



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
33478 555	21/08/2020 14:21	Petição Inicial	Petição Inicial
33478 596	21/08/2020 14:21	1. Procuração	Procuração
33478 597	21/08/2020 14:21	2. Declaração de hipossuficiência	Informações Prestadas
33479 099	21/08/2020 14:21	3. Documentos Pessoais	Documento de Identificação
33479 103	21/08/2020 14:21	4. DUT	Documento de Identificação
33479 104	21/08/2020 14:21	5. Certidão de ocorrência	Documento de Comprovação
33479 107	21/08/2020 14:21	6. Negativa da seguradora	Documento de Comprovação
33479 108	21/08/2020 14:21	7. Ficha de acolhimento - TRAUMA	Documento de Comprovação
33479 109	21/08/2020 14:21	Prontuário-1-15	Documento de Comprovação
33479 110	21/08/2020 14:21	Prontuário-16-30	Documento de Comprovação
33479 112	21/08/2020 14:21	Prontuário-31-45	Documento de Comprovação
33479 115	21/08/2020 14:21	Prontuário-46-58	Documento de Comprovação
33490 995	21/08/2020 21:11	Despacho	Despacho
33511 184	23/08/2020 23:23	Expediente	Expediente
33788 002	31/08/2020 14:21	Resposta ao despacho	Resposta
33884 234	02/09/2020 18:49	Despacho	Despacho
35846 467	23/10/2020 16:11	Mandado	Mandado

EXCELENTEÍSSIMO 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:



Assinado eletronicamente por: AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO - 21/08/2020 14:20:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082114200971400000032039067>
Número do documento: 20082114200971400000032039067

Num. 33478555 - Pág. 1

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, perfazem

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 – 6^a C.Civ. – 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 consequências, 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 resarcitório, 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 - Invalidade 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 - Invalidade 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:



Assinado eletronicamente por: AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO - 21/08/2020 14:20:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082114200971400000032039067>
Número do documento: 20082114200971400000032039067

Num. 33478555 - Pág. 7

- 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



Assinado eletronicamente por: AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO - 21/08/2020 14:20:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082114200971400000032039067>
Número do documento: 20082114200971400000032039067

Num. 33478555 - Pág. 9

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.

Joanderson Silva Marques
Outorgante





MIRANDA CONSULTORIA E ASSESSORIA

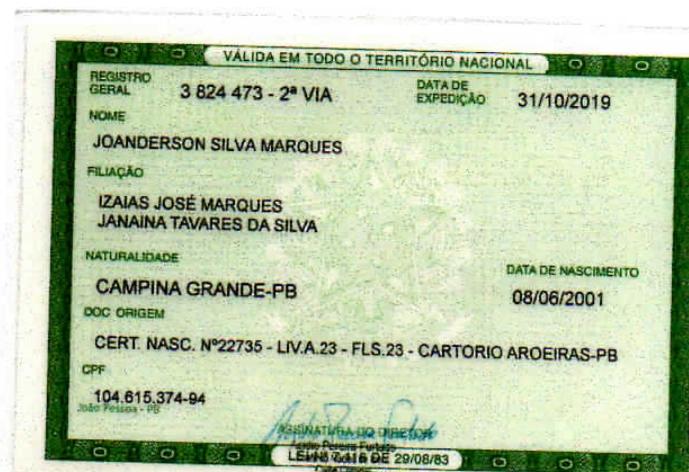
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

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







Assinado eletronicamente por: AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO - 21/08/2020 14:20:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082114201088700000032039508>
Número do documento: 20082114201088700000032039508

Num. 33479099 - Pág. 2

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



Ligação MONOFÁSICO
Cta/Soc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 2 - 109 - 25 - 1560
Referência: Nov/ 2019
Medidor: 00000837902
Emissão: 05/11/2019

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B1230, Km 25 - Crato Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-630
CNPJ:0001095.183/0001-40 - Ins. Est: 13.015.020-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº033 545 617
Cód. para Déb. Automático: 0000632631

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 inst. 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 prevenha.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Data			
07/10/19	05/11/19	18021	1812	

Detalhamento	Consumo	Tarifa	Valor Base	Calc.	Alc.	ICMS(R\$)	ICMS	Base Calc	PU(R\$)	Coluna(48)
0601	Consumo até 50kWh-BR	20,000 0,190890	5,72	0,00	0	0,00	0,00	5,72	0,05	0,22
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	55,000 0,328890	17,97	0,00	0	0,00	0,00	17,97	0,16	0,69
0601	Adc. B Amarela		0,54	0,00	0	0,00	0,00	0,54	0,00	0,02
0601	Adc. B Vermelha		0,30	0,03	0	0,00	0,00	0,30	0,00	0,01
0610	Subsídio		23,48	0,02	0	0,02	0,00	23,48	0,20	0,91

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUIÇÃO ILM PÚBLICA	10,50	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MCRA 09/2019	0,30	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 10/2019	0,02	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 09/2019	0,53	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 10/2019	0,81	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0806	Devolução Subsídio	-22,38	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCT Código de Classificação do item TOTAL 37,59 0,00 0,00 47,99 0,40 1,86
Tarifa/s/ Tributos Até 30kWh 0,181710 Até 100kWh 0,311500

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
94	12/11/2019	R\$ 37,59

Histórico de Consumo (kWh)

97 | 94 | 108 | 98 | 103 | 95 | 103 | 97 | 99 | 92 | 91 | 96
Nov/18 Dec/18 Jan/19 Feb/19 Mar/19 Abr/19 Mai/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

Límites da ANEEL	Apurado	Limite da Tensão (V)
DI C MENSAL	8,15	0,95
DI C TRIMESTRAL	12,03	NOMINAL
DI C ANUAL	14,83	220
FI C MENSAL	5,98	1,00
FI C TRIMESTRAL	8,73	CONTRATADA
FI C ANUAL	10,46	LIMITE INFERIOR
DMC	9,93	0,95
DCRI	11,22	LIMITE SUPERIOR

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia / PB	8,53	22,69
Compra de Energia	12,22	32,72
Serviço de Transmissão	1,19	3,28
Encargos Sistêmicos	1,19	3,21
Impostos Diretos e Encargos	14,21	37,80
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	37,59	100,00

Valor da EUSD (Ref 9/2019) R\$ 11,65

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$12,35

Faturas em atraso

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 08204.329174 1 8071000003759

PAGADOR: JANAINA TAVARES DA SILVA - CPF/CNPJ: 064.130.584-20
RUA JOAQUINA DANTAS DE SOUZA, S/N - CENTRO - ARCEIRAS / PB CEP: 58499000

Nosso Nr.	Nr. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120008204329	000063253201911	12/11/2019	R\$ 37,59	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 02.995.183/0001-40
Br 230, Km 25 - Crato Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-680

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



The image shows three separate Brazilian vehicle insurance documents (Bilhetes de Seguro DPVA) from 2005. Each document is a green rectangular card with printed text and handwritten information.

Document 1 (Left): NOME/ENDERÉCOS: MARCELO DE ARAUJO NASCIMENTO, RUA DA MANQUEIRA N 251, 51030-700 VIT. STO ANTÃO-PE. PLACA: KKR8215. NOME/ENDERÉCOS: MARCELO DE ARAUJO NASCIMENTO, RUA DA MANQUEIRA N 251, 51030-700 VIT. STO ANTÃO-PE. PLACA: KKR8215. NOME/ENDERÉCOS: MARCELO DE ARAUJO NASCIMENTO, RUA DA MANQUEIRA N 251, 51030-700 VIT. STO ANTÃO-PE. PLACA: KKR8215.

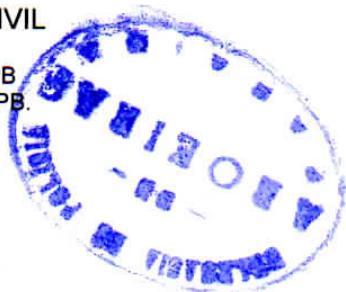
Document 2 (Middle): NOME/ENDERÉCOS: MARCELO DE ARAUJO NASCIMENTO, RUA DA MANQUEIRA N 251, 51030-700 VIT. STO ANTÃO-PE. PLACA: KKR8215. NOME/ENDERÉCOS: MARCELO DE ARAUJO NASCIMENTO, RUA DA MANQUEIRA N 251, 51030-700 VIT. STO ANTÃO-PE. PLACA: KKR8215. NOME/ENDERÉCOS: MARCELO DE ARAUJO NASCIMENTO, RUA DA MANQUEIRA N 251, 51030-700 VIT. STO ANTÃO-PE. PLACA: KKR8215.

Document 3 (Right): NOME/ENDERÉCOS: MARCELO DE ARAUJO NASCIMENTO, RUA DA MANQUEIRA N 251, 51030-700 VIT. STO ANTÃO-PE. PLACA: KKR8215. NOME/ENDERÉCOS: MARCELO DE ARAUJO NASCIMENTO, RUA DA MANQUEIRA N 251, 51030-700 VIT. STO ANTÃO-PE. PLACA: KKR8215. NOME/ENDERÉCOS: MARCELO DE ARAUJO NASCIMENTO, RUA DA MANQUEIRA N 251, 51030-700 VIT. STO ANTÃO-PE. PLACA: KKR8215.





