



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
33478555	21/08/2020 14:21	Petição Inicial	Petição Inicial
33478596	21/08/2020 14:21	1. Procuração	Procuração
33478597	21/08/2020 14:21	2. Declaração de hipossuficiência	Informações Prestadas
33479099	21/08/2020 14:21	3. Documentos Pessoais	Documento de Identificação
33479103	21/08/2020 14:21	4. DUT	Documento de Identificação
33479104	21/08/2020 14:21	5. Certidão de ocorrência	Documento de Comprovação
33479107	21/08/2020 14:21	6. Negativa da seguradora	Documento de Comprovação
33479108	21/08/2020 14:21	7. Ficha de acolhimento - TRAUMA	Documento de Comprovação
33479109	21/08/2020 14:21	Prontuário-1-15	Documento de Comprovação
33479110	21/08/2020 14:21	Prontuário-16-30	Documento de Comprovação
33479112	21/08/2020 14:21	Prontuário-31-45	Documento de Comprovação
33479115	21/08/2020 14:21	Prontuário-46-58	Documento de Comprovação
33490995	21/08/2020 21:11	Despacho	Despacho
33511184	23/08/2020 23:23	Expediente	Expediente
33788002	31/08/2020 14:21	Resposta ao despacho	Resposta
33884234	02/09/2020 18:49	Despacho	Despacho
35846467	23/10/2020 16:11	Mandado	Mandado

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA _____ VARA CÍVEL DA COMARCA DE UMBUZEIRO/PB.

JOANDERSON SILVA MARQUES, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG nº 3.824.473 SSDS/PB, inscrito no CPF sob nº 104.615.374-94, residente e domiciliado na Rua Joaquina Dantas de Souza, s/n, Centro, Aroeiras - PB, vem, por intermédio de sua advogada que a esta subscreve, procuração anexa, [com endereço profissional na Rua Querubina Pereira dos Santos, nº 16, Malvinas, Campina Grande – PB](#), com fulcro na Lei nº 6.194/74, ajuizar a presente:

ACÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ

Em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito privado, CNPJ nº 09.248.608/0001-04, com endereço na Rua: 13 de Maio, nº 23, 2º andar, centro, Rio de Janeiro – RJ, CEP 20.0319-02, pelos motivos de fato e direito a seguir expostos:

I. PRELIMINARMENTE – DO NÃO CABIMENTO DE PRESCRIÇÃO E DECADÊNCIA

Preliminarmente, insta esclarecer que a Seguradora, ora ré, indeferiu o pedido administrativo do autor sob o argumento de que havia decaído o direito do autor, haja vista o passar do prazo de 3 anos busca da pretensão. No entanto, ao que tudo indica, a empresa ré não tem conhecimento da legislação vigente, mais especificamente o Código Civil pátrio, ao tratar sobre os prazos prescricionais e decadenciais de absolutamente incapazes.

É verdade que o acidente ocorreu no ano de 2016, ocasião em que o autor possuía a idade de 14 anos. Em complemento a isso, é bem verdade também que o prazo começa a contar a partir dos 16 anos completos (o que ocorreu em 2018), de modo que atualmente os prazos não decaíram ou prescreveram.

Para comprovação do alegado, segue abaixo os artigos do Código Civil pátrio, senão vejamos:

Art. 198. Também não corre a prescrição:



I - contra os incapazes de que trata o art. 3º;

Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os menores de 16 (dezesseis) anos.

Art. 208. Aplica-se à decadência o disposto nos arts. 195 e 198, inciso I.

II. DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA

Afirma o requerido, sob as penas da lei, e nos exatos termos preceituados no artigo 5º, com a redação introduzida pela lei nº 7.510/86, e nos artigos 98 a 103 da Lei nº 13.105/2015, que processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do próprio sustento e de sua família, perfaze

III. DOS FATOS

O Autor, no dia 18 de fevereiro de 2016, por volta das 06:00 horas, conduzia uma motocicleta HONDA CG 125 TITAN KS, de placa KKR-8215/PB, em nome de Marcelo de Araújo Nascimento (DUT ANEXO), quando na Rua do Rosário, em frente à loja de material de construção de Antônio de José Marques, no centro de Aroeiras, colidiu com outra motocicleta de condutor e características desconhecidos. Em razão da colisão, sofreu afundamento do crânio.

Na ocasião foi socorrido para o hospital local de Aroeiras e encaminhado ao Hospital de Trauma e Emergência Dom Luiz Gonzaga Fernandes de Campina Grande/PB para os devidos cuidados médicos, apresentando afundamento do crânio, conforme se faz prova com a **certidão de ocorrência policial e prontuário médico, em anexo.**

O requerente foi submetido às intervenções médicas em MEMBRO TRAUMATIZADO, cujo acidente compromete as funções do membro em comento, dentre outras complicações físicas, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO, em anexo.

Sabendo da existência do seguro obrigatório **DPVAT**, aciona a **PROMOVIDA** para que fosse paga a respectiva apólice, pois todos os proprietários de veículos automotores pagam anualmente o seguro de acidentes pessoais obrigatório. A norma legal ainda determina que a seguradora terá o prazo de **15 (quinze) dias para o pagamento do DPVAT, O QUE NA REALIDADE NÃO ACONTECE.**



Percebe-se, MM. Magistrado, que para o pagamento do seguro obrigatório só precisa **SIMPLES PROVA DO ACIDENTE**, bem como, que esta sequela foi decorrente de acidente automobilístico. Senão vejamos, o que têm decidido nossos Tribunais Pátrios:

“34022772 – INDENIZAÇÃO – SEGURO – DPVAT – ACIDENTE DE TRÂNSITO – INVALIDEZ PERMANENTE – PROVA – Evidenciado nos autos as provas necessárias a demonstrar o acidente de trânsito e os danos permanentes na vítima, impõe-se o pagamento do seguro obrigatório DPVAT. (TAMG – AC 0315761-7 – 6ª C.Cív. – Rel. Juiz Dárcio Lopardi Mendes – J. 21.09.2000)”

Recurso: 621/05 (Proc. 44.530/04) – SEGURO DPVAT – Invalidez permanente – Perícia técnica – Inexatidão do grau de invalidez – Desnecessidade – Valor da indenização

CIVIL - INDENIZAÇÃO - SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT - INVALIDEZ PERMANENTE - PERÍCIA TÉCNICA. INEXATIDÃO DO GRAU DE INVALIDEZ. DESNECESSIDADE. INCOMPETÊNCIA DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL REPELIDA. VALOR DA INDENIZAÇÃO CONSOANTE A LEI DE REGÊNCIA. 1) - Se os elementos de prova dos autos, aliados à verossimilhança da versão do ofendido e de outras provas documentais, fazem emergir claramente o nexo causal entre o fato, as lesões e suas conseqüências, desnecessária se torna a realização de perícia técnica, não havendo o que se falar em complexidade da matéria probante que pudesse afastar a competência do Juizado Especial Cível. 2) - Configurada de modo efetivo, a invalidez permanente, ainda que não tenha resultado privação para o exercício laboral, faz jus a vítima ao seguro obrigatório, em percentual correspondente à extensão da lesão, porquanto as normas que regem a matéria não exigem a inteireza da invalidez, ou uma certa medida da perda física, mas a contempla em qualquer grau em que se verifique, desde que se defina a proporção real entre o dano e o seu valor. 3) – O quantum da condenação fixado em salários mínimos não representa fator social de correção e sim base de quantificação do montante ressarcitório, não podendo ser limitada por atos administrativos normativos de hierarquia inferior. 4) - Recurso conhecido e improvido. (Relator Juiz MARCONI MARINHO, Julgado em 08 de junho de 2005).

IV. DO DIREITO:

a) Da Lei nº 6.194/74

A Lei 6.194/74 que dispõe sobre o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, por pessoas transportadas adequa-se ao caso em tela. O art. 3º do referido diploma legal concede o direito à indenização por morte, invalidez permanente, total ou parcial aos que sofrerem acidente em via terrestre causado por veículos automotores.



b) Da indenização pela via administrativa

A Lei nº. 6.194/74, que disciplina e rege o seguro obrigatório DPVAT, determina o pagamento da indenização às vítimas de acidente de trânsito, em casos de invalidez, conforme dispõe o art. 3º alínea b, determina o seguinte:

-
"Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada: (Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos). (...)

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)"

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas. (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)- grifamos

Além do mais, na Lei 11.945 de 2009, que alterou a Lei do DPVAT de nº 6.194/74, trouxe consigo uma tabela onde delimita já o percentual a ser pago, independente de percentual pericial, exigindo apenas a comprovação da lesão sofrida por profissional competente, tanto o é, que a Unidade de Medicina Legal não mais delimita tal percentual nos seus laudos, tomando como parâmetro a referida Lei.

Notadamente, a indenização coberta pelo Seguro DPVAT tem como fato gerador os danos pessoais advindos de acidente de trânsito ou daquele decorrente da carga transportada por veículo automotor terrestre, **não ostentando, portanto, vinculação exclusiva com a incapacidade laborativa, a qual encontra sua reparação no âmbito previdenciário.** Recentemente, o **SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**, através da publicação do Recurso Especial 876.102 DF, PUBLICADO EM 01/02/2012, tem entendido:

RESPONSABILIDADE CIVIL. RECURSO ESPECIAL. SEGURO DPVAT. LEI 6.194/74. INCAPACIDADE PERMANENTE. CONCEITO E EXTENSÃO. DEFORMIDADE FÍSICA PERMANENTE LIMITADORA DA PRÁTICA DE ATIVIDADES COSTUMEIRAS.

-
1. O Seguro DPVAT tem a finalidade de amparar as vítimas de acidentes causados por veículos automotores terrestres ou pela carga transportada, ostentando a natureza de seguro de



danos pessoais, cujo escopo é eminentemente social, porquanto transfere para o segurador os efeitos econômicos do risco da responsabilidade civil do proprietário em reparar danos a vítimas de trânsito, independentemente da existência de culpa no sinistro.

-

2. Em interpretação sistemática da legislação securitária (Lei 6.194/74), a "incapacidade permanente" é a deformidade física decorrente de lesões corporais graves, que não desaparecem nem se modificam para melhor com as medidas terapêuticas comuns, habituais e aceitas pela ciência da época.

-

3. A "incapacidade" pressupõe qualquer atividade desempenhada pela vítima - a prática de atos do cotidiano, o trabalho ou o esporte, indistintamente - e, por óbvio, implica mudança compulsória e indesejada de vida do indivíduo, ocasionando-lhe dissabor, dor e sofrimento.

4. No caso em exame, a sentença, com ampla cognição fático-probatória, consignou a deformidade física parcial e permanente do recorrente em virtude do acidente de trânsito, encontrando-se satisfeitos os requisitos exigidos pelo art. 5º da Lei 6.194/74 para configuração da obrigação de indenizar.

-

5. Recurso especial provido para reconhecer o direito do recorrente à indenização, restabelecendo a sentença inclusive quanto aos ônus sucumbenciais.

(REsp 876102/DF, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 22/11/2011, DJe 01/02/2012)

Destarte, em interpretação sistemática da legislação securitária de danos pessoais, a **"incapacidade permanente"** é a deformidade ou debilidade física decorrente de lesões corporais graves, que não desaparecem nem se modificam para melhor com as medidas terapêuticas comuns, habituais e aceitas pela ciência da época. É o que se infere das definições encontradas em consultas realizadas nos seguintes sítios oficiais:

a) da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP: "perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão decorrente de acidente pessoal" (www.susep.gov.br);

b) do Seguro DPVAT: "a perda ou redução, em caráter definitivo, das funções de um membro ou órgão, em decorrência de acidente provocado por veículo automotor" (www.dpvatseguro.com.br).

Impende salientar que a aferição da extensão da perda ou redução das funções do membro ou órgão da vítima de acidente com veículo automotor ou carga transportada, é



realizada com supedâneo em exame pericial e demais documentos comprobatórios, portanto, analisada nas instâncias ordinárias, as quais detêm ampla cognição fático-probatória para esse mister.

Não obstante, insta salientar que a "**incapacidade**" pressupõe qualquer atividade desempenhada pela vítima - a prática de atos do cotidiano, o trabalho ou o esporte, indistintamente -, o que, por óbvio, implica a mudança compulsória e indesejada de vida, ocasionando-lhe dissabor, dor e sofrimento. Destarte, caracterizada a deformidade física parcial e permanente do recorrente em virtude de acidente de trânsito, encontram-se satisfeitos os requisitos exigidos pela Lei 6.194/74 para que se configure o dever de indenizar, conforme art. 5º. Da referida Lei. Neste sentido, os seguintes julgados do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais:

"Ação de Cobrança - Preliminar - Carência de Ação - Rejeitada - Preliminar - Indeferimento da Inicial - Rejeitada - DPVAT - Invalidez Permanente - Comprovação - Indenização - Devida - Litigância De Má-Fé - Condenação Indevida - Honorários Advocatícios - Valor - Manutenção - Reforma Parcial Da R. Sentença. A cobrança judicial da indenização do seguro DPVAT não depende do prévio esgotamento da via administrativa pelo beneficiário, já que a Constituição Federal, em seu artigo 5º, inciso XXXV dispõe que a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça de direito. Devido o pagamento do seguro obrigatório garantido pela Lei n. 6.194/74, já que restou provado que a debilidade permanente do membro superior direito da parte apelada foi causada por acidente com veículo automotor terrestre. Inteligência do artigo 5º da Lei n. 6.194/74. Uma lesão permanente na vítima não pode ser quantificada de forma matemática, como se cada parte do corpo tivesse um determinado percentual de utilidade. Tal assertiva se mostra até mesmo imoral, porque afronta o fim social da imposição do seguro. Conforme já esposado, o corpo humano é como se fosse uma máquina na qual cada peça desempenhasse um papel vital e fundamental. Se uma destas peças se perde, o desempenho do corpo como um todo, resta fatalmente prejudicado. Daí porque não há como se quantificar a extensão da invalidez no caso de indenização devida em função do seguro obrigatório DPVAT. (...)" (Grifos nossos)

"Ação de Cobrança - Seguro Obrigatório - DPVAT - Invalidez Permanente - Comprovação - Valor da Indenização - Patamar Máximo - 40 Salários Mínimos - Previsão na Lei 6.194/74. Em se tratando de pedido relativo a seguro obrigatório, tendo a lesão sofrida em função de acidente automobilístico causado debilidade permanente, a indenização dever ser arbitrada no grau máximo disposto na legislação. O Conselho Nacional de Seguros Privados não detém competência para estabelecer o quantum indenizável, sendo certo que as portarias ou resoluções por ele editadas não podem alterar ou prevalecer sobre a lei federal que rege a matéria." (Grifos nossos)

Por tanto, o autor solicitou a indenização do Seguro DPVAT, todavia a Seguradora Líder não conferiu o pagamento dos valores que lhe são devidos, apesar das várias sequelas funcionais e anatômicas decorrentes do acidente.



