



Número: **0801540-22.2020.8.15.0401**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Umbuzeiro**

Última distribuição : **21/08/2020**

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

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOANDERSON SILVA MARQUES (AUTOR)	AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36724 133	17/11/2020 09:33	<a href="#"><u>2765091_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190694385      Vítima: JOANDERSON SILVA MARQUES

Data do Acidente: 18/02/2016      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOANDERSON SILVA MARQUES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmado as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
--------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00139/00140 - carta\_03 - INVALIDEZ



00070070

Carta nº 15236283



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 09:33:42  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111709334234800000035054008>  
Número do documento: 20111709334234800000035054008

Num. 36724133 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190694385 Vítima: JOANDERSON SILVA MARQUES

**Data do Acidente:** 18/02/2016      **Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOANDERSON SILVA MARQUES**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15236418



Pag 00327/00328 - Carta 01 - INVA IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 09:33:42  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011170933423480000035054008>  
Número do documento: 2011170933423480000035054008

Núm. 36724133 - Pág. 2



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
104.615.374-94 Joanderson Silva Marques

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Joanderson Silva Marques 6 - CPF: 104.615.374-94

7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua Joaquina Dantas de Souza 9 - Número: S/Nº 10 - Complemento:

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Aroeiras 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58489-000

15 - E-mail: mirandaconsultoriaeassessoria@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (83) 99831-8821

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSCO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 05784

CONTA: 0014368

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim teve filhos?  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim nascituro (vel/nascor)?  Não 31 - Vítima  Sim teve irmãos?  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim pais/avôs vivos?  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da Vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_ 28/11/2019, Campina Grande - PB

*joanderson silva marques*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019

TESTEMUNHAS





----- VIA DO CLIENTE -----  
Data: 28/11/2019 Hora de Brasília: 07:39

Depósito em Conta Poupança

Favorecido  
Banco : 237  
Agencia: 05704 - QUEIMADAS  
Conta : 0000000004386-6  
Nome : JOAQUIMSON SILVA MARQUES

Deposito de O PROPRIETARIO  
FAVORECIDO  
Valor em dinheiro : 26,00  
Valor em cheques : 0,00  
Valor total : 26,00

Ag.Bradesco : 9704 - QUEIMADAS  
Corres.Banc.: 055 - O BARATEIRO  
NSU: 003944255668 Autenticacao: 149421

O O BARATEIRO atua como Correspondente  
Bancário do Banco Bradesco S.A.

Consulte este Recibo

AGENDADORIA BRADESCO  
0600 727 9533

NSU Rede: 632009 Hora Rede: 07:38:37  
Terminal: 00100076



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	104.615.374-94	Joanderson Silveira Marques

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Centro	Craios	PB	58499-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):		
minardonaconsultoriaassessoria@gmail.com	(83) 99831-8821		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL [PAIS, TUTOR E CURADOR] PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	
18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> RS2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	

Bradesco (237)  Itaú (341)

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 5784 CONTA: 14368 5  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima teve nascituro (velho/a)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	---	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1 <sup>a</sup>   Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2 <sup>a</sup>   Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

Joanderson Silveira Marques

ura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



TESTEMUNHAS



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima: 104.615.374-94	4 - Nome completo da vítima: Joanderson Silva Marques
----------------------------	--------------------------------------	--

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Joanderson Silva Marques		6 - CPF: 104.615.374-94
7 - Profissão: Agricultor	8 - Endereço: Rua Joaquina Dantas de Souza	9 - Número: S/Nº
11 - Bairro: Centro	12 - Cidade: Aroeiras	13 - Estado: PB
15 - E-mail: mirandaconsultoriaeassessoria@gmail.com		14 - CEP: 58489-000
		16 - Tel.(DDD): (83) 99831-8821

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	--

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLISO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 05784 CONTA: 0014368 5  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT [Lei nº 6.194/74], uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai/nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

Informação digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_ 28/11/2019, Campina Grande - PB

*joanderson silva marques*  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1 V002/2019

TESTEMUNHAS





**PREFEITURA MUNICIPAL DE AROEIRAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL DE AROEIRAS**

Avenida José Pedro de Melo, S/N, Centro Aroeiras, Paraíba.

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os seguintes fins, que JOANDERSON SILVA MARQUES, sofreu um acidente de moto no dia 18 de fevereiro de 2016, na Rua do Rosário em frente a Casa Nova Material de Construção, foi trazido para o Hospital Municipal de Aroeiras, onde foi socorrido pela equipe do hospital, a enfermeira Samara Figueiredo Araújo e o condutor, Samuel de Souza, onde o mesmo foi transferido na ambulância do hospital para o Hospital de Trauma em Campina Grande.

Aroeiras, 29 de agosto de 2019.

Katiuscia R. Souto Mayer

Katiuscia Romualdo Souto Mayer

Diretora Geral



JANAINA TAVARES DA SILVA  
RUA JOAQUINA DANTAS DE SOUZA, 511 - CENTRO  
ARCOVERDE / PB CEP: 58486000 (AD: 109)



Licença MONOPÓLICO  
CleSee RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAHIA RENDA  
Rotex: 3 - 100 - 25 - 1960 Referência: Nov / 2019  
Medidor: 00000927902 Emissão: 09/11/2019

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
S/230, Km 25 - Crato Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-030  
CNPJ/MF 036.160/0001-40 - Inscrição Estadual: 13.015.022-0  
Nota Fiscal/Certeza de Energia: N° 022.545-217  
Céd. para Det. Automático: 00000032831

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2019	05/11/2019	05/12/2019	064.130.584-20 moc Est.

SAC (Centro de Atendimento ao Cliente) 54863253-1

#### Canal de contato

- Tarifa Oficial de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de novembro de 2002.  
Saramento é gratuita e pode mudar. Fique atento ao calendário de variação e se prepare.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
03/10/19	Leitura 150E1	Data 05/11/19	Leitura 161E	
<b>Demonstrativo</b>				
CÓD. Descrição Quantidade Tarifado Valor Base Cel. Alm. Iene(%) Enc.Calc. P.R.E. Cofre(%)				
0031 Consumo ate 300Wh-BR	90.000 0.190865	5.73	0,00 0 0,00	573 0,09 0,23
0031 Consumo >1000Wh-BR	55.000 0.320865	17,87	0,00 0 0,00	17,87 0,16 0,58
0031 Adic. B Amarela	0,54	0,00 0 0,00	0,54 0,00 0,02	
0031 Adic. B Vermelha	0,36	0,02 0 0,00	0,36 0,00 0,00	
0010 Subsídio	23,46	0,00 1 0,00	23,46 0,20 0,0	
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>				
0007 CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA	12,50	0,00 0 0,00	12,50 0,00 0,00	
0004 JUROS DE MORA 08/2019	0,30	0,00 0 0,00	0,30 0,00 0,00	
0004 JUROS DE MORA 10/2019	0,02	0,00 0 0,00	0,02 0,00 0,00	
0008 MULTA 09/2019	0,59	0,00 0 0,00	0,59 0,00 0,00	
0005 MULTA 10/2019	0,81	0,00 0 0,00	0,81 0,00 0,00	
0008 Devolução Subsídio	-22,36	0,00 0 0,00	0,00 0,00 0,00	
CCO Código de Classificação do Item TOTAL 37,59 0,00 0,00 47,26 0,40 1,86				
Tarifa al/ Tributos Até 300Wh 0,161710 Até 1000Wh 0,311500				

VENCIMENTO: 12/11/2019 TOTAL A PAGAR: R\$ 37,59

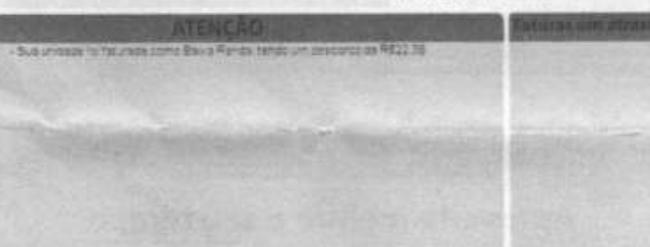
Histórico de Consumo (kWh)  
97 | 94 | 108 | 58 | 102 | 85 | 103 | 87 | 89 | 82 | 91 | 88  
Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/19 Ago/19 Set/19 Out/18

#### RESERVADO AO FISCO

0911.b817.2c9f.3cd7.6182.92ce.96ab.8d7ed.

Indicadores de Qualidade		Composição do Consumo	
Limits da ANEEL	Apurado	Limite da Tensão (V)	
DIG-MENSAL	0,95	NOMINAL	220
DIG-TRIMESTRAL	1,23		
DIG-ANUAL	2,45		
FIG-MENSAL	1,00	CONTRATADA	
FIG-TRIMESTRAL	1,00	LIMITE-INTERIOR	220
FIG-ANUAL	1,00	LIMITE-SUPERIOR	220
CACI	0,95		
DICRI	1,00		
	0,95		
Total		27,59	100,00

Valor do Eu/USD (Ref 9/2018) R\$ 11,43



BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190 00009 02624 912008 08204 329174 1 80710000003759

PAGADOR: JANAINA TAVARES DA SILVA - CPF/CNPJ: 064.130.584-20  
RUA JOAQUINA DANTAS DE SOUZA, 511 - CENTRO - ARCOVERDE / PB CEP: 58486000

Nome Nr.	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26248120000204329	000863253201911	12/11/2019	R\$ 37,59	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 02.895.193/0381-40  
Br 230, km 25 - Crato Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880

Agência / Código do beneficiário: 3084-5/2447-3



GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DE SAÚDE		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		CIRURGIA	
<b>SUS</b>		<b>FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL</b>		<b>NATUREZA DA CONSULTA</b>			
UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO		Consulta Básica (PAB)		Consulta Especializada			
Código da Unidade: 00023671 CNPJ: 08.778.268/0001-60		Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		PROCEDIMENTO			
Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS		Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARÁBA UF: 25		Procedimento:			
PACIENTE:		Nome: FRANCISCO SÉRGIO MARQUES		Sexo: MASCULINO		Data: 18/02/1961	
Profissão: ESTUDANTE		Documento: 14.766.981-1553270		TIPO DE ATENDIMENTO		TOMOGRAFIA	
Município: CANTAS		Estado: CEP: CENTRO		<input type="checkbox"/> 01 - URGÊNCIA <input type="checkbox"/> 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA <input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO <input type="checkbox"/> 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/> 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS		Data: 18.02.16	
Data Atletas: 18/02/2016		UF: PB		MEDICAÇÃO		ENCAMINHAMENTO	
RAÇA/COR: 01 - BRANCA		Data: 18/02/2016		<input type="checkbox"/> 01 - PRESÓRITA <input type="checkbox"/> 02 - APENADA		<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL <input type="checkbox"/> ORITO <input type="checkbox"/> OUTROS	
NASCIMENTO: 08/02/1961 - PRETA/QUEIRAS - ACIDENTE DE VAGADA		TIPO:		SERVIÇOS REALIZADOS:		SÍNTESE:	
02 - AMARELA		03 - INDÍGENA		Ass. do(s) profissional(ais) assistente(s) - CARIMBO(S)		Ass. do revisor técnico (CARIMBO)	
04 - SEM INFORMAÇÃO				Francisco Carac CRM-23901/11065			
ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:				Ass. do paciente: ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO			
1. Exame de sangue 2. Exame de urina 3. Exame de fezes 4. Exame de pele 5. Exame de ossos				Ass. do revisor técnico (CARIMBO)			
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:		TIPO:					
RESULTADOS:							
MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:							
1. Suplemento vitamínico 2. 3. 4. 5.							
DIAGNÓSTICO / CID:		Francisco de Souza					





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SERVIÇO SOCIAL

EICHA SOCIAL

Nome: Scanderton Silveira Marques Idade: 11 anos.  
Como é conhecido(a) Ale VT Enf. Guf Leito 07.  
Data de admissão 18/02/16 Procedência Aracinaes  
Endereço Av. Joaquim da Paixão - S/N.  
Ponto de Referência Irão ao Colégio Estadual.  
Com quem reside? Corre seus pais e uma tia.  
Resp: Isaias José Marques Telefone: (93) 3146-2960 (Janaina)  
(pai) 81 07-5649 1, mae,  
**DADOS SOCIAIS:**  
Está inserido em algum Programa Social? Não  Sim  Qual? Belo Jardim.  
É acompanhado por algum Serviço de Saúde? Não  Sim  Qual? 24 Bradesco.  
Causa da admissão: Acid. de ligado para TCE - (Eic)

Se adulto ou idoso:

Estado civil: \_\_\_\_\_ Tem filhos: Não  Sim  Quantos? \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Fuma? Não  Sim  Faz uso de bebida alcoólica?

Não  Sim  Eventualmente  É etilista

Se criança ou adolescente:

Estuda: Sim  Não  Que série está cursando? 3º Ano do Ens. Médio.

Profissão dos pais ou responsável: Refael é do lar, pai é pescador

Observações: Segundo o paciente recebeu o legado  
desde então o Governo suspendeu a sua  
ativa de visita, receberam as orientações  
sociais e institucionais.

