544	12/08/2020 11:40	Ato Ordinatório	Ato Ordinatório
33162 636	12/08/2020 21:50	Carta	Carta

Anexo!



Assinado eletronicamente por: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM - 05/05/2020 01:09:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050501093049400000029178194>
Número do documento: 20050501093049400000029178194

Num. 30369118 - Pág. 1



EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE
DIREITO DO __ JUIZADO ESPECIAL CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA
GRANDE.

BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA,
brasileira, 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, vem por meio
de seu advogado **PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM, OAB/PB**
26.701, conforme procuração anexa, com escritório
profissional localizado na Av. Dom Pedro II, 987 - sala
307, Centro, João Pessoa, CEP 58013-420 e endereço
eletrônico: pablorthuanadv@gmail.com , vem respeitosamente,
perante vossa Excelência, propor

AÇÃO DE COBRANÇA

Em face de **SEGURADORA LÍDER**
DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A., pessoa jurídica de
Direito Privado, CNPJ: 09.248.608/0001-04, com sede na Rua
Senador Dantas, N.º 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares,



Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.031-205, pelos motivos de fato e de direito que passa a expor:

• DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA

A autora declara, sob as penas da lei que, que não está em condições de pagar as custas do processo sem prejuízo de seu sustento próprio ou de sua família, haja vista momento de crise vivido, nos termos do artigo 4º da Lei nº 1.060/50, conforme declaração que instruirá esta petição.

I. DOS FATOS

A parte autora no dia 15/07/2018 por volta das 18:00 horas transitava na garupa da moto tipo HONDA/CG 160 FAN ESDI, conforme consta no registro de ocorrência policial (DOC. ANEXO 1) sofreu acidente de trânsito após ter a preferencial bloqueada por outro veículo ciclomotor.

Do evento restou a demandante acentuadas lesões corporais, na qual foi diagnosticada com uma fratura do úmero proximal esquerdo, de acordo com o prontuário 1693307, assinado pelo médico Dr. Evelon Meira CRM-PB 9900.

Da lesão ocasionada a demandante passou por sessões de fisioterapia (DOC. ANEXO 2) no qual totalizou 20 sessões, toda via a mesma restou com sequelas na qual a impossibilita de erguer o braço acima do ombro, haja vista a própria possuir agora uma placa de úmero proximal, limitando o movimento completo do braço, conforme radiografia em anexo (DOC. ANEXO 3).

Pois bem Excelênci, em decorrência das lesões sofridas e dos fatores acima



expostos, restou a requerente acentuada limitação física, além de sentir dores intensas e constantes, tem limitação nos movimentos e na força do membro afetado, ou seja, as atividades mais simples do dia a dia, como movimentar o braço ou praticar algum exercício físico e trabalhar, tornaram-se verdadeiramente, tarefas tormentosas de serem desempenhadas.

Por esses fatos a autora requereu administrativamente a **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, o reembolso por Despesas médicas e suplementares (DAMS) e indenização por invalidez parcial haja vista a diminuição de mobilidade do membro afetado da vítima, toda via a seguradora mencionada vem dificultando a cerca de 8 meses a concessão frequentemente requerendo documentos que já foram enviados por diversas vezes.

É importante frisar que em documento apresentado e juntado aos autos (DOC. ANEXO 2), o Fisioterapeuta DR. ALISSON ALMEIDA SILVA CREFITO 117454-F emite parecer sobre as limitações físicas da autora, mencionando claramente o caráter permanente destas, bem como, sendo incisivo no tocante a constatação da dificuldade de abdução do ombro, perda da força e trofismo no braço cirurgiado da requerente, mesmo após a realização de 20 sessões de fisioterapia.

II. DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS

Tem-se que a parte autora ajuizou a presente ação fundada no direito assegurado pela Lei nº LEI N° 6.194, de 19 de dezembro de 1974, prevendo esta a indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre.



O seguro DPVAT, comumente conhecido como seguro obrigatório cumpre importante função social, dando um amparo mínimo às pessoas vítimas de acidente de trânsito. Foram os riscos existentes no trânsito que obrigaram o legislador a estabelecer uma espécie de seguro.

A Lei 6.194/1974 instituiu no sistema jurídico brasileiro o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre - DPVAT. Posteriormente, a Lei 8.441/1992 veio ampliar a indenização, com o intuito de torná-la mais compatível com o fim ao qual se destina.

Importante citar trecho encontrado no próprio site da demandada *in verbis*:

O Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, mais conhecido como Seguro DPVAT, existe desde 1974. É um seguro de caráter social que indeniza vítimas de acidentes de trânsito, sem apuração de culpa, seja motorista, passageiro ou pedestre. O DPVAT oferece coberturas para três naturezas de danos: morte, invalidez permanente e reembolso de despesas médicas e hospitalares (DAMS).

**PABLO ANGELIM
ADVOGACIA & ASSESSORIA**

A atual responsável pela administração do Seguro DPVAT é a Seguradora Líder-DPVAT, que tem o objetivo de assegurar à população, em todo o território nacional, o acesso aos benefícios do Seguro DPVAT.

O pagamento da indenização é feito em conta corrente ou poupança da vítima ou de seus beneficiários, em até 30 dias após a apresentação da documentação necessária. O valor da indenização é de R\$ 13.500 no caso de morte e de até R\$ 13.500 nos casos de invalidez permanente, variando conforme o grau da invalidez, e de até R\$ 2.700 em reembolso de despesas médicas e hospitalares comprovadas. O prazo para solicitar a indenização por Morte é de até 3 anos contados da data do óbito. Para despesas médicas (DAMS): a contagem do prazo



prescricional se inicia a partir da data do acidente. No caso de indenização por Invalidez Permanente este prazo é de 3 anos a contar da ciência da Invalidez Permanente pela vítima.

