

## PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

**OUTORGANTE:** **TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA**, brasileira, solteira, promotora, natural do Rio de Janeiro/RJ, portadora do RG nº 2.503.893 - 2ª Via - expedida em 08/08/2013 pelo SSP/PB e CPF sob o nº 008.594.794-63, NIT: 126.39851.44-8, CTPS nº 3450249 Série 0040 PB, filha de Gilvan Gonçalves de Lima Filho e Lúcia de Fátima Vieira, nascida em 15/12/1980, residente e domiciliada na rua Vereador Benedito Mota, S/N, Apto. 304, Alto Branco, Campina Grande/PB, CEP: 58.401-344, telefone (83) 9.9805-6596 e endereço eletrônico de e-mail: <[talytavglima@gmail.com](mailto:talytavglima@gmail.com)>.

**OUTORGADO:** **RAPHAEL SIMÕES ANDRADE**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB 16.603, com escritório profissional na Rua Vigolvino Wanderley, 351, Conceição, município de Campina Grande, Paraíba, CEP 58.401-311, fones 83 3322-7222 e 98879-7222. Endereço eletrônico de e-mail <[raphaelsandraade@gmail.com](mailto:raphaelsandraade@gmail.com)>.

**PODERES:** Para o foro geral nos termos do artigo 38 do Código de Ritos, concomitantes com os especiais notadamente para transigir, receber dinheiro, desistir, recorrer, agravar, dar e/ou receber quitação, substabelecer no todo ou em parte, atuar em conjunto ou separadamente com outros advogados para defender os interesses da Outorgante e, em especial, representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, administrativa ou judicial, usando dos recursos cabíveis, bem como defendê-lo nas demandas que lhe forem propostas, seguindo-as e acompanhando-as até final decisão, sendo ainda expressamente autorizado a representá-lo junto a repartições públicas federais, estaduais, municipais, autarquias, e quaisquer outras pessoas jurídicas de direito público ou, privado, inclusive junto às Secretarias da Receita Federal, Estadual e Municipal e respectivas procuradorias, Delegacias Regionais de Julgamento e Conselho dos Contribuintes, podendo ter acesso e extrair cópia dos documentos e informações pessoais, processos administrativos e declarações de imposto de renda, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

Campina Grande, 21 de setembro de 2020.

**Assinatura:** Talyta Vieira Gonçalves de Lima



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

**TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA**, brasileira, solteira, promotora, natural do Rio de Janeiro/RJ, portadora do RG nº 2.503.893 - 2<sup>a</sup> Via – expedida em 08/08/2013 pelo SSP/PB e CPF sob o nº 008.594.794-63, NIT: 126.39851.44-8, CTPS nº 3450249 Série 0040 PB, filha de Gilvan Gonçalves de Lima Filho e Lúcia de Fátima Vieira, nascida em 15/12/1980, residente e domiciliada na rua Vereador Benedito Mota, S/N, Apto. 304, Alto Branco, Campina Grande/PB, CEP: 58.401-344, **DECLARO**, para os devidos fins, que sua atual condição econômica não permite demandar em juízo sem prejuízo do seu sustento próprio e da sua família, pelo que pede os benefícios da justiça gratuita previstos na Carta Constitucional de 1988, e mais precisamente, com fulcro no artigo 4º, caput da Lei 1.060/50.

Por ser a expressão da verdade e estar ciente que a falsidade destas declarações importará na minha responsabilidade civil e criminal, nos termos da legislação vigente, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Campina Grande/PB, 21 de setembro de 2020.

*Talyta Vieira Goncalves de Lima*  
**TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA**





4

Anexo ID: 88929780



Assinado eletronicamente por: Raphael Simões Andrade - 01/12/2020 12:38:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120112380348300000035603657>  
Número do documento: 20120112380348300000035603657

Num. 37311710 - Pág. 2



Autenticado por: 2595434 - 03/12/2018 17:40



Assinado eletronicamente por: Raphael Simões Andrade - 01/12/2020 12:38:05  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120112380497600000035603663>  
Número do documento: 20120112380497600000035603663