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 arquivei 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

Name: <u>João Pedro Soárez</u>	Sexo: <u>Homem</u>
End: <u>Joaquim de Britto</u>	Bairro: <u>Areias</u>
Дата de Nascimento: <u>08/06/01</u>	Documento de Identificação: <u></u>
Quem: <u>Ao Moto</u>	Data do Acolh.: <u>12/02/16</u> Hor: <u>01:00</u> Documento: <u></u>

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input checked="" type="checkbox"/> Fáceis de dor <input checked="" type="checkbox"/> Gerente	Frequência respiratória: <u>16</u>
Pressão arterial: <u>120/80</u>	Frequência cardíaca: <u>80</u>
Crescimento de HGT: <input type="checkbox"/>	Temperatura axilar: <u>36,5</u>
Desambulac: <input type="checkbox"/> Livre <input checked="" type="checkbox"/> cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Vaca	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorrada <input checked="" type="checkbox"/> Edética
	Uma no

Estratificação

Amarelo
Vermelho - atendimento imediato
Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo
Azul - atendimento ambulatório
Vermelho - internação
Gris - hospitalização
Preto - morte

Assinatura e carimbo do profissional



FLUXOGRAMA - ASOMETRIAS

NOME: *Andrea Souza Montenegro*
IDADE: 14 Anos

DATA	29/02
HORA	13h09
pH	7,34
pO2	201,3
pCO2	39,4
HCO3	21
HCO3 st	21,3
BE	-3,9
SaO2	100
Sat	
VenO2	
paO2/FiO2	
a/AO2	
Na	143
K	3,2
Ca	0,96
HB	13,9
Ht	42,4%
O2Hgb	
Lactato	2,5
Glicose	129
AG	
Conduita	



Unidade de Tratamento Intensivo
CONTROLE GERAL

Data	18/02	17/02
Evacuação	.	
Ganhos		
Perdas		
Balanço		
Bal. Cumul.		
Sangue		
Diurese		
Perdas SNG		
Drenos		
Temp. min/max.		
Hemácias	4,2L	
Hematocrito	42	
Hemoglobina	13,9	
Leucócitos	32.300	
Bastonetes	2	
Segmentados	74	
Eosinófilos	2	
Basófilos	0	
L.infocitos	c/0	
Monócitos	3	
Plaquetas	12.000	
TP	16,2	
TPa	30,2	
pH	•	
PvO ₂		
PaCO ₂		
Sat. O ₂		
AE	<i>C-1</i>	
ENe	1,44	

MOD. 010



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



SUS	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 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE _____ 2 - CNES _____ 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE _____ 4 - CNES _____				
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE _____ 6 - N° DO PRONTO-EMERGÊNCIA _____ 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 8 - DATA DE Nascimento _____ 9 - SEXO _____ 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL _____ 11 - FONE DE CONTATO / N.º DE TELEFONE _____ 12 - ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO) _____ 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 14 - CÓD. ESG. MUNICÍPIO _____ 15 - UF _____ 16 - CEP _____ 17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) _____				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR _____ 19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR _____ 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA _____ 21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA _____ 22 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL _____ 23 - CÓD. PRINCIPAL _____ 24 - CÓD. SECUNDÁRIO _____ 25 - CÓD. CAUSAS ASSOCIADAS _____ RCE				
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ 27 - CÓD. 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 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____ 31 - QTDE _____ 32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____ 33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____ 34 - QTDE _____ 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____ 36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____ 37 - QTDE _____				
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO Praticante vítima de RCE + MEO				
PROFISSIONAL SOLICITANTE 38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 39 - DATA DE SOLICITAÇÃO _____ 40 - DOCUMENTO _____ 41 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 42 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) _____ <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF				
AUTORIZAÇÃO 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO _____ 45 - CÓD. ORGÃO EMISSOR _____ 46 - DATA DE SOLICITAÇÃO _____ 47 - DOCUMENTO _____ 48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO _____ 49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) _____ <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF				

MOD. 017





NOME	Nº PRONTUÁRIO
Ismaelina Sába Marques	
UTI	ENE: LEITO:

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

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
19/02/10 16h	<p>Admissão UYI Pediátrica</p> <p>Paciente, 14 anos, em anamnese de cintura vermiforme e agudo, evolução com hemorragia extramedul- ular, laringe e pulmões, RCE e agudo, incidente motor ciclístico.</p> <p>Por volta das 16h, o paciente evoluiu com incidente agudo que envolveu a laringe, motor ciclístico na cidade de Aracruz - ES, estando em expectativa uma crise. Não apresentava quadro de coma profundo, embora tenha sido vítima de RCE. O pa- ciente não apresenta comorbilidade, suspeito de laringite recorrente.</p> <p>No momento, se encontra acordado, consciente, orientado, com glóbulos 15. Ningu- mão e dor e outras queixas.</p>	
	<p>• Ao exame:</p> <p>EGC, urinário, triglicerídeos (2197), triglo- berídeo, urinário, urinário +++, urinário, urinário urinário e urinário. Glucose 15.</p> <p>ACV: ecoc 20 mmHg na ml.</p> <p>UR: 1000 mg/dia.</p> <p>ABD: apático, idílio, idílio, idílio, idílio hemorragia, não dolorosa, sem dor, dor.</p> <p>Ext: sem edema, purpúridas (RBC 4.3.0), pele macilenta, urinária e urinária.</p> <p>CRB/RES: urinária, purpúridas, urinária, urinária com edema, não doloroso e dor.</p>	
MOD. 007	<p>Uma vez que o paciente apresenta purpúrida urinária, não se sabe se é urinária renal</p>	



Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
19/10/2016	<p>19/10: TCE upon vidente motociclista. Hematoma extradural direito. TO indireto de idem ecom c/te h- matoma extradural.</p> <p>Exonduro: fator suspeito DNI: 20020063651/246 K: 2,5 e N: 9</p> <p>Leucogramma 730mg 11/16 Kardinal 800mg/dia (7/8h) bolante Kx. tóxica, hemorragi- ca, PCR, sanguinosa, Ue/Co, TGO, TGP, TMAA, MP/IAE.</p> <p><i>Dr. Wagner P. de Araújo Medicina da Família e Comunidade</i></p> <p><i>Yap</i></p> <p>+ 1000 Ufona</p>	
18/10/2016	<p>18/10/2016: XXXX</p> <p>às 17:30: Análise feita no res-operatório, consistente a extensão, si difíceis rotas operatórias, isquemias, perturba função vertebral.</p> <p>col: Analista</p> <p>Obs. neural.</p> <p>Repetir CT de novo controlado amanhã</p> <p><i>Dr. Wagner P. de Araújo NEURO-ORLURGIA CRM-PB 10.216</i></p>	



GOVERNO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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

NOME	N.º PRONTUÁRIO
Jeanderson 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
18/07/16	<p><i>Evolução Mariana</i></p> <p><i>Condicoes</i></p> <p>AT: 36,5°C Dure: Suspensa</p> <p>APC: 108 - 97 Dureza: 1450 ml</p> <p>APR: 29 - 20 P: 1.09 ml / Kg/h</p> <p>APCO: 100 - 98 Evacuação: Pecten</p> <p>MAP: 143/79 (1:1)-150/80 (1:1) Pressão: 8</p> <p>BH:</p>	
	<p><i>Inhaloterapia e C</i></p> <p><i>Evolui com ECG, hipotensão, mialgias</i></p> <p><i>epicárdicas, urticária, purpura rubra</i></p> <p><i>AT: 36,5°C Dure: Suspensa</i></p> <p><i>APC: 108 - 97 Dureza: 1450 ml</i></p> <p><i>APR: 29 - 20 P: 1.09 ml / Kg/h</i></p> <p><i>APCO: 100 - 98 Evacuação: Pecten</i></p> <p><i>MAP: 143/79 (1:1)-150/80 (1:1) Pressão: 8</i></p>	
	<p><i>Col. manutida</i></p> <p><i>Sumaré</i></p> <p>03:00 permanente apresentando</p> <p>3 episódios de vomito com</p> <p>purpura urticaria</p> <p>sd: evolução da CEDO</p> <p>sf 0,9% sanguinosa</p> <p>176T</p>	

MOO-007

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
23/10/16	<p>23/10/16</p> <p>Paciente orientado, conversante nega dores, crises, afecções nas abdominais, flácido, reflexivo e deitar a palpá-lo. SNC SNC: Sustentado. Localização: A boloma livre</p> <p>Dr. Jahanid Bento Simões MÉDICO CRM 3133, CIC 159.61.204-18</p>	
13/10/16	<p>13/10/16 NAR</p> <p>Expo: Correção de Afundamento manus + drenagem de hematoma extracranial frontal</p> <p>Pacte si sedação, sonolento mas facilmente despertado, G/H, isocoria, si digitos inteiros aproximados, P.O. ligeira e seca, postura funcional e atabal, si drogas ressentidas</p> <p>Col: Cr de cráneos controles.</p> <p>Soltos retratos SNC</p> <p>Suprimento de sangue</p> <p>Dra. Patrícia P. de Araújo CRM-PB 10.216</p>	
	<p>Em tempo, cr de crâneos BOM status psicofisiológico, correção do afundamento, pug. extracranial residual, si o feito de manus, contusão frontal (x)</p> <p>Col: Manter um obs. neural. em leito de UTI.</p> <p>Análise: + ATB mobilizam</p> <p>Dra. Patrícia P. de Araújo CRM-PB 10.216</p>	





EVOLUÇÃO DIÁRIA - UTI PEDIÁTRICA

Data de admissão UTIP: 19/02/2020 DATA atual: 19/02/2020 HORA: 17h DIH: 2º DI UTI		Paciente: <i>Isidronen Silva Marques</i> Idade: 14m Peso: 110 Kg.																					
<p>HD: PCE por vidente metacôndilo; MED uterino, 1º grau de dano com 1/2 MED.</p> <p>INTERCORRÊNCIAS: Vomitos e episódios de vômitos vómitos inconscientes e com tiques com menor quantidade de sangue. Detinada na SNC por rotina de náuseas e vômitos.</p>																							
DADOS DE ENFERMAGEM <i>16-02-2020</i> <p>ΔT: 36,5°C ΔFC: 70-107 bpm ΔFR: 20-25 bpm ΔSC: 97-100% Evacuações: Ø PAS: 135-145 mmHg AD: 90-49 mmHg ΔPAM: 90-102 mmHg ΔGlicose capilar: 90 mg/dL OBS: </p>	BALANÇO HÍDRICO <table border="1"> <tr> <td>Peso: 100</td> <td>Peso da anterior:</td> </tr> <tr> <td>ENTRADAS:</td> <td>SAÍDAS:</td> </tr> <tr> <td>Urtidona: Ø</td> <td>Resíduo: 400</td> </tr> <tr> <td>Venôse: 2.189</td> <td>Diurese: 2.000</td> </tr> <tr> <td>NTP:</td> <td>Dreno: 1000</td> </tr> <tr> <td>Medicação: 818</td> <td>Outros:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">+ 3000</td> </tr> <tr> <td>ΔFinal: -964 ml</td> <td>-8940</td> </tr> <tr> <td>DEBITO URINÁRIO:</td> <td>1,5 ml/kg/h</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TFG:</td> </tr> </table>	Peso: 100	Peso da anterior:	ENTRADAS:	SAÍDAS:	Urtidona: Ø	Resíduo: 400	Venôse: 2.189	Diurese: 2.000	NTP:	Dreno: 1000	Medicação: 818	Outros:	+ 3000		ΔFinal: -964 ml	-8940	DEBITO URINÁRIO:	1,5 ml/kg/h	TFG:		PROCEDIMENTOS INVASIVOS <input type="checkbox"/> TTN <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> CATÉTER VESICAL <input type="checkbox"/> CATÉTER diaise peritoneal <input type="checkbox"/> CRENGL PLEURAL <input type="checkbox"/> MEDIASTINAL <input type="checkbox"/> CATETERARTERIAL <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE GTT <input type="checkbox"/> DAPT <input type="checkbox"/> ΔPAS <i>X CRENO vesical</i>	
		Peso: 100	Peso da anterior:																				
ENTRADAS:	SAÍDAS:																						
Urtidona: Ø	Resíduo: 400																						
Venôse: 2.189	Diurese: 2.000																						
NTP:	Dreno: 1000																						
Medicação: 818	Outros:																						
+ 3000																							
ΔFinal: -964 ml	-8940																						
DEBITO URINÁRIO:	1,5 ml/kg/h																						
TFG:																							
NUTRICIONAL / HIDROELÉTRICO <i>Interações: suspensa</i> QMV: 100 + 60% K: 2,5 na: 3																							
SUporte VENTILATÓRIO Modo: <i>FC</i> FiO ₂ : <i>PEEP</i> PIP: <i>Fi</i> Ti: <i>RE</i> <i>Ute vidente</i>																							
SUporte VENTILATÓRIO Dias de uso: <i>Expiração: 1000 ml</i> <i>450 mg de SNG h</i>																							
HEMODINÂMICO <i>Ø</i>																							
SEDAÇÃO / ANALGÉSIA <i>Ø</i>																							
MEDICAÇÃO DE SUPORTE <i>Kordental somnífero</i> <i>Onyx mg/d</i> <i>Naloxone</i> <i>Diptorone</i>																							
MCG 051																							