Resta provado que a demandada deve pagar ao promovente a importância devida pela incapacidade sofrida, cujo valor deve ser devidamente corrigido monetariamente e acrescido de juros, desde a data do evento danoso, tomando-se como base a SÚMULA 54 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, *in verbis*:

“Os juros moratórios fluem a partir do evento danoso em casos de responsabilidade extra contratual”.

O direito do promovente é **LIQUIDO E CERTO**, basta uma simples interpretação a olho nu para se vislumbrar com a concretividade do caso em tela.

c) Da necessidade de perícia médica

Como já relatado anteriormente, o Autor sofreu acidente em via terrestre, o que ocasionou lesões de natureza permanente, possivelmente insuscetíveis de reversão através de tratamento médico. Razão pela qual se faz necessário a designação de perícia, por médico especialista, por este juízo.

d) Da necessidade de apresentação do DUT ou qualquer prova de quitação do prêmio

Apesar do art. 7º da Lei nº 6.194/74 exigir a identificação entre seguro e seguradora como requisito para pagamento de indenização, o STJ, por outro lado, na Súmula 257 firmou o seguinte entendimento:

“Falta de pagamento do Prêmio do Seguro Obrigatório – Recusa do Pagamento da Indenização. A falta do pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículo Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização”.

Desse modo, recorremos ao Poder Judiciário com a esperança de resolução desta causa.

V. DOS PEDIDOS

Pelo exposto requer:



- 1) O deferimento dos benefícios da **Justiça Gratuita**, nos termos do art. 98 e seguintes do CPC/2015;
- 2) Com fulcro no art. 319, VII, do NCPC, dispensar a designação de audiência de conciliação;
- 3) A citação do requerido por meio postal, nos termos do art. 246, inciso I, do CPC/2015;
- 4) A condenação da Ré no valor de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)** como indenização pela **INVALIDEZ PERMANENTE** ou o valor correspondente ao nível de lesão constatado em Laudo Pericial Oficial, sendo os valores devidamente corrigidos, bem como honorários advocatícios e as custas processuais, nos termos da legislação vigente.
- 5) A produção de **PROVA PERICIAL** a ser realizada por médico perito, tendo os seguintes quesitos para serem respondidos pelo perito:
 - a) Qual o tipo de lesão sofrida pelo Autor em decorrência do acidente mencionado na Petição Inicial?
 - b) As lesões sofridas são compatíveis com os fatos narrados na inicial?
 - c) Quais as sequelas físicas da lesão (esclarecendo se temporária ou permanente e o percentual)?
 - d) Resultou debilidade permanente de membro? Resultou deformidade permanente?
- 6) A produção de todos os meios de prova admitidos em direito e necessários à solução de controvérsia, inclusive a juntada de todos os documentos anexos;
- 7) Intime-se a Seguradora Líder para a juntada de todos os documentos do processo administrativo, **inclusive LAUDO PERICIAL realizado por peritos da própria seguradora na via administrativa.**

Dá-se a causa o valor de R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), para efeitos meramente fiscais.

Termos em que pede e espera deferimento.

Campina Grande/PB, 20 de agosto de 2020.



AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO

Advogada – OAB/PB nº 24.386



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOANDERSON SILVA MARQUES, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG nº 3.824.473 SSDS-PB, inscrito no CPF sob o nº 104.615.374-94, residente e domiciliado na Rua Joaquina Dantas de Souza, S/Nº, Centro, Aroeiras – PB.

OUTORGADO(S): MARÍLIA NOBREGA DE ASSIS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PB sob o nº 16.598, portadora do CPF nº 060.867.257-89;

AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PB sob o nº 24.386, portadora do CPF nº 094.614.824-42;

ISIS GORGÔNIO BASTOS, brasileira, união estável, advogada inscrita na OAB/PB sob o nº 26.547, portadora do CPF nº 105.524.114-00, com o endereço profissional localizado na Rua Engenheiro Saturnino Brito, nº 161, apto 103, Itararé, Campina Grande – PB.

PODERES: Para o foro em geral, com o fim especial de interpor Ação perante a JUSTIÇA, podendo praticar todos os atos judiciais inerentes ao bom cumprimento deste mandato, inclusive, confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação e firmar compromisso, impetrar recurso e substabelecer, com ou sem reserva de poderes, até final decisão.

Campina Grande - PB, 28 de novembro de 2019.



Outorgante



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **JOANDERSON SILVA MARQUES, SOLTEIRO, AGRICULTOR, PORTADOR DO RG Nº 3.824.473 SSDS-PB, INSCRITO NO CPF SOB O Nº 104.615.374-94, RESIDENTE EM RUA JOAQUINA DANTAS DE SOUZA, S/Nº, CENTRO, AROEIRAS - PB,** declaro para os devidos fins de direito que não possuo condições de arcar com as custas processuais e despesas judiciais sem causar prejuízos ao meu próprio sustento e de minha família, haja vista ser pobre na forma dos artigos 98 e seguintes do Código de Processo Civil.

Campina Grande - PB, 28 de novembro de 2019.

Joanderson Silva Marques

Declarante







JANAINA TAVARES DA SILVA
RUA JOAQUINA CANTAS DE SOUZA, S/N - CENTRO
ARCEIRAS / PB CEP: 58499000 (AG: 109)

Ligação MONOFÁSICO
Clas/Sec: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 2 - 109 - 25 - 1550
Medidor: 00000837802
Referência: Nov/12/2019
Emissão: 05/11/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Crote Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690
CNPJ: 03.036.183/0001-40 Ins. Est: 13.015.620-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 033 345 617
Cód. par. Oth. Automático: 0000032631

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 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/863253-1

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Sarampo é grave e pode matar. Fique atento ao calendário de vacinação e se previna.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
07/10/19	18061	05/11/19	1815	

Demonstrativo									
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa C/ Tributos	Valor Base Calc	Alq. ICMS	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	Base Calc Fu (R\$)	Colm (R\$)
0601	Consumo até 50kWh-BR	30,000	0,190860	5,72	0,00	0	0,00	5,72	0,05
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	55,000	0,328895	17,97	0,00	0	0,00	17,97	0,15
0601	Adic. B Amarela			0,54	0,00	0	0,00	0,54	0,00
0601	Adic. B Vermelha			0,30	0,00	0	0,00	0,30	0,00
0610	Subsídio			23,48	0,00	0	0,00	23,48	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0907	CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA			10,50	0,00	0	0,00	10,50	0,00
0904	JUROS DE MORA 09/2019			0,30	0,00	0	0,00	0,30	0,00
0904	JUROS DE MORA 10/2019			0,02	0,00	0	0,00	0,02	0,00
0905	MULTA 09/2019			0,59	0,00	0	0,00	0,59	0,00
0905	MULTA 10/2019			0,81	0,00	0	0,00	0,81	0,00
0906	Devolução Subsídio			-22,38	0,00	0	0,00	-22,38	0,00

CCI Código de Classificação do item: TOTAL 37,59 0,00 0,00 47,86 0,40 1,85
Tarifa s/ Tributos Até 30kWh 0,191710 Até 100kWh 0,311500

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

Histórico de Consumo (kWh)											
97	94	108	59	103	85	103	87	99	82	81	96
Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Set/19	Out/19

RESERVADO AO FISCO
09f1.b817.2c9f.3cd7.6182.92ce.96a8.d7ed.

Indicadores de Qualidade 9/2019-Atuais				Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite da Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL 0,15	0,95	NOMINAL 220		Serviços de Dist. da Energia - VPS	8,53	22,69
DIC TRIMESTRAL 1,25				Compra de Energia	12,30	32,72
DIC ANUAL 4,00				Serviço de Transmissão	1,27	3,38
FIC MENSAL 0,36	1,00	CONTRATADA 202		Encargos Setoriais	1,29	3,41
FIC TRIMESTRAL 1,08		LIMITE INFERIOR 201		Impostos Diretos e Encargos	14,21	37,80
FIC ANUAL 3,24		LIMITE SUPERIOR 201		Outros Serviços	0,00	0,00
DIC 1,10	0,95			Total	37,59	100,00
DICRI 1,10				Valor do EUSD (Ref 9/2019) R\$ 11,65		

ATENÇÃO Faturas em atraso
- Sua Unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um percentual de R\$22,38

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 CANTAS DE SOUZA, S/N - CENTRO - ARCEIRAS / PB CEP: 58499000

Nosso Nr	Nr Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120008204329	000863253201911	12/11/2019	R\$ 37,59	

BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 03.036.183/0001-40
Br 230, Km 25 - Crote Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690

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



DETRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO Nº 6175929687		PENº 6175929687	
VIA	COD. RENAVAM	REB	EXERCÍCIO
1	758136463	*****	2005
NOME/ENDEREÇO MARCELO DE ARAUJO NASCIMENTO RUA DA MANGUEIRA N 251 CS MANGUEIRA 51030-700 VIT. STO ANTAO PE			
CPF/CGC		PLACA	
028.492.774-01		KKR8215	
BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONVÊNIO PENº 6175929687			
NOME/ENDEREÇO		EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
MARCELO DE ARAUJO NASCIMENTO RUA DA MANGUEIRA N 251 CS MANGUEIRA 51030-700 VIT. STO ANTAO PE		2005	26/04/05
CPF/CGC		PLACA	
028.492.774-01		KKR8215	
VEÍCULO HONDA/CG 125 TITAN KS 2P/1240L PARTIO VERMELHA 2001			
COD. RENAVAM		MARCA/MODELO	CHASSI
758136463		HONDA/CG 125 TITAN KS	9C2JC30101R155458
ANOS/FAB	CAT. TARE	PREMIO LIQUIDO(R\$)	
2001	09	SEGURO PAGO	
PREMIO LIQUIDO(R\$)		IOF (R\$)	TOTAL(R\$)
SEGURO PAGO			





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
10ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE BOQUEIRÃO/PB
Avenida José Pedro de Melo, s/n – Centro/Aroeiras/PB.



CERTIDÃO

Certifico, em razão de meu cargo e ofício, que, por volta de 13h24 do dia 23/08/2019, compareceu a esta unidade de Polícia Civil, na CIDADE DE AROEIRAS/PB, na presença do BEL. EVERALDO ALVES DE MIRANDA, a Sra. JANAÍNA TAVARES DA SILVA (Brasileira; do sexo Feminino; natural de Aroeiras/PB; em união estável; agricultora; com 45 anos – nascida em 06/10/1973; filha de Maria Tavares da Silva; residente na Rua Joaquina Dantas de Souza, 113 - Centro/Aroeiras/PB - Fone 98147-2346). À Autoridade, NOTICIOU O SEGUINTE: QUE, POR VOLTA DE 06H DO DIA 18/02/2016, SEU FILHO, JOANDERSON SILVA MARQUES, ENTÃO COM 14 ANOS, CONDUZIA SUA MOTOCICLETA HONDA CG 125 TITAN KS, DE PLACA KKR-8215/PB, EM NOME DE MARCELO DE ARAÚJO NASCIMENTO, QUANDO, NA RUA DO ROSÁRIO, EM FRENTE À LOJA DE MATERIAL DE CONSTRUÇÃO DE ANTONIO DE JOSÉ MARQUES, NO CENTRO DESTA, COLIDIU CONTRA OUTRA MOTOCICLETA DE CONDUTOR E CARACTERÍSTICAS DESCONHECIDOS. AFIRMA QUE, EM RAZÃO DA COLISÃO, SEU FILHO SOFREU AFUNDAMENTO DO CRÂNIO, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL LOCAL E, POSTERIORMENTE, PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DE CAMPINA GRANDE. APRESENTA COMO TESTEMUNHAS AS PESSOAS DE JULIANA FREIRE DE LIMA E AMAURI DOS SANTOS BARBOSA (AMBOS RESIDENTES NO SÍTIO LAGOA DO CHICO/AROEIRAS). A PRESENTE É VERDADEIRA. Eu, ESCRIVÃO CÍCERO DIAS, o digitei e o arqueei no Cartório Policial desta DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL.

Janaína Tavares da Silva

JANAÍNA TAVARES DA SILVA
NOTICIANTE

CÍCERO DIAS
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL

X Amauri dos Santos Barbosa

X Juliana Freire de Lima



SINISTRO 3190694385 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOANDERSON SILVA MARQUES**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** ARIVLE

CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO JOANDERSON SILVA MARQUES**CPF/CNPJ:** 10461537494**Posição em 18-12-2019 13:56:17**

Verificamos que este pedido de indenização foi feito após o prazo estabelecido em lei para dar entrada no Seguro DPVAT e, por esse motivo, o processo foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.