Os recursos do Seguro DPVAT são financiados pelos proprietários de veículos, por meio de pagamento anual. Do total arrecadado, 45% são repassados ao Ministério da Saúde (SUS), para custeio do atendimento médico-hospitalar às vítimas de acidentes de trânsito em todo país. 5% são repassados ao Ministério das Cidades (DENATRAN), para aplicação exclusiva em programas destinados à prevenção de acidentes de trânsito. Os demais 50% são voltados para o pagamento das indenizações e reservas.

Sendo assim Excelência, fazem jus ao recebimento de indenização coberto pelo seguro DPVAT, todas as vítimas de acidente de trânsito que se enquadrem nas hipóteses previstas no art. 3º da Lei 6.194/74.

Cite-se o art. 3º do referido diploma legal in verbis:

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; e

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.

Em consonância com a Lei e enquadrando-se no caso em tela, importante se faz, mencionar Jurisprudência do Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado, deixando evidente e indiscutível o direito ao qual pleiteia à demandante:



APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO DEVIDA. GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ. 1. **Demonstrada a ocorrência do acidente e da invalidez permanente da parte autora, nos termos do art. 5º, caput, da Lei nº 6.194/74, é devida a indenização securitária.** 2. Graduação da invalidez. Mostra-se necessária a graduação da invalidez para fins de cobrança do seguro obrigatório DPVAT. Questão pacificada em razão do julgamento do REsp 1.246.432, submetido ao regime dos Recursos Repetitivos (art. 543-C do Código de Processo Civil) e Súmula 474 do STJ. 3. **Complementação de indenização devida, considerando o grau de invalidez apurado na perícia judicial e o pagamento administrativo realizado.** 4. **Correção monetária incidente a partir do pagamento administrativo. Sentença reformada, no ponto.** 5. Distribuição da sucumbência mantida, considerado o decaimento das partes. APELAÇÃO PARCIALMENTE PROVIDA. (Apelação Cível N° 70069102705, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 29/06/2016). (grifou-se).

APELAÇÃO. SEGUROS. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). INDENIZAÇÃO PAGA NA VIA ADMINISTRATIVA. COMPLEMENTAÇÃO DEVIDA. **Presente prova de que a extensão das lesões é superior ao constatado na perícia administrativa, imperiosa se faz a complementação da indenização securitária decorrente do seguro obrigatório DPVAT.** Precedentes. APELO DESPROVIDO. UNÂNIME. (Apelação Cível N° 70067253906, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Rinez da Trindade, Julgado em 07/04/2016). (grifou-se).

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO DEVIDA. GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ. 1. **Demonstrada a ocorrência do acidente e da invalidez permanente da parte autora, nos termos do art. 5º, caput, da Lei nº 6.194/74, é devida a indenização securitária.** 2. Graduação da invalidez. Mostra-se necessária a graduação da invalidez para fins de cobrança do seguro obrigatório DPVAT. Questão pacificada em razão do julgamento do REsp 1.246.432, submetido ao regime dos Recursos Repetitivos (art. 543-C do Código de Processo Civil) e Súmula 474 do STJ. 3. **Complementação de indenização devida, considerando o grau de invalidez apurado na perícia e o pagamento administrativo realizado.**



4. Descabida correção do valor da indenização do seguro DPVAT. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO, EM DECISÃO MONOCRÁTICA. (Apelação Cível N° 70066950957, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 10/02/2016) (grifou-se).

Dessa forma, comprovado o acidente de trânsito, restando o demandante com lesões que lhe causaram invalidez parcial permanente, é incontestável o direito do mesmo ao recebimento de indenização correspondente ao grau de sua invalidez, conforme entendimento do Respeitável Superior Tribunal de Justiça in verbis:

Súmula 474: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez."

Tendo em vista que a requerente necessitou de 20 sessões de fisioterapia e ainda sim restou uma limitação física no movimento do braço, na mobilidade e na perca da força na mão e do braço, em consonância com o previsto na lei 6.194/74, merece acolhimento o pleito autoral, a fim de que seja condenada a parte ré ao pagamento da indenização por invalidez parcial, montante este a ser quantificado através da avaliação dos documentos médicos juntados aos autos e realização de eventual perícia médica e faz jus também ao reembolso por despesas médicas suplementares (20 sessões de fisioterapia).

III. DOS PEDIDOS

Ante o exposto, evidenciados o interesse e a legitimidade da parte autora para o ajuizamento da presente ação, bem assim a possibilidade



jurídica do pedido e preenchidos todos os requisitos da petição inicial, previstos no artigo 319 do código de processo civil, **requer**:

1. Nos termos da Lei 1.060/50 e Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, considerando que a parte autora não dispõe dos recursos para custear o processo, sem prejuízo do seu sustento ou de sua família, os benefícios da assistência judiciária gratuita;
2. Seja recebida a presente, autuada e conforme Art. 246 inc. I do Código de Processo Civil, determine-se a citação da demandada no endereço já citado no preâmbulo desta Ação, através de carta AR/MP na pessoa de seu representante legal, para vir responder, querendo, no prazo legal a presente ação, sob pena de revelia, quando, então ao final, deverão ser julgados procedentes os pedidos;
3. Conforme previsão no Art. 319 VII do Código de Processo Civil, a parte autora desde já manifesta que NÃO possui interesse na realização de audiência de conciliação;
4. Devidamente processado o feito, com o respeito ao devido processo legal, seja a presente ação julgada **PROCEDENTE** para:
 - 4.1. Que se declare devida à parte autora o pagamento da indenização correspondente ao seguro DPVAT - Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, no valor de R\$ 6.750,00 (seis mil setecentos e cinquenta reais), ou seja, 50% do valor integral, tendo em vista as sequelas advindas do sinistro;
 - 4.2. Que se declare devida a parte autora o pagamento referente às 20 (vinte) sessões de fisioterapia



realizadas pela requerente a título de reembolso por despesas médicas suplementares, no valor de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) tendo em vista o valor médio de R\$ 100,00 (cem reais) por sessão;