Conduta:	
1) Nutricional:	<i>distor vómitos retinardo SNC</i>
2) Hidroeletrolítico:	<i>urinante ONU: 1001 5051 Na: 3 , K: 2,5</i>
3) Respiratório:	<i>vac. vomitante</i>
4) Infeccioso:	<i>urinante uras</i>
5) Hemodinâmico:	<i>Ø</i>
6) Sedação:	<i>Ø</i>
7) Suporte:	<i>urinante</i>
8) Exames:	<i>cap + xma. reação</i>
9) Parecer:	





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 M. Andrade		
	ENF.	LEITO

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

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
	<i>Evolução do Término</i>	
* 19/08/2020	* VACINAS DAS 7H AS 14H ΔT = 36,5 - 37°C ΔPAP = 123 - 143 mmHg ΔPAPD = 50 - 78 mmHg ΔPAPAS = 94 - 95 mmHg ΔPAPTE = 94 - 97 mmHg ΔPAPSE = 0,5 mmHg	
19/08/2020	# De maneira	
19/08/2020	4. INCOMPATIBILIDADES: - Problema TC de crônico e foi avaliado pelo neurologista que enunciou condição deplorável, risco SNE - Melhorar das visões - Agravar hidrocefalo - Monitorizar pressão arterial e níveis de glicose	
19/08/2020	Exame: ECG comprometido, eufônico, apical, acromegia, anidrício, glangerul = 15 Edema e hiperemia digital palmar - RCP em 2T, BNP 5/5, FC = 70 bpm - pulso radial palpável - MVS + na A.MT, sem R.A - Abdome levemente	
19/08/2020	co. líquido totais 500ml ev	
		<i>Joanderson Silva M. Andrade CRM-PB 5001</i>

VOD: 207



Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
19/04/16	<p>Andrago morto.</p> <p>anexo direito si inchaço. altura 41 x 70298 y. (A 148 x 53 (96). Susto pelo tubo.</p> <p>Age 79 - 72 kg</p> <p>ABR 20-30170</p> <ul style="list-style-type: none"> Diarréa ♀. Diarréa 1 profunda. Excreção ♀ Dissecção, volume prépuberal abdominal, ex epatite, ascite. TCC 2300 H. Stachelin Desidratação severa Abdome gástrico, fúndico Desidratação intensa. Pulso lento. Popilus fatoragudo, anestésico As membranas inflamadas <p>→ com 2300</p>	





EVOLUÇÃO DIÁRIA - UTI PEDIÁTRICA

Data de admissão UTIP: 18/10/2020
DATA atual: 20/10/2020 HORA: 08:30
DIH 3º DI UTI

Paciente: Leanderson Silveira Marques
Idade: 14 anos Peso: 310 Kg.

HD: TCE por acidente motociclistico, MED fraturado, 2º DPO de fratura em di MED

INTERCORRÊNCIAS: Paciente segue sem intercorrências (náuseas, dores e/ou outros)

DADOS DE ENFERMAGEM	
Δ T: 36,5 - 37,4°C	
Δ FC: 69 - 78 bpm	
Δ FR: 28 - 30 bpm	
Δ SpO ₂ : 94 - 95%	
Δ pressões: 0	
Δ PAS: 323 - 398 mmHg	
Δ PAD: 63 - 78 mmHg	
Δ PAM: 83 - 88 mmHg	
Δ Glicemia capilar:	
OBS:	

BALANÇO HÍDRICO	
Peso dia:	Peso dia anterior:
ENTRADAS:	SALIDAS:
Oral/sonda: 0	Resíduo: 300
Venoclínico: 2836,8	Outros: 30
NTP:	Dreno:
Medicos: 304	Outros: 90 mmHg (vácuo)
Evacuações:	-3490
+ 3.743,8	
Δ final = + 2323,8	
DEBITO URINÁRIO	0,49 ml/min
TFG:	

PROCEDIMENTOS INVASIVOS		
<input type="checkbox"/> TNT	<input type="checkbox"/> TOT	<input type="checkbox"/> TOT
<input type="checkbox"/> CATETER VESICAL		
<input type="checkbox"/> CATETER dialis peritoneal		
<input type="checkbox"/> DRENO PLEURAL		
<input type="checkbox"/> MEDIASTINAL		
<input type="checkbox"/> CATETER ARTERIAL		
<input type="checkbox"/> NPT	SNG	SNE GTT
<input type="checkbox"/> Δ PAS:		

Dreno
Cobres

NUTRICIONAL / HIDROELÉTRICO
Ducto Sustentação
GMR = SG 61 = 500 ml (50%)
Na⁺ = 34 ; K = 2,5%

EXAME FÍSICO: EGR, espasmos, hiperflextão (hiperextensão (+141)), oncocistos, desordens fisiológicas, afibril, sem febre, entomacardíaco.

RESPIRATÓRIO: MVG em AHT, sem RA

CARDIOVASCULAR: RCR em 2T, BCNF, SI soproco.

FC 82 bpm | TEC < 3 | PA 34x264 mmHg | PAM X mmHg | PVC

DIGESTIVO / ABDOMINAL: Glássio, plácido, deprimível, com RHA (+) e hiperflextão, sem ressorângulos, indolor e palpável superficial e/ou profundo.

RENAL / METABÓLICO: Dureza presente, concentrada. Presença de idem per-
abdomen bilateral (+141).

NEUROLOGICO: Consciente, orientado, sem cefaleia, contorcção, retores, com ECG = 55.

INFECCIOSO / HEMATOLOGICO: Afibril, sem febre, sem erupções, sem rash, sem hipersensibilidade, sem sinais de infecção. Sem sangramentos gastos

PSICOLOGICO / SOCIAL: Acompanhado do pai

SUPORTE VENTILATÓRIO

MODO: CPAP
FIQ: 100%
P.P.: 10
Ti: 10
VE: VE

Air Ambiente

SUPORTE VENTILATÓRIO

Dias de uso:

Cefazilime (102)
750 mg de 8/8h

HEMODINÂMICO



SEDAÇÃO / ANALGÉSIA



MEDICAÇÃO DE SUPORTE

Hidroxicloro 300 mg /dia
Onoproyal, Alprazolam, Nauseodin, Bromel.

MOG 351



Conduta:	
1) Nutricional:	Dulce wine Brando
2) Hidroeletrolítico:	Montado
3) Respiratório:	Montado
4) Infeccioso:	Montado
5) Hemodinâmico:	Montado
6) Sedação:	Sem sedação
7) Suporte:	Propofol 60mg Isotrem 300mg/dia Tramadol (5/5), Dextrofene (5/5) Nasogastric (4ml/2ml), 4ml (8/8h)
8) Exames:	
9) Parecer:	<p>Dr. Valéria Alves CRM: 29.000</p> <p>Conduta: Alto do UTI Pediátrica</p>



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

Num. 33479109 - Pág. 14

UTI INFANTIL - PRESCRIÇÃO MÉDICA

ATA: **JOANDERSON SILVA MARQUES** IDADE: **14a** PESO: **110kg** LEITO **04**

DATA DE NASCIMENTO:

00/2016

Holiday:

2000m

Prescrição e tratamento:

AT.A:	NOME:	DOSE:	VIA:	INTERVALO:	AT.A:	NOME:	DOSE:	VIA:	INTERVALO:
00/2016					01	Verôcise	500ml	EV	6h
					02	Urbisco Brando	50ml	EV	12h
					03	MEDICAÇÕES			
					04	Cefuroxima 750mg - 1 FA + 250ml SF 0,9% → 15ml	EV	8h	
					05	Tramal 100mg - 1 FA + 100ml SF 0,9%	EV	8h	
					06	Captopril 25mg - 1 CP sa PA → 170x10	VO		
					07	Hidroxicloroquina 100mg - FA + 250ml SF 0,9%	EV	24h	
					08	Diprofene 500mg/ml 2ml + 10ml AG	EV	6h	
					09	Omeprazol 40mg - 1 FA + 10ml AG	5.0 ml	EV	24/24h
					10	SE 0,9%	500ml	EV	ACM
					11	NSA - 500ml	500ml	EV	
					12	Nimesulid 40mg/2ml + 50ml SF 0,9%	EV	8h	
					13	CUIDADOS:			
					14	o Cabeça elevada a 30 graus			
					15	o SH PA FIC e sinal vit de 3h			
					16	o Change cabeca em 30min - seca			
					17	o Alterar diurese das 24h			
					18	o 1/3 do dia NCR seca			



RADIOMETER ABL 800 FLEX

ABL807 UTI ADULTO
REL DO PACIENTE Seringa - 5 200µL 11:09 18/2/2016
Amostra 41833

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_v: L/min

4

Valores de Gases no Sangue

↑ pH	7,345	[7,350 - 7,450]
pCO ₂	39,4	mmHg [32,0 - 48,0]
↑ pO ₂	293	mmHg [83,0 - 108]

Valores de Oximetria

cHb	13,9	g/dL [12,0 - 16,0]
↑ sO ₂	99,6	% [95,0 - 99,0]
PO ₂ Hb	97,3	% [94,0 - 98,0]
FCOHb	0,9	% [0,6 - 1,5]
FHHb	0,4	%
FMethb	1,4	% [0,0 - 1,5]