Num. 37311716 - Pág. 1



Autenticado por: 2595434 - 03/12/2018 17:40



DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR			CONTRATO DE TRABALHO		
GRUPO SANGUÍNEO FATOR RH	DIABETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	HEMOFILIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	EMP END MUN ESP CAR	TRABALHO TEMPORÁRIO	
ALERGIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					O Titular desta Carteira firmou contrato individual de Trabalho Temporário, nesta data nos termos da lei nº 6.019/74, para atender a necessidade transitória: ( ) Substituição de pessoal regular permanente ( ) Acréscimo extraordinário dos serviços (Artigo 9º da Lei 6.019/74) Na função de: PROMOTOR / REPOSITOR
DOADOR DE ORGÃOS (Decreto nº 879, de 12 de julho de 1993) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					
CARTEIRAS ANTERIORES					
NUMERO 57567.00022PB	SÉRIE 04	UF 11	DATA DE EMISSÃO 19/08/13		
DATA DA ANOTACAO			ASSINATURA E CODIGO DO FUNCIONARIO EMISSOR		
DATA DA ANOTACAO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSAO		
MINISTÉRIO DO TRABALHO			ASSINATURA E CODIGO DO FUNCIONARIO EMISSOR		
DATA DA ANOTACAO	SÉRIE SRTE/PS	UF 11	DATA DE EMISSAO		
DATA DA ANOTACAO			ASSINATURA E CODIGO DO FUNCIONARIO EMISSOR		
DATA DA ANOTACAO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSAO		
FLUIR PROMOÇÕES E EVENTOS LTDA			CNPJ 14.779.325/0001-29		
1º..... 2º.....					
COM. DISPENSA CD Nº.....					
FGTS Nº DA CONTA.....					

Autenticado por: 2595434 - 03/12/2018 17:40



<b>CONTRATO DE TRABALHO</b>		<b>CONTRATO DE TRABALHO</b>	
<p>START PROMOCOES E CAPITAL HUMANO LTDA TRABALHO TEMPORARIO</p> <p>O Titular desta carteira firmou contrato individual de trabalho temporário, nesta data nos termos da Lei numero 6.019/74, para atender a necessidade transitoria de:</p> <p><input type="checkbox"/> Substituição de pessoal regular e permanente <input checked="" type="checkbox"/> Acréscimo extraordinário de serviços (Artigo 9º, da Lei 6.019/74)</p> <p>Nome: 26666-TALYTA VIEIRA Salário R\$ 754,01 Carga Horária 220hs. Função DEMONSTRADOR(A) Assinatura: Camila Alves Analista de RH Start Promocoes e Capital Humano Ltda 02/12/2013 Ass.</p> <p>A prestação do trabalho temporário é necessária devido a / /, face ao término de necessidade transitoria que motivou a contratação. Ass.</p> <p>Esta anotação é em cumprimento ao § 1º, do Artigo 12 da citada Lei.</p> <p>START PROMOCOES E CAPITAL HUMANO LTDA RUA JOÃO FERNANDES VIEIRA 489 CASA RECIFE-PE CEP: 50.050-200 CNPJ: 03.431.860/0001-78</p> <p>COM. DISPENSA CD Nº: _____ FGTS Nº DA CONTA: _____</p>		<p>EMPREGADOR <b>17.902.197/0001-57</b> CCC/CPF/CNPJ: <b>ABSOLUTA ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS LTDA.</b> ENDERÉCOS: <b>Av. Min. José Américo de Almeida, 422 Sl. 702</b> <b>Torre - CEP: 58.040-302</b> <b>João Pessoa - PB</b></p> <p>MUNICÍPIO: <b>João Pessoa - PB</b></p> <p>ESP. DO ESTABELECIMENTO: <b>DEMONSTRADORA</b></p> <p>CARGO: <b>DEMONSTRADORA</b></p> <p>CRON. Nº: _____</p> <p>DATA DE ADMISSÃO: <b>16</b> DE <b>DEZEMBRO</b> DE <b>2013</b> REGISTRO Nº: <b>1</b> FLS. / RICHA REmuneração Especificada: <b>R\$ 790,00 P/MÊS</b> <b>(SETECENTOS E NOVESENTA REAIS)</b></p> <p><b>ABSOLUTA ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS LTDA</b> Assinatura: <b>Paulo Luciano Bezerra</b> CPF: 181.843.164-53</p> <p>DATA DE SAÍDA: <b>13</b> DE <b>DEZEMBRO</b> DE <b>2014</b></p> <p>ASS. DO EMPREGADO: <b>Assinatura</b></p> <p>COM. DISPENSA CD Nº: _____ FGTS Nº DA CONTA: _____</p> <p><b>09</b></p>	