5. Requer ainda, a produção de todos os meios de prova admitidos em lei, especialmente prova pericial, documental e outras que se fizerem necessárias no decorrer da instrução processual.

- Dá-se a causa o valor de **R\$ 8.750,00** (oito mil setecentos e cinquenta reais)

Termos em que
Pede deferimento.

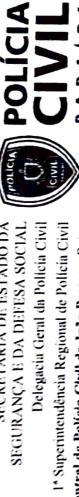
Campina Grande. 01 de maio de 2020.

PABLO RHUAN DO N. ANGELIM

OAB/PB 26.701

PABLO ANGELIM
ADVOCACIA & ASSESSORIA





**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 13908.012012.1.001401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 13098.01/2019-1.00401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: A(s) 10:30 horas dia 06 de dezembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouveia Neiva, matrícula 1569013, e lavrado por Cristian Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Bruna Luisa da Silva Sousa**, CPF nº 335.887.404-22, nacionidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Atendente de Call Center, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 05/09/1998 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Cecy Belo, N° 285, bairro Bodocongo, tendo como ponto de referência Não informado., na cidade de Campina Grande/PB, telefone (83) 9876-5542.

Dados do(s) Fatos:

local: A. Dinamperica Alves Correia, Cruzamento Com a Rua do Sol, Campina Grande/PB, bairro Santa Lúcia, local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 5/07/18 18:00h. Tipificação: em processo.

NOTIECOL SECURITAT

UE, segundo a declarante no dia 15/07/2018 por volta das 18:00 horas quando transitava na garupa de moto po HONDA/CGL 160 FAN ESDI anofimod. 2016/2017, de cor preta de placa: QFQJ1186/PB CHASSI: C2CCK200HRS30363 pertencente ao Sr. TAYWSSKA DANNIELY COSTA DA SILVA portadora CPF: 989.482.294-04-06 e conduzida pelo Sr. Luciano Rodrigues da Silva Júnior. Que segundo a mesma vinha na moto quando trafegava pela Av. Dinâmica Santa Rita, Campina Grande-PB, quando foi surpreendido por uma motocicleta (não identificada) que evadiu-se do local) que saiu de uma estradinha de barro e atravessou indevidamente o cruzamento da Av. Dinâmica com a Rua do Sol vindo a chocar-se com a moto em que a declarante vinha na garupa. Que devido ao fato de declarante veio a cair ao solo e se lesionar quando socorrido pelo seu pai ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA contumácia de nº 0913307 assinado pelo m... D... L...

Sendo o que havia a constar, cientifico(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expõe a presente Certidão. A
Fazenda Pública, à vontade. - Dono da
Casa.

Revista Brasileira de Medicina e Ciências da Saúde

Bruma luisa da Silva Souza
BRUMA LUISA DA SILVA SOUSA
Nascida

Procedimento Policial: 13908.01.2019.1.00.401

14

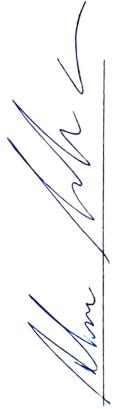


Assinado eletronicamente por: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM - 05/05/2020 01:09:32
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050501093203100000029178197>
Número do documento: 20050501093203100000029178197

Num. 30369131 Pág. 1

FISIOESTÉTICA - Clínica de Fisioterapia e Estética Ltda.
Rua Nilo Peçanha, 636 – Prata
Campina grande – PB
CNPJ: 00.520.289/0001-70

Declaro para os seguintes fins que BRUNA LUZIA DA SILVA SOUZA ,
cpf:135.387.404-22, esteve em reabilitação da cirurgia de 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 houve uma boa evolução e mas permanecera sequelas. Limitação ao
realizar abdução de ombro e perda de força e trofismo no braço cirurgiado. Estando a
mesma sobre minha responsabilidade profissional para tal firma presente.



Alisson Almeida Silva.
CREFITO 117454-F

Campina 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, Nº 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 vítima

Bruna Lusia da Silva Sousa
ocorrido na data em 15 / 07 / 2018.

CAMPINA GRANDE - PB, 18 de NOVEMBRO de 2019.

Bruna Lusia da Silva Sousa..

OUTORGANTE



Solicitação

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

25/07/18

[Assinatura]
Dr. Euler Fabricio A. Cruz
M.R. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9017





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

007630

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 1.487.555.233.1

Número do Benefício: 624.152.552.6

Espécie: 31

Ao(À) Sr.(a): BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA

Endereço: CECY RAMOS BELO 285 , BODOCONGO

CEP: 58.430.275 Município: CAMPINA GRANDE

UF: PB

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 à sua Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade, apresentada no dia 08/10/2018 , informamos que foi reconhecido o direito à prorrogação do benefício.