Valores dos Electrólitos

↓ cK ⁺	3,2	mmol/L [3,4 - 4,5]
cNa ⁺	141	mmol/L [136 - 146]
↓ cCa ²⁺	0,76	mmol/L [1,15 - 1,29]
↑ cCl ⁻	109	mmol/L [98 - 106]

Valores dos Metabolitos

↑ 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	
pCO ₂ (T)	39,4	mmHg
pO ₂ (T)	293	mmHg

Índice de Oxigenação

cIO ₂ C	19,7	Vol%
pIO ₂ C	27,65	mmHg

Estado Ácido-Base

cBase(Ecf)c	-3,8	mmol/L
cHCO ₃ (IP)cf	21,3	mmol/L

Valores Calculados

cBase(Bic)	-3,9	mmol/L
cBase(Ecf)c	-3,8	mmol/L
cHCO ₃ (IP)cf	21,0	mmol/L
cICO ₂ (P)cf	49,7	Vol%
FSHunte	8,0	%
Hct	42,7	%
pO ₂ (A-a) _P	134,3	mmHg
osm _c	289,1	mmol/kg

Notas

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





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sra(s): **JOANDERSON SILVA MARQUES** Protocolo: #000260057 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: **Lito - 07**

HEMOGRAMA

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

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos	4.26 milhões/mm³	3.7 a 5.9 milhões/mm ³
Hemoglobina	13,8 g/dL	12,0 a 16,0 g/dL
Hematócrito	42 %	35,0 a 48,0 %
V.G.M.	99 fL	82,0 a 112,0 fL
H.C.M.	32 pg	27,0 a 34,0 pg
C.H.C.M.	33 g/dL	12,9 a 16,1 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos	12.300 /mm³	4.500 a 11.500 /mm ³	
	(%)	(/mm ³)	
Neutrófilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	2,0	246	
Segmentados	87,0	10.701	40,4 a 70,4 = 1.400 a 8.500 / mm ³
Eosinófilos	2,0	246	0,5 a 6,0 = 400-500 / mm ³
Basófilos	0	0	0,0 a 2,0 = até 200 / mm ³
Linfócitos			
Tipicos	6,0	738	20 a 45 % = 1.000 a 3.500 / mm ³
Atípicos	0	0	
Monócitos	3,0	369	2,0 a 10 % = até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	192.000 mm³	140.000 a 400.000/mm ³	

OBSERVAÇÕES

Contagens repetidas e confirmadas.

Edicleia Macedo de França
Biomédica
CRBM 4732



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



GOVERNO
DA PARAÍBA

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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): JOANDERSON SILVA MARQUES
Dra(a): SEM IDENTIFICAÇÃO 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 PEDIÁTRICA
Destino: Leito - 07

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA 30.2 seg

DATA DA COLETA: 18/02/2016 19:10
Material: Plasma
Método: Coagulase automática (KATH. CODE: 1000)

Valores de Referência:
22 a 35 segundos
(Influências pre-analíticas: liberadas).
o TTPA pode estar aumentado em indivíduos em uso de ácido-acetil
edetônico, átropina, afebrina, etofenamatol e fenitoína.
A redução de TTPA pode ser observado em indivíduos em uso de anti-
histamínicos, digitálico, contraceptivos orais, tetraciclina e
estrogenos 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 anticoagulantes:
Plasma Controle 12.5

12 a 13 Seg
66% de atividade de protrombina.
INR 1.2

Material: Plasma
Método: Coagulase automática (KATH. CODE: 1000)

Ediclecia Macedo de França
Biomédica
CRBM 4732

Laboratório
Newlab



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



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

Num. 33479110 - Pág. 3



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sra(a): JOANDERSON SILVA MARQUES
Dr(a): SEM IDENTIFICAÇÃO MÉDICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000260057
Data: 18/02/2016 19:10
Idade: 14 anos
RG: /
Origem: UTI PEDIÁTRICA
Destino: Leito - 07

UREIA

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

Resultado: 18 mg/dl

Referência: 5 a 11 mg/dl

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Sistema Autorreativado SELECTRA

Detalhamento:

CREATININA

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

Resultado: 1,0 mg/dl

Referência: 0,2 a 1,0 mg/dl
Crianças: 0,3 a 1,0 mg/dl
Adultos: 0,6 a 1,4 mg/dl
FARMA RELACIONADAS: Ureia, leitocreatina
de Creatinina + Glicose de
urina.
NOTA: O uso de medicamentos contendo
d-piridona e
vitamina C podem alterar o
resultado deste exame.

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Autorreativado CR 200 WESCOR

ASPARTATE AMINOTRANSFERASE (AST/TGO)

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

Resultado: 32 U/L

Referência: 10 a 35 U/L

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Autorreativado CR 200 WESCOR

Edilecio Macedo de França
Biomédica
CRBM 4732

Laboratório
Newlab



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



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

Protocolo: 0000260057 RG: NÃO INFORMADO
Data: 18/02/2016 19:10 Origem: UTI PEDIATRICA
Idade: 14 anos Desliso: Leito 07

ALANINE AMINOTRANSFERASE (ALT/TGP)

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

Resultado: 39 U/I

Resultados anteriores:

Materiais: Soro

Método: Automatizado CX-200 (K12979)

Homens: 12 a 42 U

Mulheres: 9 a 36 U


Ediclecio Macedo de França

Biomédica

CRBM 4732

GOVERNO
DA PARAÍBA

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

FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

DATA: 18/08/2016

NOME: *Isaurena Sávia Marques*

HD:

SETOR:

UTI/INP:

LEITO:

01

DATA:

18/08/16

12H



SEGURANÇA FÍSICA Tranquilo () Agitado () Agressivo: () Risco de queda. Observação:**REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR**

Pulso: (x) Regular () Irregular () Impalpável () Filitiforme () Cheio:

Pele: (x) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida:

Tempo de enchimento capilar: (x) ≤ 3 segundos () >3 segundos. () Turgência jugular: ()

Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia: ()

Ausculta cardíaca: (x) Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: (x) Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção: / /

Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético (x) Obeso.

Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.

Alimentação: () IVO () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: / /

Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:

Abdômen: () Normotensão (x) Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:

RHA: (x) Normoativos; () Ausentes () Diminuidos () Aumentados

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

Eliminação urinária: () Espontânea () Refeição () Incontinência () Hematúria (x) SVD. Débito ml/h:

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: () Integra () Resssecada () Equimoses (x) Hematomas () Escoriações () Outro:

Coloração da pele: (x) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Clorótica Turgor da pele: () Preservado

Condições das mucosas: (x) Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()

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

Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo em: / /

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: () Independente () Dependente (x) Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória

Limitação física: (x) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:

SONO E REPOUSO

() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:

6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSOCIAIS**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 adm. Feb do cc, em PDI de trauma de crânio em DE ambiente, AVP em MSE, dreno de succção em região cefálico, apresenta nbs hematomas em região ocular. Segue sob cuidados intensivos.

Prante apresenta lentidão. segue todo monitoramento intensivo.

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

DATA: 18/02/16 HORA: h

Pescoref

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Anderson Silva Marques	Registro: 3277354	Leito: 07	Setor Atual: UTI - P
Idade: 14	Sexo: M Cor: Pardo	Estado Civil: Nascer	Naturalidade: Aracruz Profissão:
Procedência: () Vermelha () Amarela () Verde () UTI () CO () 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 previas: () Motivos: -	Alergias: () Qual: -
Doenças: () HAS () DM () DPOC () Cardiopatia () Obesidade () Tabagista () Ex-tabagista () Neoplasia () Alcoolismo () Drogadição () Outros: -	Medicações 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 rpm** PA: **143x79mmHg** FC: **108 bpm** SPO2: **100%**
HGT: **mg/dl** Peso: **Kg** Altura: **cm** Dor: **() Local:** Obs: **-**

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

Olhos:

OXIGENAÇÃO

Respiração: **(x) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % Imin () Traqueostomia () Ayre/Tubo T**
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

(x) Eupneia () Taquipneia () Bradipneia () Dispnéia () Outras:

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: **7,35** PCO₂: **35** PO₂: **95** HCO₃: **24** EB: **0** SpO₂: **100** Data: **18/02/16** Hora: **14:20**

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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





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

Núm. 33479110 - Pág. 10

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA TRAJANO DE CAMPINAS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
FOI DA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO
GRANDE

EOI HA DE CONTROL E EBANCO HDBCO

卷之三

1007

1200

ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - DIURNO

Jesuca subida ECG, ponem estavel abdômen SNC plástica, gelp da cintura para SUD d.v. manutenção. Querex farto de SUD. Sobre subtração de hidratos de carbono. Padrão TIC de Oráculo, situaçao SNC por Oráculo manutenção.

ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - NOTURNO

Miguel Tavares corrigiu constipação constante. Manutenção hidratos de carbono. Subtração hidratos de carbono.

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

MF 146707

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

Charla 3360

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:



PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM		APRAZAMENTO
<input checked="" type="checkbox"/> REGISTRAR SINAIS VITais E REALIZAR BALANÇO HIDRICO	26/02/14 14:40 23/02/25	
<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 () TQT () 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	✓ 16 22	
<input checked="" type="checkbox"/> MANTER ELEVADA AS GRADES DE PROTEÇÃO DA CAMA		
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, REFLEXO DE TOSSE, NÁUSEA E CAPACIDADE DE DEGLUTIR	✓ 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 MANUSEAR ACESSO VENOSO COM LUVA, GAZE E ÁLCOOL A 70%		
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR RODÍZIO DO SENSOR DE OXIMETRIA	✓ 18 24 06	
<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 ESTETOSCOPIO COM ÁLCOOL A 70%	✓	
TÉC. ENF (M)	TEC. ENF (T)	TÉC. ENF (N)
RESULTADOS ESPERADOS:		

TROCA DE DISPOSITIVOS					
DISPOSITIVO	DATA DE INSERÇÃO	APRAZAMENTO	DATA DA TROCA	OBSERVAÇÕES	ASSINATURA
SOG/SNG	17/02/1	SOG/SNG: 4 dias	20/02/1		
SNE	/ /	SNE: Trimestral			
SVD	18/02/1	15/30 dias e/ou SN	17/02/3		
CURATIVO (FO)	/ /	Gaze comum: Diário			
CURATIVO (AVC)	/ /	Gaze comum: Diário			
CURATIVO (AVC)	/ /	Bico/curva: 7 dias			
CÍRCUO DE VM	/ /	15 dias e/ou SN			
FILTRO DE VM	/ /	4 dias e/ou SN			
UMIDIFICADOR	18/02/1	4 dias	22/02/1		
ASPIRADOR	/ /	48/48 horas			
LATEX	/ /	24/24 horas			
EQUIPO SIMPLES	18/02/1	72/72 horas	21/02/1		
EQUIPO NTP	/ /	24/24 horas			

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA
 11. Pese zebe TC de crâneo após ser avaliado por Drº Peixoto (Neuro).
 Pese zebe curativo em TO.
 Peseze SNG por orientação médica.