Ficha de Acolhimento

Nome:	João Carlos Silva Moraes	Idade:	30 anos
End:	João Carlos Dantas	Sexo:	Masculino
Data de Nascimento:	08.06.91	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acidente	Data do Atendimento:	18.02.16
		Hora:	9:10
		Documento:	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fútil de dor () Gemente
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:		Temperatura axilar:	
Desagem de HGT:		Mucosas:	() Normocrômica () Palida
Deambulação:	() Livre () Cadência de rodas () Cama		

Estratificação

Vermelho - atendimento imediato
Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora
Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

903 110




NOME: Primeron 5 km W Torquay
IDADE: 14/20

316

Unidade de Tratamento Intensivo
CONTROLE GERAL

Nome:	quintana	2.º	11/11/2007
Idade:			
Leito:			
	04		

[illegible]

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNEB
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNEB

Identificação do Paciente		6 - Nº DO PRONTUÁRIO
5 - NOME DO PACIENTE		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO (Nº DO TELEFONE)	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - CDD - REG. MUNICÍPIO	15 - UF
	16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)		

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR	19 - CDD DO PROCEDIMENTO ANTERIOR
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	21 - CDD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL	23 - CDD 10 PRINCIPAL
	24 - CDD 10 SECUNDÁRIO
	25 - CDD 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	27 - CDD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II	<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	30 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	32 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	34 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
	35 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
Paciente vítima de TCE e MED	

37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		38 - DATA DE SOLICITAÇÃO
39 - DOCUMENTO		40 - DATA DE SOLICITAÇÃO
41 - CDD	42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

AUTORIZAÇÃO		45 - CDD ÓRGÃO EMISSOR	46 - DATA DE SOLICITAÇÃO
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
49 - CDD	50 - CPF		

M.O.D. 017







NOME: <i>Ismaelton Silva Marques</i>	Nº PRONTUÁRIO:
U T I	ENF: LEITO: <i>4</i>

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 16h	<i>Admissão UTI Radiológica</i>	
	<i>Paciente, 14 anos, encaminhado de centro cirúrgico com diagnóstico de hematoma extra- cranial. Já é portador de RCE com evidente motoricida- de. Por volta das 14h, o paciente chegou com evidente comprometimento motor na base motociclística na cidade de Aracaju-SE, estando em estado um pouco. Não apresentava perda de con- sciência, embora tenha sido vítima de RCE. O pa- ciente não apresentava comprometimento da função neurológica.</i>	
	<i>No momento, se encontra acordado, consciente, orientado, com Glasgow 15. Negar dores e outros sintomas.</i>	
	<i>Após exame: EGC, simétrico, bipolarizado (2+/4+), lido- tado, variável, fisiológico, contínuo, profundo, normal e simétrico. Chasse 15. ACV: ICC 2x 12x 12 mm AR: MU+ 12x 12 mm ABD: abdômen, dolor, insensível, insen- sível, não doloroso, sem VMS, RLS 0. Ext: sem edema, purpúricos (RCE 2.3.4), pulso normal, quente, com e sem tração. Cefaléia: supratentorial bilateral, com edema mas evidente de E. (atividade normal) sem sinais de comprometimento não mais ativos.</i>	

MOD. 007



Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
19/10/16	<p>410: TCE por acidente motociclistico. Hematoma extracranial dorsocaudal. TO imediata de edemaagum este hematoma extracranial.</p>	
	<p>Exames: Ressonancia DM: 2000ml 56.5% / 24h K: 2,5 e Na: 9 Pequenas 750mg / 12h Hidantal 800mg / dia (9/18h) Sobito R e tórax, hemograma: mcr, PCR, ionograma, Ur/Cr, TGO, TGP, TPA, TP / AE.</p> <p> + 10 dias Valença</p>	
18/10/16 às 17:30	<p>ANALISE Análise feita no pos-operatório, consciente e orientado, si difíceis movimentos apertados, incoerentes, posturas funcionantes. col. Analgésico Obs. neural. Repetir CT do nervo controlado amanhã</p>	
	<p> + 10 dias Valença</p>	

18-10211C

410: YCE your voridenter motorist's tie

Hermitian & structural modes

PO imitativo de comportamento e de linguagem funcional.

conduto: pinto vermelho

QAN - 2000 ml 56.5.1 / 246

$K: 2, 3$ e $Nb: 4$

Leguminosae 750 mg Y186

Kid Dental 800mg / duo (7/8h)

habitate re e tione humana:

MP, PC, Isopropanol, U/CA, PEO, PGP, MPAA,
MP/AE.

Dr. Nayana P. M. Patil
Medica Residente
Cruz 8228

+ Kaya Vahana

18/02/16

著者名氏

à 17:30

Amplio porte no nos operadores, constantes
e estruturas, 31 difernetes modos operantes,
interiores, programa funcionando.

col: Analgesia

Obs. neural.

Repetir o de novo controla a manha

Dr. Patrícia P. de Aguiar
NEUROCIRURGIA
CRM-PB 10.218





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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

NOME	N.º PRONTUÁRIO	
Joanderson Silva Marques		
	ENF.	LEITO
		7

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 Insuficiente	
	Controles	
	AT: 36,5°C	Diet: Suspensa
	APC: 108 - 97	Diurese: 1450 ml
	APR: 24 - 20	DO: 1,09 ml/kg/h
	ASPQ: 100 - 98	Exercícios: Parados
	APR: 143/29(16) - 150/18	Prontidão: 0
	BH:	
	Intervenções e P	
	Evolui com ECG, hipocrado, medula	
	apical, apical, pericardio	
	APC: 108 - 97	
	APC: 108 - 97	
	ad. de pericardio s/ rnc	
	s/s pericardio	
	SN: Sanguineo, pericardio	
	Ed. Insuficiente	
	23.00 Pariente apresentando	
	3 episódios de vômito com	
	pericardio	
	sol. suco de limão	
	SE 0,9t Sanguineo	
	176T	

MOD. 007





EVOLUÇÃO DIÁRIA - UTI PEDIÁTRICA

Data de admissão UTIP: 19/02/20		Paciente: <u>Frederico Silva Marques</u>	
DATA atual: 19/02/20 HORA: 7h		Idade: <u>14 AN</u> Peso: <u>110</u> Kg.	
DIH: <u>2º</u> DIUTI			
HD: <u>PCE por condente metacilático; MED ultramado, 1º dro de chma- opm de MED.</u>			
INTERCORRÊNCIAS: <u>apresentou 2 episódios de vômitos sangüinolentos e em túrculo com menor quantidade de sangue. Relatada na SNG por um momento de neurodepressão - iniciado em início de tarde.</u>			
DADOS DE ENFERMAGEM		BALANÇO HÍDRICO	
<u>16 - 06 h</u> $\Delta T: 36,5^{\circ}C$ $\Delta FC: 70 - 109 bpm$ $\Delta FR: 20 - 25 ipm$ $\Delta SO: 97 - 100 l$ Evaqueções: \emptyset PAS: <u>135 - 145 mmHg</u> AD: <u>66 - 79 mmHg</u> PAM: <u>90 - 102 mmHg</u> Glicemia capilar: <u>90 mg/dL</u> QES:		Peso dia: _____ Peso da anterior: _____ ENTRADAS: _____ SAÍDAS: _____ Gravidade: \emptyset Resíduo: <u>440</u> Venólise: <u>2189</u> Diurese: <u>2500</u> NTP: _____ Diema: <u>1000</u> Medicação: <u>818</u> Outros: _____ <u>+ 3000</u> Δ final: <u>- 964 mL - 8940</u> DEBITO URINÁRIO: <u>1,5</u> mL/kg/h TFG:	
		PROCEDIMENTOS INVASIVOS	
		<input type="checkbox"/> TINT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> CATETER VESICAL <input type="checkbox"/> CATETER dialise peritoneal <input type="checkbox"/> DREN PLEURAL <u>X DREN</u> <input type="checkbox"/> MEDIASTINAL <u>valve</u> <input type="checkbox"/> CATETER ARTERIAL <input type="checkbox"/> NPT <u>X SNG</u> SNE GTT <input type="checkbox"/> PAS	
		NUTRICIONAL / HIDROELÉTRICO	
		<u>Alimentação: suspensa</u> <u>QNV 100 + 6051</u> <u>K: 2,5 No: 3</u>	
EXAME FÍSICO: <u>ECG, supino, hidratado (2+1+), brônquitos, crepitações, ruídos, purpura- ulido.</u>		SUPORTE VENTILATÓRIO	
RESPIRATORIO: <u>MV + VUR, simétrico, com valvula man- ua volúmen.</u>		MODO: _____ FIO: _____ FC: _____ PIP: _____ PEEP: _____ TI: _____ IE: _____ <u>Ute ventrícula</u>	
CARDIOVASCULAR: <u>ECG 2º BVE com VV</u>		SUPORTE VENTILATÓRIO	
FC: <u>96</u> bpm TEC: <u>23</u> s PA: <u>123 X 77</u> mmHg PAM: <u>94 X</u> mmHg PVD: _____ <u>Pulso mediano, fraco e irregular.</u>		<u>Apresenta</u> <u>D.L</u> <u>450 mg de 818 h</u>	
DIGESTIVO / ABDOMINAL: <u>ABO ultramado, vômitos, sem VUB, RUSO.</u>		HEMODINÂMICO	
RENAL / METABOLICO: <u>ultramado, com náusea, edema periorbitário bilateral (2+1+ 2e D e 3+1 4+ 2e E).</u>		\emptyset	
NEUROLÓGICO: <u>consciente, orientado, respondendo. b- equimose periorbitária bilateral, mais evidente 2e E. GISSOW 15.</u>		SEDAÇÃO / ANALGESIA	
INFECIOSO / HEMATOLOGICO: <u>vasculite, sem sangramento ativo.</u>		\emptyset	
PSICOLÓGICO / SOCIAL: <u>acompanhado de pai</u>		MEDICAÇÃO DE SUPORTE	
		<u>Kolidental 300mg / dia</u> <u>Amefmapol</u> <u>Naloxona</u> <u>Adiprona</u>	

VCC 331



Conduta:

1) Nutricional: dieta máxima
restrita SNG

2) Hidroeletrolítico: manter OSM 100/50/51
Na: 3, K: 2,5

3) Respiratório: var. variável

4) Infeccioso: mantido SNG

5) Hemodinâmico: ☒

6) Sedação: ☒

7) Suporte: mantido

8) Exames:  + Histo. nasado

9) Parecer:





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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

NOME	JOANTERSON SILVA MARQUES	
N.º PRONTUÁRIO		
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
	<u>EVOLUÇÃO DA TARDE</u>	
	* VARIAÇÕES DAS 7H AS 14H	
19/04/16	$\Delta T = 36,5 - 37^{\circ}C$ $\Delta FC = 64 - 73 bpm$ $\Delta FR = 18 - 22 rpm$ $\Delta SATO_2 = 94 - 97\%$	$\Delta PAS = 123 - 143 mmHg$ $\Delta PAD = 58 - 78 mmHg$ $\Delta PAUS = 94 - 95 mmHg$ $DIVULSO = 0,5 ml/kg/1h$
	# <u>AC</u> <u>URGENTE</u>	
	A INTERCORREÇÕES:	
	- Realizou TC de crânio e foi avaliado pela neurologia que observou contusão no polo anterior SNE	
	- Melhorou dos vômitos	
	- Anorexia reduzida	
	- Apontou para sinais neurológicos	
	Exame: EG comprometido, eufórico, agitado, acromático, anictérico, glândulas = 15	
	Edema e equimose periorbital	
	- RCR em RT, BAF, S/S FC = 70 bpm	
	- Pulso radial palpável	
	- MVD em AHT, sem RA	
	- Abdomem depressivo	
	CD droga lock 500ml EV	
		 Mores Fontes Médico Pediatra CRM-PB 5601

WCD: 307

10/16



EVOLUÇÃO DIÁRIA - UTI PEDIÁTRICA

Data de admissão UTI: 28/02/2020 DATA atual: 20/02/2020 HORA: 08:30 DIH 3 DI UTI		Paciente: <u>Joanderson Silvio Marques</u> Idade: <u>34 anos</u> Peso: <u>550</u> Kg.	
HD: TCE por acidente motociclistico, MED drenado, 2º DPO de drenagem de MED			
INTERCORRÊNCIAS: Paciente segue sem intercorrências (náuseas, diarreias e/ou outros)			
DADOS DE ENFERMAGEM Δ T: 36,5-37,4°C Δ FC: 64-78 bpm Δ FR: 28-30 rpm Δ SO ₂ : 94-95% - oxím. 8 Δ PAS: 123-148 mmHg Δ PAD: 83-78 mmHg Δ PAM: 83-88 mmHg Δ Glicemia capilar: QBS:		BALANÇO HÍDRICO Peso dia: ENTRADAS Oralísona: 8 Venoclise: 2536,8 NTP Medica. de: 304 Evacuações: + 3.743,8 Δ final = + 2323,8 DÉBITO URINÁRIO 0,49 ml/kg/h TFG:	
		PROCEDIMENTOS INVASIVOS <input type="checkbox"/> TNT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> CATÉTER VESICAL <input type="checkbox"/> CATÉTER dialise peritoneal <input type="checkbox"/> DRENO PLEURAL <input checked="" type="checkbox"/> DRENO <u>Cefex</u> <input type="checkbox"/> MEDIASTINAL <input type="checkbox"/> CATÉTER ARTERIAL <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE GTT <input type="checkbox"/> Δ PAS: NUTRICIONAL / HIDROELÉTRICO Dieta Suspensa DM = 56 g/L = 500 ml (100%) Na ⁺ = 3% ; K = 2,5%	
EXAME FÍSICO: EBR, supnates, hipoalco. hiperacido (+/+), distúrbios, osso- ficos, afébril ao toque, normosecões.		SUORTE VENTILATÓRIO MOD: FIO: PIP: TE: FC: PEEP: UE: Ar Ambiente	
RESPIRATORIO: MVQ em AHT, sem RA		SUORTE VENTILATÓRIO Dias de uso: Cefuroxima (100) 750 mg de 8/8h	
CARDIOVASCULAR: RCR em RT, BCF 51 sopros.		HEMODINÂMICO Ø	
FC 82 bpm TEC < 3 s PA 142X 64 mmHg PAM X mmHg Pvc		SEDACÃO / ANALGESIA Ø	
DIGESTIVO / ABDOMINAL: Glóssos, flocos, depressível, com RHA+ e hipoduros, sem auscultações, indolores a palpação superficial e/ou profunda.		MEDICAÇÃO DE SUPORTE Lidarbol 300 mg 1dx Omeprozol, Omeprazol, Nauseom Tromel.	
RENAL / METABOLICO: Diurese presente, concentrada. Presença de edema per- orbitário bilateral (+/+).			
NEUROLÓGICO: Consciente, orientado, sonolento, controlado, reativo, com ECG = 35.			
INFECIOSO / HEMATOLOGICO: Afébril ao toque, sem petéquias, sem rash, sem hiper- termia, sem sinais de infecção. Sem sangramentos óbvios.			
PSICOLÓGICO / SOCIAL: Acompanhado do pai			