O pagamento do seu benefício será mantido até o dia 11/10/2018

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 P S CAMPINA GRANDE - DINAMERICA

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

CEP: 58416.680

MUNICIPIO: CAMPINA GRANDE

UF: PB

M:22

Impresso pela Dataprev

Digitalizado com CamScanner



COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 1.487.555.233-1

Número do Benefício: 624.152.552-6

Espécie: 31

Ao Sr(a): BRUNA LUSTIA DA SILVA SOUSA

Endereço: CECY RAMOS BELO 285 , BODOCONGO

CEP: 58.430.275 Município: CAMPINA GRANDE

UF: PB

Assunto: Requerimento de Auxílio - Doença.

Decisão: DEFERIDO

Motivo: Constatação 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.

Prezado(a) Senhor(a),

Em atenção ao requerimento de Auxílio-Doença, efetuado em 30/07/2018, 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 até 11/10/2018, 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 11/10/2018, 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 11/10/2018, 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, 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 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

AG DA P S CAMPINA GRANDE - DINAMERICA

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

CEP: 58416.680 MUNICIPIO: CAMPINA GRANDE

UF: PB M:16

Impresso pela Dataprev

FORM: ATU34X



15/07/2018

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

<http://projetobtca/imprematura.php?centar=1693291>

2/2



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

Num. 30369125 - Pág. 1

15/07/2018



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1693291 CLASS. DE RISCO: AMAELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Flávio Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/07/2018

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Patrícia Maria Gonçalves

PACIENTE: BRUNA LUSIA SOUSA CEP:58400002 Nascimento:05/09/1998

Endereço: ESI RAMOS BELO

Cidade: Campina Grande

Nome da Mãe: AURICELIA MARIA DA SILVA

SOUZA

Responsável:

Estado Civil: Solteiro(a)

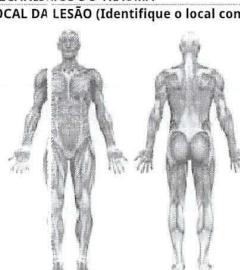
Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

OBS FICHAS

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (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. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortiça
15. F. Cortante
16. F. Corte-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingerimento Venoso
23. Lacerção
24. Lesão tendinária
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parésia
32. Parestesia
33. Quemadura
34. Rinorrágia
35. Síncope de Isquemia
- 36.

OBS:

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

DIGNOSTICO / CID:

Rx: Extensa (maxima).

HTCG-Painel Administrativo

Detalhe

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Acidente de moto hrs t 40 min, c/ turno burlar un outro (E).
My cl Rx: óssea max. (E).

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Foto reagentes () Isocôricas () Anisocôricas () _____

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ Sat02 _____

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratorial () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada () _____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ / _____ às _____ : _____ Dia _____ / _____

Especialista: _____ / _____ às _____ : _____ Dia _____ / _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HC RÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO
Dr. J. W. Paiva
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 10.017





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. 3



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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Bruno Jesus da Silva Gomes		
End:	Rua Cesario Ribeiro Belo nº 285	Bairro:	Bodenbach - P.3.
Data de Nascimento:	05/09/90	Documento de Identificação:	
Queixa:	Febre	Data do Atend.:	15/07/18 Hora: 18:41 Documento:
Acidente de trabalho?	(<input checked="" type="checkbox"/>) Sim	(<input type="checkbox"/>) Não	

Classificação de Risco

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

Estratificação

MOD. 110

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

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

Bruna Maura da Silva
ENFERMEIRA
COREN-PB

Assinatura e carimbo do profissional



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





GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bruna Lúcia Souza | Registro: | Leito: 10104 | Setor Atual: Ortopedia I

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

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

Mobilidade Física: (X) 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) Eupnêia; () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispnéia () Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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: Zilma Bezerra Souza | Registro: | Leito: 204 | Setor Atual: AT

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <i>M3D</i> Data da punção <i>19/07/18</i> .	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: ___/___/___	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> 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 () Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <i>deambula</i>	
SONO E REPOUSO	
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<i>19/07/18 às 17:20hs pte sem queixas no momento. Pts cuidados da equipe</i> <i>Karola R. L. Porto Queiroz</i> <i>COREN-PB 166371-EN</i>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>R. L. Porto Queiroz</i>	
DATA: <i>19/07/18</i> HORA: <i>17:20</i> h	
Karola R. L. Porto Queiroz COREN-PB 166371-EN	

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: Bruna Lousia Sousa | Registro: | Leito: 10-4 | Setor Atual: Ortop 1.

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

Eupnéia; () Taquipnégia () Bradipnégia () Dispneia () Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS 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: () 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: <i>SUMAISSE</i> Data da punção: / /	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (X) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa (X) Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Gastrografia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ___/___/___	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: () 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 (X) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas (X) Outro:	
SONO E REPOUSO	
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Karoline Micheli Cabral Lima Manoel</i> DATA: <i>20/07/18</i> HORA: ___ h	

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





GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bruna Lucia | Registro: | Leito: 10-9 | 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: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