X

M. Isabel F. Castro de Lima
 ENFERMEIRA
 CORPO DE ENFERMEIROS DO PIAUÍ

ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

ASSINATURA CORPO DE ENFERMEIROS DO PIAUÍ





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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DA UTI INFANTIL

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOME: *Janderson Silveira Marques* IDADE: *14* PESO: *10* SEXO: M F
ADMISSION NA UTI: *19/02/16* DIH: *1* DN: *09/02/16* LEITO: *Q4* DATA: *19/02/16*
DIAGNÓSTICO MÉDICO: *TLE* N° DO FRONTUÁRIO: *1244354*

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

ALERGIAS: SIM NÃO QUAIS:

ESTADO GERAL: ESTAVEL REGULAR GRAVE GRAVISSIMO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ATIVO/REATIVO HIPÓATIVO SEDADO COMATOSO

PELE MUCOSAS: CORADAS HIPOCORADAS CIANOSE ICTERICAS HIDRATADAS DESIDRATADAS

REGULAÇÃO TÉRMICA: HIPOTERMIA NORMOTERMIA HIPERTERMIA SUBFEBRIL

PRESENÇA DE ÚLCERA DE PRESSÃO: ESTÁGIO: LOCAL:

SIM NÃO ASPECTO/TRATAMENTO:

SENSIBILIDADE / MOTROCIDADE: PRESERVADA PLEGIA PARESTESIA

FREQUÊNCIA CARDIÁCA: BRADICARDIA NORMOCARDIA TAQUICARDIA

NÍVEIS PRESSÓRICOS: HIPOTENSO NORMOTENSO HIPERTENSO

PULSO: REGULAR IRREGULAR IMPALPÁVEL FILIFORME CHEIO

PADRÕES RESPIRATÓRIOS: EUPNEICO DISPNEICO TAQUIPNEICO BRAOPNEICO

OXIGENOTERAPIA: C. AMBIENTE MV CNE U/min HOOD/CPAP VM FiO2: SpO2:

SIST. GENITOURINÁRIO: ESPONTÂNEA POR FRALDA SVD ASPECTO:

(DIURESE) DISÚRIA POLIURIA OLIGURIA ANÚRIA HEMATÚRIA

SIST. GASTROINTESTINAL: VO SOG/SGN n° SNG/GTM n° NTP DIETA ZERO

ELIMINAÇÕES INTESTINAIS: NORMAL AUSENTES DIARRÉICAS ASPECTO:

ABDO: PLANO FLÁCIDO GLC/BOSO DISTENDIDO DOLOROSO À PALPACAO

ACESSO(S) VENOSO(S): S/ ACESSO PERIFÉRICO CENTRAL DISSECÇÃO VENOSA

MEMBROS: BOA PERFUSÃO PERFUSÃO DIMINUIDA CIANOSE DE EXTREMIDADES EDEMA M+

CURATIVOS: TIPO: *oculto* 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 CARDIÁCO DIMINUÍDO | <input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO | CD/FR: |
| <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 | CD/FR: |
| <input checked="" type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA | CD/FR: | |
| <input type="checkbox"/> RISCO PARA INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA | CD/FR: | |
| <input type="checkbox"/> MOTILIDADE GASTROINTESTINAL 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: | |

S
Leticia Almeida Fernandes
ENFERMEIRA
CRF-PB 13970

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
FR: FATOR RELACIONADO

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

MOD 126





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=2008211420133760000032039518>
Número do documento: 2008211420133760000032039518

Núm. 33479110 - Pág. 14

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPIITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINAS
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

	Tandem	par	Síntese	Microcélulas
ESTERIO	7	8	9	10
ESTERIAL	140	64	165	176 (12%)
OFIC	76	6	80	
ESTAHURA	369		370	
ESTRAÇÃO	23		24	
	99		100	
	12			

SIGNATURE

ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - DIURNO

Função suspenso a parturiente. Sudorese. Tensão arterial baixa. Sintomas de choque. Ducto de Valsalva dilatado.

ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - NOTURNO

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

Janete V.S. 2326

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

SONDAS, CATETERES E DRENOS

SVD	AVP	AVC	PIA	PAM	TOT	TQT	SNE	SNG	DRENOS

ÚLTIMA EVACUAÇÃO:

ASPECTO:

BALANÇO HIDRÍCO ATUAL:

BALANÇO HIDRÍCO ANTERIOR:

BALANÇO HIDRÍCO ACUMULADO:

FERIDAS / LESÕES

CURATIVOS / COBERTURAS / PRODUTOS UTILIZADOS

ENFERMEIRO:

ENFERMEIRO:





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DA UTI INFANTIL

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOOME: Janderson Silva Marques	IDADE: 16A	PESO:	SEXO: M	F
ADMISSÃO NA UTI: 14/02/16	DN: 07/06/01	LEITO: 07	DATA: 20/10/21/06	
DIAGNÓSTICO MÉDICO: TBC	N° DO PRONTUÁRIO: J274354			
HISTÓRIA DA BOLENCIA 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"/>	GRAVISSIMO <input type="checkbox"/>							
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ATIVO/REATIVO <input checked="" type="checkbox"/>	HIPOTATIVO <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 / MOTROCIDADE:		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"/>	IMPALPÁVEL <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"/>	BRADPNEICO <input type="checkbox"/>					
OXIGENOTERAPIA:		O. AMBIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	MV <input type="checkbox"/>	% <input type="checkbox"/>	CNE <input type="checkbox"/>	Limn <input type="checkbox"/>	HOOD/CPAP <input type="checkbox"/>	VM <input type="checkbox"/>	FIC2 <input type="checkbox"/>	SPO2 <input type="checkbox"/>
SIST. GENITOURINÁRIO: (DIURESE)		ESPONTÂNEA POR FRALDA <input checked="" type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>	ASPECTO:						
DISÚRIA <input type="checkbox"/>		POLIÚRIA <input type="checkbox"/>	OIGÚRIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>	HEMATÚRIA <input type="checkbox"/>					
SIST. GASTROINTESTINAL (DIETA):		VO <input checked="" type="checkbox"/>	SOG/SNG-nº <input type="checkbox"/>	SNG/GTM-nº <input type="checkbox"/>	NTP <input type="checkbox"/>	DETA ZERO <input type="checkbox"/>				
ELIMINAÇÕES INTESTINAIS:		NORMAL <input type="checkbox"/>	AUSENTES <input checked="" type="checkbox"/>	DIARREICAS <input type="checkbox"/>	ASPECTO:					
ABDOMÉ:		PLANO <input type="checkbox"/>	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"/>	DISSECCÃO VENOSA <input type="checkbox"/>					
MEMBROS:		BOA PERFUSÃO <input checked="" type="checkbox"/>	PERFUSÃO DIMINUIDA <input type="checkbox"/>	CIANOSE DE EXTREMIDADES <input type="checkbox"/>	EDEMA <input type="checkbox"/>	/4+ <input type="checkbox"/>				
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	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:
<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	CD/FR:
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	CD/FR:
<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 CORPORAL	CD/FR:
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBrio DO VOLUME DE LÍQUIDOS	CD/FR:

CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA

FR: FATOR RELACIONADO

M. Isabel F. Castro de Lima

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL
COREN 303.747-PS

MOD 126

PRESCRIÇÃO DA ENFERMAGEM		APRAZAMENTO
<input checked="" type="checkbox"/> REGISTRAR SINAIS VITais E REALIZAR BALANÇO HIDRICO		08/11/14 12 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 DECUBITO A CADA DUAS HORAS		
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO, HIGIENE OCULAR, NASAL E ORAL		H
<input type="checkbox"/> REALIZAR TROCA DE FIXAÇÃO DE: () TOT () TQT () 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.		M T N
<input type="checkbox"/> MANTER ELEVADA AS GRADES DE PROTEÇÃO DA CAMA		
<input type="checkbox"/> MONITORAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, REFLEXO DE TOSSE, NÁUSEA E CAPACIDADE DE DEGLUTIR		
<input type="checkbox"/> OBSERVAR E REGISTRAR SINAL DE EDEMA		
<input checked="" type="checkbox"/> REGISTRAR FREQUÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DAS ELIMINAÇÕES.		+++
<input type="checkbox"/> ASPIRAR E TESTAR REFLUXO DE SNG/SNE ANTES DA ADMINISTRAÇÃO DA DIETA/MEDICAÇÃO MANUSEAR ACESSO VENOSO COM LUVA, GAZE E ÁLCOOL 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 ESTETOSCOPIO COM ÁLCOOL A 70%		H
TEC: ENF.(M)	TÉC: ENF.(T)	TEC: 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			
		Blockus: 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

Paciente com melhora clínica, comumente, sentado, respira livre e estenoses verdes.
Alto para enfermeira aguardando vaga.