Mod. 670

*Assinatura do(a) Responsável*  
*Assinatura do(a) Responsável*  
*Assinatura do(a) Responsável*



## ESTADO DA PARAÍBA

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Nome do Paciente	Nº Prontuário	
João Pedro Soárez Menezes		
Data da Operação	Enf.	Leito
Operador	Dra. Poturro	1.º Auxiliar Dr. Valla
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório		
Aumento de Crânio + MED		
Tipo de Operação		
Tremor Crânio + Fratura de Crânio		
Diagnóstico Pós-Operatório		
Cefaleia		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Operação		
<p style="text-align: center;">DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO</p> <p>Via de Acesso - Técnica e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Peço a ex. O DM com colégio membros bovinos na cintura</li> <li>2) Ileostomia, uretros, arterias + Cava Externa</li> <li>3) Inversão biventral com reseção L. rebello p/ ar tero</li> <li>4) Identificado o fêmur anteriormente frontal</li> <li>5) Extirpado Crânio toraco com perfurador e nino grifo</li> <li>6) Identificado fêmur distal com reseção em rebello de gato + sur-sutur + sutura com polos</li> <li>7) Reduzido Crânio toraco a ress frontal</li> <li>8) Fechado fechado de Fratura o fêmur rebello óssea</li> <li>9) Posicionado novo ponto Vasc + Medo em polo</li> <li>10) Fechamento revascularizar + polo</li> <li>11) Curativo e band</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>Valla V. da</i> CRM-PB 0653</p>		

Mod. 010

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

王朝霞的詩集

ANSWER





**Secretaria de Estado da Saúde**  
**Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes**

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Joanderson Silveira Marques Idade: 57  
Convênio: SUS Data: 18/05/16  
Procedimento: Tratamento de apendicite de recesso

Cirurgião: Dr. Vilher + Dr. Auxiliar Anestesiista: Dr. Horácio  
Início: 20:30 Término: 22:30 Anestesia: Geral

<b>Observações:</b>	
---------------------	--

Assinatura Anestesista

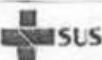
Circulante

*Relatório de Operação*

400-103







Sistema  
Único de  
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNACAO HOSPITALAR**

HOSPITAL GERAL  
TOMAZ DE CAMPIAS GRANDE DO CEARÁ  
Tel. 200.4932-6100

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

NOME DO ESTABELECIMENTO REQUINTANTE

**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

**Identificação do Paciente**

1. NOME DO PACIENTE

Joanderon Silva Marques

2. CADASTRO NACIONAL DE PACIENTES

Y03009711359270

01/06/02

2 3 6 2 8 5 6

2 3 6 2 8 5 6

3. NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO

4. NÚMERO DE HOSPITALIZAÇÃO

5. NÚMERO DE REGISTRO

6. NÚMERO DE CONSULTA

7. NÚMERO DE CONSULTA

8. NÚMERO DE CONSULTA

9. NÚMERO DE CONSULTA

**JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO**

TCE - 1º MED + Afundamento anormal

**10. INDICAÇÕES DOUTORAS PARA A INTERNACAO**

Ass. médica

**11. INDICAÇÕES DOUTORAS PARA A INTERNACAO (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS)**

Ex. de crav.

12. DOCUMENTO INICIAL

23. ID. DO NOVO PAC.

24. ID. DO HOSPITALIZADO

TCE

5069

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

13. PROcedimento ou procedimento solicitado

Internacâ

14. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

25. CLÍNICO

07. CÓDIGO DE INTERNACAO

26. DOCUMENTO

27. NÚMERO DE CONSULTA DO PACIENTE SOLICITANTE/ACOMPANHANTE

28. NÚMERO DE CONSULTA SOLICITANTE/ACOMPANHANTE

29. DATA DA SOLICITAÇÃO - NA FORMA DD/MM/AA

30. NÚMERO DE REGISTRO DO CONSULTOR

31.

18/10/216

Dra. Patrícia de Alencar

CRM-PB 50.215

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

32. 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

33. 1 - CÓDIGO DA SEGURADORA

34. 1 - VÍCIO DE VIDA

34 - 1 - ACIDENTE TRANSPORTE TÉCNICO

35 - 1 - CÓDIGO EMPRESA

36 - 1 - VÍCIO DE VIDA

35 - 1 - ACIDENTE TRANSPORTE TRAJETO

36 - 1 - CÓDIGO EMPRESA

37 - 1 - VÍCIO DE VIDA

36 - 1 - VÍCIO DE VIDA

37 - 1 - CÓDIGO EMPRESA

38 - 1 - VÍCIO DE VIDA

37 - 1 - VÍCIO DE VIDA

38 - 1 - CÓDIGO EMPRESA

39 - 1 - VÍCIO DE VIDA

**AUTORIZAÇÃO**

40. NOME DO PESSOAL QUALIFICADO

41. ID. DO CONSULTOR

42. NÚMERO DE REGISTRO DO CONSULTOR

41 - 1 - CRM

42 - 1 - CRM

43 - 1 - CRM

42 - 1 - CRM

43 - 1 - CRM

44 - 1 - CRM

43 - 1 - CRM

44 - 1 - CRM

45 - 1 - CRM

44 - 1 - CRM

45 - 1 - CRM

46 - 1 - CRM

45 - 1 - CRM

46 - 1 - CRM

47 - 1 - CRM

46 - 1 - CRM

47 - 1 - CRM

48 - 1 - CRM

47 - 1 - CRM

48 - 1 - CRM

49 - 1 - CRM

48 - 1 - CRM

49 - 1 - CRM

50 - 1 - CRM

49 - 1 - CRM

50 - 1 - CRM

51 - 1 - CRM

50 - 1 - CRM

51 - 1 - CRM

52 - 1 - CRM

51 - 1 - CRM

52 - 1 - CRM

53 - 1 - CRM

52 - 1 - CRM

53 - 1 - CRM

54 - 1 - CRM

53 - 1 - CRM

54 - 1 - CRM

55 - 1 - CRM

54 - 1 - CRM

55 - 1 - CRM

56 - 1 - CRM

55 - 1 - CRM

56 - 1 - CRM

57 - 1 - CRM

56 - 1 - CRM

57 - 1 - CRM

58 - 1 - CRM

57 - 1 - CRM

58 - 1 - CRM

59 - 1 - CRM

58 - 1 - CRM

59 - 1 - CRM

60 - 1 - CRM

59 - 1 - CRM

60 - 1 - CRM

61 - 1 - CRM

60 - 1 - CRM

61 - 1 - CRM

62 - 1 - CRM

61 - 1 - CRM

62 - 1 - CRM

63 - 1 - CRM

62 - 1 - CRM

63 - 1 - CRM

64 - 1 - CRM

63 - 1 - CRM

64 - 1 - CRM

65 - 1 - CRM

64 - 1 - CRM

65 - 1 - CRM

66 - 1 - CRM

65 - 1 - CRM

66 - 1 - CRM

67 - 1 - CRM

66 - 1 - CRM

67 - 1 - CRM

68 - 1 - CRM

67 - 1 - CRM

68 - 1 - CRM

69 - 1 - CRM

68 - 1 - CRM

69 - 1 - CRM

70 - 1 - CRM

69 - 1 - CRM

70 - 1 - CRM

71 - 1 - CRM

70 - 1 - CRM

71 - 1 - CRM

72 - 1 - CRM

71 - 1 - CRM

72 - 1 - CRM

73 - 1 - CRM

72 - 1 - CRM

73 - 1 - CRM

74 - 1 - CRM

73 - 1 - CRM

74 - 1 - CRM

75 - 1 - CRM

74 - 1 - CRM

75 - 1 - CRM

76 - 1 - CRM

75 - 1 - CRM

76 - 1 - CRM

77 - 1 - CRM

76 - 1 - CRM

77 - 1 - CRM

78 - 1 - CRM

77 - 1 - CRM

78 - 1 - CRM

79 - 1 - CRM

78 - 1 - CRM

79 - 1 - CRM

80 - 1 - CRM

79 - 1 - CRM

80 - 1 - CRM

81 - 1 - CRM

80 - 1 - CRM

81 - 1 - CRM

82 - 1 - CRM

81 - 1 - CRM

82 - 1 - CRM

83 - 1 - CRM

82 - 1 - CRM

83 - 1 - CRM

84 - 1 - CRM

83 - 1 - CRM

84 - 1 - CRM

85 - 1 - CRM

84 - 1 - CRM

85 - 1 - CRM

86 - 1 - CRM

85 - 1 - CRM

86 - 1 - CRM

87 - 1 - CRM

86 - 1 - CRM

87 - 1 - CRM

88 - 1 - CRM

87 - 1 - CRM

88 - 1 - CRM

89 - 1 - CRM

88 - 1 - CRM

89 - 1 - CRM

90 - 1 - CRM

89 - 1 - CRM

90 - 1 - CRM

91 - 1 - CRM

90 - 1 - CRM

91 - 1 - CRM

92 - 1 - CRM

91 - 1 - CRM

92 - 1 - CRM

93 - 1 - CRM

92 - 1 - CRM

93 - 1 - CRM

94 - 1 - CRM

93 - 1 - CRM

94 - 1 - CRM

95 - 1 - CRM

94 - 1 - CRM

95 - 1 - CRM

96 - 1 - CRM

95 - 1 - CRM

96 - 1 - CRM

97 - 1 - CRM

96 - 1 - CRM

97 - 1 - CRM

98 - 1 - CRM

97 - 1 - CRM

98 - 1 - CRM

99 - 1 - CRM

98 - 1 - CRM

99 - 1 - CRM

100 - 1 - CRM

99 - 1 - CRM

100 - 1 - CRM

101 - 1 - CRM

100 - 1 - CRM

101 - 1 - CRM

102 - 1 - CRM

101 - 1 - CRM

102 - 1 - CRM

103 - 1 - CRM

102 - 1 - CRM

103 - 1 - CRM

10



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Juanderina Silva Minogue

Alojamento:

Leito:

**Diagnóstico**

TCE esq. + Afundamento  
Craniotoma frontal + NFB

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
19/10/2016	(1) Dieta zero		
	(2) 300,92. 1000ml ev 12/12h		
	(3) Dipirona 200mg + At 20g ev 6/6h (cicloar P2)		
	(4) Tramal 100mg + romafse ev 3/6h (cicloar P2)		
	(5) Ciprofloxacin 400mg ev 1x/d		
	(6) Cefazidima 1g (SUSP)		
	(7) Cefuroxima 750mg + sp 250ml SF ev 8/8h (cicloar no P2)		
	(8) Metoclopram 8mg + 40 ev 5/5h SIN		
	(9) Carbocisteína 300		
	(10) Captopril 125mg, VO se PA > 170x110		
	(11) Midolantil 100mg + 250ml SF ev 5/5h		
	(12) CGCce + SSVd		

Dra. Patrícia P. de Azevedo  
NEUROcirurgia  
CRM-PB 10.216

Parciais vitais de ac. motor:  
distensão gl. capaces, sonolento  
mas facilmente despertável.  
Grau, raciocine, apresenta vomitos,  
expondo-se periorbital e (E) estreitado  
brevemente.  
EV de crânio: Afundamento frontofacial  
oral para a (E) et NFB subjacente.  
Tumefação da eminência, não  
sobre informar se tem alguma  
EV: Interações pt NFB.  
Oncoré: N/A.

Dra. Patrícia P. de Azevedo  
NEUROcirurgia  
CRM-PB 10.216

000.033



GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO Hospital de Emergência e Trauma Dr. Luis Gonzaga Fernandes							NOME: GANDERSON SILVA MARQUES						
							IDADE: 14A	UTI:	PED.	LEITO:	LEITO 07		
							H. D.	TCE/COMPROMETIDO/AROEIRAS-PB	DATA: 20/02/16				
<b>EVOLUÇÃO - FISIOTERAPIA - UTI PEDIÁTRICA</b>													
HORA: 09:00 FC:70 Sos: PR:15 Ipm: PA: PAM: mmHg: SpO2:100 %:T: % REAVALIAÇÃO: <i>paciente em RGC, acidose, suspeita de hipoxia, com risco de deterioração, instabilidade hemodinâmica, queixa de dor, sedação em níveis baixos, eletrocardiograma normal.</i>							HORA: FC: M:PR: Ipm: PA: PAM: mmHg: SpO2: %:T: % REAVALIAÇÃO:						
<b>AP:</b> <i>IV V. 2000 R.A.</i> <b>CD:</b> <input checked="" type="checkbox"/> THB <input type="checkbox"/> TEP <input checked="" type="checkbox"/> TEP <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Drenagem Nasal <input type="checkbox"/> Troca de Mtro <input type="checkbox"/> Auxílio de Cuff <input type="checkbox"/> TER <input type="checkbox"/> Est. Preopet <input type="checkbox"/> Est. Preopet <input type="checkbox"/> Ativ. a IDT <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Desmame <input type="checkbox"/> Extubação <input type="checkbox"/> Posicionamento <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia <input type="checkbox"/> Sedação							<b>AP:</b> <b>CD:</b> <input type="checkbox"/> THB <input type="checkbox"/> TEP <input type="checkbox"/> TEP <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Drenagem Nasal <input type="checkbox"/> Troca de Mtro <input type="checkbox"/> Auxílio de Cuff <input type="checkbox"/> TER <input type="checkbox"/> Est. Preopet <input type="checkbox"/> Est. Preopet <input type="checkbox"/> Ativ. a IDT <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Desmame <input type="checkbox"/> Extubação <input type="checkbox"/> Posicionamento <input type="checkbox"/> Deambulação <input type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Cincenterapia						
<b>VM:</b> I: 100% / II: 100% / III: 100% / IV: 100% / V: 100% / VI: 100% <input type="checkbox"/> Transporte modo modalidade <i>Respirador a FIOZ</i> <input type="checkbox"/> Rotinas Intercorrências							<b>VM:</b> I: 100% / II: 100% / III: 100% / IV: 100% / V: 100% / VI: 100% <input type="checkbox"/> Transporte modo modalidade <input type="checkbox"/> Rotinas Intercorrências						
<i>Respirador a FIOZ</i> <i>CRÉDITO: 71924-F</i>													
FONTE: AACREDO													
HORA: FC: sos: PR: Ipm: PA: PAM: mmHg: SpO2: %:T: % REAVALIAÇÃO:							<b>EXAMES REALIZADOS NO DIA</b>						
							EXAME	DATA	HOR:	RESULTADO			
							GASO	PH	[PaO <sub>2</sub> ]	[PCO <sub>2</sub> ]	[HCO <sub>3</sub> ]	[BE]	
							GASO	PH	[PaO <sub>2</sub> ]	[PCO <sub>2</sub> ]	[HCO <sub>3</sub> ]	[BE]	
							EMOCGRAM						
							TMAGRAF						
							RAIO X						
							OUTROS						
<b>AP:</b> <b>CD:</b> <input type="checkbox"/> THB <input type="checkbox"/> TEP <input type="checkbox"/> TEP <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Drenagem Nasal <input type="checkbox"/> Troca de Mtro <input type="checkbox"/> Auxílio de Cuff <input type="checkbox"/> TER <input type="checkbox"/> Est. Preopet <input type="checkbox"/> Est. Preopet <input type="checkbox"/> Ativ. a IDT <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Desmame <input type="checkbox"/> Extubação <input type="checkbox"/> Posicionamento <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia <input type="checkbox"/> Sedação													
<b>Observações:</b>													
<b>VM:</b> I: 100% / II: 100% / III: 100% / IV: 100% / V: 100% / VI: 100%													

PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM		APRAZAMENTO
<input checked="" type="checkbox"/> REGISTRAR SINAIS VITais E REALIZAR BALANÇO HÍDRICO		06/11/24 12 40 23 02 05
<input type="checkbox"/> PROPORCIONAR ALINHAMENTO DO CORPO DO PACIENTE		
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR		
<input type="checkbox"/> REGISTRAR FÁCIES DE DOR		
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS FLOGÍSTICO EM INCISÕES E EM LOCAIS DE INSERÇÕES DE DRENOS, SONDAS E CARACTERES		
<input type="checkbox"/> AVALIAR COR, TEMPERATURA E UMIDADE DA PELE		
<input type="checkbox"/> VERIFICAR PRESENÇA DE SANGRAMENTOS		
<input type="checkbox"/> REALIZAR MUDANÇA DE DECOURO A CADA DUAS HORAS		
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO, HIGIENE OCULAR, NASAL E ORAL	M	
<input type="checkbox"/> REALIZAR TROCA DE FIXAÇÃO DE: ( ) TOT ( ) TOT ( ) SGD/SNE ( ) SGD/SNE ( ) SVD ( ) AVP ( ) AVC		
<input type="checkbox"/> AVALIAR NECESSIDADE DE ASPIRAÇÃO RESPIRATORIA E REALIZAR O PROCEDIMENTO		
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUÇÕES TOMADAS PELA EQUIPE E AS RESPOSTAS DO PACIENTE.	M	T
<input type="checkbox"/> MANTER ELEVADA AS GRADES DE PROTEÇÃO DA CAMA		N
<input type="checkbox"/> MONITORAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, REFEXO DE TOSSE, NAUSEA E CAPACIDADE DE DEGLUTIR		
<input type="checkbox"/> OBSERVAR E REGISTRAR SINAL DE EDEMA		
<input checked="" type="checkbox"/> REGISTRAR FREQUÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DAS ELIMINAÇÕES	A+4	
<input type="checkbox"/> ASPIRAR E TESTAR REFLUXO DE SGD/SNE ANTES DA ADMINISTRAÇÃO DA DIETA MEDICAMENTOSA		
<input type="checkbox"/> MANUSEAR ACESSO VENOSO COM LUVA, GAZE E ALCOOL A 70%		
<input type="checkbox"/> REALIZAR RODÍZIO DO SENSOR DE OXIMETRIA		
<input type="checkbox"/> AFERIR E REGISTRAR PMS		
<input type="checkbox"/> TROCAR SELO DO DRENO TORÁCICO A CADA 24H		
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR LIMPEZA, ORGANIZAÇÃO DO AMBIENTE DO PACIENTE E DESINFECÇÃO DOS EQUIPAMENTOS E ESTETOSCOPIO COM ALCOOL A 70%	M	
TEC. ENF.(M)	TÉC. ENF.(T)	TEC. ENF.(N)

RESULTADOS ESPERADOS:

TROCA DE DISPOSITIVOS

DISPOSITIVO	DATA DE INSERÇÃO	APRAZAMENTO	DATA DA TROCA	OBSERVAÇÕES	ASSINATURA
SGD/SNG		SGD/GNG 4 dias			
SNE		SNE Trimestral			
SVD	18 02	15/30 dias após SN	19 02		
CURATIVO (F0)		Gaze comum, Diáto			
→ RMTVO (AVC)		Gaze comum, Diáto			
		Blockseal 7 dias			
CIRCUITO DE VM		15 dias após SN			
FILTO DE VM		4 dias após SN			
UMIDIFICADOR	19 02	4 dias	24 02		
ASPIRADOR		45/48 horas			
LATEX		24/24 horas			
EQUIPO SIMPLES	18 02	72/72 horas	23 02		
EQUIPO NTP		24/24 horas			

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA

Paciente com náusea e vômitos constante, orientado a aspirar gás e estornar náuseas. Até para informar quando irá vomitar.

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA

M. Izabel H. Capo de Lima

ENFERMEIRA

ASSINATURA E CARMBIO DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARMBIO DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DA UTI INFANTIL

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NAME: Janderson Soárez Marques  
ADMISSION NAUTI: 14/02/16 DM: 2º DA: 01/02/16 LEITO: 02 DATA: 20/02/16  
DIAGNÓSTICO MÉDICO: Pneumonia  
HISTÓRIA DA DOENÇA: AVALIADA

ALERGIAS: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	CUAIS:	IDADE: 16 ANOS	PESO: 20 KG	SEXO: MASC F: <input type="checkbox"/>			
ESTADO GERAL: ESTÁVEL <input checked="" type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	GRAVE <input type="checkbox"/>	GRAVÍSSIMO <input type="checkbox"/>				
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ATIVO/REATIVO <input type="checkbox"/>	HIPOGATIVO <input type="checkbox"/>	SEDOADO <input type="checkbox"/>	COMATOSO <input type="checkbox"/>				
PELE MUCOSAS: CORADAS <input checked="" type="checkbox"/>	HIPOCORADAS <input type="checkbox"/>	CIANOSE <input type="checkbox"/>	CTERÍCAS <input type="checkbox"/>	HIDRATADAS <input type="checkbox"/>	DESIDRATADAS <input type="checkbox"/>		
REGULAÇÃO TÉRMICA: HIPOTERMIA <input type="checkbox"/>	NORMOTERMIA <input checked="" type="checkbox"/>	HIPERTERMIA <input type="checkbox"/>	SUBFEBRA <input type="checkbox"/>				
PRESença DE ULCERA DE PRESSAO: ESTÁCIO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	ASPECTO/TRATAMENTO:	LOCAL:					
SENSIBILIDADE / MOTROCIDADE: PRESERVADA <input type="checkbox"/>	PLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESTESIA <input type="checkbox"/>					
FREQUENCIA CARDÍACA: BRADICARDIA <input type="checkbox"/>	NORMOCARDIA <input checked="" type="checkbox"/>	TACICARDIA <input type="checkbox"/>					
NIVEIS PRESSORÍCOS: HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>					
PULSO: REGULAR <input type="checkbox"/>	IRREGULAR <input type="checkbox"/>	IMPALPÁVEL <input type="checkbox"/>	FLIFORME <input type="checkbox"/>	CHEIO <input type="checkbox"/>			
PADRÕES RESPIRATÓRIOS: EUPNEICO <input type="checkbox"/>	DISPNEICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/>	BRADIPNEICO <input type="checkbox"/>				
OXIGENOTERAPIA: O2 AMBIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	MV <input type="checkbox"/>	CNE <input type="checkbox"/>	Larix <input type="checkbox"/>	HOOD/CPAP <input type="checkbox"/>	VNI <input type="checkbox"/>	FIC2 <input type="checkbox"/>	SPG2 <input type="checkbox"/>
SIST. GENITOURINÁRIO: (DIURESE):	ESPONTÂNEA POR FRALDA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>	ASPECTO:				
	DISURIA <input type="checkbox"/>	POLURIA <input type="checkbox"/>	OLIGURIA <input type="checkbox"/>	ANURIA <input type="checkbox"/>	HEMATURIA <input type="checkbox"/>		
SIST. GASTROINTESTINAL (DIETA):	VO <input type="checkbox"/>	SOG/SGN <input type="checkbox"/>	SNG/GTM <input type="checkbox"/>	NTP <input type="checkbox"/>	DETA ZERO <input type="checkbox"/>		
ELIMINAÇÕES INTESTINAIS:	NORMAL <input type="checkbox"/>	AUSENTES <input checked="" type="checkbox"/>	DIARREICAS <input type="checkbox"/>	ASPECTO:			
ABDOMÉ:	PLANO <input type="checkbox"/>	FLACIDO <input type="checkbox"/>	GLOBOSE <input type="checkbox"/>	DISTENDIDO <input type="checkbox"/>	DOLOROSO À PALPAÇÃO <input type="checkbox"/>		
ACESSO(S) VENOSO(S):	À ACCESO <input type="checkbox"/>	PERIFÉRICO <input checked="" type="checkbox"/>		CENTRAL <input type="checkbox"/>	DISSEÇÃO VENOSA <input type="checkbox"/>		
MEMBROS:	BOA PERFUSÃO <input type="checkbox"/>	PERFUSÃO DIMINUIDA <input type="checkbox"/>	CIANOSE DE EXTREMIDADES <input type="checkbox"/>	EDEMA <input type="checkbox"/>	++ <input type="checkbox"/>		
CURATIVOS:	TIPO:	LOCAL:	ASPECTO:				

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

RISCO DE QUEDA	CD/FR:
RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:
RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:
DEBITO CARDIACO DIMINUIDO	CD/FR:
RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:
RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO	CD/FR:
VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA	CD/FR:
Padrão Respiratório INEFICAZ	CD/FR:
Mobilidade no leito prejudicada	CD/FR:
Dor Águada	CD/FR:
Integridade da pele prejudicada	CD/FR:
Risco para integridade da pele prejudicada	CD/FR:
Mobilidade Gastrointestinal disfuncional	CD/FR:
Risco de desequilíbrio eletrolítico	CD/FR:
Eliminação Urinária prejudicada	CD/FR:
Nutrição desequilibrada - Menos do que as necessidades corporais	CD/FR:
Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	CD/FR:

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA  
FR: FATOR RELACIONADO

Mrs. Isabel F. Castro de Lima

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL  
COREN 303.747-PC

NCD 124

ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - DIURNO					ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - NOTURNO				
<p>Menor respiração espontânea. SVD apresentando dureza, perdendo audição. ab. Sirais, brancos no leito SS/UTI com diátojo liberado.</p>									
TÉCNICO DE ENFERMAGEM: Janete 452325					TÉCNICO DE ENFERMAGEM:				
SONDAS, CATETERES E DRENOS									
SVD	AVP	AVC	PIA	PAM	TOT	TQT	SNE	SNG	DRENOS
ÚLTIMA EVACUAÇÃO:	ASPECTO:		BALANÇO HÍDRICO ATUAL:			BALANÇO HÍDRICO ANTERIOR:		BALANÇO HÍDRICO ACUMULADO	
FERIDAS / LESÕES					CURATIVOS / COBERTURAS / PRODUTOS UTILIZADOS				
ENFERMEIRO:					ENFERMEIRO:				



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES																								
FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO																								
E: Janderson Silva Marques	HO: 9/06	SETOR UTE IMP	LEITO	DE	DATA	20/02/26																		
ÁRIDO	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4*	5	12H
TERIAL	190/64			165/36 (45%)																				
BOFC	76			80																				
PERATURA	369			370																				
PIRAÇÃO	28			24																				
02	99/			100/																				
INFLUSSOES VENOSAS																								
%	9%																							
%	509,4			501,4																				
IO EXTRÁ																								
AÇÃO																								
IGESIA																								
INICAÇÕES	54			500																				
A																								
A																								
ODERIVADOS																								
INFUSOES VENOSAS																								
%	9%																							
%	509,4			501,4																				
DRENAGENS																								
HÓMOTOS																								
ES																								
RESE	307			300																				
ODONISE																								
NO TORAX D																								
NO TORAX E																								
NO SUCÇÃO																								
AVITARIO																								
IHOS 12H DIA=	PERDAS 12H DIA=			BH DIA=	GANHOS 12H NOITE=			PERDAS 12H NOITE=			BH NOITE=													
IHOS 24H DIA=				PERDA 24H + 1000ML =				BH 24H =																
INATURA:	ASSINATURA:																							



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 09:33:42  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111709334234800000035054008>  
 Número do documento: 20111709334234800000035054008

Num. 36724133 - Pág. 21



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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DA UTI INFANTIL

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOME: *Jonathan Silveira Marques* IDADE: *4* PESO: *SEXE: M* F  
ADMISSION NA UTI: *17/11/16* DIR: *R* ON: *R* LEITO: *01* DATA: *17/11/16*  
DIAGNÓSTICO MÉDICO: *TBC* N° DO PRONTUÁRIO: *1214354*  
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