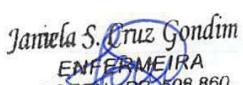
SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Corada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Cianose (<input type="checkbox"/>) Sudorese (<input type="checkbox"/>) Fria (<input type="checkbox"/>) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: (<input type="checkbox"/>) ≤ 3 segundos; (<input type="checkbox"/>) >3 segundos. (<input type="checkbox"/>) Turgência jugular: (<input type="checkbox"/>)	
Drogas vasoativas: (<input type="checkbox"/>) Quais? _____ Precordialgia (<input type="checkbox"/>)	
Ausculta cardíaca: (<input type="checkbox"/>) Rítmica (<input type="checkbox"/>) Arrítmica (<input type="checkbox"/>) Sopro (<input type="checkbox"/>) Outro. Marcapasso: (<input type="checkbox"/>) Transitório (<input type="checkbox"/>) Definitivo	
Cateter vascular: (<input type="checkbox"/>) Periférico (<input type="checkbox"/>) Central (<input type="checkbox"/>) Dissecção. Localização: _____ Data da punção ____/____/____	
Edema: (<input type="checkbox"/>) MMSS (<input type="checkbox"/>) MMII (<input type="checkbox"/>) Face (<input type="checkbox"/>) Anasarca. Observações:	
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"/>) Gastrografia (<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 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 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 checked="" 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: <u>23/07/19</u> HORA: <u>10:40</u>	
 Janete S. Cruz Gondim ENFERMEIRA COREN - PB 508.860	

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: Bruna Lusia | Registro: | Leito: 10.4 | Setor Atual: 0701

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: Prejudicada

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

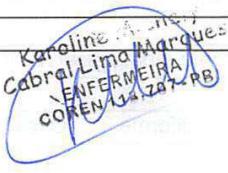
SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: () 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: <u>Sem cateter</u> Data da punção: / /	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (X) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa (X) Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (X) V.O () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ___/___/___	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () 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 (X) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas (X) Outro:	
SONO E REPOUSO	
(X) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  DATA: 21/07/18 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: Bruna Lucia | Registro: | Leito: 10-4 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: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

() Eupnéia; () Taquipnégia () Bradipnégia () Dispnéia () Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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





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 11:23 Origem: CLINICA ORTOPEDICA 1
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 19 anos Destino: ENF 10 - L 04

TEMPO DE SANGRAMENTO 2'30''

[DATA DA COLETA: 16/07/2018 11:22] Valores de Referência:
Material: sangue De 1 a 3 minutos
Método: Duke

TEMPO DE COAGULACAO 7'30'' min

[DATA DA COLETA: 16/07/2018 11:22] Valores de Referência:
Material: Sangue De 5 a 11 minutos
Método: Lee-White

Carlos Felipe Souza de Miranda Beltrão
Biomédico
CRBM 5409

Emissão : 16/07/2018 11:31 - Página 2 de 2

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: D5C4-2EB9-3EE4-63AE-7F74-5C2A-6A27-1942



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

Num. 30369126 - Pág. 8



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 11:23** Origem: **CLINICA ORTOPEDICA I**
Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES** Idade: **19 anos** Destino: **ENF 10 - L 04**

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 16/07/2018 11:19]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.42 milhões/mm³	3,9 à 5,9 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	10,9 g/dL	12,0 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	33,0 %	35,6 à 48,6 %
V.C.M.....	75 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	25 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	8.400 /mm³	4.500 à 12.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrofílos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	3,0	252
Segmentados.....	78,0	6.552
Eosinófilos.....	1,0	84
Basófilos.....	0	0
Linfocitos		
Típicos.....	15,0	1.260
Atípicos.....	0	0
Monocitos.....	3,0	252
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	193.000 mm³	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³ 140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Carlos Felipe Souza de Miranda Bellarmino
Biomédico
CRBM 5409

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 84D0-549C-8163-B331-EBDE-979B-8FE7-4544



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

Num. 30369128 - Pág. 1



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

Assintomática Sintomática Oligossintomática

SINTOMAS:

- | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cefalácia | <input type="checkbox"/> Tontura | <input type="checkbox"/> Síncope |
| <input type="checkbox"/> Dispnéia de esforço | <input type="checkbox"/> Grande | <input type="checkbox"/> Pequena |
| <input type="checkbox"/> Palpitações | <input type="checkbox"/> Média | <input type="checkbox"/> Ortopnéia |
| <input type="checkbox"/> Dor Precordial | <input type="checkbox"/> Tosse Seca | <input type="checkbox"/> Expectoração |
| Relacionada: <input type="checkbox"/> Esforço | <input type="checkbox"/> Típica | <input type="checkbox"/> Atípica |
| | <input type="checkbox"/> Emoções | <input type="checkbox"/> Frio |
| | | <input type="checkbox"/> Pós-prandial |

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

- | | | | |
|---|---|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica | <input type="checkbox"/> Hipertensão Pulmonar | <input type="checkbox"/> DPOC | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca Congestiva | <input type="checkbox"/> Insuficiência Coronariana | |
| <input type="checkbox"/> Arritmias | <input type="checkbox"/> Insuf. Renal | <input type="checkbox"/> Aguda | <input type="checkbox"/> Crônica |

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alergia a Medicamentos: | <input type="checkbox"/> Tabagismo |
| <input type="checkbox"/> Etilismo | <input type="checkbox"/> Sedentarismo |
| <input type="checkbox"/> Dislipidemia | <input type="checkbox"/> Cirúrgico |
| | <input type="checkbox"/> Outros |

Medicamentos em uso Não Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

Estado Geral Bom Regular Comprometido Precário Altura Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: _____

P: _____ b.p.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



Bruna Lima, PROT. 1693374 20.4 /

Incotri

DATA: 24/07/18

1) Descida lumbopres RPA

2) SRL 1000 ml IV 24h

3) Gestacionaria 600ml IV 24h

4) Caudalina 600ml IV 24h

5) Tucksel 30mg + 50mg IV 24h

6) Driox 19g + 50mg IV 24h

7) Driox 100mg + 100mg IV 24h

8) de 818g (leste)