MOO 331



Conduta:

1) Nutricional: Dieta livre Bando

2) Hidroeletrolítico: Mantido

3) Respiratório: Mantido

4) Infeccioso: Mantido

5) Hemodinâmico: Mantido

6) Sedação: Sem Sedação

7) Suporte: Unaspirazol 40mg
Fidacel 300 mg/dia
Framel (S/N), Depressão (S/N)
Nausechon (Ganglond), 4ml (8/8h)

8) Exames:

9) Parecer:

CRP - 12,4 mg/dL
Procalcitonina - 0,05 ng/mL
C-Reactive Protein - 0,05 ng/mL

Conduta = Alta da UTI Pediátrica



UTI INFANTIL - PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA:

NOME: JOANDERSON SILVA MARQUES

LEITO

07

18/02/16

PRESCRIÇÃO E TRATAMENTO

DOSE VIA INTERVALO

IDADE:

14a

PESO:

110kg

DATA DE NASCIMENTO:

1. DIETA SUSPENSÃO

2. Vendelise

SOS 5% 500ml
NaCl 20% 4.9ml
Kcl 19.1% 8.0ml

84.9ml EV 6/8h

IDADE:

14a

PESO:

110kg

DATA DE NASCIMENTO:

3. MEDICAÇÕES

DO

Celufloxima 750mg + 1 FA + 250ml SF0.9%

EV 8/8h

IDADE:

14a

PESO:

110kg

DATA DE NASCIMENTO:

Transl 100mg - 1 FA + 100ml SF0.9%

EV 8/8h

IDADE:

14a

PESO:

110kg

DATA DE NASCIMENTO:

Captopril 25mg - 1 CP 25 PA + 170x110

VO

IDADE:

14a

PESO:

110kg

DATA DE NASCIMENTO:

Hidantal 100mg - 1 FA + 250ml SF0.9%

EV

IDADE:

14a

PESO:

110kg

DATA DE NASCIMENTO:

Dipirone 500mg/ml - 2ML + 100ML AD

EV 6/8h

IDADE:

14a

PESO:

110kg

DATA DE NASCIMENTO:

Omeprazol 40mg - 1 FA + 10 ml AD

EV 24/24h

IDADE:

14a

PESO:

110kg

DATA DE NASCIMENTO:

SF 0.9%

EV 8/8h

IDADE:

14a

PESO:

110kg

DATA DE NASCIMENTO:

Nauseator 14mg 2ml - 4.0ml + 50.0ml de SF0.9%

EV 8/8h

IDADE:

14a

PESO:

110kg

DATA DE NASCIMENTO:

CABEDERA F. EVADA A 30 GRAUS

EV 8/8h

IDADE:

14a

PESO:

110kg

DATA DE NASCIMENTO:

BH. PA. FIC6

EV 8/8h

IDADE:

14a

PESO:

110kg

DATA DE NASCIMENTO:

Med. di. l. l. 20h

EV 8/8h

IDADE:

14a

PESO:

110kg

DATA DE NASCIMENTO:

Avaliação da N. R. 1.1.1

EV 8/8h

IDADE:

14a

PESO:

110kg

DATA DE NASCIMENTO:

Assinado eletronicamente por: AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO - 21/08/2020 14:20:12
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008211420128080000032039517
Número do documento: 2008211420128080000032039517



RADIOMETER ABL 800 FLEX

ABL837 UTI ADULTO
REL DO PACIENTE

Seringa - S. 250uL

11.09 18/2/2016
Amostra 41933

Identificações

ID Paciente
Nome do Paciente JOANDERSON
Tipo de amostra Arterial
T 37.0 °C
PO₂(I) 70.0 %
Sexo Masculino
Idade 14 anos
Q_i L/min

Valores de Gases no Sangue

pH 7.345 [7.350 - 7.450]
pCO₂ 39.4 mmHg [32.0 - 48.0]
pO₂ 293 mmHg [83.0 - 108]

Valores de Oximetria

ctHb 13.9 g/dL [12.0 - 16.0]
sO₂ 99.6 % [95.0 - 99.0]
FO₂Hb 97.3 % [94.0 - 98.0]
FCOHb 0.9 % [0.5 - 1.5]
FHb 0.4 %
FMeHb 1.4 % [0.0 - 1.5]

Valores dos Eletrólitos

cK⁺ 3.2 mmol/L [3.4 - 4.5]
cNa⁺ 141 mmol/L [136 - 146]
cCa²⁺ 0.76 mmol/L [1.15 - 1.29]
cCl⁻ 109 mmol/L [98 - 106]

Valores dos Metabólitos

cGlu 129 mg/dL [70 - 105]
cLac 2.5 mmol/L [0.5 - 1.6]
cCrea 116 µmol/L [53 - 106]
cBil 2 µmol/L

Valores Corrigidos pela Temperatura

pH(T) 7.345
pCO₂(T) 39.4 mmHg
pO₂(T) 293 mmHg

Índice de Oxigenação

ctO₂ 19.7 Vol%
p50_g 27.65 mmHg

Estado Ácido-Base

cBase(Ecf)_g -3.8 mmol/L
cHCO₃⁻(P)_g 21.3 mmol/L

Valores Calculados

cBase(B)_g -3.9 mmol/L
cBase(Ecf)_g -3.8 mmol/L
cHCO₃⁻(P)_g 21.0 mmol/L
ctCO₂(P)_g 49.7 Vol%
FSHunt_g 8.0 %
Hct_g 42.7 %
pO₂(A-a)_g 134.3 mmHg
mOsm_g 289.1 mmol/kg

Notas

↑ Valores) acima do intervalo de ref.
↓ Valores) abaixo do intervalo de ref.
! Valores) abaixo dos limites críticos.
c Valores) calculado(s)
e Valores) estimado(s)
cCrea 0210: Erro(s) de Calibração presente(s)



Sr(a): JOANDERSON SILVA MARQUES

Protocolo: 0000260057

RG: NÃO INFORMADO

Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA

Data: 18-02-2016 19:10

Origem: UTI PEDIATRICA

Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Idade: 14 anos

Destino: Leito - 07

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 18/02/2016 19:12]

SÉRIE VERMELHA

	Resultados	Valores de Referência
Eritrócitos	4.26 milhões/mm ³	3.9 a 5.3 milhões/mm ³
Hemoglobina	13,8 g/dL	12,0 a 16,0 g/dL
Hematócrito	42 %	35,0 a 46,0 %
V.C.M.	99 fL	82,0 a 101,0 fL
H.C.M.	32 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.	33 g/dL	32,0 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

	Resultados	Valores de Referência
Leucócitos	12.300 /mm ³ (%)	4.500 a 11.500 /mm ³
Neutrófilos		
Promielócitos	0	0
Mielócitos	0	0
Metamielócitos	0	0
Bastonetes	2,0	246
Segmentados	87,0	10.701
Eosinófilos	2,0	246
Basófilos	0	0
Linfócitos		
Típicos	6,0	738
Atípicos	0	0
Monócitos	3,0	369
CONTAGEM DE PLAQUETAS	192.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES

Contagens repetidas e confirmadas.

Edicléia Macedo de França
Edicléia Macedo de França
Biomédica
CRBM 4732





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): JOANDERSON SILVA MARQUES Protocolo: 0000260057 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): SEM IDENTIFICAÇÃO MÉDICA Data: 18-02-2016 19:10 Origem: UTI PEDIÁTRICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 14 anos Destino: Leito 07

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA 30.2 seg

DATA DA COLETA: 18/02/2016 19:10
Material: Plasma
Método: Coagulação Automática XMTA COM 1000

Valores de Referência:
22 a 35 segundos
Influências pré-analíticas (dietas):

O TTPA pode estar aumentado em indivíduos em uso de ácido acetil salicílico, aspirina, omeprazol, metformina e fenitoína.

A redução de TTPA pode ser observada em indivíduos em uso de anti-histamínicos, digoxina, contraceptivos orais, tetraciclina e metrogênio conjugados.

TEMPO E ATIVIDADE DE PROTROMBINA

DATA DA COLETA: 18/02/2016 19:10

TEMPO DE PROTROMBINA 18.2 Seg

ATIVIDADE DE PROTROMBINA 62 %

INR 1.47

Resultados anteriores:

Plasma Controle 12.5

12 a 13 Seg

75% de atividade de protrombina.

INR 1.2

Material: Plasma

Método: Coagulação automática XMTA COM 1000

Edicleia Macedo de França
Biomédica
CRBM 4732





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): JOANDERSON SILVA MARQUES
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000260057
Data: 18-02-2016 19:10
Idade: 14 anos

RG: NÃO INFORMADO
Origem: UTI PEDIATRICA
Destino: Leito - 07

URÉIA

DATA DA COLETA: 18/02/2016 19:10

Resultado: 18 mg/dl

Se 25 a 41 mg/dl

Resultados anteriores:

Materiais: Soro

Método: Sistema Automatizado SELECTRA

Observação:

CREATININA

DATA DA COLETA: 18/02/2016 19:10

Resultado: 1,0 mg/dl

Referentes: 0,3 a 1,0 mg/dl
Crianças: 0,3 a 1,0 mg/dl
Adultos: 0,6 a 1,2 mg/dl
Exames Relacionados: Glic, Depuração
da Creatinina

e Gama de
urina.

NOTA: O uso de medicamentos contendo
diplona e

vitaminas C pode alterar o
resultado deste exame.

Resultados anteriores:

Materiais: Soro

Método: Automatizado CM 200 WIMA

ASPARTATE AMINOTRANSFERASE (AST/TGO)

DATA DA COLETA: 18/02/2016 19:10

Resultado: 32 U/L

Homens: 10 a 35 U/L
Mulheres: 10 a 31 U/L

Resultados anteriores:

Materiais: Soro

Método: Automatizado CM 200 WIMA

Edicleia

Edicleia Macedo de França
Biomédica
CRBM 4732



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



Sr(a): JOANDERSON SILVA MARQUES

Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA

Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000260057

Data: 18-02-2016 19:10

Idade: 14 anos

RG: NAO INFORMADO

Origem: UTI PEDIATRICA

Destino: Leito: 07

ALANINE AMINOTRANSFERASE (ALT/TGP)

DATA DA COLETA: 18/02/2016 19:10

Resultado: **39 U/I**

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Automatizado CM-200 NIDENS

Homens: 9 a 43 U/I
Mulheres: 9 a 36 U/I


Edicleia Macedo de França
Biomédica
CRBM 4732



FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

NOME: Spanderson Silva Marques

ID: 766

SETOR: UTI - IVF

LEITO: 03

DATA: 18/09/16

HORARIO	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
P.A.T.E.N.T.																														
PULSO/FC																														
TEMPERATURA																														
RESPIRAÇÃO																														
SAT O2																														
PVC																														
PIA																														
HGT																														
SF 0.9%																														
SRL																														
SG 5%																														
SCRO EXTRA																														
SEDAÇÃO																														
ANALGESIA																														
MEDICAÇÕES																														
NORA																														
DORA																														
HEMODERIVADOS																														
NPT																														
DIETA																														
ÁGUA																														
MEDICAÇÕES																														
SNOWMONTOS																														
FESSES																														
DIURESE																														
HEMODIALISE																														
DRENO TÓRAX D																														
DRENO TÓRAX E																														
DRENO SUCCÃO																														
D. CAVITARIO																														
DVE																														
GANHOS 12H DIA=																														
PERDAS 12H DIA=																														
GANHOS 24H DIA=																														
PERDAS 24H + 1000ML=																														
ASSINATURA:																														

ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - DIURNO				ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - NOTURNO					
<p>As 16:00 h. Paciente admitido neste setor vindo do C.C. vítima de acidente de moto, drino de sucção no crânio 6 V com drenagem presente normal, consciente, realizado 55,3 V e monitorizado, segue sob as cuidados da enfermagem.</p> <p>Paciente 425050</p>				<p>Paciente segue em O2 ambiente com oxigênio percutâneo 500 e dreno de sucção, apresenta-se consciente, constante, apresenta normal consequentemente segue sob cuidados da enfermagem.</p> <p>23/6. Pac. apresenta Vítima de Sangue ex (2,50 ml) de 145,7 g/mg de medicamento passado SPC. Sabendo a ocorrência pelo anexo.</p>					
TÉCNICO DE ENFERMAGEM:				TÉCNICO DE ENFERMAGEM: <i>Jonas S. Gomes</i>					
SONDAS, CATETERES E DRENOS				SONDAS, CATETERES E DRENOS					
SVD:	AVP	AVC	PIA	PAM	TOT	TQT	SNE	SNG	DRENOS
ÚLTIMA EVACUAÇÃO:				BALANÇO HÍDRICO ATUAL:		BALANÇO HÍDRICO ANTERIOR:		BALANÇO HÍDRICO ACUMULADO:	
FERIDAS / LESÕES				CURATIVOS / COBERTURAS / PRODUTOS UTILIZADOS					
ENFERMEIRO:				ENFERMEIRO:					

SEGURANÇA FÍSICA	
<input checked="" type="checkbox"/> Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação:	
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR	
Pulso: <input checked="" type="checkbox"/> Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio:	
Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida. <input checked="" type="checkbox"/>	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> < 3 segundos () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia: ()	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção: / /	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: / /	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso <input checked="" type="checkbox"/> Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há: dias () Outros:	
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria <input checked="" type="checkbox"/> SVD: Débito: ml/h:	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Inteira () Ressecada () Equimoses <input checked="" type="checkbox"/> Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: / /	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: () Preservada () Prejudicada. Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
16:00 - Adolescente admitido do CC, em por de trauma de crânio, em 02 ambiente, AVP em MSE, dreno de sucção em região cefálica, apresentando hematomas em região ocular. Segue sob cuidados intensivos.	
Paciente apresenta hematomas segue sob cuidados intensivos Intubado S/S	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: 18/02/16 HORA: h
frescoref	

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



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Anderson Silva Marques Registro: 1277354 Leito: 07 Setor Atual: UTM-P
Idade: 14 Sexo: M Cor: Parda Estado Civil: Naturalidade: Aracaju Profissão:
Procedência: () Vermelha () Amarela () Verde () UTI (x) CC () Ala: () Residência () Outro
Data da internação hospitalar: 18/02/16 Data da internação no setor: 18/02/16
Tem um cuidador/Responsável: () Quem?
Telefone: Tem acesso a uma UBS: () Qual:

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias: () Motivos: Alergias: () Qual:
Doenças: () HAS () DM () DPOC () Cardiopatia () Obesidade () Tabagista () Ex-tabagista () 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; FR: 24 irpm; PA: 143x79 mmHg; FC: 108 bpm; SPO2: 100 %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm; Dor: () Local: Obs:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (x) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % Imin () Traqueostomia () Ayre/Tubo-T

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO


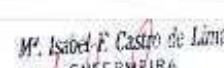
16: Jaderlan Silva Marques HD: TCG. SETOR: UTI 3 UNF. LEITO: 04. DATA: 19/02/16

	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	12H
SÁRIO	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94
TERIAL	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94
SO/FC	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94	10/20/94
PERATURA	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5
PIRAÇÃO	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
02	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	98%
I N F U S O E S																								
I N F U S O S																								
V E N O S A S																								
1,9%																								
2%																								
3% EXTRA																								
CAÇÃO																								
LGESIA																								
ICAÇÕES																								
CA																								
MODERIVADOS																								
I N F U S O E S																								
I N F U S O S																								
V E N O S A S																								
ICAÇÕES																								
IVÔMITOS																								
ES																								
RESE																								
TODIALISE																								
NO TORAX D																								
NO TORAX E																								
NO SUCÇÃO																								
AVITÁRIO																								
IHOS 12H DIA=	2.126,8																							
IHOS 24H DIA=	3.738,8																							
INATURA:	Jaderlan Silva Marques																							

ASSINATURA: Jaderlan Silva Marques

CDREN 337274-68

Assinado eletronicamente por: AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO - 21/08/2020 14:20:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082114201337600000032039518>
 Número do documento: 20082114201337600000032039518

PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM		APRAZAMENTO			
<input checked="" type="checkbox"/> REGISTRAR SINAIS VITAIS E REALIZAR BALANÇO HÍDRICO		14 17 20 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 DECÚBITO A CADA DUAS HORAS					
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO, HIGIENE OCULAR, NASAL E ORAL					
<input type="checkbox"/> REALIZAR TROCA DE FIXAÇÃO DE: () TOT () TOT () SOG/SOE () SNG/SNE () SVD () AVP () AVC ()					
<input type="checkbox"/> AVALIAR NECESSIDADE DE ASPIRAÇÃO RESPIRATÓRIA E REALIZAR O PROCEDIMENTO					
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS RESPOSTAS DO PACIENTE		15 16 22			
<input checked="" type="checkbox"/> MANTER ELEVADA AS GRADES DE PROTEÇÃO DA CAMA		M T N			
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, REFLEXO DE TOSSE, NÁUSEA E CAPACIDADE DE DEGLUTIR		M T N			
<input type="checkbox"/> OBSERVAR E REGISTRAR SINAL DE EDEMA					
<input type="checkbox"/> REGISTRAR FREQUÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DAS ELIMINAÇÕES					
<input type="checkbox"/> ASPIRAR E TESTAR REFLUXO DE SNG/SNE ANTES DA ADMINISTRAÇÃO DA DIETA/MEDICAÇÃO					
<input type="checkbox"/> MANUSEAR ACESSO VENOSO COM LUVA, GAZE E ÁLCOOL A 70%		15 18 24 06			
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR RODÍZIO DO SENSOR DE OXIMETRIA					
<input type="checkbox"/> AFERIR E REGISTRAR PVC					
<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 ESTETOSCÓPIO COM ÁLCOOL A 70%					
TÉC. ENF.(M) <i>Margarete Soares (116707)</i>	TÉC. ENF.(T)	TÉC. ENF.(N)			
RESULTADOS ESPERADOS:					
TROCA DE DISPOSITIVOS					
DISPOSITIVO	DATA DE INSERÇÃO	APRAZAMENTO	DATA DA TROCA	OBSERVAÇÕES	ASSINATURA
SOG/SNG	18 02	SOG/SNG: 4 dias	20 02		
SNE	18 02	SNE: Trimestral			
SVD	18 02	15/30 dias e/ou SN	18 03		
CURATIVO (FO)	18 02	Gaze comum: Diário			
CURATIVO (AVC)	18 02	Gaze comum: Diário			
		Bloclusivo: 7 dias			
CIRCUITO DE VM	18 02	15 dias e/ou SN			
FILTRO DE VM	18 02	4 dias e/ou SN			
UMIDIFICADOR	18 02	4 dias	22 02		
ASPIRADOR	18 02	48/18 horas			
LATEX	18 02	24/24 horas			
EQUIPO SIMPLES	18 02	72/72 horas	21 02		
EQUIPO NTP	18 02	24/24 horas			
INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA			INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA		
11. Realizado TC de crânio após avaliação por Dra. Patricia (Neuro). Realizado curativo em FO. Retirado SNG por orientação médica.			Paciente com internamento.		
					
ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL		





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DA UTI INFANTIL

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOME: Janderson Silva Marques IDADE: 4 PESO: 14 SEXO: M ☒ F ☐
ADMISSÃO NA UTI: 19/02/16 DIH: 12 DN: 07/06/01 LEITO: 04 DATA: 19/02/16
DIAGNÓSTICO MÉDICO: TCE Nº DO FRONTOUÁRIO: 1244354
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

ALERGIAS: SIM ☐ NÃO ☒ QUAIS:
ESTADO GERAL: ESTÁVEL ☒ REGULAR ☒ GRAVE ☐ GRAVÍSSIMO ☐
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ATIVO/REATIVO ☐ HIPOATIVO ☒ SEDADO ☐ COMATOSO ☐
PELE MUCOSAS: CCRADAS ☐ HIPOCORADAS ☒ CIANOSE ☐ ICTERICAS ☐ H.DRATADAS ☐ DESIDRATADAS ☐
REGULAÇÃO TÉRMICA: HIPOTERMIA ☐ NORMOTERMIA ☒ HIPERTERMIA ☐ SUBFEBRIL ☐
PRESENÇA DE ÚLCERA DE PRESSÃO: ESTÁGIO: LOCAL:
SIM ☐ NÃO ☒ ASPECTO/TRATAMENTO:
SENSIBILIDADE / MOTROCIDADE: PRESERVADA ☒ PLEGIA ☐ PARESTESIA ☐
FREQUÊNCIA CARDÍACA: BRADICARDIA ☐ NORMOCARDIA ☒ TAQUICARDIA ☐
NÍVEIS PRESSÓRICOS: HIPOTENSO ☐ NORMOTENSO ☒ HIPERTENSO ☐
PULSO: REGULAR ☒ IRREGULAR ☐ IMPALPÁVEL ☐ FILIFORME ☐ CHEIO ☒
PADRÕES RESPIRATÓRIOS: EUPNEICO ☐ DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐
OXIGENOTERAPIA: O₂ AMBIENTE ☒ MV ☐ % ☐ CNE ☐ L/min ☐ HOOD/CPAP ☐ VM ☐ FIO₂: SP0₂:
SIST. GENITOURINÁRIO: ESPONTÂNEA POR FRALDA ☐ SVD ☒ ASPECTO:
(DIURESE) DISÚRIA ☐ POLIÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ ANÚRIA ☐ HEMATÚRIA ☐
SIST. GASTROINTESTINAL: VO ☐ SOG/SNG nº SNG/GTM nº NTP ☐ DIETA ZERO ☒
(DIETA):
ELIMINAÇÕES INTESTINAIS: NORMAL ☐ AUSENTES ☒ DIARRÉICAS ☐ ASPECTO:
ABDOME: PLANO ☒ FLÁCIDO ☐ GLOBOSO ☐ DISTENDIDO ☐ DOLOROSO À PALPAÇÃO ☐
ACESSO(S) VENOSO(S): S/ACESSO ☐ PERIFÉRICO ☒ CENTRAL ☐ DISSECÇÃO VENOSA ☐
MEMBROS: BOA PERFUSÃO ☒ PERFUSÃO DIMINuíDA ☐ CIANOSE DE EXTREMIDADES ☐ EDEMA ☐ M+ ☐
CURATIVOS: TIPO: oclusão LOCAL: fo 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 CARDÍACO DIMINuíDO	<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO
<input type="checkbox"/> RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO	CD/FR:
<input checked="" type="checkbox"/> VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:
<input checked="" type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> DOR AGUDA
<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 DISFUNCIONAL	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE Desequilíbrio ELETROLÍTICO	CD/FR:
<input type="checkbox"/> ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA	CD/FR:
<input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO Desequilibrada: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE Desequilíbrio DO VOLUME DE LÍQUIDOS	CD/FR:

Assinado
ENFERMEIRO
CPEN-PE 135710

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
FR: FATOR RELACIONADO

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

MCQ 125



F. Janderison Silva Marques

[illegible]

ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - DIURNO

ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - NOTURNO

Novo medicamento apontado, SVD
apresentando diurese, regularizada
e a SVD não apresenta mais
dores no abdômen

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

João Vitor

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:





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DA UTI INFANTIL

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: Janderson Silva Marques		IDADE: 14A	PESO: SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
ADMISSÃO NA UTI: 18/02/16		DIH: 2	DN: 01/06/01
LEITO: 02		DATA: 20/02/16	
DIAGNÓSTICO MÉDICO: Ape		Nº DO PRONTUÁRIO: J214354	
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:			
ALERGIAS: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS:			
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 checked="" type="checkbox"/> HIPOATIVO <input type="checkbox"/> SEDADO <input type="checkbox"/> COMATOSO <input type="checkbox"/>			
PELE MUCOSAS: CORADAS <input checked="" type="checkbox"/> HIPOCORADAS <input type="checkbox"/> CIANOSE <input type="checkbox"/> ICTÉRICAS <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"/> SUBFEBRIL <input type="checkbox"/>			
PRESENÇA DE ÚLCERA DE PRESSÃO: ESTÁGIO: LOCAL:			
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> ASPECTO/TRATAMENTO:			
SENSIBILIDADE / MOTOCIDADE: PRESERVADA <input checked="" type="checkbox"/> PLEGIA <input type="checkbox"/> PARESTESIA <input type="checkbox"/>			
FREQUÊNCIA CARDÍACA: BRADICARDIA <input type="checkbox"/> NORMOCARDIA <input checked="" type="checkbox"/> TAQUICARDIA <input type="checkbox"/>			
NÍVEIS PRESSÓRICOS: HIPOTENSO <input type="checkbox"/> NORMOTENSO <input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/>			
PULSO: REGULAR <input checked="" type="checkbox"/> IRREGULAR <input type="checkbox"/> IMPALPAVEL <input type="checkbox"/> FILIFORME <input type="checkbox"/> CHEIO <input type="checkbox"/>			
PADRÕES RESPIRATÓRIOS: EUPNEICO <input checked="" type="checkbox"/> DISPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/>			
OXIGENOTERAPIA: O ₂ AMBIENTE <input checked="" type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> CNE <input type="checkbox"/> Limb <input type="checkbox"/> HOOD/CPAP <input type="checkbox"/> VM <input type="checkbox"/> FIO2: SPO2:			
SIST. GENITOURINÁRIO: ESPONTÂNEA POR FRALDA <input checked="" type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> ASPECTO:			
(DIURESE) DISÚRIA <input type="checkbox"/> POLIÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/> HEMATÚRIA <input type="checkbox"/>			
SIST. GASTROINTESTINAL (DIETA): VO <input checked="" type="checkbox"/> SOG/SNG n° SNG/GTM n° NTP D'ETA ZERO			
ELIMINAÇÕES INTESTINAIS: NORMAL <input type="checkbox"/> AUSENTES <input checked="" type="checkbox"/> DIARRÉICAS <input type="checkbox"/> ASPECTO:			
ABDOMEN: PLANO <input type="checkbox"/> FLÁCIDO <input checked="" type="checkbox"/> GLOBOSO <input type="checkbox"/> DISTENDIDO <input type="checkbox"/> DOLOROSO À PALPAÇÃO <input type="checkbox"/>			
ACESSO(S) VENOSO(S): S/ACESSO <input type="checkbox"/> PERIFÉRICO <input checked="" type="checkbox"/> CENTRAL <input type="checkbox"/> DISSECAÇÃO VENOSA			
MEMBROS: BOA PERFUSÃO <input checked="" type="checkbox"/> PERFUSÃO DIMINUIDA <input type="checkbox"/> CIANOSE DE EXTREMIDADES <input type="checkbox"/> EDEMA /4+			
CURATIVOS: TIPO: LOCAL: ASPECTO:			
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO		CD/FR:	
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO		<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	
<input type="checkbox"/> RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA		CD/FR:	
<input checked="" type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA		<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> MOTILIDADE GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS		CD/FR:	
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DO VOLUME DE LÍQUIDOS		CD/FR:	
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
FR: FATOR RELACIONADO			