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA

M. Isabel H. Castro de Lima
ENFERMEIRA

ASSINATURA / CARIMBO DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL





Assinado eletronicamente por: AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO - 21/08/2020 14:20:13
<http://pj.e-justice.br:80/pj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008211420137160000032039519>
Número do documento: 2008211420137160000032039519

Núm. 33479112 - Pág. 3

Diagnóstico

TCE Verde e AFACIAMENTO
Cronônico Grav. + HED

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Trudersim Silveira Nequiss	Alojamento	Leito	Horário	Convênio
Data	Prescrição Médica				Evolução Médica
18/02/16	① Dieta zero ② 300.000 UI HED ev 12.12h ③ Dipiram 200mg + Ad ev 6/16h (única ev) ④ Tramal 100mg + xomise ev 318h (única ev) ⑤ Ondopezol 40mg ev 1x/d ⑥ Cefazidime (Susp) ⑦ Cefuroxime 750mg + sp 250ml se ev 8/18h ⑧ Cinnam no PO ⑨ Nusodolone 50mg + ad ev 318h SIN ⑩ Cabeçote e levada 30° ⑪ Caplorol 125mg se PA 3170x110 ⑫ Hidantoin 100mg + 250ml se ev 8/18h ⑬ Ecce + ssuv ⑭ Ecce + ssuv				NE
					<p>Pacte alterna de ac maturi- distico si capiente, sonolento mas facilmente despertável. Sens. visuais, apreensão sombria, sugestionose frequentes a (E) estrela horadinariamente.</p> <p>CT de cravo: Afundamento frontal sem pior a (E) ev HED subgenital fornilhão vaga somenbido, neu- rolo informam se bem de segus. Col: Intervenção pl. NER</p> <p>Caixaria de urgência</p>
					<p>Dra. Patrícia P. de Alencar NEUROLOGIA CRM-PB 10.216</p>
					<p>Dra. Patrícia P. de Alencar NEUROLOGIA CRM-PB 10.216</p>

MOD: 035



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Jo Anderson Silva Marques				DATA: 08.06.2002	REGISTRO: 1232351
QI	LEITE	CONVÉNIO	IDADE		
		SUS	14		
CIRURGIA		CIRURGÃO		GOVERNO DA PARAÍBA	
Tro enxugo de Abdômen		Dr. Nelson e Dr. Patrícia		SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE	
ANESTESIA		ANESTESIA		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
Geral		Dr. Leonardo			
INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM		
	18-02-2015	10:30	12:30		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Qtd.	FIOS	CÓDIGO	
	Adrenalina amp.	01	Selva Coelostoma		
		01	Calef. p/ Drg	Catgut cromado Sertix	
	Airofina amp.	01	Catet. De Urinar Sist. Fech.	Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	02	Compresa Grande	Catgut cromado Sertix	
	Dimexide amp.		Compresa Pequena	Catgut Simples Sertix	
	Dolantina amp.		Cotonolide	Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	01	Drano de sucção 3.2	Catgut Simples Sertix	
	Fenoxepam amp.		Drano Kefir	Catgut Simples Sertix	
	Fontanil ml	500 mg	Drano Penrose ml	Cera p/ ossa	
	Indoxa ml		Drano Pażer ml	Ethibond	
	Ketalar ml	02	Equipo de Macrogotas	Ethibond	
	Mercacina % ml		Equipo de Macrogotas	Ethibond	
	Nubatin amp.		Equipo de Sangue	Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC	Fio de Algodão Sertix	
	Protogine amp.	01	Espadradeira Larco cm	Fio de Algodão Sulupak	
	Protodoxil ml		Furaõni ml	Fio de Algodão Sulupak	
	Quelicin ml 100mg	04	Gasa Paçote c/ 10 unidades	Fita cardíaca	
	Rapifen amp		H2O ml	06	Mononylon 2-0
	Thiometabol m	100mg	Intracath Adul. ml	04	Mononylon 3-0
	Tricrium amp		Intracath Infantil	02	Proleene Sertix 5-0
Qtd.	MEDICAÇÕES	03	Lâmina de Bisturi nº 23		
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11	Proleene Sertix	
01	Dexedrônio amp	10mg	Lâmina de Bisturi nº 15	Proleene Sertix	
02	Dipirona amp	500mg	Luvaz 7.0	02	Vicryl Sertix 2-0
	Flexadol amp		Luvaz 7.5		Vicryl Sertix
	Flebotomito amp		Luvaz 8.0		Vicryl Sertix
	Glucamida amp		Luvaz 8.0		
	Glutônio de Cálcio amp		Oxigênio ml		
	Haemacel ml		Puffix		
	Heparina ml		PVPI Degemante ml	03	SOROS
	Kirikionamp		PVPI Táctico ml		SG Normotérmico fr 500 ml
	Laxix imp		Sabão Antisséptico		SG Gelado fr 500 ml
	Medrotinazol		Saco coletor		SG Hipertônico fr 500 ml
	Plastil imp	01	Seringa desco. 10 ml	02	SG Ringer fr 500 ml
	Prolamina	03	Seringa desco. 20 ml	01	SG fr 500 ml
	Rewhan ml	100ml	Seringa desco. 5 ml		
	Siquatran amp		Sonda		
	Colistimina 1g		Sonda Foley nº 18	Qtd.	ORTSESE E PRÓTESE
01	Xilacaina 2% ml	02	Sonda Uteral nº 14		
	Prostaglandina 200mg		Sterilem ml		
	measured 4 mg		Torineirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaseline ml		
	Aguilha desc. 25 x 12	04	Gelcon 16		
	Aguilha desc. 28 x 28	03	Láse		
	Aguilha desc. 3 x 4,5	05	látex		
	Aguilha p/ reque nº	02	gel condutor		
	Álcool de Enfarragagem	01	Quero end. 8.5		
	Álcool iodado ml	01	Tubo end. 8.0		
	Atazurias de Crepon	02	Sugical grande		
	Atazurias de Gessada	01	Sugical pequena		
	Azul metílico amp				
	Benzina ml				

versão 1.3
Cimento Cirúrgico Estéril
Para Cranioplastia Subiton

versão 1.3
EQUIPAMENTOS

- Oxímetro de Pulso
- Foco Auxiliar
- Serra
- Eletrocautério
- Desfibrilador
- Oxiapôgrafo
- Foco Frontal
- Cardiomonitor
- Fonte de Luz
- Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Maria Paula P/ Alolor



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

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: João Anderson Silveira Marques Idade: 19
Convênio: JS Data: 28/05/16
Procedimento: TO cirug. de afundamento de incisiva

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

1000-100



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMADA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		Nome: <u>Joanderson Silva Marques</u>			Idade: <u>34</u>	Sexo: <u>M</u>	CDR
DATA 18/2/16	PIRES ARTERIAL 100 x 100	PULSO 90	RESPIRAÇÃO Espontânea	TEMPERATURA 36,5	PESO 110kg	ALTURA	
TIPO SANGUÍNEO HEMOCRITOS	HEMOCRITOS	HEMOGLOBINA	HEMOTOCRITOS	GLÓBULOS	URINA	CUTÍCULAS	
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO OK				ASMA: <u>Negativo</u>	BRONQUITE		
AP. CIRCULATÓRIO OK				ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO Desconforto Incompleto	DENTES		PESCOÇO	ARINÍGIO			
ESTADO MENTAL Confuso	ATÁRAXICOS		DORTICOIDES	FLUSS.	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO TCE - Afundamento de Crânio				ESTADO PSICO	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AP.	EFEITO	
10:30	11:30	12:30					
D. AGENTES Anestesia Síntesis	AK			Inalação:			
Lito.	Savol			Sistol.: _____ Expir.: _____ Tosses: _____			
	#8			Latirgo: _____ Espasmo: _____ Lenta: _____			
	SF 500 SF 500 SF 500			Náuseas: _____ Vômitos: _____			
	500 500 500			Outros: _____			
TOXA	SP02	100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%	100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%	1- Fentanyl 500ug			
	RR	20 20 20 20 20 20 20	20 20 20 20 20 20 20	2- Libo 2% 100mg			
	ECG	35 36 35 35 35 35 35	35 36 35 35 35 35 35	3- Propofol 200mg			
				4- Oxilicin 160mg			
				5- Rocuron 50mg			
				6- Cefuroxima 5,5g			
				7- Dexamet 10mg			
				8- Desperona 50mg			
				9- Nusacuron 4mg			
				10- Tivacal 40mg			
				NESTESÁTICO: Sim _____ Não _____			
				DESSERV: Sim _____ Não _____			
				Outras: _____			
				Oxigênio: _____ Co ₂ : _____ Expir.: _____			
				Náuseas: _____ Vômitos: _____			
				Outros: _____			
				Demora: _____			
				Paro o Leito: Sim _____ Não _____			
				CONDICIONES:			
POSIÇÃO	Início: Facial Bolo envolto. Pré-oxig e FIO 86%						
AGENTES	TOT em sepsis e septicemia. rosto e FIO 86% c/ anf						
TÉCNICA	Colocada em VM e VEV. S. em DEX aprovada et						
OPERAÇÃO	Tratamento curativo de afundamento de crânio						
ORIGENS	Dra. Valter + Dra. Patrícia						
ANESTESISTAS	Dra. Valter + Dra. Patrícia						
OBSESSOES	Dra. Valter + Dra. Patrícia						
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS				PERDA SANGUÍNEA			
MOD. 100				FOLHA DE ANESTESIA - SRPB			

Assinado eletronicamente por: AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO - 21/08/2020 14:20:13
<http://pie.tjpj.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008211420137160000032039519>
Número do documento: 2008211420137160000032039519

Num. 33479112 - Pág. 8

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

Nome do Paciente	Nº Prontuário	
João Pedro Soárez Merges		
Data da Operação	18/2/16	Enf.
Operador	Dra. Polaris	1.º Auxiliar Dr. Vello
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório		
Apendicite aguda + HED		
Tipo de Operação		
Trafegamento Cíngulo do Apendicite aguda + HED		
Diagnóstico Pós-Operatório		
Ótimo		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Operação		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Técnica e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras
1) Passo 1 em OIH com caleça reto 2) Intestino, uretra, artéria + veia + Cíngulo anterior 3) Incisão horizontal em 2 fases + retoile p/ arterior 4) Identificado aferidamente p/ arterior 5) Ressecado Cíngulo p/ reto com perfurador e reto Gelpi 6) Identificado reto distal com reto com malha de galho + Suturado + Sutura com pulso 7) Ressecado Cíngulo reto p/ reto frontal 8) Ressecado Ressecado do Fálico e fixado retoile ómeo 9) Posicionado dreno farto VAC + medi em pole 10) Fechamento subcutâneo + pole 11) Cerrado e fechado
Vello Vello CRM-PB 9053

Mod. 018:

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SERVIÇO SOCIAL

EICHA SOCIAL

Nome: João Anderson Filho Marques Idade: 14 anos.
Como é conhecido(a) Ala VT Ent. 04 Leito 04.
Data de admissão 18/02/16 Procedência Aracruz.
Endereço: Av. Joaquim Pauta - S/N.
Ponto de Referência Trás do Colégio Estadual.
Com quem reside? Com seus pais e avôs.
Resp: Isaias José Marques Telefone: (93) 351-0527 (pai)
(91) 8104-3649 (mãe) (91) 8146-2960 (avô)
DADOS SOCIAIS:
Está inserido em algum Programa Social? Não Sim Qual? Poço Fundo.
É acompanhado por algum Serviço de Saúde? Não Sim Qual? 2º Bafisa.
Causa da admissão: Acid. de Vôto Fase TCE - (Eic).

Se adulto ou idoso:

Estado civil: _____ Tem filhos: Não Sim Quantos? _____

Profissão: _____ Fuma? Não Sim Faz uso de bebida alcoólica? _____

Não Sim Eventualmente É etilista .