ALERGIAS: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS:	ESTADO GERAL: ESTAVEL <input checked="" type="checkbox"/>	REGULAR <input checked="" type="checkbox"/>	GRAVE <input type="checkbox"/>	GRÁVISSIMO <input type="checkbox"/>
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ATIVORATIVO <input type="checkbox"/>		HIPÓTICO <input checked="" type="checkbox"/>	SEDADO <input type="checkbox"/>	COMATOSO <input type="checkbox"/>	
PELE MUCOSAS: CORRADAS <input type="checkbox"/>	HIPOCORRADAS <input checked="" type="checkbox"/>	CIANOSE <input type="checkbox"/>	ICTERICAS <input type="checkbox"/>	HIDRATADAS <input type="checkbox"/>	DESIDRATADAS <input type="checkbox"/>
REGULAÇÃO TÉRMICA: HIPOTERMIA <input type="checkbox"/>	NORMOTERMIA <input checked="" type="checkbox"/>	HIPERTERMIA <input type="checkbox"/>	SUPERFRIAS <input type="checkbox"/>		
PRESENÇA DE ULCERA DE PRESSÃO: ESTÁGIO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>		ASPECTO/TRATAMENTO LOCAL			
SENSIBILIDADE / MOTRICIDADE: PRESERVADA <input checked="" type="checkbox"/>		PLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESTESIA <input type="checkbox"/>		
FREQUÊNCIA CARDIÁCA: BRADICARDIA <input type="checkbox"/>	NORMOCARDIA <input checked="" type="checkbox"/>		TAQUICARDIA <input type="checkbox"/>		
NÍVEIS PRESSORÍCOS: HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOTENSO <input checked="" type="checkbox"/>		HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
PULSO: REGULAR <input checked="" type="checkbox"/>	IRREGULAR <input type="checkbox"/>	IMPALPÁVEL <input type="checkbox"/>	FRÍO/FRÍME <input type="checkbox"/>	CHEIO <input checked="" type="checkbox"/>	
PADRÕES RESPIRATORIOS: EUPNEICO <input type="checkbox"/>		DISPNEICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/>	BRADIPNEICO <input type="checkbox"/>	
OXIGENOTERAPIA: O. AMBIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	MV <input type="checkbox"/>	CNE <input type="checkbox"/>	LITR <input type="checkbox"/>	HOOD/CPAP <input type="checkbox"/>	VM <input type="checkbox"/>
FCO2 <input type="checkbox"/>	SPO2 <input type="checkbox"/>				
SIST. GENITOURINARIO: (DIURESE): DISURIA <input type="checkbox"/>	ESPONTÂNEA POR FRALDA <input type="checkbox"/>	SVD <input checked="" type="checkbox"/>	ASPECTO:		
SIST. GASTROINTESTINAL (DIETA): VC <input type="checkbox"/>	POLURIA <input type="checkbox"/>	OJIGURIA <input type="checkbox"/>	ANURIA <input type="checkbox"/>	HEMATURIA <input type="checkbox"/>	
SNG/SNG n° <input type="checkbox"/>	SNG/GTM n° <input type="checkbox"/>	SNG/GTM n° <input type="checkbox"/>	NTP <input type="checkbox"/>	DIETA ZERO <input type="checkbox"/>	
ELIMINAÇÕES INTESTINAIS: ABDOOME: PLANO <input checked="" type="checkbox"/>	AUSENTES <input checked="" type="checkbox"/>	DIARRÉICAS <input type="checkbox"/>	ASPECTO:		
ACESSO(S) VENOSO(S): S/ACESSO <input type="checkbox"/>	FLACIDO <input checked="" type="checkbox"/>	OLGBOSO <input type="checkbox"/>	DISTENSO <input type="checkbox"/>	DOLOROSO À PALPAÇÃO <input type="checkbox"/>	
MEMBROS: BOA PERFUSÃO <input checked="" type="checkbox"/>	PERFUSÃO DIMINUIDA <input type="checkbox"/>	PERIFERICO <input checked="" type="checkbox"/>	CENTRAL <input type="checkbox"/>	DISSECÇÃO VENOSA <input type="checkbox"/>	
CURATIVOS: TIPO: <i>celan</i> LOCAL: <i>to</i>		CIANOSE DE EXTREMIDADES <input type="checkbox"/>	EDEMA <input type="checkbox"/>	4+ <input type="checkbox"/>	
ASPECTO:					

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> DÉBITO CARDIACO DIMINUÍDO	CD/FR:
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMANE VENTILATÓRIO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO ESPIRÁTNA PREJUDICADA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:
<input checked="" type="checkbox"/> MOTILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	CD/FR:
<input checked="" type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> MOTILIDADE GASTROINTESTINAL DISFUNCHONAL	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÓTICO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> ELIMINAÇÃO URINARIA PREJUDICADA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> INUTRIÇÃO DESEQUILÍBRADA, MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORALIS	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DO VOLUME DE LÍQUIDOS	CD/FR:

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA  
FR: FATOR RELACIONADO

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

REC-126

## PREScriÇÃO DA ENFERMAGEM

- REGISTRAR SINAIS VITAIS E REALIZAR BALANÇO HÍDRICO  
 PROPORCIONAR ALINHAMENTO DO CORPO DO PACIENTE  
 REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR  
 REGISTRAR FAIXAS DE DOR.  
 MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS FLOGÍSTICO EM INCISÕES E EM LOCAIS DE INSERÇÕES DE DRENOS, SONDA E CARACTERES  
 AVALIAR COR, TEMPERATURA E UMIDADE DA PELE  
 VERIFICAR PRESENÇA DE SANGRAMENTOS  
 REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA QUATRO HORAS  
 REALIZAR BANHO NO LEITO, HIGIENE OCULAR, NASAL E ORAL  
 REALIZAR TROCA DE FIXAÇÃO DE: ( ) TOT ( ) YQT ( ) SOC/SDE ( ) SNG/SNE  
 ( ) SVD ( ) AVP ( ) ANC ( )  
 AVALIAR NECESSIDADE DE ASPIRAÇÃO RESPIRATÓRIA E REALIZAR O PROCEDIMENTO  
 REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONGUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS RESPOSTAS DO PACIENTE  
 MANTER ELEVADAS AS GRADES DE PROTEÇÃO DA CAMA  
 MONITORAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, REFLEXO DE TOSSE, NÁUSEA E CAPACIDADE DE DEGLUTIR  
 OBSERVAR E REGISTRAR SINAL DE EDEMA  
 REGISTRAR FREQUÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DAS ELIMINAÇÕES  
 INSPIRAR E TESTAR REFLUXO DE SNG/SNE ANTES DA ADMINISTRAÇÃO DA DIETA/MEDICAÇÃO  
 MANUTER ACESSO VENOSO COM LUVA, GAZE E ÁLCOOL, A 70%  
 REALIZAR PODÍZIO DO SENSOR DE OXIMETRIA  
 AFERIR E REGISTRAR PVC  
 TROCAR SELO DO DRENOS TORÁCICO A CADA 24H  
 REALIZAR LIMPEZA, ORGANIZAÇÃO DO AMBIENTE DO PACIENTE E DESINFECÇÃO DOS EQUIPAMENTOS E ESTETOSCÓPIO COM ÁLCOL 70%

## APRAZAMENTO

14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25

TÉC. ENF.(M) *Nayara Lopes* TÉC. ENF.(T)

TÉC. ENF.(M)

## RESULTADOS ESPERADOS:

## TROCA DE DISPOSITIVOS

DISPOSITIVO	DATA DE INSERÇÃO	APRAZAMENTO	DATA DA TROCA	OBSERVAÇÕES	ASSINATURA
SOC/SNG	17-02	SOC/SNG: 4 dias	21-02		
SNE		SNE: Trimestral			
SVD	17-02	15/30 dias e/ou SN	18-03		
CURATIVO (FO)		Gaze curum: Diário			
CURATIVO (AVC)		Gaze curum: Diário			
CIRCUITO DE VM		15 dias e/ou SN			
FILTRO DE VM		4 dias e/ou SN			
UMIDIFICADOR	17-02	4 dias	22-02		
ASPIRADOR		48/48 horas			
LATEX		24/24 horas			
EQUIPO SIMPLES	17-02	72/72 horas	21-02		
EQUIPO PNTP		24/24 horas			

## INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA

M. Rose realizou TC de urinário após ser avaliado por Drº Palmeira (Neuro).  
 Realizado curativo em TO.  
 Retirada SNG por orientação médica.

## INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA

Banho com hidroterapia

ASSINATURA E CARMBO DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

*M. Isaid F. Castro de Lima*

ENFERMEIRO

ASSINATURA CORRENTE DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL



## ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - DIURNO

Morrevo evicci EGC, porém estava abafado  
SNC plástica, vesp ac quei d.v.  
Necrotida amarela resente por SVD  
Quase 50% fundidos.  
Pulso TC de brâuncio, retinada SNC  
por Ordem médica.

## ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - NOTURNO

Morrevo evicci EGC, conduta  
suspenso, durante pressão mag  
doa vibrações no horário

TÉCNICO DE ENFERMAGEM: Mario 346707TÉCNICO DE ENFERMAGEM: Mario 38460

## SONDAS, CATETERES E DRENOS

SVD	AVP	AVC	PIA	PAM	TOT	TQT	SNE	SNG	DRENOS

ÚLTIMA EVACUAÇÃO:

ASPECTO:

BALANÇO HÍDRICO ATUAL:

BALANÇO HÍDRICO ANTERIOR:

BALANÇO HÍDRICO ACUMULADO:

## FERIDAS / LESÕES

## CURATIVOS / COBERTURAS / PRODUTOS UTILIZADOS

ENFERMEIRO:

ENFERMEIRO:







## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: **Jeanerson Silva Marques** | Registro: **1277354** | Leito: **07** | Setor Atual: **UTI - P**  
 Idade: **24** | Sexo: **M** | Cor: **Pardo** | Estado Civil: **Nascerá** | Naturalidade: **Brasil** | Profissão:  
 Procedência: **Messejana (Amarante) - Verde Juti (X) CC (Alta)** | Residência: **Cidade**  
 Data da internação hospitalar: **19/02/16** | Data da internação no setor: **19/02/16**  
 Tem um cuidador/Responsável: **( ) Quem?**  
 Telefone: **\_\_\_\_\_** | Tem acesso a uma UBS: **( ) Qual?**

#### 2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações previas: **( ) Motivo: \_\_\_\_\_** | Alergias: **( ) Qual: \_\_\_\_\_**  
 Doenças: **( ) HAS ( ) DM ( ) DPOC ( ) Cardiopatia ( ) Obesidade ( ) Debegista ( ) Ex-debagista ( ) Neoplasia**  
**( ) Alcoolismo ( ) Drogadição ( ) Outros: \_\_\_\_\_** | Medicamentos em uso: **\_\_\_\_\_**

#### 3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar): **Trauma de Crânio**

#### 4. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: **36,5 °C** | P: **108 bpm** | PR: **24 lpm** | PA: **143x74 mmHg** | FC: **108 bpm** | SPO<sub>2</sub>: **100%**  
 HGT: **mg/dL** | Peso: **Kg** | Altura: **cm** | Dor: **( )** Local: **\_\_\_\_\_** | Obs: **\_\_\_\_\_**

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

Urina: **( )** | Sangue: **( )** | Coagulação: **( )** | Glucose: **( )** | Urobilin: **( )** | Válvula: **( )** | Coagulação: **( )**  
 Sangue: **( )** | Glucose: **( )** | Lipídios: **( )** | Proteínas: **( )** | Bile: **( )** | Células: **( )**  
 Urina: **( )** | Sangue: **( )** | Coagulação: **( )** | Glucose: **( )** | Urobilin: **( )** | Válvula: **( )** | Coagulação: **( )**  
 Sangue: **( )** | Glucose: **( )** | Lipídios: **( )** | Proteínas: **( )** | Bile: **( )** | Células: **( )**

#### 5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLOGICA

Nível de consciência: **(x) Consciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Táporoso ( ) Comatoso ( ) Outro**  
 GLASGOW(3-15): **\_\_\_\_\_** | Drogas: **Sedativo/Analgesico**

Pupilas: **(x) Isocônicas ( ) Anisocônicas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mydriáticas ( ) Midriáticas**

Mobilidade Física: **(x) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Paraparesia ( ) Paraplegia**

Linguagem: Alteração: **( ) Qual? ( ) Disfonia ( ) Mafia ( ) Disfasia ( ) Dorsinia**

##### O2

##### OXIGENACAO

Respiração: **(x) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi: % ( ) Intra ( ) Trequessostoma ( ) Ayre/Tubo I**  
 I: **VMNI** | V: **VM TOF** | m: **Comissura labial m: FiO<sub>2</sub> % | PEEP | on/Off**  
 A: **Supino ( ) Taquipneia ( ) Bradipneia ( ) Dispnéia ( ) Outros: \_\_\_\_\_**

Ausculta pulmonar: Murmurio vesicular presente: **( ) Diminuído ( ) D ( ) E**

Ruidos adventícios: **( ) Roncos ( ) Sussos ( ) Estidor ( ) Outros**

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

Aspiração: Quantidade e aspecto: **\_\_\_\_\_** | Dreno de tórax: **( ) ( ) Selo d'água**

Data da instalação do dreno: **\_\_\_\_\_** | Aspecto da drenagem torácica: **\_\_\_\_\_**

Gasometria arterial: PH: **\_\_\_\_\_** | PCO<sub>2</sub>: **\_\_\_\_\_** | PO<sub>2</sub>: **\_\_\_\_\_** | HCO<sub>3</sub>: **\_\_\_\_\_** | SB: **\_\_\_\_\_** | SaO<sub>2</sub>: **\_\_\_\_\_** | Data: **\_\_\_\_\_** | Hora: **\_\_\_\_\_**

#### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alterações: **( ) Visão ( ) Audição ( ) Tato ( ) Olfato ( ) Paladar Observações: \_\_\_\_\_**



<b>SEGURANÇA FÍSICA</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Tranquilo <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Agressivo <input type="checkbox"/> Risco de queda   Observação:	
<b>REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR</b>	
P脉: <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Impalpável <input type="checkbox"/> Fibrilação <input type="checkbox"/> Cheio Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Canosé <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida <b>Tempo de enchimento capilar:</b> <input checked="" type="checkbox"/> < 3 segundos <input type="checkbox"/> > 3 segundos <input type="checkbox"/> Hiperemia angular: <input type="checkbox"/> Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Prendeligante: <input type="checkbox"/> Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Septo <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <input type="checkbox"/> Data de punção: <input type="checkbox"/> Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Fase: <input type="checkbox"/> Anamnese. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINARIA)</b>	
Tipo somático: <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caciqueiro <input checked="" type="checkbox"/> Olívoa Denteção: <input checked="" type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese Alimentação: <input type="checkbox"/> IVO <input type="checkbox"/> ISNG <input type="checkbox"/> ISNE <input type="checkbox"/> Gastroenterite <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> INFT. Hora: <input type="checkbox"/> Data: <input type="checkbox"/> Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Prose <input type="checkbox"/> Outros Abdômen: <input type="checkbox"/> Normotensão <input checked="" type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normotáxis <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados Eliminação intestinal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há <input type="checkbox"/> dias <input type="checkbox"/> Outros Eliminação urinária: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria ( <input checked="" type="checkbox"/> SVD) Débito: <input type="checkbox"/> ml/h Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/> Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condicao da pele: <input type="checkbox"/> Intacta <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Edemática <input checked="" type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escorpiões: <input type="checkbox"/> Outro Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normodrade <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Íctica <input type="checkbox"/> Clorótica <b>Turgor da pele:</b> <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: <input type="checkbox"/> Curativo em: <input type="checkbox"/> Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: <input type="checkbox"/> Débito: <input type="checkbox"/> Retirado em: <input type="checkbox"/> Ulcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: <input type="checkbox"/> Local: <input type="checkbox"/> Descrção: <input type="checkbox"/> Curativo: <input type="checkbox"/>	
<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"/> Dolor de rodas <input 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>6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b> Comunicação: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Freudizada   Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Móde <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
<b>7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b> Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRENCIAS</b>	
16/10 - Adolescentes agressivos do cc. em POU de trauma de abuso, em ambiente AVP em MSE, dreno de succção em tecido celíaco, representando hematomas em região óstilar. Segue seu cuidado intenso/vigilante. Paciente apresenta agressividade, segue sob custódia de enfermeira intitulada SRS Carinho e Assistência do Enfermeiro: DATA: 18/02/16 HORA: 11	
<b>Resoref</b>	