9) ampolha 500mg + 500mg

10) ampolha 500mg + 500mg

11) ampolha 500mg + 500mg

12) ampolha 500mg + 500mg

13) ampolha 500mg + 500mg

14) ampolha 500mg + 500mg

15) ampolha 500mg + 500mg

16) ampolha 500mg + 500mg

17) ampolha 500mg + 500mg

18) ampolha 500mg + 500mg

19) ampolha 500mg + 500mg

20) ampolha 500mg + 500mg

21) ampolha 500mg + 500mg

22) ampolha 500mg + 500mg

23) ampolha 500mg + 500mg

24) ampolha 500mg + 500mg

~~24/07/18~~

(06)

POR 24/07/18
CVS: VPM + RX de controle

1

6

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

DATA: 24-07-18

HORA: 19:00

R.A: 100x60

Paciente consentiu
orientada Pos -
operatório a
mama direita
ao invés da esquerda



MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento
9594

Hospital: de Emergência e Trauma de Goiânia Código:
Procedimento: Frat. fin com frago de úmero proximal Cód. Procedimento:
Paciente: Bruno Júnior Souza
Data da Cirurgia: 24/01/18 Nº prontuário: 1693293 Convênio:
Cirurgião: Dr. Andrey Código: () Reposição () Caixa Pronta

DESCRICA DE PRODUTOS UTILIZADOS

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

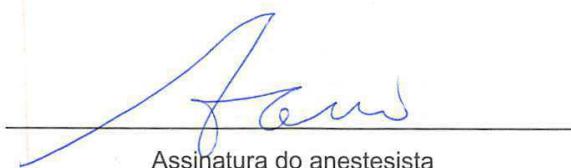
Cód. Instrumentador: _____

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodóro Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05
Fone/Fax: (88) 3521.4801 * www.bioimplants.com.br



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

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



Assinatura do anestesista





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Brunna Tuxia Souza

Idade: 19 a.

Paciente: J. A.
Convênio: SUS

Data: 24.04.18

Procedimento: Hto Cirurg. c/ Fix. de Ombro 'E'

Cirurgião: D^o Andrey

Auxiliar:

Anestesista: Dr Rafael

Início: 09:15.

Término: 12:00

Anestesia Bloqueo

Observações:	
<i>Aleix</i>	
Acupuntura-Anestesiota	Circulante

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD 103



8 PPT / P0/20 = 0.7 measured instead of measured

LPS EPAL Conceptual - do along.

Leaves \rightarrow Laxatives + used as a poultice

~100.61

४८०

8L.F.O.P.B

proper

-40

bismarck — 40

One should club — so

~~Immobiliensicherung~~ ~~10~~ ~~10~~

46

三

40

50
60
50
50
40

40

$0 \cdot 2 = 0$ (median)

(*caerulea* or *lutea*) —

11 88

7 50

group of prisoners — 60

SEXOP — 50

26 10

1

2

art
Dessert



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Bruna Buarque Souza DN=05/09/1998</i>					 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE <i>Dr. Francisco de Oliveira Siqueira</i> <i>Dr. Renchey + Dr. Alivion + Dr. Bavelan</i> Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
QI	LEITE <i>1, bela 04</i>	CONVÊNIO <i>Isus</i>	IDADE <i>19 anos</i>	REGISTRO <i>J693 295</i>		
CIRURGIA	<i>Abertura e fixação de ósseo</i>		CIRURGÃO <i>Dr. Renchey + Dr. Alivion + Dr. Bavelan</i>			
ANESTESIA	<i>Bloqueio deplexo + sedação</i>		ANESTESIA <i>Dr. Rafael</i>			
INSTRUMENTADORA <i>norma</i>	DATA <i>26.07.18</i>	INÍCIO <i>09:35</i>	FIM <i>12:00hs</i>			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		FIOS	CÓDIGO		
01	Adrenalina amp.	<i>04</i>	Bolsa Colostoma			
	Atropina amp.		Calel. p/ Óxg.			
01	Diazepan amp. <i>01 Dexamid</i>		Catet. De Urinar Sist. Fech.			
02	Dimore amp. <i>Efrane ml + Lido 50/ Vaso Semif</i>		Compressa Grande <i>000</i>			
	Dolantina amp.		Compressa Pequena			
02	Efrane ml + Lido 50/ Vaso Semif		Cotonoide			
	Fenegam amp.		Dreno			
04	Fentanil ml <i>30ml</i>		Dreno Kerr nº			
01	Inova ml <i>meio a 1 Vaso 20mg</i>		Dreno Pezzer nº			
02	Ketalar ml <i>bis P SI Vaso 30mg</i>		Equipo de Macrogotas			
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas			
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue			
	Pavulon amp.		Equipo de PVC			
	Protigmine amp.	<i>01</i>	Espasadrapo Larco cm			
	Protoxido l/m		Furacim ml			
	Quelicin ml	<i>15</i>	Gase Pacote c/ 10 unidades <i>(Perfumado)</i>			
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml			
	Thionembutal ml		Intracath Adulito			
	Tracium amp.		Intracath Infantil			
Qtd.	MEDICAÇÕES	<i>01</i>	Lâmina de Bisturi nº 23			
01	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11			
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15			
01	Dipirona amp.	<i>02</i>	Luvas 7.0			
	Flaxidól amp.	<i>02</i>	Luvas 7.5			
	Flebocortid amp.	<i>02</i>	Luvas 8.0			
	Geramicina amp.	<i>02</i>	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	<i>QN</i>	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Polifix			
	Haemacel ml.	<i>QN</i>	PVPI Degemerante ml <i>(Clorhexidina Alcoólica)</i>			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico	<i>03</i>	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.	<i>04</i>	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	<i>06</i>	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml	<i>02</i>	SF fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
02	Cefalotina 1g <i>relevosina 750mg</i>		Sonda Nasogáтика			
			Sonda Uretral nº			
			Sterydrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
02	Aguilha desc. 25x7 <i>40x12</i>		Gelcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28		Latese			
01	Aguilha desc. 3 x 4,5	<i>QN</i>	<i>mucopene 2</i>			
01	Aguilha p/ raque nº 26	<i>10</i>	<i>dissolvente inecat</i>			
	Álcool de Enfermagem	<i>05</i>	<i>colônia</i>			
01	Álcool Iodado ml					
01	Ataduras de Crepon <i>15cm</i>					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metíleno amp.					
	Benzina ml					
EQUIPAMENTOS						
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso <input type="checkbox"/> Foco Auxiliar <input type="checkbox"/> Serra <input checked="" type="checkbox"/> Eletrocautério <input type="checkbox"/> Desfibrilador <input type="checkbox"/> Oxicapiógrafo <input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal <input type="checkbox"/> Cardiomonitor <input type="checkbox"/> Fonte de Luz <input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico						
CIRCULANTE RESPONSÁVEL						