M^{te} Isabel F. Castro de Lima

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR RESPONSÁVEL
COREN 303.747-PB

MCO 126



PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM		APRAZAMENTO
<input checked="" type="checkbox"/> REGISTRAR SINAIS VITAIS E REALIZAR BALANÇO HÍDRICO		08/01/24 11:40:23 02:05
<input type="checkbox"/> PROPORCIONAR ALINHAMENTO DO CORPO DO PACIENTE		
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR		
<input type="checkbox"/> REGISTRAR FÁCIAS 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 DECÚBITO 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 () SOG/SOE () SNG/SNE () SVD () AVP () AVC ()		
<input type="checkbox"/> AVALIAR NECESSIDADE DE ASPIRAÇÃO RESPIRATÓRIA E REALIZAR O PROCEDIMENTO		
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS RESPOSTAS DO PACIENTE.		M Y N
<input type="checkbox"/> MANTER ELEVADA AS GRADES DE PROTEÇÃO DA CAMA		
<input type="checkbox"/> MONITORAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, REFLEXO 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++
<input type="checkbox"/> ASPIRAR E TESTAR REFLUXO DE SNG/SNE ANTES DA ADMINISTRAÇÃO DA DIETA/MEDICAÇÃO		
<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 PVC		
<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 ESTETOSCÓPIO COM ALCOOL A 70%		M
TEC. ENF.(M)	TÉC. ENF.(T)	TÉC. ENF.(N)

RESULTADOS ESPERADOS:

TROCA DE DISPOSITIVOS					
DISPOSITIVO	DATA DE INSERÇÃO	APRAZAMENTO	DATA DA TROCA	OBSERVAÇÕES	ASSINATURA
SOG/SNG		SOG/SNG: 4 dias			
SNE		SNE: Trimestral			
SVD	18/02	15/30 dias e/ou SN	19/02		
CURATIVO (FO)		Gaze comum: Diário			
CURATIVO (AVC)		Gaze comum: Diário			
		oclusivo: 7 dias			
CIRCUITO DE VM		15 dias e/ou SN			
FILTRO DE VM		4 dias e/ou SN			
UMIDIFICADOR	18/02	4 dias	22/02		
ASPIRADOR		48/48 horas			
LATEX		24/24 horas			
EQUIPO SIMPLES	18/02	72/72 horas	23/02		
EQUIPO NTP		24/24 horas			

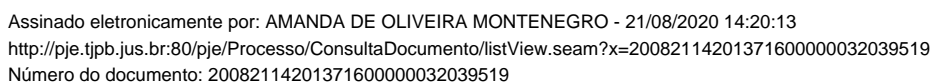
INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA	INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA
Paciente com melhora clínica, consciente, orientado, respirando a ventilação verbaliz.	
Alta para enfermagem aguardando vaga.	

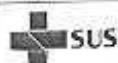

 M. Isabel H. Castro de Lima
 ENFERMEIRA
 ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL









Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Carlos Américo dos Santos

250.462.6 - Informação

3 - CNEP

2 3 6 2 8 5 6

4 - CNEP

2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Joanderson Silva Marques

6 - CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

903008111353240

DATA DE NASCIMENTO

08/06/02

7 - RG PROVISÓRIO

205129

8 - SEXO

M

9 - FEM

3

10 - MOSE DA MAE DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO

Rua das Flores - Centro

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Mooreas.

14 - CDD. CDE MUNICÍPIO

15

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

TCE e/ou MED - Afundamento crânio

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As acima

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

cr de crânio

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

TCE

21 - CID 10 PRINCIPAL

S069

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

CNS

CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

18/02/16

Dra. Patrícia de Azevedo
NEUROQUIRURGA
CRM-PB 10.215

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

33 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

36 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CATEGORIA

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

42 - EMPREGADO

43 - EMPREGADOR

44 - AUTÔNOMO

45 - DESEMPREGADO

46 - APOSENTADO

47 - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - CDD. CDE MUNICÍPIO

50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

51 - DOCUMENTO

CNS

CPF

52 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

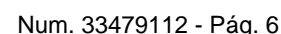
53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:		LEITE		CONVENIO	IDADE	REGISTRO	GOVERNO DA PARAIBA	
Jo Anderson Silva Marques				SUS	14	1222354	SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE	
CIRURGIA		de crânio		CIRURGIAO		Hospital de Emergência e Trauma Dr. Luiz Gonzaga Fernandes		
Pro enxerto de fundamento		Dr. Vitor + Dra. Patricia		ANESTESIA				
ANESTESIA		Genral		Dr. Leonardo				
INSTRUMENTADORA		DATA		INICIO		FIM		
		18-02-2015		10:30		12:30		
Qtd.	MODIFICACOES ANESTESICAS			Qtd.	FIOS	CODIGO		
	Adrenalina amp	01			Catgut cromado Sertix			
	Atropina amp	01			Catgut cromado Sertix			
	Diazepon amp	02			Catgut cromado Sertix			
	Dimore amp				Catgut Smples			
	Dolantina amp				Catgut Smples Sertix			
	Efrane ml	01			Catgut Smples Sertix			
	Fenogam amp				Catgut Smples Sertix			
02	Fentanyl ml 500ng				Cera p/ osso			
	Ingua ml				Ethibond			
	Ketalar ml	02			Ethibond			
	Mercaina % ml				Fio de Agulha Sertix			
	Nubatin amp				Fio de Agulha Sertix			
	Pavulon amp				Fio de Agulha Sutapak			
	Protigmina amp	03			Fio de Agulha Sutapak			
	Protóxido lim				Fio de Agulha Sutapak			
	Quelcin ml 100mg	04			Fila cardica			
	Rapifen amp				Mononylon 3.0-0-0-0			
02	Tenaxen ml 100			06	Mononylon 3.0-0-0-0			
	Tracrium amp			04	Mononylon 5.0-0-0-0			
Qtd.	MEDICACOES	03		02	Prolene Sertix			
	Agua Destilada amp				Prolene Sertix			
01	Decadron amp 10mg	01			Prolene Sertix			
02	Dipirona amp 50mg	05		02	Prolene Sertix			
	Flexidol amp				Vicryl Sertix 2.0-0-0			
	Flotocort amp				Vicryl Sertix			
	Geramixina amp	05			Vicryl Sertix			
	Glicose amp							
	Gluton de Calcio amp							
	Haemacel ml	05						
	Heparema ml							
	Konakion amp							
	Lasix amp							
	Medrofinazol	01						
	Plasti amp	04						
	Prolamina	03						
02	Revivax Tenaxen 3ml	01						
	Stoptanon amp							
	Xelobina 1g							
01	Xelobina 1g	02						
	Proxazol 20mg							
	nauseidron 4mg							
Qtd.	MATERIAIS / SOLUCOES							
	Agulha desc. 28 x 12	04						
	Agulha desc. 28 x 28	03						
	Agulha desc. 3 x 4,5	05						
	Agulha p/ raque n°	05						
03	Alcool de Enfermagem	01						
	Alcool iodado ml	01						
	Ataduras de Crepon 10cm	02						
	Ataduras de Gessada	01						
	Azul metileno amp							
	Benzina ml							
						<div> <div> <p>GOVERNO DA PARAIBA</p> <p>SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE</p> <p>Hospital de Emergência e Trauma Dr. Luiz Gonzaga Fernandes</p> </div> <div> <p>Qtd. 00120</p> <p>Versão 1.0</p> <p>Cimento Cirúrgico Estéril Para Cranioplastia Subiton</p> <p>01/12/2014 01/12/2017</p> <p>EQUIPAMENTOS</p> </div> </div>		
						<div> <div> <p>Qtd.</p> <p>SOROS</p> <p>SG Normotermico fr 500 ml</p> <p>SG Gelado fr 500 ml</p> <p>SG Hipotermico fr 500 ml</p> <p>SR Ring fr 500 ml</p> <p>SG fr 500 ml</p> </div> <div> <p>Qtd.</p> <p>ORTESE E PRÓTESE</p> </div> </div>		
						<div> <div> <p>Qtd.</p> <p>ORTES E PRÓTESE</p> </div> <div> <p>Qtd.</p> <p>ORTES E PRÓTESE</p> </div> </div>		
						<div> <div> <p>Qtd.</p> <p>ORTES E PRÓTESE</p> </div> <div> <p>Qtd.</p> <p>ORTES E PRÓTESE</p> </div> </div>		





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Joanderson Silva Marques</u>	Idade: <u>39</u>
Convênio: <u>SUS</u>	Data: <u>28/02/16</u>
Procedimento: <u>Mo. aug. de apendicite de cecum</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Welber + Dr. Felipe</u>	Auxiliar: <u> </u>
Anestesista: <u>Dr. Marcelo</u>	
Início: <u>20:30</u>	Término: <u>22:30</u>
Anestesia: <u>geral</u>	

[illegible][illegible]

Observações:	
Assinatura Anestesiista	Circulante

MCD. 103



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

Nome do Paciente <i>Joanderson Sales Marques</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>18/2/16</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dra Poliana</i>	1.º Auxiliar <i>Dr. Vellozo</i>		
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório			
<i>Aprofundamento de Crânio + HED</i>			
Tipo de Operação			
<i>Trocarmento Cirúrgico do Aprofundamento de Crânio</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório			
<i>O mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais
<i>1) Paciente em ODH com cabeça neutra</i>
<i>2) Tricotomia, Anestesia, Antérgico + Campos Estéreis</i>
<i>3) Incisão bicoronal com ressecção de retalho p/ o topo</i>
<i>4) Identificado aprofundamento frontal</i>
<i>5) Realizado Craniotomia com perfurador e sem Gigli</i>
<i>6) Identificado lesão dorsal com reparo com retalho de galea + Sargol + Sutura com pole</i>
<i>7) Realizado Craniotomia de retalho frontal</i>
<i>8) Realizado Redução da Fratura e fixado retalho com</i>
<i>9) Pontilhado de um ponto vac e fixado em pole</i>
<i>10) Fechamento subcutâneo e pele</i>
<i>11) Curativo estéril</i>
<i>Vellozo Vitor</i> CRM-PB 20653

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Serviço Social

FICHA SOCIAL

Nome: Joanderson Silva Marques Idade: 14 anos.

Como é conhecido(a) Ala UTI Enf. Inf Leito 07.

Data de admissão 18/02/16 Procedência Aracarias

Endereço: R. Joaquim Pintas - S/N.

Ponto de Referência Três ao Colégio Estadual.

Com quem reside? Com seus pais e uma irmã.

Resp. Isaias Jose Marques Telefone: 9351-0527 (pai)

DADOS SOCIAIS: (pai) 8107-5649 8146-2960 (mãe)

Está inserido em algum Programa Social? Não () Sim (X) Qual? Bolga Janelado

É acompanhado por algum Serviço de Saúde? Não () Sim (X) Qual? 2ª. Básica

Causa da admissão: Acid. de Urato com TCE. (Sic)

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 (X) Não (). Que série está cursando? 1º Ano do Ens. Médio.

Profissão dos pais ou responsável: Mãe é do lar, pai é pesquisador

Observações: (Segundo o usuário, recebia o Seguro
Pessoa mas o "Governo suspendeu" mãe
vira a visita, receberam as orientações
sociais e institucionais.