FONTE: BORDINHÃO, R.C. Caderno de rotinas: guia de grupo fiscal. Porto Alegre (2009).

versão digital - 2013 versão digital - 2013 - versão digital - 2013 -



ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - DIURNO					ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - NOTURNO																								
<p>As 16:00 h. paciente admitido neste setor vindo do P.C. vítima de acidente de moto, dano de fricção no crânio SVD com dureza presente normal, consciente, realizando gárgara monofazada, segue sob os cuidados da enfermagem.</p> <p><i>paciente 425050</i></p>					<p>Pac. admitido aqui em 02 ambientes com lesão menor, permanece SVD e duração de duração, consciente, apresenta dano duramente, depois das discussões de evap.</p> <p>236 - Pac. apresenta Vômito (Sangue) 200 ml. Pac. não tem mais náuseas, fazendo SNC aberta, liberado pela emergência.</p>																								
<p>TÉCNICO DE ENFERMAGEM: <i>Enfermeiro S. Aguiar</i></p> <p style="text-align: center;">SONDAS, CATETERES E DRENOS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SVD</th> <th>AVP</th> <th>AVC</th> <th>PIA</th> <th>PAM</th> <th>TOT</th> <th>TQT</th> <th>SNE</th> <th>SNG</th> <th>DRENOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> </tr> </tbody> </table>										SVD	AVP	AVC	PIA	PAM	TOT	TQT	SNE	SNG	DRENOS										
SVD	AVP	AVC	PIA	PAM	TOT	TQT	SNE	SNG	DRENOS																				
ÚLTIMA EVACUAÇÃO:		ASPECTO:		BALANÇO HÍDRICO ATUAL:		BALANÇO HÍDRICO ANTERIOR:		BALANÇO HÍDRICO ACUMULADO:																					
FERIDAS / LESÕES				CURATIVOS / COBERTURAS / PRODUTOS UTILIZADOS																									
ENFERMEIRO:		ENFERMEIRO:																											





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE DOM LUIZ GUNZAGA FERNANDES

FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO														DATA										
NOME	Spanderson Silva Marques	HD	TCE	SETOR	UTI	INF	LEITO	07	DATA															
HORÁRIO	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	12H
PARÉNTERAL																								
FUSO/HC																								
TEMPERATURA																								
RESPIRAÇÃO																								
SAT. 92																								
PVC																								
PIA																								
HGT																								
* I N F U S Õ E S V E N O S A S																								
SF 0%																								
SRI																								
SG 5%																								
SCRO EXTRA																								
SEDACÃO																								
ANALGÉSIA																								
MEDICAÇÕES																								
NOVA																								
DOR																								
HEMODERIVADOS																								
NPT																								
I N F U S Õ E S V E N O S A S																								
DIETA																								
ÁGUA																								
MEDICAÇÕES																								
D R E N A G E N S																								
SGN/ÓMÍTOS																								
FESES																								
DIURESE																								
HEMO/ALISE																								
DRENO TÓRAX D																								
DRENO TÓRAX E																								
DRENO SUCCÃO																								
D. CAVITARIO																								
DVE																								
GANHOS 12H DIA=																								
PERDAS 12H DIA=																								
GANHOS 24H DIA=																								
ASSINATURA:																								
ASSINATURA:																								

Protocolado em 07/11/2020



Sitio: JOANDERSON SILVA MARQUES  
Data de nascimento: 01/01/1998  
Curvário: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES  
Protocolo: 0000260057  
Data: 18/02/2016 19:10  
Idade: 14 anos  
Nº de identificação: NÃO INFORMADO  
Orgão: DEFENSORIA PÚBLICA  
Endereço: Lote 07

**ALANINE AMINOTRANSFERASE (ALT/TGP)**

Resultado: 39 U/L

Intervalo normal: 10 a 40 U/L  
Observações: ALT elevada. Possível lesão hepática. Recomendação: Consultar médico.

*sofiane*  
Edicícia Macedo de França  
Biomedica  
CRBM 4732

OUTORGANTE: ANA DE OLIVEIRA MONTENEGRO, USYBILIANA, SOFÍEIA  
CPF: 090.490.450-02  
RG: 000-932-9  
ENDERECO: RUA DA COSTA ANDRADE, 1000 - CASA DO CEM  
CEP: 80130-040 - GOIÁS - BRASIL, COM ENDEREÇO PROIBIDO PARA VISITAS  
NO CELULAR: 99999-9999 - CELULAR: 9999-9999 - E-MAIL: sofiane.macedodefranca@uol.com.br  
ESTADUAIS: CAMPO GRANDE - PR

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 09:33:42  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111709334234800000035054008  
Número do documento: 20111709334234800000035054008





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



**SUS**  
 Sistema  
 Único  
 de  
 Saúde

Senha:	JOANDERSON SILVA MARQUES	Protocolo:	0000260057	RG:	NÃO INFORMADO
Dr/a:	SEM IDENTIFICAÇÃO MÉDICA	Data:	18-02-2016 19:19	Orgão:	UTI PEDIATRICA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	14 anos	Reservar:	Lote - 97

**UREIA**

DATA DA CONSULTA: 18/02/2016 19:19

Resultado: **18 mg/dl**

Referência anteriores:

Intervalo: 3000

Intervalo: Referência laboratório: 2000

Referência:

**CREATININA**

DATA DA CONSULTA: 18/02/2016 19:19

Resultado: **1,0 mg/dl**

Referência: 0,5 a 1,0 mg/dl  
 Consultar com o médico  
 Intervalo: 0,5 a 1,0 mg/dl  
 Intervalo: Referência: Referência de  
 creatinina sérica.  
 Intervalo: 0,5 a 1,0 mg/dl  
 Consultar com o médico  
 Intervalo: 0,5 a 1,0 mg/dl  
 Intervalo: Referência: Referência de  
 creatinina sérica.

Referências anteriores:

Intervalo: 0,5 a 1,0

Intervalo: Referência: 0,5 a 1,0 mg/dl

**ASPARTATE AMINOTRANSFERASE (AST/TGO)**

DATA DA CONSULTA: 18/02/2016 19:19

Resultado: **32 U/I**

Referência: 10 a 35 U/I  
 Consultar com o médico

Referências anteriores:

Intervalo: 0,5 a 1,0

Intervalo: Referência: 0,5 a 1,0 U/I

Edicélio Macedo de França  
 Biomédica  
 CRBM 4732

**Newlab**



**PNCQ**  
 Programa Nacional  
 de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 09:33:42  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111709334234800000035054008>  
 Número do documento: 20111709334234800000035054008

Num. 36724133 - Pág. 31



**ESTADO DA PARAÍBA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE.**  
**HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS**  
**GONZAGA FERNANDES**  
**LABÓRATORIO DE ANALISES CLÍNICAS**



**SUS**  
**Sistema**  
**Único**  
**de**  
**Saúde**

Sra(a):	JOANDERSON SILVA MARQUES	Protocolo:	0000260057	RG:	NAO INFORMADO
Dra(g):	SUM IDENTIFICAÇÃO MÉDICA	Data:	18/02/2016 19:10	Origem:	LH PEDIATRICA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	14 anos	Destino:	Lobis - 07

**TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA      30.2 seg**

DATA DA COLETA: 19/02/2016  
 Hora da Coleta: 19:10  
 IDADE: 14 ANOS / DATA DE Nascimento: 1992-04-15

TESTE DE ROTAMINAS:  
 12 a 22 segundos  
 MÉDIA: 18,2 Segundos - Clivagem:  
 17,5 Segundos - Interpretado em segundos - em caso de dúvida aceite  
 resultados obtidos em segundos, dividindo pelo fator de multiplicação.  
 A redução do tempo para o menor é indicativa de aumento de atividade  
 fibrinolítica. O resultado contrário indica uma elevada atividade  
 anticoagulante intrínseca.

**TEMPO E ATIVIDADE DE PROTROMBINA**

DATA DA COLETA: 19/02/2016 19:10  
 TSPMA DE PROTROMBINA      18.2 Seg  
 ATIVIDADE DE PROTROMBINA 62 %  
 INR                          1.47  
 Resultados anteriores:  
 plasma Controle      12.5

12 a 19 Seg  
 62 % Atividade de protrombina  
 INR 1.47

Plasma: Plasma  
 Resultado: Coagulação normalizada: NMR: 0,92 - 1,25

*Sopharma*  
 Edilecio Macedo de França  
 Biomédica  
 CRBM 4732



PNCQ  
 Programa Nacional  
 de Controle de Qualidade



GOVERNO  
DA PARAIBA

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



SUS  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

Sp(a): JOANDERSON SILVA MARQUES  
Protocolo: 0000260057  
Pac.: NÃO INFORMADO  
Dtto: SEM IDENTIFICAÇÃO MÉDICA  
Data: 18-02-2016 19:19  
Origem: UTI PEDIATRICA  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES  
Idade: 14 anos  
Destino: 6400 - 07

PROGRAMA

(DATA DA COLETA: 18/02/2016 19:12)

Resultados

Valores de referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos	4.26 milhares/mm <sup>3</sup>	3.70 a 5.50 milhares/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina	13,8 g/dL	11,0 a 15,5 g/dL
Hematocrito	42 %	38,0 a 49,0 %
V.C.M.	99 fL	82,0 a 92,0 fL
C.G.M.	32 pg	27,0 a 32,0 pg
H.C.M.	33 g/dL	12,0 a 16,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Limfócitos	12.300 /mm <sup>3</sup>	4.500 a 13.500/mm <sup>3</sup>
(%)	(/mm <sup>3</sup> )	
Neutrófilos		
Primitivos	0	0
Mielócitos	0	0
Metamielócitos	0	0
Biestenotes	2,0	246
Segmentados	87,0	10.701
Eosinófilos	2,0	246
Basófilos	0	0
Monócitos	6,0	735
Atípicos	0	0
Reticulócitos	3,0	369
CONTAGEM DE PLAQUETAS	192.000/mm <sup>3</sup>	140.000 a 400.000/mm <sup>3</sup>

OBSERVAÇÕES

Contagens repetidas e confirmadas.

Edicéia Macedo de França  
Biomedicina  
CREM 4732



# RADIOMETER ABL 800 FLEX

ABL800 FLEX ADULTO  
REL DO PACIENTE Seringa: 5.200ml 11.08 1022016  
MATERIAL

identificações  
ID Paciente  
Nome do Paciente: JOANDERSON  
Tipo de amostra: Arterial  
T: 37.0°C  
PO<sub>2</sub>: 76.0%  
Sexo: Masculino  
Idade: 14 anos  
Q: Línea

1

## Valores de Gases no Sangue

pH	7.345	7.350 - 7.450
eCO <sub>2</sub>	39.4 mmHg	30.0 - 48.0
tCO <sub>2</sub>	293 mmHg	230 - 300
etCO <sub>2</sub>	13.9 g/dL	12.0 - 16.0
tSO <sub>2</sub>	99.6 %	95.0 - 99.0
PO <sub>2</sub> Hb	97.3 %	94.0 - 98.0
PCO <sub>2</sub> Hb	0.9 %	0.5 - 1.5
RHb	0.4 %	
Etatm	1.4 %	0.0 - 1.5

## Valores dos Electrólitos

↓ cK <sup>+</sup>	3.2 mmol/L	3.4 - 4.5
cNa <sup>+</sup>	141 mmol/L	136 - 146
↓ cCa <sup>2+</sup>	0.76 mmol/L	1.15 - 1.23
t-cfC <sup>+</sup>	109 mmol/L	98 - 106

## Valores dos Metabolitos

t-Glu	129 mg/dL	70 - 105
t-crec	2.5 mmol/L	0.5 - 1.6
t-Crea	116 μmol/L	55 - 126
-Bil	2 μmol/L	

## Valores Corrigidos pela Temperatura

pHT <sub>i</sub>	7.345	
eCO <sub>2</sub> T <sub>i</sub>	39.4 mmHg	
tCO <sub>2</sub> T <sub>i</sub>	293 mmHg	

## Estado Ácido-Base

eBase/Bic	13.6 mmol/L	0	2	UNIVS018
eHCO <sub>3</sub> /P <sub>i</sub> %	21.3 mmol/L	0	3	UNIVS018

## Valores Calculados

eBase/Bic	3.9 mmol/L	0	4	ARVRS018
eBase/EtCO <sub>2</sub>	3.8 mmol/L	0	5	MARVS018
eHCO <sub>3</sub> /P <sub>i</sub> %	21.0 mmol/L	0	6	MARVS018
eCO <sub>2</sub> /P <sub>i</sub> %	49.7 Vore	0	7	FEVRS018
Etcarb	6.0 %	0	8	FEVRS018
Hct <sub>i</sub>	42.7 %	0	9	FEVRS018
eO <sub>2</sub> /Ate	134.3 mmHg	0	10	MEDICALD
eScvO <sub>2</sub>	289.1 mmol/kg	0	11	MEDICALD

## Notas

- ↑ Valores acima do intervalo de ref.
- ↓ Valores abaixo do intervalo de ref.
- ↑ Valores acima dos limites críticos.
- ↓ Valores abaixo dos limites críticos.
- est Valores calculados.
- est Valores estimados(s).
- eCrea 0210: Erro(s) de Calibração presente(s)

GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes				
		UTI INFANTIL - PRESCRIÇÃO MÉDICA			IDADE:	LEITO
ATA:	NOME:	14a	PESO:	110kg	DATAS DE NASCIMENTO	07
H0216		PRESCRIÇÃO E TRATAMENTO	DOSE	VIA	INTERVALO	
1. DIETA SUSPENSA <i>à base de leite de vaca</i> - <i>lactose</i> - <i>600ml</i>						
2. Venoclise SG 5% 500ml 84ml EV 66m <i>✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓</i>						
3. MEDICAÇÕES D1 Cefalosporina 750mg - 1 FA + 250ml SFG 9% → 25ml EV 66m <i>✓ ✓ ✓ ✓</i> e Transtuzumab 100mg - 1 FA + 100ml SFG 9% EV 66m <i>ACM</i> e Clorotetraciclina 25mg - 1 CP + PA + 1/2Dx 100ml EV 66m <i>✓ ✓ ✓ ✓</i> e Hidantoína 100mg - 1 FA + 250ml SFG 9% EV 66m <i>✓ ✓ ✓ ✓</i> e Dipirona 500mg/ml - 2ML + 10ML AD EV 66m <i>ACM</i> e Omeprazol 40 mg - 1 FA + 10 ml AD 5.0 ml EV 24/24h <i>✓</i> e Furosemida 40mg/ml - 40ml + 50ml de SFG 9% EV 66m <i>✓ ✓ ✓ ✓</i> e Naloxogênio 4mg/ml - 40ml + 50ml de SFG 9% EV 66m <i>✓ ✓ ✓ ✓</i>						
4. CUIDADOS a) AQUECER A ELEVADA A INTENSIDADE b) FA. FIG. 6 amás vitamina C c) Monitorizar temperatura d) Tolerância de fluidos das 24h e) Uso contínuo da NGR máscara						

GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO				
		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes				
		UTI INFANTIL - PRESCRIÇÃO MÉDICA				
<b>DATA:</b>	<b>NOME:</b>	<b>IDADE:</b>	<b>PESO:</b>	<b>LEITO</b>	<b>DATA DE NASCIMENTO:</b>	
16/02/16	JOANDERSON SILVA MARQUES	14a	110kg	07		
<b>PRESCRIÇÃO E TRATAMENTO</b>		<b>DOSE</b>	<b>MA.</b>	<b>INTERVALO</b>		
Hemolitina 2000U		84.5ml	EV	6h		
<b>1. DIETA SUSPENSA</b>						
<b>2. Venodilse</b>						
SG 5% 50ml		84.5ml	EV	6h		
NaC 20% 4.4ml						
Kd 19.1% 2.0ml						
<b>3. MEDICAÇÕES</b>						
n Cefotaxima 750mg - 1 FA + 250ml S+0.9%		EV	6h			
n Tramal 100mg - 1 FA + 100ml S+0.9%		EV	6h			
n Captopril 25mg - 1 CP 50 PA> 120x10		EV				
n Hidronal 10mlg - 1 FA + 250ml S+0.9%		EV				
n Dipirona 650mg - 2ML + 10ML AD		EV	6h30m	ADM		
n Cimoparato 40mg - 1 FA + 10 ml AD		50 ml	EV	20/24h		
n SF 0.9%		80ml	EV	ADM		
n Nausícoron 40mg - 40ml + 10 ml de S+0.9%		EV	6h			
<b>4. CUIDADOS</b>						
<b>CABELLERA</b>						
n BH PA. FIC 6						
n Monitorizar						
n Monitorizar						
n Aplicação de N						



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 09:33:42  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111709334234800000035054008>  
 Número do documento: 20111709334234800000035054008

Num. 36724133 - Pág. 36

Conduta:

1) Nutricional: Ducto venoso Brando

2) Hidroeletrolítico: Mantido

3) Respiratório: Mantido

4) Infeccioso: Mantido

5) Hemodinâmico: Mantido

6) Sedação: Sem sedação

7) Suporte: Propofol 10 mg  
Fentanyl 300 µg/hc  
Frusemida (50ml), Diprone (50ml)  
Metocarbamol (500mg), Gabapentina (800mg)

8) Exames:

9) Parecer: Atende

*Assinatura*

Conclusão: Alto do VTS Pediátrico





## EVOLUÇÃO DIÁRIA - UTI PEDIÁTRICA

Data de admissão UTIP: 30/02/2020  
 DATA atual: 20/02/2020 HORA: 08:30  
 DIH 3 DI UTI

Paciente: Jeanderson Silveira Marques  
 Idade: 14 anos Peso: 33,0 Kg.

HQ: TCE por acidente motociclistico. MED fraturado. 2º DPO de diagnóstico de MED.

INTERCORRENCIAS: Recente segue sem intercorrências (náuseas, dor nas costas)

DADOS DE ENFERMAGEM	BALANÇO HIDRÍCO	PROCEDIMENTOS INVASIVOS
C: 36,5 - 37,4°C ATO: 65-75 bpm ATR: 18-30 bpm AHR: 84-95% APE: 23,3 mmHg APD: 55-78 mmHg AMP: 83-95 mmHg A Glucemia capilar: 100 mg/dL ODS:	Peso na: 33,0 Kg. Peso da antea: 33,0 Kg. ENTRADAS: Urina: 1800 ml SORVETE: 2536,8 ml NUT: 300 ml Medicamento: 500 ml Evacuação: + 3743,7 ml Total: + 7383,8 ml DEBITO URINARIO: 0,49 ml/minuto TFG:	<input type="checkbox"/> TNT <input type="checkbox"/> TOF <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> CATETER VENOSO <input type="checkbox"/> CATETER arteriovenoso <input type="checkbox"/> DRENAGEM PLEURAL <input type="checkbox"/> MEDIASTINAL <input type="checkbox"/> CATETER ARTERIAL <input type="checkbox"/> NPI <input type="checkbox"/> END <input type="checkbox"/> SNE OTT <input type="checkbox"/> CIRURGIA
EXAME FÍSICO: EGR, supraventricular, tufos, hiperemia (+/++), dor estomacal, obstrução fecal, febre, afibril, os flegmas, murchas e edemas.		NUTRICIONAL / HIDROELETTRICO Dieta Suspensa SW: SG 51 = 500 ml (120ml/h) Ato: 37% : IC = 25%
RESPIRATÓRIO: MVG em AHT, sem RA		SUporte VENTILATÓRIO Modo: FC:                      FC: PR:                      PEEP: TI:                      IE: An Ambush
CARDIOVASCULAR: RCR em 2T, BCF, SI adequado FC: 82 bpm TEF < 3 mmHg IFA: 3400 ml/h PAP: 1 mmHg Psc		SUporte VENTILATÓRIO Modo: FC:                      FC: PR:                      PEEP: TI:                      IE: An Ambush
DIGESTIVO/ABDOMINAL: Globos, flácido, depresível, com RHA (+) e hipotônico, sem visceromegalia, incluir o palpebral superficial ou profundo.		HEMODINÂMICO
RENAL/METABÓLICO: Deurex presente, concentrada. Resumo de exame para obstrução bilateral (+/++)		∅
NEUROLOGICO: Consciente, orientado, sonolento, controles de retores, com ECG = 35.		SEDAÇÃO / ANALGESIA
INFECIOSO/HEMATOLÓGICO: Afibril, os flegmas, sem petéias, sem rach, sem hiperemia, sem sinais de infecção. Sem sangramentos óbvios		∅
PSICOLOGICO/SOCIAL: Acompanhado do pa		MEDICAÇÃO DE SUPORTE Ketorol 300 mg/dia Insipropil, Dipirona, Novocaina, Tramadol.

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
19/07/16	<p>peito de corvo morto</p> <p>curado com 5% mordengas - regim 44 9470298700 (A 148353/96). Sócio para curar,</p> <p>Age 7-9 - 72 kg</p> <p>Age 20-30 kg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bife g.</li> <li>• linguiça prensada</li> <li>• linguiça g.</li> </ul> <p>gostava só com pimenta擂碎 ou azeite, ou cebola. Tudo certo</p> <p>de 100g de carne</p> <p>peito de corvo</p> <p>peito de corvo, fígado</p> <p>Receita italiana</p> <p>peito de corvo.</p> <p>peito de corvo</p> <p>peito de corvo, mortadela</p> <p>a) mortadela italiana</p> <p>→ Coração</p>	
20/07/16		
21/07/16		
22/07/16		
23/07/16		
24/07/16		
25/07/16		
26/07/16		
27/07/16		
28/07/16		
29/07/16		
30/07/16		
31/07/16		
01/08/16		
02/08/16		
03/08/16		
04/08/16		
05/08/16		
06/08/16		
07/08/16		
08/08/16		
09/08/16		
10/08/16		
11/08/16		
12/08/16		
13/08/16		
14/08/16		
15/08/16		
16/08/16		
17/08/16		
18/08/16		
19/08/16		
20/08/16		
21/08/16		
22/08/16		
23/08/16		
24/08/16		
25/08/16		
26/08/16		
27/08/16		
28/08/16		
29/08/16		
30/08/16		
31/08/16		
01/09/16		
02/09/16		
03/09/16		
04/09/16		
05/09/16		
06/09/16		
07/09/16		
08/09/16		
09/09/16		
10/09/16		
11/09/16		
12/09/16		
13/09/16		
14/09/16		
15/09/16		
16/09/16		
17/09/16		
18/09/16		
19/09/16		
20/09/16		
21/09/16		
22/09/16		
23/09/16		
24/09/16		
25/09/16		
26/09/16		
27/09/16		
28/09/16		
29/09/16		
30/09/16		
31/09/16		
01/10/16		
02/10/16		
03/10/16		
04/10/16		
05/10/16		
06/10/16		
07/10/16		
08/10/16		
09/10/16		
10/10/16		
11/10/16		
12/10/16		
13/10/16		
14/10/16		
15/10/16		
16/10/16		
17/10/16		
18/10/16		
19/10/16		
20/10/16		
21/10/16		
22/10/16		
23/10/16		
24/10/16		
25/10/16		
26/10/16		
27/10/16		
28/10/16		
29/10/16		
30/10/16		
31/10/16		
01/11/16		
02/11/16		
03/11/16		
04/11/16		
05/11/16		
06/11/16		
07/11/16		
08/11/16		
09/11/16		
10/11/16		
11/11/16		
12/11/16		
13/11/16		
14/11/16		
15/11/16		
16/11/16		
17/11/16		
18/11/16		
19/11/16		
20/11/16		
21/11/16		
22/11/16		
23/11/16		
24/11/16		
25/11/16		
26/11/16		
27/11/16		
28/11/16		
29/11/16		
30/11/16		
31/11/16		
01/12/16		
02/12/16		
03/12/16		
04/12/16		
05/12/16		
06/12/16		
07/12/16		
08/12/16		
09/12/16		
10/12/16		
11/12/16		
12/12/16		
13/12/16		
14/12/16		
15/12/16		
16/12/16		
17/12/16		
18/12/16		
19/12/16		
20/12/16		
21/12/16		
22/12/16		
23/12/16		
24/12/16		
25/12/16		
26/12/16		
27/12/16		
28/12/16		
29/12/16		
30/12/16		
31/12/16		
01/01/17		
02/01/17		
03/01/17		
04/01/17		
05/01/17		
06/01/17		
07/01/17		
08/01/17		
09/01/17		
10/01/17		
11/01/17		
12/01/17		
13/01/17		
14/01/17		
15/01/17		
16/01/17		
17/01/17		
18/01/17		
19/01/17		
20/01/17		
21/01/17		
22/01/17		
23/01/17		
24/01/17		
25/01/17		
26/01/17		
27/01/17		
28/01/17		
29/01/17		
30/01/17		
31/01/17		
01/02/17		
02/02/17		
03/02/17		
04/02/17		
05/02/17		
06/02/17		
07/02/17		
08/02/17		
09/02/17		
10/02/17		
11/02/17		
12/02/17		
13/02/17		
14/02/17		
15/02/17		
16/02/17		
17/02/17		
18/02/17		
19/02/17		
20/02/17		
21/02/17		
22/02/17		
23/02/17		
24/02/17		
25/02/17		
26/02/17		
27/02/17		
28/02/17		
29/02/17		
30/02/17		
31/02/17		
01/03/17		
02/03/17		
03/03/17		
04/03/17		
05/03/17		
06/03/17		
07/03/17		
08/03/17		
09/03/17		
10/03/17		
11/03/17		
12/03/17		
13/03/17		
14/03/17		
15/03/17		
16/03/17		
17/03/17		
18/03/17		
19/03/17		
20/03/17		
21/03/17		
22/03/17		
23/03/17		
24/03/17		
25/03/17		
26/03/17		
27/03/17		
28/03/17		
29/03/17		
30/03/17		
31/03/17		
01/04/17		
02/04/17		
03/04/17		
04/04/17		
05/04/17		
06/04/17		
07/04/17		
08/04/17		
09/04/17		
10/04/17		
11/04/17		
12/04/17		
13/04/17		
14/04/17		
15/04/17		
16/04/17		
17/04/17		
18/04/17		
19/04/17		
20/04/17		
21/04/17		
22/04/17		
23/04/17		
24/04/17		
25/04/17		
26/04/17		
27/04/17		
28/04/17		
29/04/17		
30/04/17		
31/04/17		
01/05/17		
02/05/17		
03/05/17		
04/05/17		
05/05/17		
06/05/17		
07/05/17		
08/05/17		
09/05/17		
10/05/17		
11/05/17		
12/05/17		
13/05/17		
14/05/17		
15/05/17		
16/05/17		
17/05/17		
18/05/17		
19/05/17		
20/05/17		
21/05/17		
22/05/17		
23/05/17		
24/05/17		
25/05/17		
26/05/17		
27/05/17		
28/05/17		
29/05/17		
30/05/17		
31/05/17		
01/06/17		
02/06/17		
03/06/17		
04/06/17		
05/06/17		
06/06/17		
07/06/17		
08/06/17		
09/06/17		
10/06/17		
11/06/17		
12/06/17		
13/06/17		
14/06/17		
15/06/17		
16/06/17		
17/06/17		
18/06/17		
19/06/17		
20/06/17		
21/06/17		
22/06/17		
23/06/17		
24/06/17		
25/06/17		
26/06/17		
27/06/17		
28/06/17		
29/06/17		
30/06/17		
31/06/17		
01/07/17		
02/07/17		
03/07/17		
04/07/17		
05/07/17		
06/07/17		
07/07/17		
08/07/17		
09/07/17		
10/07/17		
11/07/17		
12/07/17		
13/07/17		
14/07/17		
15/07/17		
16/07/17		
17/07/17		
18/07/17		
19/07/17		
20/07/17		
21/07/17		
22/07/17		
23/07/17		
24/07/17		
25/07/17		
26/07/17		
27/07/17		
28/07/17		
29/07/17		
30/07/17		
31/07/17		
01/08/17		
02/08/17		
03/08/17		
04/08/17		
05/08/17		
06/08/17		
07/08/17		
08/08/17		
09/08/17		
10/08/17		
11/08/17		
12/08/17		
13/08/17		
14/08/17		
15/08/17		
16/08/17		
17/08/17		
18/08/17		
19/08/17		
20/08/17		
21/08/17		
22/08/17		
23/08/17		
24/08/17		
25/08/17		
26/08/17		
27/08/17		
28/08/17		
29/08/17		
30/08/17		
31/08/17		
01/09/17		
02/09/17		
03/09/17		
04/09/17		
05/09/17		
06/09/17		
07/09/17		
08/09/17		
09/09/17		
10/09/17		
11/09/17		
12/09/17		
13/09/17		
14/09/17		
15/09/17		
16/09/17		
17/09/17		
18/09/17		
19/09/17		
20/09/17		
21/09/17		
22/09/17		
23/09/17		
24/09/17		
25/09/17		
26/09/17		
27/09/17		
28/09/17		
29/09/17		
30/09/17		
31/09/17		
01/10/17		
02/10/17		
03/10/17		
04/10/17		
05/10/17		
06/10/17		
07/10/17		
08/10/17		
09/10/17		
10/10/17		
11/10/17		
12/10/17		
13/10/17		
14/10/17		
15/10/17		
16/10/17		
17/10/17		
18/10/17		
19/10/17		
20/10/17		
21/10/17		
22/10/17		
23/10/17		
24/10/17		
25/10/17		
26/10/17		
27/10/17		
28/10/		