16/07/2018
MOD 066





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Nome do Paciente <u>Bruna Reis</u>		Nº Prontuário <u>1693307</u>
Data da Operação <u>24/07/18</u>	Enf.	Leito
Operador <u>Dr. Andre</u>	1º Auxiliar <u>Dr. Hulsen (M&B)</u>	
2º Auxiliar <u>Dr. Evelum (M&B)</u>	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <u>Fratura úmero proximal E</u>		
Tipo de Operação <u>Osteosíntese</u>		
Diagnóstico Pós-Operatório <u>lo mesmo</u>		
Relatório Imediato da Patologia <u>Ø</u>		
Exame Radiológico no Ato <u>Sim</u>		
Acidente Durante a Operação <u>não</u>		

DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 3) Assepsia e antisepsia, colocação de cateteres estéreis
 - 4) Seringas com uso de fito-fármaco (E) + diluidor para gluma + hirudina
 - 5) Adequado cálculo da FX + coagulantes (C) com doses adequadas e/ou adjuvante (F) + parámetros coagulacionais adequados
 - 6) Injetar de FQ com SF + rebaixar da hemorragia
 - 7) Sustentar para gluma
 - 8) Coagulação

Dr. Eberlan Meira
M&R Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 19900

M-1 840

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





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



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: _____



Bruna Rovira
23/07/2018

Pronostício : 16.933.07

- 1 - Ditta Rovira ZERO APÓS 228
- 2 - Diapirona 1g VO Molar SN
- 3 - Fixie motora
- 4 - SSW e CCGC
- 5 - Posse de carro doce w.

1
6

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR ORTOPEDIA-TRAMATOGIA
CRM-PB 9907

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR ORTOPEDIA-TRAMATOGIA
CRM-PB 9907

Rua 10-4.

BET, USTAD, x
C5, VPR

1
6

Fiximous proximal E

Judilene dos Santos Silva
COREN-PB 958.700-TE
DATA = 23-07-18
HORA = 08:30
P.A = 100x70

Judilene dos Santos Silva
COREN-PB 958.700-TE
DATA = 23-07-18
HORA = 20:00
P.A = 110x70







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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO				
Paciente	Bruna Luisa	Alojamento	30	Leito
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
22/07/2018	<p>1- Dieta livre.</p> <p>2- Fisioterapia motora.</p> <p>3- Omeprazol 40mg + Diluente IV /Jejun 04</p> <p>4- Dipirona 1g 06/06H + AD IV 06/06H 12 Q2D 06h</p> <p>5- CCGG + SSVV</p> <p>6- Tilatil 20mg + AD IV 12/12H S/N</p>		<p>VPM, estreñido, sem determinar</p> <p>CD: VPM Agenda cirurgica</p> <p><i>Dr. Euerlen Mora Médico de Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 01000</i></p>	



Assinado eletronicamente por: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM - 05/05/2020 01:09:35
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2005050109347150000029178205>
Número do documento: 2005050109347150000029178205

Núm. 30369129 - 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 indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



FX UMERO PROXIMAL E

PRE-OP:

LEITO 10-4

#ORTOPEDIA# DIH: ____°

BFC, enure, n/ dolorum

COL VPM

Aguda

Dr. Everlan Meira
MR Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9900ORTOP
LEITO 10-4**BRUNA LUSIA**21/07/18
Pnonti 1693307

- 1 DIETA LIVRE
- 2 DIPIRONA 1g VO SE DOR
- 3 FISIO MOTORA
- 4 SSVV + CCGG

ALA ORTOPÉDICA

Dr. Everlan Meira
MR Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9900



21/07/18 09:50

PA = 110x70 P = 93

Paete corrente e orientada
as queixas at. CORRIDA PANDA
seal o cuidado
da enfermagem.



21/09/18 9:40

PA = 120x80 P = 96

Paete segui ass visitas
da enfermagem.