Mod. 076

Assinado eletronicamente por: AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO - 21/08/2020 14:20:13
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082114201371600000032039519
Número do documento: 20082114201371600000032039519



Ficha de Acolhimento

Nome: <u>Isanderson Silva Norojes</u>	Bairro: <u>Aroeiras</u>
End: <u>João de Deus Dantas</u>	Documento de Identificação: <u>11</u>
Data de Nascimento: <u>08.06.01</u>	
Queixa: <u>Acidente</u>	Data do Atendimento: <u>18.02.16</u> Hora: <u>09:10</u> Documento: <u>11</u>

Classificação de Risco

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

Estratificação

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

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

Isanderson Silva Norojes
ENFERMEIRO
COREN-PA: 00100

Assinatura e carimbo do profissional

REC. 110



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Fanderson Hip. Pereira Registro: 82 Leito: 82 Setor Atual: Int

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 96 °C; P: 60 bpm; FR: 18 irpm; PA: 110/70 mmHg; FC: 96 bpm; SP02: 96 %
HGT: 1,70 m; Peso: 70 Kg; Altura: 1,70 m; Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW (3-15): 15 Drogas (Sedação/Analgesia): 0
Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas
Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:
Linguagem: () Qual () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo.T
() VMNI () VMI TOT nº 0 Comissura labial nº 0 FIO2 % PEEP cmH2O
() Eupnéia () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente () Diminuídos () D () E
Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:
Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:
Aspiração: Quantidade e aspecto: 0 Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água.
Data da inserção do dreno: 21/08/2020 Aspecto da drenagem torácica:
Gasometria arterial: PH 7,38 PCO2 32 PO2 100 HCO3 22 EB -2 SpO2 96 Data: 21/08/2020 Hora: 14:20

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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





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

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:	Enfermagem:		Lote: 2	Data: 23.02.16
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS		
1 Constipação	Diuréticos () Desidratação () Estresse () Outro () Hábitos de evacuação irregulares () Lesão neurológica ()	Abdomen distendido () Dor à evacuação () Outro () Anorexia () Dor abdominal () Cavidade bucal foliada () Diarréia () Outro () Dor abdominal () Mucosas pálidas () Incapacidade de encostar o banheiro () Outro () Incapacidade de lavar o corpo ()		
2 Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos () Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos () Fatores psicológicos () Outro ()			
3 Deficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular () Dor () Fraqueza () Outro () Ansiedade ()			
4 Dor aguda	Agentes lesivos (Ex: Biotóxicos, químicos, físicos, psicológicos) () Outros ()	Alterações na pressão sanguínea () Outro () Relato verbal da dor ()		
5 Hipertermia	Anestesia () Desidratação () Trauma () Outro () Aumento da taxa metabólica ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais () Taquicardia () Taquipneia () Outro ()		
6 Integridade da pele prejudicada	Extrínsecos de idade () Circulação prejudicada () Hipotermia () Imobilização física () Outro ()	Destruição de camadas da pele () Invasão de estruturas do corpo () Rompiimento da superfície da pele () Outro ()		
7 Mobilidade Física prejudicada	Ansiedade () Desconforto () Rigidez articular Prejuízos musculares () Desuso () Outro ()	Dificuldade para virar no () Dispnéia ao esforço () Outro () Movimentos descontrolados ()		
8 Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade () Dor () Fadiga () Obesidade () Outro ()	Alterações na profundidade respiratória () Dispnéia () Batimento de asa de nariz () Ortopneia () Outro ()		
9 Risco de desequilíbrio eletrolítico	Asile () Queimaduras () Vômito () Diarréia () Drenos () Outros ()			
10 Risco de infecção	Aumento da exposição ambiental a patógenos () Deixas ambientais inadequadas () Procedimentos invasivos () Outro ()			
11 Risco de queda	Mobilidade física prejudicada () Medicamentos () Extremos da idade () Agitação/Desorientação ()			
12 Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade/controlado do sono () Outro () Ruído () Imobilização física ()	Mudança do padrão normal do sono () Outro () Relatos de dificuldade para dormir ()		
13 Outro				
14 Outro				





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

PO - TCE

Paciente

Granderson Sfr

Data

21/08/16

Prescrição Médica

1 - Diet. border elevada

2 - dieta normalizada

3 - Omeprazol 40mg IV 8/18L

4 - Dipirona 1g IV 5/18L

5 - cateterismo de urina 35"

6 - dieta normalizada + antibiótico de acordo com cultura

Alojamento

8

Horário

Leito

2

Convênio

Evolução Médica

Atendado q/ enfermeiros

Assinado

Assinado



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Síntese	Alojamento	Leito	Convênio
22.02.16	Prescrição Médica Pela mãe Reflexos normais, Frangir w 8:00 Diapirone Enal w 4:00 Cuscarla B	Horário etc 7h V 1h S/N etc	etc	Evolução Médica Tic - P. Hogg Evolução e inf. diag-15 L. Sere
				Dr. Antônio P. de Faria CRM 03.143
				23.02.16 Pet. Cere e inf.
				diag-15 p.t. sup Ampl. Orelha L. Sere
				Dr. Antônio P. de Faria CRM 03.143
				Alto do Ar

• **Problems:**



GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes	
DATA:		NOME:		LEITO	
20/02/16		JOANDERSON SILVA MARQUES		07	
Holidays:		PRESCRIÇÃO E TRATAMENTO:		IDADE:	
2000m		DOSE VIA INTERVALO		14a	
				PESO: 110kg	
				DATA DE NASCIMENTO:	
1. DIETA SUSPENSÃO		liberal, branco			
2. Venoclise					
SG 5%		500ml			
NaCl 120%		4.4ml			
Kcl 19.1%		5.0ml			
3. MEDICACÕES					
D2		# Ceftriaxona 750mg - 1 FA - 7.5AD			
		# Tramal 100mg - 1 FA - 100ml SF0.9%			
		# Captopril 25mg - 1 CP se PA > 170x110			
		# Hidantal 10mg - 1 FA - 250ml SF0.9%			
		# Dipirona 500mg/ml - 2ML - 10ML AD			
		# Onipon 320/40mg - 1 FA - 10 ml AD			
		# SF 0.9%			
		# Nauseidron 4mg/3ml - 4.0ml - 50 ml de SF0.9%			
4. CUIDADOS					
		# GABECETIL 400mg - 1 FA - 30 GRAMAS			
		# B4 PA 100mg - 1 FA - 100ml SF0.9%			
		# Morte 100mg - 1 FA - 100ml SF0.9%			
		# Medit 100mg - 1 FA - 100ml SF0.9%			
		# Sup 100mg - 1 FA - 100ml SF0.9%			

Glenn Barreto Alves
Coordenador de Emergência



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Janderson Silva Marques Registro: 8.2 Leito: 8.2 Setor Atual: 8.2

2. AVALIAÇÃO GERAL

12h Sinais vitais: Tax: 36.2 °C; P: 80 bpm; FR: 20 irpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 80 bpm; SP02: 98 %
HGT: 1.70 m; Peso: 70 Kg; Altura: 1.70 cm Dor: () Local: 0 Obs.: 0

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENACÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



PREScrição DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS FINAIS
() Avaliar distensão abdominal;		() Obtenção de eliminação intestinal
() Estimular a ingestão de alimentação balanceada, e não irritante;		eficaz / adequada / melhorada;
() Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e ou outros);		() Deambulação adequada / melhorada;
() Estimular a deambulação/avaliar progresso;		() Autocuidado para banho eficaz/ adequada / melhorado;
() Encorajar a deambulação independente, dentro de limites seguros e em intervalos regulares;		() Controlar a dor. Dor melhorada / ausente;
() Planejar as atividades dentro do nível de tolerância;		() Ausência / Melhora de hipertensão;
() Oferecer assistência até que a paciente esteja totalmente capacitada a assumir o autocuidado;		() Realização adequada / melhorada;
() Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelos e couro cabeludo;		() Expor ao paciente as possíveis causas da dor;
() Explicar ao paciente as possíveis causas da dor;		() Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável;
() Avaliar características, intensidade e local da dor;		() Avaliar características, intensidade e local da dor;
() Avaliar alterações do sinais vitais;		() Avaliar alterações do sinais vitais;
() Administrar analgésicos, conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação;		() Após administrar medicação analgésica avaliar e registrar os resultados;
() Incentivar a ingestão de líquidos;		() Monitorar a ingestão e a eliminação de líquidos;
() Monitorar a ingestão e a eliminação de líquidos;		() Promover condições de higiene onífrica e realizar curativo de acordo com necessidade ou ACM;
() Observar reações de desconforto/verificar;		() Avaliar condições do curativo;
() Promover condições de higiene onífrica e realizar curativo de acordo com necessidade ou ACM;		() Monitorar temperatura da pele do paciente;
() Avaliar condições do curativo;		() Determinar a capacidade atual em levantar-se (ex: nível de mobilidade, infiltrações nos movimentos, resistência, capacidade de ficar em pé);
() Monitorar temperatura da pele do paciente;		() Orientar quanto ao uso de auxiliares (ex: muleta, bengala) para deambular;
() Determinar a capacidade atual em levantar-se (ex: nível de mobilidade, infiltrações nos movimentos, resistência, capacidade de ficar em pé);		() Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado;
() Orientar quanto ao uso de auxiliares (ex: muleta, bengala) para deambular;		() Instalar cateter de O2 a 2l/min ou ACM;
() Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado;		() Orientar paciente a realizar inspiração profunda;
() Instalar cateter de O2 a 2l/min ou ACM;		() Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca);
() Orientar paciente a realizar inspiração profunda;		() Realizar balanço hídrico;
() Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca);		() Observar o local da fenda/quimadura e inserção do dispositivo venoso a fim de detectar sinais fisiológicos;
() Realizar balanço hídrico;		() Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hiperemia, calor, rubor, hipertermia);
() Observar o local da fenda/quimadura e inserção do dispositivo venoso a fim de detectar sinais fisiológicos;		() Realizar desinfecção com álcool a 70%, nos dispositivos endovenosos (equipo, bureta), antes de administrar medicações;
() Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hiperemia, calor, rubor, hipertermia);		() Utilizar técnica asseptica para abordagem, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos em que seja pertinente;
() Realizar desinfecção com álcool a 70%, nos dispositivos endovenosos (equipo, bureta), antes de administrar medicações;		() Outro;
() Utilizar técnica asseptica para abordagem, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos em que seja pertinente;		() Outro;
() Outro;		
() Outro;		

Obs: O processo de avaliação de enfermagem é contínuo e dinâmico.

ACM: Amanda de Oliveira Montenegro

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a) responsável:

Amanda de Oliveira Montenegro
02/02/16
338.363

DATA:

02/02/16



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

TCE

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Anderson Silva Registro: _____ Leito: 82 Setor Atual: _____

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,2 °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %
HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

Obs.: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídas () ID () E

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

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

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____

Dreno de torax: () ID () E () Selo d'água: _____

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele:	<input checked="" type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Aquecida
Tempo de enchimento capilar:	<input checked="" type="checkbox"/> < 3 segundos		<input type="checkbox"/> > 3 segundos		<input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas:	<input type="checkbox"/> Quais?		Precordialgia <input type="checkbox"/>			
Ausculta cardíaca:	<input checked="" type="checkbox"/> Rítmica		<input type="checkbox"/> Arritmica	<input type="checkbox"/> Sopros	<input type="checkbox"/> Outro, Marcapasso:	<input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo
Cateter vascular:	<input checked="" type="checkbox"/> Periférico	<input type="checkbox"/> Central	<input type="checkbox"/> Dissecção, Localização:		Data da punção: / /	
Edema:	<input type="checkbox"/> MMSS	<input type="checkbox"/> MMII	<input type="checkbox"/> Face	<input type="checkbox"/> Anasarca, Observações:		
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)						
Tipo somático:	<input checked="" type="checkbox"/> Nutrido		<input type="checkbox"/> Emagrecido	<input type="checkbox"/> Caquético	<input type="checkbox"/> Obeso	
Dentição:	<input type="checkbox"/> Completa		<input type="checkbox"/> Incompleta	<input type="checkbox"/> Prótese:		
Alimentação:	<input checked="" type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNE	<input type="checkbox"/> Gastronomia	<input type="checkbox"/> Jejunostomia	NPT, Hora: Data: / /
Alterações:	<input type="checkbox"/> Inapetência		<input type="checkbox"/> Disfagia	<input type="checkbox"/> Intolerância alimentar		<input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:
Abdômen:	<input type="checkbox"/> Normotenso		<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Tenso	<input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA:	<input type="checkbox"/> Normoativos		<input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados		
Eliminação intestinal:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Líquida	<input type="checkbox"/> Constipado há dias: <input type="checkbox"/> Outros:		
Eliminação urinária:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea		<input type="checkbox"/> Retenção	<input type="checkbox"/> Incontinência	<input type="checkbox"/> Hematúria	SVD: Débito: ml/h;
Aspecto:	<input type="checkbox"/> Outros:		Observações:			
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA						
Condição da pele:	<input checked="" type="checkbox"/> Íntegra		<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> Equimoses	<input type="checkbox"/> Hematomas	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:
Coloração da pele:	<input type="checkbox"/> Normocorada		<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Cianótica	Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado
Condições das mucosas:	<input checked="" type="checkbox"/> Umidas		<input type="checkbox"/> Secas	Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>		
Incisão cirúrgica:	<input type="checkbox"/> Local/Aspecto:		Curativo em: / /			
Dreno:	<input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto:		Débito:		Retirado em: / /	
Úlcera de pressão:	<input type="checkbox"/> Estágio:	Local:	Descrição:		Curativo: / /	
CUIDADO CORPORAL						
Cuidado corporal:	<input type="checkbox"/> Independente		<input checked="" type="checkbox"/> Dependente	<input type="checkbox"/> Parcialmente dependente		Observações:
Higiene corporal:	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória		<input type="checkbox"/> Insatisfatória	Higiene Corporal:		<input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória
Limitação física:	<input type="checkbox"/> Acamado		<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Outro:		
SONO E REPOUSO						
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido, Observações:						
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS						
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL						
Comunicação:	<input checked="" type="checkbox"/> Preservada		<input type="checkbox"/> Prejudicada	Sentimentos e comportamentos:		<input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:						
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS						
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE						
Tipo:	<input type="checkbox"/> Praticante		<input type="checkbox"/> Não praticante,		Observações:	
INTERCORRÊNCIAS						
12:00 Realizado exame físico, retirada de dreno						
de urina, SVP						
18:00 medicação, queda de pressão						
14:00 Dreno espontâneo						
10:00 T=38,2°						
uma, com queda						
Magna Cell de Melo Téc. Enfermagem COREN-PB 045112						
Magna Cell de Melo Téc. Enfermagem COREN-PB 045112						
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:						
Liliana Barbosa de Albuquerque Enfermeira COREN 823655						
DATA: 23.02.16 HORA: h						