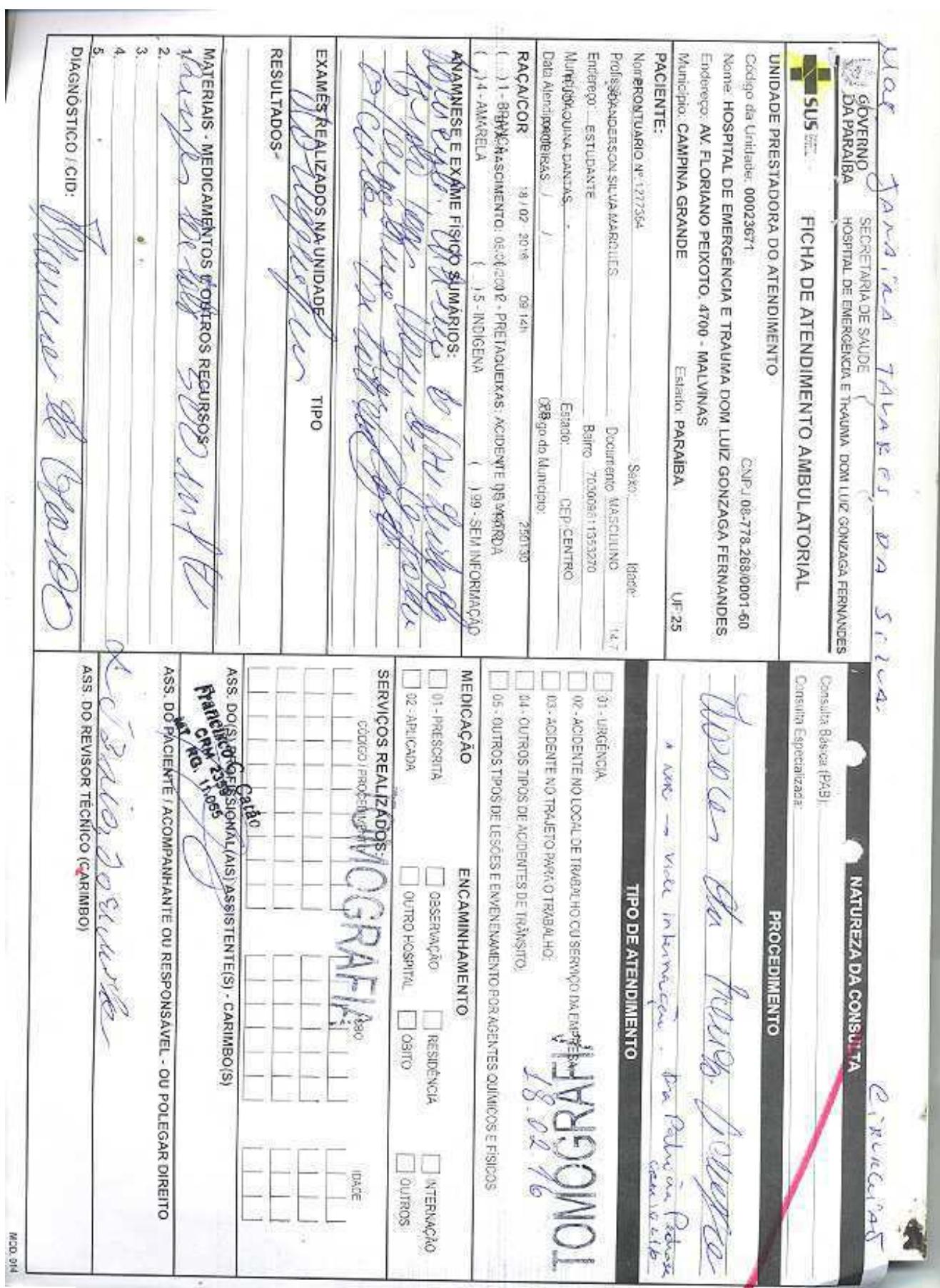
Se criança ou adolescente:

Estuda: Sim Não Que série está cursando? 1º Ano do Ens. Infantil.

Profissão dos pais ou responsável: Isaias e Odair, pai é pescador

Observações: (Segundo o relato o menino recebeu o legado
Isaias usou o "Governo suspendeu", usou
verba de solidariedade para com a orientações
sociais e institucionais.

Assinatura do(a) Responsável



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=2008211420137160000032039519>
Número do documento: 2008211420137160000032039519

Num. 33479112 - Pág. 11



Ficha de Acolhimento

Nome: <u>José de Souza</u>	Sexo: <u>masculino</u>	Documentos: <u>RG: 06.04</u>
End: <u>Jacaréucu, Dantas</u>	Bairro: <u>Alcobaça</u>	Documento de identificação: <u></u>
Data de Nascimento: <u>08/06/01</u>	Data do Atend.: <u>12/02/16</u>	Hora: <u>07:30</u> Documento: <u></u>
Quinta: <u>Ala Moto</u>		

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória: <u>20</u>	Frequência cardíaca: <u>80</u>
Pressão arterial: <u>120/80</u>	Temperatura axilar: <u>37,0</u>
Dosagem de HGT: <u>0,00</u>	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input checked="" type="checkbox"/> Palida
Desambulacão: <input type="checkbox"/> Livre	Cadeira de rodas: <input type="checkbox"/> Maca

Estratificação

Leônidas

Vermelho - atendimento imediato
Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora
Azul - atendimento ambulatorial
Preto (morte e lesões graves)
Esfumado (morte e lesões graves)
Corenoso (morte e lesões graves)

Assinatura e carimbo do profissional



TCE

GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO.

Nome: *Fábio Henrique* | RG: *123456789* | Registro: | Leito: *82* | Setor Atual: *FD*

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: *80* C; P: *120* bpm; FR: *18* lpm; PA: *120/80* mmHg; FC: *80* bpm; SPO2: *98*%
HGT: *175* cm; Peso: *75* Kg; Altura: *175* cm | Dor: () Local: | Obs.: |

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLOGICA.

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

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

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia | Local:

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

OSS:

OXIGENAÇÃO

Respiração: Espontânea Cateter Nasal Venturi % l/min Traqueostomia Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT n° Comissura labial n° FiO2 % PEEP cmH2O

() Eupnêia () Taquipnêia () Bradipnêia () Disopéia () Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> < 3 segundos <input checked="" type="checkbox"/> > 3 segundos <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordialgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro: Mercapasso: <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 type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caiquético <input checked="" type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> V.O. <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> N.P.T. Hora: Data: / /	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input type="checkbox"/> Normotônico <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tensão <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
R.H.A: <input type="checkbox"/> Normativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há dias: <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> ISVD: Débito ml/h:	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações: <i>100</i>	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input type="checkbox"/> Normocorada <input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Umidas <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo: <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita: <input type="checkbox"/> Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<i>10h 10h respirações - 8</i>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: 	DATA: <i>7/02/16</i> HORA: <i>8</i> h
FONTE: BORDINHAO, R.C. Colaboração de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).	





AGENDA DE LA CLASE
ESTRUCTURA DE LA CLASE
ESTRUCTURA DE LA CLASE
ESTRUCTURA DE LA CLASE

Cármão e assinatura do Enfermeiro/a

FACULDADE DE MEDICINA DE FERNANDO VASCONCELOS

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente João Pedro Sá

Prescrição Médica	Alojamento	8	Leito	2	Convívio

2/04/16
1- Dieta fria da liberdade

2- Refeições salinizadas

3- Ofenacine 750mg IV 8 PL

4- Diprostone 50mg IV 3 PL

5- Colocerina 15ml 30'

6- Antibiotico terno a fato

+ aspiran dor de ventre

ct
en 145,90,06
sp/03

Auxiliado de enfermeiros

Evolução Médica

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020

14/08/2020



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

28

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

UTI INFANTIL - PRESCRIÇÃO MÉDICA

Giovanna Barreto et al.



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Janderson Silveira Marques Registro: 8.9 Leito: Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

12. Sinais vitais: Tax: 36.2 °C; P: 80 bpm; FR: 20 irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: % ()
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm; Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

() Eupneia; () Taquipneia () Bradipneia () Dispnéia () Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Claroze <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Acuecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> < 3 segundos; <input type="checkbox"/> > 3 segundos; <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? _____	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcaresso: <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Disssecção. Localização: MTC Data da punção: 11/11	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso	
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> IVO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT. Hora: _____ Data: _____ / _____ / _____	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tensão <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoalvus <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuidos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há _____ dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD. Débito: _____ ml/h	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: _____ Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: _____ Curativo em: 3/1	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: 1/1	
Ulceras de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: 1/1	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono Interrumpido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
<input checked="" 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	
20/02 T-37,5°C	
Cariúbo e Assinatura do Enfermeiro DATA: 22/02/16 HORA: 11h	
FONTE: BORDINHAO, R/C; Colete de dados por meio de grupo local; Porto Alegre (2009).	



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS FINAIS
<input type="checkbox"/> Avaliar dislocação abdominal;			<input type="checkbox"/> Obtenção de eliminação intestinal / 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 / adequada / melhorada;
<input type="checkbox"/> Estimular a deambulação independente, dentro e de limites seguros e em intervalos regulares;			<input type="checkbox"/> Ausência / Melhora de hipertermia;
<input type="checkbox"/> Encorajar a deambulação, dentro e de limites seguros e em intervalos regulares;			<input type="checkbox"/> Coletar a dor. Dor melhorada / ausente;
<input type="checkbox"/> Planejar as atividades dentro do nível de tolerância;			<input type="checkbox"/> Recuperação adequada da pele;
<input type="checkbox"/> Oferecer assistência ativa que a paciente esteja totalmente capacitada a assumir o autocuidado;			<input type="checkbox"/> Mobilidade Física / adequada / melhorada;
<input type="checkbox"/> Realizar banho no teto (S/N) com lavagem de cabelos e couro cabeludo;			<input type="checkbox"/> Proporcionar e manter troca gássica adequada / melhorada;
<input type="checkbox"/> Explorar ao paciente as possíveis causas da dor;			<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído;
<input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável;			<input type="checkbox"/> Ausência de risco para infecção;
<input type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor;			<input type="checkbox"/> Outro
<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar alterações de scons urinários;			
<input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação;			
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamento analgésico avaliar e registrar os resultados;			
<input checked="" type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos;		<i>3 x dia</i>	
<input type="checkbox"/> Monitorar a ingestão e a eliminação de líquidos;			
<input type="checkbox"/> Observejar reações de desintoxicação/ confusão;			
<input type="checkbox"/> Promover/proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativo de acordo com necessidade ou ACM;			
<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar condições tlo curativo;		<i>Ass</i>	
<input type="checkbox"/> Monitorar temperatura da pele do paciente;			
<input type="checkbox"/> Delimitar a capacidade de ir ao banheiro (ex: nível de mobilidade, limitações nos movimentos, resistência, capacidade de ficar em pé);			
<input type="checkbox"/> Orientar quanto ao uso de auxiliadores (ex: muleta, bengala) para deambular;			
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado;			
<input type="checkbox"/> Instalar caleter de O2 a 21min 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, estômagos, pulso e frequência cardíaca);			
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico;			
<input type="checkbox"/> Observar o local da ferida/ulceração e inserção do dispositivo venoso a fim de detectar sinais flogísticos;			
<input type="checkbox"/> Monitorar sínus e sintomas de infecção (edema, hiperemia, calor, rubor, hipertermia);			
<input type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos (equipo, bocal, anel) antes de administrar medicações;			
<input type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aplicação, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos em que seja pertinente;			
<input type="checkbox"/> Outro:			
<input type="checkbox"/> Outro:			