Digitized by srujanika@gmail.com

0825-55200700 अमृता





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

4-COO-EL-2

NAME	N.º PRONTUÁRIO	
JOHANNESEN SILVA M. ANDRADES		
	ENF.	LEITO

Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
	<i>Evolução do Torax</i>	
+ Variáveis das 7h as 14h		
AT = 30,5 - 31,0	APAS = 123 - 143 mm Hg	
AFc = 60 - 73 bpm	APD = 38 - 49 mm Hg	
AFc = 18 - 22 bpm	APAS = 94 - 95 mm Hg	
ATP2 = 94 - 97%	DIASE = 0,5 ml/kg MM	
	# No dia 09/11/2020	
	- Melhora das pressões	
	- Piora TC de arame, foi analisado possivel reinfecção que contribui com o resultado	
	- Até o SNC	
	- Melhorar das venulas	
	- Piora Arterial	
	- Mantem pressão arterial normal	
	Sua evolução é de complicações, septicemia, infarto, arritmias, anestesia, gláucos 15	
	Edema é agudamente desaparecido	
	RCB em 2º grau, S/S Fc = 70 bpm	
	- perda de visão parcial	
	- Nausea na AMT, sem R/S	
	- Alívio de pressão	
	c/o Roger lactat 2,0 mmol/L	
		<i>2/11/2020 Suelio Moreira Fontes Médico-Pediatra CRM-PB 5601</i>



**Conduta:**

1) Nutricional: *Nictar magro*  
*Retinolida oral*

2) Hidroeletrolítico: *Umanotez Osm 1001 3650*  
*Na 3, K 2,5*

3) Respiratório: *Uma caminha*

4) Infeccioso: *Umanotez nares*

5) Hemodinâmico: *S*

6) Sedação: *S*

7) Suporte: *Umanotez*

8) Exames:

*H&P + Uso remédio*

9) Parecer:





## EVOLUÇÃO DIÁRIA - UTI PEDIÁTRICA







GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

NOME	N.º PRONTUÁRIO
Jeannelema Silveira Júnior	
SEXO	DATA DE NASCIMENTO
F	01/01/1980
ENF.	LEITO

Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
18/02/16	Evolução estável	
	Exames:	
	AT: 36.5°C	Tel: 5mm
	AFC: 108 - 17	Durada: +4h, ml
	AFR: 29 - 20	CV: +1.09 ml/kg/h
	APG: 100 - 98	Excreções: farrinha
	APG: 143/129 (11) - 136/129 (11)	Drainagem: 0
	BH:	
	Investigação: Q	
	Evolução com ECG, hipoxia, induzida grau II, inspeção, percepção retiniana	
	APG: mto Q S/B/H	
	AC: mto ss 27	
	ad: desnutrição severa	
	ad: seu peso é de	
	SN: sangrenti, anurótico	
	Cd. morte	
03.00	Momento apresentando 3 episódios de vomito com acréscimo vivo	
	Sel: mucosidade da língua	
	SF 0,9L: hemorrágica	
	176T	







GOVERNO SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO  
DA PARAÍBA Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

NOME	N° PONTUACAO
fernandina lúcia fernandes UTI	ES: LEITO

Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
19/04/16	Admission	
26/4	UPI Pediátrica	
	<p>Paciente, 14 anos, em ambulância este paciente resspondeu negativamente ao hemostato extramedular. Na TCE não havia evidência radioscópica.</p> <p>Por volta das 19h, o paciente expôs um incidente em que na hora havia baixa retroscópica na escala de Glasgow-TB, estando com exponível uma escala. Não houve nenhuma ferida ou lesão externa, embora tenha sido vítima de res. O pa- ciente não demonstrava comportamento suspeito ou desconhecido no ambiente.</p> <p>No momento, se encontra consciente, corrente, orientado, com fala clara. Negou dolor e outros esforços.</p> <p>Na exame</p> <p>ECC, suspeito, hipotônico (2+1+), hipo- tônico, vagabundo, cicatrizável, hemicrânico, paraparesico, comprimento e comprimento (classificação IS)</p> <p>AVC direito 2º grau</p> <p>VLR direito com lesão</p> <p>AIBD suspeito, edema, edematoso, subcrâ- niano leve, não edematoso, sem VLR, VLES (0)</p> <p>ENT: não achou, paraparesico (ECC 2-3+), pupilas regulares e normotáticas, normofixa e normotática.</p> <p>CRV: não se realizou paracentese biliar,</p> <p>com extensa área edematoso e hemicrânico nasal sem nenhuma lesão meningea mais grave.</p>	
MOD. 067		





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



<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO) ESPECIAL(AIS)</b>	Folha 1/2
------------	------------------------	---------------------	---	-----------

Identificação do Estabelecimento de Saúde		Z - CNES		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				
2 - NOVE DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		A - CNES		
Identificação do Paciente		E - CTPN		
3 - NOME DO PACIENTE				
4 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		5 - DATA DE NASCIMENTO	6 - SEXO	
7 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		7 - MARCA	8 - FIM	
9 - ENDERECO (LOG. Nº, KM, RUA)		9 - TELEFONE DE CONTATO		
10 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		11 - CEP INICIANTE	12 - OF	13 - CEP
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				

<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>				
14 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTES		15 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ATUALIZADO		
16 - JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO (FLUXO)		17 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - REGRADA		
18 - DIÁRIO DE UTI		19 - CÓD. DE UTI PRINCIPAL	20 - CÓD. DE UTI SECUNDÁRIO	21 - CÓD. DE CRISIS ASSOCIADAS
PCE				

<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>				
22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		23 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
24 - SOLICITAÇÃO DE UMA DE UTI OU DIA DE ACOMPANHAMENTO		25 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
<input type="checkbox"/> CÓD. DE ACOMPANHANTE		<input type="checkbox"/> DIÁRIO DE UTI TIPO I	<input type="checkbox"/> DIÁRIO DE UTI TIPO II	<input type="checkbox"/> DIÁRIO DE UTI TIPO III
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	28 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	29 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		31 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	37 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
Paciente vítima de PCE + MED				

<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>				
40 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		41 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
42 - Nº DOCUMENTO (INSCRIÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE)		43 - ALIAS/USO ANÔNIMO (NO COLEGIADO CONSELHO)		
44 - ICNS		45 - CTPN		

<b>AUTORIZAÇÃO</b>				
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO		47 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
48 - DOCUMENTO (INSCRIÇÃO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO)		49 - CTPN		
50 - ICNS		51 - CTPN		

MOD. 617



**GOVERNO** SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
DA PARAÍBA Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

**Unidade de Tratamento Intensivo  
CONTROLE GERAL**

Data	17/02					17/02				
Evacuação						BE				
Ganhos						HCO <sub>3</sub>				
Pegdas						FiO <sub>2</sub>				
Balanço						Lactato				
Bal. Cumul.						Glicose				
Sangue						Uréia	14			
Diurese						Creatinina	1,0			
Perdas SNG						Sódio				
Drenos						Potássio				
Temp. min/max						Cloro				
Hemácias	4,26					Cálcio				
Hematocrito	42					Fósforo				
Hemoglobina	13,8					Magnésio				
Leucócitos	14.300					Proteína				
Bastonetes	2					Albumina				
Segmentados	74					Globulina				
Eosinófilos	2					Bilir. Tot.				
Basófilos	0					B. Direta				
Linfócitos	610					B. Indireta				
Monócitos	3					Fosf. Aleal				
Plaquetas	15.000					Amilase				
TP	15,2					TGO	306			
TPa	30,2					TGP	341			
pH	*					DHL				
PaO <sub>2</sub>						CPK				
PaCO <sub>2</sub>						CK - MB				
Sat. O <sub>2</sub>										
SB	021									
ENR	3,47									

MOD 010



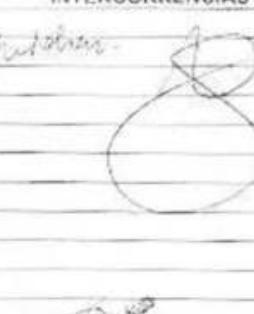
**FLUXOGRAMA - ASOMETRIAS**NOME: *Fernanda da Cunha*

IDADE: 46

DATA	30/02
HORA	11h09
Ph	7,34
pO <sub>2</sub>	203
pCO <sub>2</sub>	39,4
HCO <sub>3</sub>	21
HCO <sub>3</sub> st	21,3
BE	-3,9
SatQ2	,
Sat	
VenO <sub>2</sub>	
paO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub>	
a/AO <sub>2</sub>	
Na	145
K	3,2
Ca	0,96
Hb	18,9
Ht	42,4%
G/Hgb	
Lactato	2,5
Glicose	129
AG	
Conduto	





Pele:	<input checked="" type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Claroce	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Aquedida		
Tempo de enchiamento capilar:	<input type="checkbox"/> < 3 segundos			<input type="checkbox"/> > 3 segundos	<input type="checkbox"/> Turgência jugular	<input type="checkbox"/>		
Drogas vasoativas:	<input checked="" type="checkbox"/> Quase?			<input type="checkbox"/> Precordalgia				
Ausculta cardíaca:	<input checked="" type="checkbox"/> Rítmica	<input type="checkbox"/> Aritmica	<input type="checkbox"/> Sopro	<input type="checkbox"/> Outro	Moropassos:	<input type="checkbox"/> Transtôno	<input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular:	<input checked="" type="checkbox"/> Periférico	<input type="checkbox"/> Central	Dissecção, Localização:			Data da punção		
Edema:	<input type="checkbox"/> MMSS	<input type="checkbox"/> YMVI	<input type="checkbox"/> Face	<input type="checkbox"/> Anasarca	Observações:			
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINARIA)</b>								
Tipo somático:	<input type="checkbox"/> Nutrido	<input type="checkbox"/> Emagrecido	<input type="checkbox"/> Circunstâncias	<input type="checkbox"/> Obeso				
Dentição:	<input type="checkbox"/> Completa	<input type="checkbox"/> Incompleta	<input type="checkbox"/> Prótese					
Alimentação:	<input checked="" type="checkbox"/> NHO	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> JSNE	Gastronomia	Jejunostomia	<input type="checkbox"/> INPT	Hora: _____ Data: _____	
Alterações:	<input type="checkbox"/> Inapetência	<input type="checkbox"/> Disfagia	<input type="checkbox"/> Intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Vômito	<input type="checkbox"/> Pirose	<input type="checkbox"/> Outros:		
Abdômen:	<input type="checkbox"/> Normotônico	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Tensão	<input type="checkbox"/> Asciótico	<input type="checkbox"/> Outros:			
RHA:	<input type="checkbox"/> Normativos	<input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> Diminutos	<input type="checkbox"/> Aumentados				
Eliminação intestinal:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Líquido	<input type="checkbox"/> Constipação	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"/> ISVD	Débito	ml/h	
Aspecto:	<input type="checkbox"/> Outros:			Observações: <i>100</i>				
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>								
Condicão da pele:	<input checked="" type="checkbox"/> Intacta	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> Escurecidas	<input type="checkbox"/> Hematomas	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:		
Celeração da pele:	<input type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Cláctica	<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:	Debito:			Retirado em: _____			
Ulceras de pressão:	<input type="checkbox"/> Estágio:	Local:	Descrição:			Curativo: _____		
<b>CUIDADO CORPORAL</b>								
Cuidado corporal:	<input type="checkbox"/> Independente	<input type="checkbox"/> Dependente	<input type="checkbox"/> Parcialmente dependente	Observações:				
Higiene corporal:	<input type="checkbox"/> Satisfatória	<input type="checkbox"/> Insatisfatória	Higiene Corporal:	<input type="checkbox"/> Satisfatória	<input type="checkbox"/> Insatisfatória			
Limitação física:	<input type="checkbox"/> Adentrado	<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 type="checkbox"/> Cooperativo	<input type="checkbox"/> Medo			
<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Ausência de familiares/vizinhos	<input type="checkbox"/> Outros:						
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>								
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>								
Religião:	<input type="checkbox"/> Praticante	<input type="checkbox"/> Não praticante	Observações:					
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>								
<p><i>10h 40m folguradas.</i></p> 								
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:				DATA: <i>26/02/16</i>		HORA: <i>8</i>		
FONTE: BORDONIÃO, R.C.; Guia de códigos por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).								