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



PREScrição de Enfermagem

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APAZAMENTO	RESULTADOS FINAIS
<p>Avaliar distensão abdominal;</p> <p>Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante;</p> <p>Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e ou outros);</p> <p>Estimular a deambulação/Avaliar progresso;</p> <p>Encorajar a deambulação independente, dentro dos limites seguros e em intervalos regulares;</p> <p>Planejar as atividades dentro do nível de tolerância</p> <p>Oferecer assistência ate que o paciente esteja totalmente capacitado a assumir o autocuidado;</p> <p>Realizar banho no leito (SNI) com lavagem de cabelos e couro cabeludo;</p> <p>Explicar ao paciente as possíveis causas da dor;</p> <p>Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável;</p> <p>Avaliar características, intensidade e local da dor;</p> <p>Avaliar alterações de sinais vitais;</p> <p>Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação;</p> <p>Após administrar medicamento antitérmico avaliar e registrar os resultados;</p> <p>Incentivar a ingestão de líquidos;</p> <p>Monitorar a ingestão e a eliminação de líquidos;</p> <p>Observar reações de desorientação/confusão;</p> <p>Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativo de acordo com necessidade ou ACM;</p> <p>Avaliar condições do curativo;</p> <p>Monitorar temperatura da pele do paciente;</p> <p>Determinar a capacidade atual em transferir-se (ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência, capacidade de ficar em pé);</p> <p>Orientar quanto ao uso de auxiliares (ex: muleta, bengala) para deambular;</p> <p>Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado;</p> <p>Instalar cateter de O2 a 2L/min ou ACM;</p> <p>Orientar paciente a realizar inspiração profunda;</p> <p>Avaliar padrão respiratório (frequência e amplitude);</p> <p>Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca);</p> <p>Realizar balanço hídrico;</p> <p>Observar o local da fenda/quimadura e inserção do dispositivo venoso a fim de detectar sinais ilógicos;</p> <p>Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hiperemia, calor, rubor, hipertermia);</p> <p>Realizar desmãoção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos (catheter, bureta), antes de administrar medicações;</p> <p>Utilizar técnica aséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos em que seja pertinente;</p> <p>Outro;</p> <p>Outro;</p>	<p>S/N</p> <p>6/6 horas</p> <p>diário</p>	<p>() Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada;</p> <p>() Deambulação adequada / melhorada;</p> <p>() Autocuidado para banho eficaz / adequada / melhorada;</p> <p>() Controlar a dor, Dor melhorada / ausente;</p> <p>() Ausência / Melhora de hipertermia;</p> <p>() Recuperação adequada da pele;</p> <p>() Mobilidade Física melhorada / eficaz;</p> <p>() Proporcionar e manter troca gasosa adequada / melhorada;</p> <p>() Padrão respiratório eficaz;</p> <p>() Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / em nulo;</p> <p>() Ausência de risco para infecção;</p> <p>() Outro;</p> <p>() Outro;</p>

DATA:

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a) responsável:

[Assinatura]

onde se lê: AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO
ACM: A. Oliveira - MONTENEGRO

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Antonio Silva Registro: _____ Leito: 8.2 Setor Atual: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Cor: _____ Estado Civil: _____ Naturalidade: _____ Profissão: _____
Procedência: () Vermelha () Amarela () Verde () UTI () ICC () Ala: _____ () Residência () Outro
Data da internação hospitalar: ____/____/____ Data da internação no setor: ____/____/____
Tem um cuidador/Responsável: () Quem? _____
Telefone: _____ Tem acesso a uma UBS: () Qual: _____

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias: () Motivos: politraumatismo Alergias: () Qual: _____
Doenças: () HAS () DM () DPOC () Cardiopatia () Obesidade () Tabagista () Ex-tabagista () Neoplasia
() Alcoolismo () Drogadição () Outros: _____ Medicamentos em uso: _____

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar): _____

4. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo.T
() VMI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FiO2 % PEEP cmH2O
() Eupnéia () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros: _____
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E
Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____
Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto: _____
Aspiração: Quantidade e aspecto: _____ Dreno de tórax: () D () E: () Selo d'água

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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



SEGURANÇA FÍSICA	
<input checked="" type="checkbox"/> Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação:	
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR	
Pulso: <input checked="" type="checkbox"/> Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio	
Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos () > 3 segundos () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia: ()	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>H5L</u> Data da punção: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso	
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa () Incompleta () Prótese	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT. Hora: <u> </u> Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros	
RHA: () Normotivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há <u> </u> dias () Outros	
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria <input checked="" type="checkbox"/> SVO: Débito <u> </u> ml/h	
Aspecto: () Outros: <u> </u> Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Outras	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas. Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: <input checked="" type="checkbox"/> Local/Aspecto: <u>torça</u> Curativo em: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Dreno: <input checked="" type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: <u> </u> Débito: <u> </u> Retirado em: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Úlcera de pressão: () Estádio: <u> </u> Local: <u> </u> Descrição: <u> </u> Curativo: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada. Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros	
7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<p><u>12.00 = T = 37°C</u> <u>Admissão da UTI</u> <u>Clínica de susc. apn, admiss</u></p> <p><u>18.00 - PA = 150x90 mmHg</u> <u>Dinam</u> <u>300ml</u></p> <p><u>diap. 120x80</u> <u>TAx=37°C</u> <u>FC=80bpm</u> <u>PA=150x90</u> <u>PR=100</u> <u>SpO2=95%</u> <u>(+dina)</u></p> <p><u>22.00</u> <u>PA=150x90</u> <u>TAx=37°C</u> <u>FC=80bpm</u> <u>PR=100</u> <u>SpO2=95%</u></p> <p><u>02.30</u> <u>TAx=37°C</u> <u>FC=80bpm</u> <u>PR=100</u> <u>SpO2=95%</u></p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u> </u> DATA: <u>20/02/16</u> HORA: <u>20:00h</u>	
<u>Annie Danielle Texeira Cavalcanti</u> <u>Enfermeira</u> <u>COREN-PA 2271</u>	
<u>clínica TAx=37°C</u> <u>FC=80bpm</u> <u>PA=150x90</u> <u>PR=100</u> <u>SpO2=95%</u> <u>PA=150x90</u> <u>Dinam</u> <u>300ml</u> <u>(dina)</u> <u>22.00</u> <u>TAx=37°C</u> <u>FC=80bpm</u> <u>PR=100</u> <u>SpO2=95%</u>	

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





PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APAZAMENTO	RESULTADOS FINAIS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal;		<input type="checkbox"/> Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada;
<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada, e não irritante;		<input type="checkbox"/> Deambulação adequada / melhorada;
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e ou outros);		<input type="checkbox"/> Autocuidado para banho eficaz / adequada / melhorada;
<input type="checkbox"/> Estimular a deambulação/Avaliar progresso;		<input checked="" type="checkbox"/> Controlar a dor. Dor melhorada / ausente;
<input type="checkbox"/> Encorajar a deambulação independente, dentro de limites seguros e em intervalos regulares;		<input type="checkbox"/> Ausência / Melhora de hipertensão;
<input type="checkbox"/> Planejar as atividades dentro do nível de tolerância;		<input type="checkbox"/> Recuperação adequada da pele;
<input type="checkbox"/> Oferecer assistência oral que a paciente esteja totalmente capacitado a assumir o autocuidado;		<input type="checkbox"/> Mobilidade Física melhorada / eficaz;
<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (SN) com lavagem de cabelos e corpo cabeludo;		<input type="checkbox"/> Proporcionar e manter troca gasosa adequada / melhorada;
<input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor;		<input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz;
<input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável;		<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído;
<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor;		<input checked="" type="checkbox"/> Ausência de risco para infecção;
<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais;		<input type="checkbox"/> Outro;
<input checked="" type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação;		<input type="checkbox"/> Outro;
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamento antitérmico avaliar e registrar os resultados;		
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos;		
<input type="checkbox"/> Monitorar a ingestão e a eliminação de líquidos;		
<input checked="" type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão;		
<input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativo de acordo com necessidade ou ACM;		
<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar condições do curativo;		
<input type="checkbox"/> Monitorar temperatura da pele do paciente;		
<input type="checkbox"/> Determinar a capacidade atual em transferir-se (ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência, capacidade de ficar em pé);		
<input type="checkbox"/> Orientar quanto ao uso de auxiliares (ex: muleta, bengala) para deambular;		
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado;		
<input type="checkbox"/> Instalar cateter de O2 a 2l/min ou ACM;		
<input type="checkbox"/> Orientar paciente a realizar inspiração profunda;		
<input type="checkbox"/> Avaliar padrão respiratório (frequência e amplitude);		
<input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca);		
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico;		
<input checked="" type="checkbox"/> Observar o local da ferida/quiladura e inserção do dispositivo venoso a fim de detectar sinais físicos;		
<input type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de infecção (eritema, hipermia, calor, rubor, hipertensão);		
<input type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos (equipos, buretos), antes de administrar medicações;		
<input type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos em que seja pertinente;		
<input type="checkbox"/> Outro;		
<input type="checkbox"/> Outro;		

DATA:

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a) responsável:

Carimbo e assinatura do enfermeiro(a) responsável

PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
COMARCA DE UMBUZEIRO
VARA ÚNICA DE UMBUZEIRO

PROCESSO NÚMERO - 0801540-22.2020.8.15.0401

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [Seguro, Acidente de Trânsito]

Vistos, etc.

Defiro o pedido de AJG ao autor (CPC, art. 98). Anotações de praxe.

Intime-se o autor para acostar aos autos o prévio administrativo, comprovando a recusa no pagamento do Seguro DPVAT mencionada na exordial. Prazo: 15 (quinze) dias. Cumpra-se.

Umbuzeiro, **data e assinatura eletrônicas.**

Antonio Leobaldo Monteiro de Melo

Juiz de Direito



Intime-se o autor para acostar aos autos o prévio administrativo, comprovando a recusa no pagamento do Seguro DPVAT mencionada na exordial. Prazo: 15 (quinze) dias.



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DE
UMBUZEIROS/PB

JOANDERSON SILVA MARQUES, já devidamente qualificado nos autos da presente demanda, por sua advogada e procuradora que esta subscreve, vem respeitosamente perante Vossa Excelência, em resposta do Vosso despacho, informar e ao final requerer:

Douto Julgador, houve o despacho de id. 33490995, proferido por Vossa Excelência, determinando que o autor acostasse aos autos o prévio processo administrativo, comprovando a recusa no pagamento do Seguro DPVAT mencionada na exordial.

Ocorre que, por se tratar de processo administrativo, tal documento é de posse e domínio da seguradora. Tanto é que, em sede de exordial (id. 33478555), no pedido de nº 7, houve o requerimento para que este juízo determinasse que a parte ré juntasse o processo administrativo em questão.

Além disso, a comprovação de recusa no pagamento do Seguro DPVAT mencionada na exordial resta apresentada no documento de id. 33479107, que trata do resultado do pedido administrativo e a negativa da parte ré, inclusive com apresentação do motivo descabido da referida negativa.

Portanto, diante do exposto, vem por meio desta ratificar os pedidos da exordial, pugnando pela procedência dos pedidos.

Termos em que pede e espera deferimento.

Campina Grande/PB, 31 de agosto de 2020.

Amanda de Oliveira Montenegro

Advogada OAB/PB 24.386



**PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
COMARCA DE UMBUZEIRO
VARA ÚNICA DE UMBUZEIRO**

PROCESSO NÚMERO - 0801540-22.2020.8.15.0401

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [Seguro, Acidente de Trânsito]

Vistos, etc.

Trata-se de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, em que a parte autora pleiteia o pagamento de indenização atinente ao mencionado seguro.

Na conformidade da nova sistemática do CPC/2015, sabe-se que, em seu art. 334, há determinação expressa para designação de audiência prévia de conciliação/mediação antes da apresentação de defesa do réu, no intuito de tentar promover a composição amigável entre as partes. Tal norma admite apenas duas hipóteses de exceção, a saber: havendo manifestação de vontade de ambas as partes pela não realização da audiência e quando o feito não admitir composição.

Em demandas desta natureza, apesar deste Juízo já ter determinado a designação de diversas audiências, as Seguradoras, de forma reiterada, afirmam acerca da inviabilidade de qualquer acordo antes da realização da prova técnica.



Desta feita, diante da necessidade de prévia perícia médica, *infrutífera será qualquer tentativa de acordo antes da prova técnica.*

Assim, pelas razões expostas, deixo de aprazar audiência de conciliação prévia.

Cite-se a parte promovida, para, no prazo de 15 dias, querendo, apresentar contestação, sob pena de revelia.

Após, **intime-se** a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, apresentar réplica à contestação, nos termos do art. 351 do CPC/2015.

Por fim, **defiro** o pedido de gratuidade da justiça, com fundamento na alegação de insuficiência de recursos para pagar as despesas processuais/custas, constante da petição inicial, nos termos do que dispõem os arts. 98 e 99, § 3º, do CPC/2015.

Umbuzeiro, **data e assinatura eletrônicas.**

Antonio Leobaldo Monteiro de Melo

Juiz de Direito





Vara Única de Umbuzeiro
Rua Samuel Osório C. de Melo, s/n, Centro, UMBUZEIRO - PB - CEP: 58497-000
()

Nº do processo: 0801540-22.2020.8.15.0401
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto(s): [Seguro, Acidente de Trânsito]

MANDADO DE INTIMAÇÃO DE ADVOGADO(A)

O MM. Juiz de Direito da vara supra manda ao ao oficial de justiça, a quem este for entregue, que em cumprimento a este, intime o(a) advogado(a) para, no prazo de 15 dias, querendo, apresentar contestação, sob pena de revelia.

UMBUZEIRO, em 23 de outubro de 2020.

De ordem, EDSON KILDARE DA SILVA SANTOS
Mat.