Dos. Ofício de Ofício definido no artigo 1º da LDO/PA

RCM - 15/08/2020

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a) responsável:

AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO

Assinatura

AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO

Assin



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

TCE

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Anderson Silva | Registro: | Leito: 32 | Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36,2 °C; P: 120 bpm; FR: 16 rpm; PA: 120/80 mmHg; FC: 70 bpm; SPO2: 98 %
HGT: 170 cm; Peso: 75 Kg; Altura: 170 cm | Dor: () Local: | Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLOGICA

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

Pupilas: () Isocônicas | () Anisocônicas | () D>E | () E>D | () Fotorreagentes | () Micticas | () Midráticas

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

Linguagem: () Qual? | () Distofonia | () Afasia | () Disfasia | () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

() Eupnêia | () Taquipnêia | () Bradipnêia | () Dispneia | () Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocondada () Clamorosa () Sudorese () Fria () Aquecida.	Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> < 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção: / /
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarcia. Observações	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: () NHO () ISNG () ISNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: / /	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirosé () Outros:	
Abdômen: () Normotensio () Distendido () Tensio () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuidos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h:	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocondada () Ictérica () Clorotica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: / /	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente Observações:	
Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
Religião / Religiosidade e/ou Espiritualidade	
Type: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<p>16/09 - Realizado exame, intenção de doar. 16/09 - S/ob. 16/09 - Quarto de evolução. 16/09 - Dura apertura. 16/09 - T = 38,8°C. 16/09 - Junto, sem quebras.</p>	
<p><i>Magna Cell de Melo Téc. Enfermeira COREN-PB 046112</i></p>	
<p><i>Magna Cell de Melo Téc. Enfermeira COREN-PB 046112</i></p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: 21/02/16 HORA: / /
<p>Liliane Barbosa de Albuquerque Enfermeira COREN-823655</p>	

FONTE: BORDINHAO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre. (2000).

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

APRAZAMENTO	RESULTADOS FINAIS
Avaliar distensão abdominal;	<input checked="" type="checkbox"/>) Obtenção da eliminação intestinal;
Estarilar a ingestão de alimentação balanceada e não irritante;	<input checked="" type="checkbox"/>) adequada / melhorada;
Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e ou outros);	<input checked="" type="checkbox"/>) Desambulização;
Estarilar a desambulização independente, dentro de limites seguros e em intervalos regulares;	<input checked="" type="checkbox"/>) Autocuidado para banho adequada / melhorada;
Encorajar a desambulização dentro do nível de tolerância	<input checked="" type="checkbox"/>) Controlar a dor. Dar melhora / ausente;
Planejar as atividades dentro do nível de tolerância	<input checked="" type="checkbox"/>) Ausência / Melhora da hipertensão;
Oferecer assistência ate que o paciente esteja totalmente capaz de assumir o autocuidado;	<input checked="" type="checkbox"/>) Recuperação adequada da pele;
Realizar banho no leito (SN) com favorecimento de cabelos e couro cabeludo;	<input checked="" type="checkbox"/>) Mobilidade Física adequada / eficaz;
Explícitar ao paciente as possíveis causas da dor;	<input checked="" type="checkbox"/>) Proporcionar e manter troca gástrica adequada / melhorada;
Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável;	<input checked="" type="checkbox"/>) Padecimento respiratório e/ou infecção;
Avaliar características, intensidade e local da dor;	<input checked="" type="checkbox"/>) Ausência de risco para infecção;
Avaliar alterações de sinais vitais;	<input checked="" type="checkbox"/>) Outro;
Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação;	<input checked="" type="checkbox"/>) Outro;
Administrar medicamento anfetimico avaliar e registrar os resultados;	<input checked="" type="checkbox"/>) Outro;
Incentivar a ingestão de líquidos;	
Monitorar a ingestão e a eliminação de líquidos;	
Observar reações de desorientação/confusão;	
Proporcionar condições de higiene e entomia e realizar curativo de acordo com necessidade ou ACM;	
Avaliar condições do curativo;	
Monitorar temperatura da pele do paciente;	
Desempenhar a capacidade abal em transferir-se e/ou nível de mobilidade. Informar aos enfermeiros, registrando capacidade de ficar em pé(1);	
Orientar quanto ao uso de auxiliares (ex: muleta, bengala, forra, cinturão);	
Auxiliar o paciente a desambulizar conforme próprio;	
Instalar cateter de O2 a 27/min. ou ACM;	
Orientar paciente a realizar inspiração profunda;	
Avaliar padrão respiratório (frequência e amplitude);	
Verificar condicões de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequencia cardíaca);	
Realizar balanço hídrico;	
Observar o local da ferida/curamadura e inserção do dispositivo venoso a fim de detectar sinais flogísticos;	
Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hirsúma, calor, rubor, hipertensão);	
Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos (equipo, bainha), antes de administrar medicações;	
Utilizar técnica associativa para aspiração, sondagem vesical, punção e ou outros procedimentos em que seja pertinente;	
Outro	
Outro	

DATA:

Carimbo

Cármbio é assinatura do Enfermeiro(a) responsável:

Queda de carimbo devido ao motivo: novo
ACM. A causa: 10.0.0.000

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:	Indenor Sá	Registro:	Leito:	8.2	Setor Atual:
Idade:	Sexo:	Cor:	Estado Civil:	Naturalidade:	Profissão:
() 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:		Medicações 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 PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

Obs:

OXIGENACÃO

Respiração:	() Espontânea	() Cateter Nasal	() Venturi:	%	l/min	() Traqueostomia	() Ayre/Tubo; T
() VMI	() VMI TOT	m ³	Comissura labial m ³	FiO ₂	%	PEEP	cmH ₂ O

() Eupneia () Taquipneia () Bradipneia () Dispnéia () Outros:

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

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

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

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

Data de 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:



FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados em inicio da crise fiscal. Rio de Janeiro, 2003.



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

APRAZAMENTO	RESULTADOS FINAIS
<p><input type="checkbox"/> Avaliar cisternção abdominal;</p> <p><input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada, e não irritante;</p> <p><input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, osor, consistência e ou outros);</p> <p><input type="checkbox"/> Estimular a deambulação/Avançar progresso;</p> <p><input type="checkbox"/> Encorajar a deambulação independente dentro de limites seguros e em intervalos regulares;</p> <p><input type="checkbox"/> Planejar as atividades dentro do nível de tolerância;</p> <p><input type="checkbox"/> Oferecer assistência até que a paciente esteja totalmente capacitado a assumir o autocuidado;</p> <p><input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelos e couro cabeludo;</p> <p><input type="checkbox"/> Explique ao paciente as possíveis causas da dor;</p> <p><input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinal vital;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reservar dor após administração da medicação;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Após administrar medicamento analgésico avaliar e registrar os resultados;</p> <p><input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos;</p> <p><input type="checkbox"/> Monitorar a ingestão e a eliminação de líquidos;</p> <p><input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar cura de acordo com necessidade ou ACM;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Avaliar condições do curativo;</p> <p><input type="checkbox"/> Monitorar temperatura da pe e do paciente;</p> <p><input type="checkbox"/> Determinar a capacidade fisiológica em tandem-se (ex: nível de mobilidade, limitações nos movimentos, resistência, capacidade de ficar em pé);</p> <p><input type="checkbox"/> Orientar quanto ao uso de auxiliares (ex: muletas, bengala) para deslocar;</p> <p><input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a desambular conforme apropriação;</p> <p><input type="checkbox"/> Instalar cateter de O2 a 21/min ou ACM;</p> <p><input type="checkbox"/> Orientar paciente a realizar inspiração profunda;</p> <p><input type="checkbox"/> Avaliar padrão respiratório (frequência e amplitude);</p> <p><input type="checkbox"/> Verificar conceções de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca);</p> <p><input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Observar o local da fenda/oclusura e inserção do dispositivo vencido a fim de detectar sinais fisiológicos;</p> <p><input type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de infecção (fiebre, hiperemia, calor, rubor, hipotermia);</p> <p><input type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos (equipo, bocal, artes de administrar medicações);</p> <p><input type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sucção em vertical, punção venosa e em outros procedimentos em que seja pertinente;</p> <p><input type="checkbox"/> Outro</p>	<p><input type="checkbox"/> Obtenção de eliminação intestinal adequada / melhoraada;</p> <p><input type="checkbox"/> Deambulação adequada / melhoraada;</p> <p><input type="checkbox"/> Autocuidado para banho adequada / melhoraada;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Controle da dor. Dor melhorada / ausente;</p> <p><input type="checkbox"/> Ausência / Melhora de hipertensão;</p> <p><input type="checkbox"/> Recuperação adequada da pele;</p> <p><input type="checkbox"/> Mobilidade Física melhorada / eficaz;</p> <p><input type="checkbox"/> Proporcionar e manter troca gassosa adequada / melhoraada;</p> <p><input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz;</p> <p><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ausência de risco para infecção;</p> <p><input type="checkbox"/> Outro</p> <p><input type="checkbox"/> Outro</p>
	Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a) responsável:
	DATA:

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.



Assinado eletronicamente por: SIDNEY MANGUEIRA DA SILVA - 23/08/2020 23:23:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082323230098900000032069710>
Número do documento: 20082323230098900000032069710

Num. 33511184 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO LEOBALDO MONTEIRO DE MELO - 02/09/2020 18:49:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090218491931400000032417087>
Número do documento: 20090218491931400000032417087

Num. 33884234 - Pág. 2



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.



Assinado eletronicamente por: EDSON KILDARE DA SILVA SANTOS - 23/10/2020 16:11:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102316115166400000034234886>
Número do documento: 20102316115166400000034234886

Num. 35846467 - Pág. 1