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E  
TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: *Jandira Souza*

Enfermeira: *8 Leticia* • Data: *23/02/16*

DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINidoras		
1	Constipação	<input type="checkbox"/> Dureza ( )	<input type="checkbox"/> Desidratação ( )	<input type="checkbox"/> Estresse ( )	<input type="checkbox"/> Outro ( )	<input type="checkbox"/> Absente ( )	<input type="checkbox"/> Dor ( )	<input type="checkbox"/> Outro ( )
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	<input type="checkbox"/> Hábitos de desenvolvimento irregular ( )	<input type="checkbox"/> Lesão neurológica ( )	<input type="checkbox"/> Fatores biológicos ( )	<input type="checkbox"/> Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ( )	<input type="checkbox"/> Aumento ( )	<input type="checkbox"/> Dor abdominal ( )	<input type="checkbox"/> Outro ( )
3	Déficit no auto-cuidado para banho	<input type="checkbox"/> Fatores psicológicos ( )	<input type="checkbox"/> Outro ( )	<input type="checkbox"/> Projeto neuromuscular ( )	<input type="checkbox"/> Dor ( )	<input type="checkbox"/> Fracidez ( )	<input type="checkbox"/> Dor abdominal ( )	<input type="checkbox"/> Outro ( )
4	Dor aguda	<input type="checkbox"/> Projeto ( )	<input type="checkbox"/> Agentes tóxicos (Ex: Biológico, químicos, físicos, psicológicos) ( )	<input type="checkbox"/> Anestésico ( )	<input type="checkbox"/> Trauma ( )	<input type="checkbox"/> Outro ( )	<input type="checkbox"/> Incapacidade de ingerir o banho ( )	<input type="checkbox"/> Outro ( )
5	Hipertermia	<input type="checkbox"/> Aumento da taxa metabólica ( )	<input type="checkbox"/> Desidratação ( )	<input type="checkbox"/> Anestésico ( )	<input type="checkbox"/> Dor ( )	<input type="checkbox"/> Aumento na temperatura corporal acima das parâmetros normais ( )	<input type="checkbox"/> Tepidocida ( )	<input type="checkbox"/> Taquicardia ( )
6	Integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Extremos da idade ( )	<input type="checkbox"/> Circulação prejudicada ( )	<input type="checkbox"/> Hipotermia ( )	<input type="checkbox"/> Mobilitização física ( )	<input type="checkbox"/> Outro ( )	<input type="checkbox"/> Desnudamento de camadas da pele ( )	<input type="checkbox"/> Invasão de estruturas do corpo ( )
7	Mobilidade Física prejudicada	<input type="checkbox"/> Anorexeia ( )	<input type="checkbox"/> Desidratação ( )	<input type="checkbox"/> Projeto muscular esquelético ( )	<input type="checkbox"/> Desidratação ( )	<input type="checkbox"/> Projeto ( )	<input type="checkbox"/> Dificuldade para viajar sozinho ( )	<input type="checkbox"/> Dispreza ao estresse ( )
8	Padrão respiratório ineficaz	<input type="checkbox"/> Ansiedade ( )	<input type="checkbox"/> Dor ( )	<input type="checkbox"/> Projeto muscular esquelético ( )	<input type="checkbox"/> Desidratação ( )	<input type="checkbox"/> Outro ( )	<input type="checkbox"/> Dificuldade para respirar ( )	<input type="checkbox"/> Outro ( )
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	<input type="checkbox"/> Acidente ( )	<input type="checkbox"/> Desidratação ( )	<input type="checkbox"/> Diarréia ( )	<input type="checkbox"/> Dor ( )	<input type="checkbox"/> Alterações na temperatura corporal ( )	<input type="checkbox"/> Dispreza ( )	<input type="checkbox"/> Outro ( )
10	Risco de infecção	<input type="checkbox"/> Diarréia ( )	<input type="checkbox"/> Outros ( )	<input type="checkbox"/> Aumento da exposição ambiental a patógenos ( )	<input type="checkbox"/> Defesa antimicrobiana inadequada ( )	<input type="checkbox"/> Procedimento invasivo ( )	<input type="checkbox"/> Mudança no padrão normal de sono ( )	<input type="checkbox"/> Outro ( )
11	Risco de queda	<input type="checkbox"/> Extremos da idade ( )	<input type="checkbox"/> Agitação/Desorientação ( )	<input type="checkbox"/> Mobilitidade física prejudicada ( )	<input type="checkbox"/> Desidratação ( )	<input type="checkbox"/> Outro ( )	<input type="checkbox"/> Mudança no padrão normal de sono ( )	<input type="checkbox"/> Outro ( )
12	Padrão de sono prejudicado	<input type="checkbox"/> Falta ou privação do controle do sono ( )	<input type="checkbox"/> Outro ( )	<input type="checkbox"/> Projeto ( )	<input type="checkbox"/> Instabilização física ( )	<input type="checkbox"/> Mudança no padrão normal de sono ( )	<input type="checkbox"/> Relatos de dificuldade para dormir ( )	<input type="checkbox"/> Outro ( )
13	Outro							
14	Outro							





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

## Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

paciente	Tendinite no Síntesis	Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário		Evolução Médica
22.02.16	Fisioterapia Gelos Sistêmicos Colchonete Frio em 8.000 Fisioterapia Enf. n. 4100 Olhos Cintos de Frio	06 18 22 06 10 18 23 06 06		T-10 - Fis. Hoga Frio em braço e colo Enf. 15 Frio nos   23.02.16 na Frio em braço e colo Enf. 15 pt. sydph Cintos f. Olhos Frio nos   Alta da alta



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 09:33:42  
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011170933423480000035054008>  
Número do documento: 2011170933423480000035054008

Núm. 36724133 - Pág. 53

## BRASIL

RELAÇÃO CIVIL DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## SEGURANÇA FÍSICA

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

## REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉:  Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Edemate ( ) CheioPele:  Corada ( ) Hipocorada ( ) Clanose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) AquecidaTempo de enchimento capilar:  < 3 segundos ( ) >3 segundos ( ) Turgescência regular ( )

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordigia: ( )

Ausculta cardíaca:  Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitorio ( ) DefinitivoCateter vascular:  Periférico ( ) Central ( ) Dissolução. Localização: ( ) Data de punção: ( )

Edema: ( ) MMS ( ) MMU ( ) Face ( ) Anusco. Observações:

## ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINARIA)

Tipo somático:  Nutrido ( ) Enmagrecido ( ) Cacúlico ( ) ObesoDentição:  Completa ( ) Incomplete ( ) PróteseAlimentação:  SVD ( ) ISNG ( ) ISNS ( ) Gastrostomia ( ) Enterostomia ( ) NPT. Peda: ( ) Data:

Alergias: ( ) Hipersensibilidade ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:

Abdômen:  Normotensão ( ) Distendido ( ) Tensão ( ) Ascítico ( ) Outros:

RHA: ( ) Normotensos ( ) Ausentes ( ) Diminutos ( ) Aumentados

Eliminação intestinal:  Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:

Eliminação urinária: Espontânea ( ) Retencão ( ) Incontinência ( ) Hematica ( ) SVD. Débito: ( ) mL

Aspecto: ( ) Querido Observações:

## INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condicao da pele: ( ) Intacta ( ) Ressecada ( ) Esgrossada ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:

Coloração da pele:  Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele:  Preservado

Condições das mucosas: ( ) Jornadas ( ) Secas Manifestações de sede: ( )

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: ( ) Curativo em: ( )

Dreno:  Tipo/Aspecto: ( ) Local: ( ) Drenagem: ( ) Dírito ( ) Retirado em: ( )

Ulceras de pressão: ( ) Estadio: ( ) Local: ( ) Descrição: ( ) Curativo: ( )

## CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal:  Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente Observações:Higiene corporal:  Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória

Limitação física: ( ) Acomodado ( ) cadeira de rodas ( ) Outro:

## SONO E REPOSO

 Preservado ( ) Técnica ( ) Dáme direito o dia ( ) Sono interrompido. Observações:

## 6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

## COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação:  Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Muito

( ) Ansiedade ( ) Ausência de temores/vivências ( ) Outros:

## 7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

## RELIGIÃO, RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:

## INTERCORRÊNCIAS

*56.00 - 7 = 312 Minutos do dia. 111. Classificação: suspeito, admissível.*  
*56.00 - 888 = 200 min. 300ml. 100ml. 100ml.*  
*200ml. 100ml. 100ml. 100ml. 100ml. 100ml. 100ml.*  
*100ml. 100ml. 100ml. 100ml. 100ml. 100ml. 100ml.*

Carimbo e Assinatura em Entrevista:

Anne Danielle Teixeira Cavalcanti  
 SALVEME  
 CORINTHUS 2271

DATA: 02/10 HORA: 22:00h

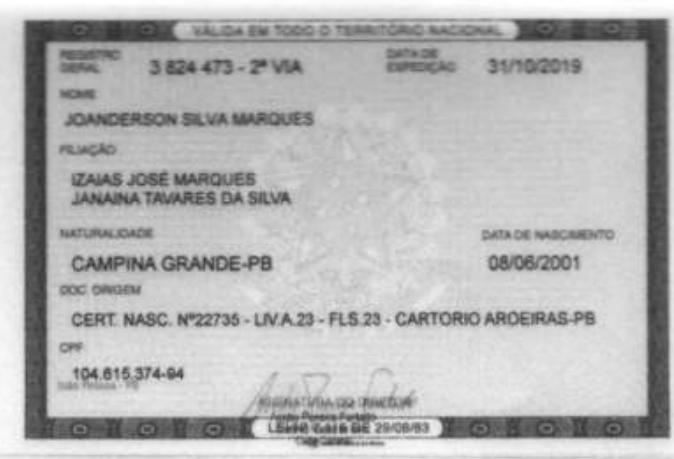
*clínica Thyro-Endocrinologia - Dr. Juan Siqueira 95-  
 20-3200-0000 (fone)  
 20-3200-0000 (fax) (fone)*

FONTE: BORONHÃO, R.C. Odete de Oliveira. Instituto de Pesquisas (2009).


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

<b>Ficha de Acolhimento</b>	
Nome: <i>José de Freitas Sávio Jucáus</i>	Bairro: <i>Areias</i>
End: <i>Joaquim Dantas</i>	Documento de Identificação:
Data de Nascimento: <i>08/06/94</i>	Quando: <i>Às Motos</i> Data do Atend: <i>12/02/16</i> Hora: <i>09:30</i> Documento:
<b>Classificação de Risco</b>	
Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gerente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Palida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	
Estratificação	
<i>Luzia</i> <input checked="" type="checkbox"/> Vermelho - atendimento imediato <input type="checkbox"/> Verde - atendimento até 4 horas	
<small> <input type="checkbox"/> Amarelo - atendimento até 1 hora  <input type="checkbox"/> Azul - atendimento ambulatorial  <i>Alvar Costa e Silva</i>  <i>ENFERMEIRA</i>  <i>COREN-PB 10000</i> </small>	
<i>Assinatura e carimbo do profissional</i>	





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 09:33:42  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111709334234800000035054008>  
Número do documento: 20111709334234800000035054008

Num. 36724133 - Pág. 56

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL		DEPARTAMENTO NACIONAL DE JUSTIÇA	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
Nº 6175929687		PENº 6175929687	
1 758136463		MARCELO DE ARAUJO	
MARCELO DE ARAUJO NASCIMENTO RUA DA MANGUEIRA N 251 CB MANGUEIRA 51030-700 VIT. STO ANTAO-PE		RUA DA MANGUEIRA 251 51030-700 VIT. STO ANTAO-PE	
028.492.774-01		028.492.774-01	
KMR8215		KMR8215	
962JC30101R155458		962JC30101R155458	
BILHETE DE SEGURO DE VIDA CONVÉNIO			
PENº 6175929687			
2005		2005	
26/04/05		26/04/05	
MARCELO DE ARAUJO NASCIMENTO RUA DA MANGUEIRA 251 51030-700 VIT. STO ANTAO-PE			
028.492.774-01		028.492.774-01	
KMR8215		KMR8215	
HONDA/CB 125 TITAN KS 2001		HONDA/CB 125 TITAN KS 2001	
2P/124CE		2P/124CE	
PARTIC		PARTIC	
VERNEU		VERNEU	
IPVA 2005 QUINTADO		IPVA 2005 QUINTADO	
FAIXA IPVA		FAIXA IPVA	
PARCELAMENTO C/24		PARCELAMENTO C/24	
PREMIOLIQUIDADOR		PREMIOLIQUIDADOR	
SEGURADO PAGO		SEGURADO PAGO	
FIDELIS MAC HONDA LTD.		FIDELIS MAC HONDA LTD.	
VIT. STO ANTAO		VIT. STO ANTAO	
26/04/05		26/04/05	

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0447191/19

**Vítima:** JOANDERSON SILVA MARQUES

**CPF:** 104.615.374-94

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 18/02/2016

**Titular do CPF:** JOANDERSON SILVA MARQUES

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**JOANDERSON SILVA MARQUES : 104.615.374-94**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/12/2019  
Nome: JOANDERSON SILVA MARQUES  
CPF: 104.615.374-94

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019  
Nome: CARLOS JURAN CARVALHO PINTO  
CPF: 395.237.804-68

JOANDERSON SILVA MARQUES

CARLOS JURAN CARVALHO PINTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 09:33:42  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111709334234800000035054008>  
Número do documento: 20111709334234800000035054008

Num. 36724133 - Pág. 58

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0447191/19

**Vítima:** JOANDERSON SILVA MARQUES

**CPF:** 104.615.374-94

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/02/2016

**Titular do CPF:** JOANDERSON SILVA MARQUES

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**JOANDERSON SILVA MARQUES : 104.615.374-94**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/12/2019  
Nome: JOANDERSON SILVA MARQUES  
CPF: 104.615.374-94

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019  
Nome: CARLOS JURAN CARVALHO PINTO  
CPF: 395.237.804-68

JOANDERSON SILVA MARQUES

CARLOS JURAN CARVALHO PINTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 09:33:42  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111709334234800000035054008>  
Número do documento: 20111709334234800000035054008

Num. 36724133 - Pág. 59

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0447191/19

Número do Sinistro: 3190694385

Vítima: JOANDERSON SILVA MARQUES

CPF: 104.615.374-94

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 18/02/2016

Titular do CPF: JOANDERSON SILVA MARQUES

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

**JOANDERSON SILVA MARQUES : 104.615.374-94**

Autorização de pagamento

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 09:33:42  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111709334234800000035054008>  
Número do documento: 20111709334234800000035054008

Num. 36724133 - Pág. 60