GOVERNO
DA PARAÍBA

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



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: _____



BRUNA LUISA
PRONT. 1693307

20.07.18

ORTOPSI
LEITO 10-4

ALA ORTOPÉDICA

1 DIETA LIVRE PARA FAS

2 DIPIRONA 1g + AD EV 6/6H

3 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE IV / JEJUM

4 FISIO MOTORA ✓

5 SSVV + CCGG

6 TILATIL 20MG + AD IV 12\12H 5/N

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

PRE-OP:

LEITO 10-4

#ORTOPEDIA# DIH: ____°

BIG, óctenal, sem interconexões

CD: VPM

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

Jucilene dos Santos Silva
CRM-PB-CA 998-700-5 ATA = 20-08
HORA = 08:55
P.A = 100x70

Jucilene dos Santos Silva
CRM-PB 998-700-TE HORA = 20:00
P.A = 110x70





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

RESUMO DE ALTA

(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME:	DN:	PRONT. Nº:
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

Segui aguardando
liveraria mas quiza
deve, medicada c. P.M

OK

3. Evolução e complicações

21:00

PA = 100x80

4. Terapêutica realizada

Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

7. Condições de alta

Curado

A pedido

Óbito

Melhorado

Inalterado

Transferido para: _____

Campina Grande, _____ de _____ de _____

Responsável pelo resumo



Brama Luria

Рпснтуарія: 1693291

85/170/65

10-6

J-Dictionarv

2- Diplopia Jg, VO, 6/6H (can patient see eye ⑥)
3- Julaq
4- Dystartria + drooping JFA + SFJ small, EV, J2/J2H 
5- SSVV + CCGG

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR ORTOPÉDIA, TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
C.R.M.-P.B 9967



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)		
2. Resultado dos principais exames		
3. Evolução e complicações		
4. Terapêutica realizada		
5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)		
6. Orientações médicas para pacientes / egresso		
7. Condições de alta		
<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> A pedido <input type="checkbox"/> Óbito		
<input type="checkbox"/> Transferido para: _____		
Campina Grande, _____ de _____ de _____		
Responsável pelo resumo		



BRUNA LUSIA
PROV. 1693291

18.07.18

10-H

com pacient

BTC, óssea, ou articulares

co: un

1

Dr. Edler Fabrício A. Cruz

DR ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

- 1) Dente dura
2) Dente lg mão, dígo, no bico 12 18 24 96
3) SS vr + cccg
4) pulos
5) Dexadone 100 + SE 150 12 24

24

P.R 100x60

18/07/18

08:00 am O. A. Crispim

Lara Matheus 1282534-TE
CORREN-PB



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



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 portando 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: _____



URGÊNCIA
LEITO 10-4

**Paciente: Branca Júlia Souza
nascimento. Orientação:**

ALTA ORTOPÉDICA

LEITO 10-4

PRE-OP:

#ORTOPEDIA# DIH: ____°

1 DIETA LIVRE PASTA/HAS

2 DIPRONA 1g + AD EV 5/6H

3 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE IV / JEJUM

4 FISIO MOTORA A++

5 SSVV + CCGG A++

6 TILATIL 20MG + AD IV 12/12H A++

7 - Salco relaxinizado. A++

8 - Dexanestesia 0,1% + SF 15ml

IN 12(12H) (lata)

DATA = 17-07-18

HORA = 20:00

A = 100 x 60

14 hs → 36⁵° 120 x 80

**Paciente mantendo falso relaxinizado
colocou suas garras no seu pescoço
e produzida confratura preventiva
e manua aguarda procedimento
seringas**

**Dr. Euler Fabrício A. Cruz
CRM-PB 9907**

**Jucilene dos Santos Silva
COREN-PB 958.700-TE**

**Kátia Silvana Almeida
COREN-PB 958.700-TE**





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



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: _____



ORTOPÉ
LEITO 10-4

Bruno Jura
Pront. 1693291

ALA ORTOPÉDICA

1 DIETA LIVRE PARA LAS

2 DIPIRONA 1g + AD EV 6/6H

3 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE IV / JEJUM

4 FISIO MOTORA

5 SSVV + CCGG

6 TILATIL 20MG + AD IV 12\12H

7 gelco

8 descondosse JPA + SF 15ml ja 24
IV (21,2h (leito))

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR ORTOPÉDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

DATA - 16-07-18
HORA - 09:00

P.A = 110 x 70

Paciente consciente
orientada medicada
e segue as
enfermidades de esquerda

DATA - 16-07-18

HORA - 19:00

P.A = 100 x 70

Jucilene dos Santos Silva
COREN-PB 993.700-TE

PRE-OP:

LEITO 10-4

#ORTOPEDIA# DIH: ____°

B66, ostomed, mm interconvervus

CO: V PM

1
0

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR ORTOPÉDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

Jucilene dos Santos Silva
COREN-PB 993.700-TE







GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ortho. I

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Plant 1693307

Paciente Bruna Luisa Souza Alojamento 10 Leito 9 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
15/07	(1) Diprofene		# Admissão
	(2) gelco salmão N° 18	ck	Próprio vítima de queda de moto c/ ferura em ambos os joelhos e dor + deformidade em ambos (2).
	(3) Diprofene 1g + msn evr 6/6h	24/08	
	(4) Dexametasona 10g + 15ml SF evr 12/12h leito.	29	
	(5) Nititil 20mg + ABn evr 12/12h	29	
	(6) Ompramol 400 + atenaflo evr ou fijos	06/08/2018	PP c/ Pq sombra pax. (2) dor/mais negra queimadura.
	(7) Batroxolim Dantroleno.		c/ Interno pt cirurgião. Sedativo pax - op. Imobilização.
	(8) SSVV + CC60.	ATT	
	Dr. YWY Paiva ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CRM-PE 10.079		Dr. YWY Paiva ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CRM-PE 10.079

MOD-025



Assinado eletronicamente por: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM - 05/05/2020 01:09:35
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2005050109352080000029178206>
Número do documento: 2005050109352080000029178206

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				
Hora:	22	set	2020	08:40	AM Recife
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.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:

Documentos associados ao processo

Título	Tipo	Chave de acesso**
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