08

09

Autenticado por: 2595434 - 03/12/2018 17:40



<b>CONTRATO DE TRABALHO</b>		<b>CONTRATO DE TRABALHO</b>	
16.109.875-4			
EMPREGADOR: <i>RH PROMO MARKETING E SERVIÇOS LTDA</i>		EMPREGADO: <i>Almôndegas - A. L. 0224</i>	
CNPJ/CPF/CEI: <i>05.265.774/0001-68</i>		CNPJ/CPF/CEI: <i>05.265.774/0001-68</i>	
ENDERECO: <i>Rua Luiz de Oliveira, 100 - Centro</i>		ENDERECO: <i>Rua Luiz de Oliveira, 100 - Centro</i>	
CEP: <i>58.035-000</i>		CEP: <i>58.035-000</i>	
MUNICÍPIO: <i>Curitiba - PR</i>		MUNICÍPIO: <i>Curitiba - PR</i>	
UF: <i>PR</i>		UF: <i>PR</i>	
ESP. DO ESTABELECIMENTO: <i>Promotora de Vendas</i>		ESP. DO ESTABELECIMENTO: <i>Promotora de Vendas</i>	
CARGO: <i>5211-15</i>		CARGO: <i>5211-15</i>	
DATA DE ADMISSÃO: <i>01 DE outubro DE 2014</i>		DATA DE ADMISSÃO: <i>01 DE outubro DE 2014</i>	
REGISTRO N°: <i>15.2014</i>		REGISTRO N°: <i>15.2014</i>	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: <i>R\$ 860,00 por mês</i>		REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: <i>R\$ 860,00 por mês</i>	
<i>Oitocentos e Setenta Reais</i>		<i>Oitocentos e Setenta Reais</i>	
ASSUNTO DO EMPREGO: <i>Assinatura de Testemunha</i>			
1º: <i>Nadja Rossana S. Fernandes</i>		2º: <i>Dep. Personal</i>	
DATA DE SAÍDA: <i>29 DE 05 DE 2017 584 60</i>		DATA DE SAÍDA: <i>29 DE 05 DE 2017 584 60</i>	
1º: <i>Nadja Rossana S. Fernandes</i>		2º: <i>Dep. Personal</i>	
COM. DISPENSA CD N°: <i>PF 054 077 584 60</i>		COM. DISPENSA CD N°: <i>PF 054 077 584 60</i>	
FGTS N° DA CONTA: <i></i>		FGTS N° DA CONTA: <i></i>	

10

11

Autenticado por: 2595434 - 03/12/2018 17:40



Assinado eletronicamente por: Raphael Simões Andrade - 01/12/2020 12:38:05  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120112380497600000035603663>  
 Número do documento: 20120112380497600000035603663

Num. 37311716 - Pág. 5

<b>CONTRATO DE TRABALHO</b> <b>CNPJ: 03.775.813/0001-41</b>		<b>CONTRATO DE TRABALHO</b>	
EMPREGADOR <b>NORDIL-Nord. Dist. e Logística Ltda</b> Av. Mot. Aldovandro Amâncio Pereira, 155 ENDEREÇO Galpão 04 Geisel - CEP: 58075-006 MUNICÍPIO João Pessoa-PB ESP. DO ESTABELECIMENTO <i>Comercio</i> CARGO <i>Demônstradeira</i> CBO N° 521120		EMPREGADOR CCC/CPF/CEI ENDEREÇO MUNICÍPIO ESP. DO ESTABELECIMENTO CARGO CBO N°	
DATA DE ADMISSÃO 08 DE MARÇO DE 2016 REGISTRO N° FLS. FICHA 002499 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA 38.942,00 P/MÊS <i>(Novecentos e oitenta e quatro reais)</i> <i>NORDIL - NORDESTE DIST. E LOGÍSTICA LTDA</i> <small>ASS. DO EMPREGADOR EM A REGO C/ TESTEMUNHA</small>		DATA DE ADMISSÃO DE REGISTRO N° FLS. FICHA REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA <small>ASS. DO EMPREGADOR EM A REGO C/ TESTEMUNHA</small>	
DATA DE SAÍDA DE DE <small>ASS. DO EMPREGADOR EM A REGO C/ TESTEMUNHA</small>		DATA DE SAÍDA DE DE <small>ASS. DO EMPREGADOR EM A REGO C/ TESTEMUNHA</small>	
COM. DISPENSA CD N° FGTS N° DA CONTA:		COM. DISPENSA CD N° FGTS N° DA CONTA:	

12

13

Autenticado por: 2595434 - 03/12/2018 17:40



<b>CONTRATO DE TRABALHO</b>		<b>ALTERAÇÕES DE SALÁRIO</b>	
<p>EMPREGADOR.....</p> <p>CGC/CPF/CEI.....</p> <p>ENDEREÇO.....</p> <p>MUNICÍPIO..... UF.....</p> <p>ESP. DO ESTABELECIMENTO.....</p> <p>CARGO..... CBO N°.....</p>		<p>AUMENTADO EM 01/07/16 PARA R\$ 1.036,00.</p> <p>MOTIVO DISSÍDIO NORDIL - NORDESTE INDUSTRIAL E LOGÍSTICA ASSINATURA DO EMPREGADOR</p> <p>AUMENTADO EM 01/07/17 PARA R\$ 1.067,00.</p> <p>MOTIVO DISSÍDIO NORDIL - NORDESTE INDUSTRIAL E LOGÍSTICA ASSINATURA DO EMPREGADOR</p> <p>AUMENTADO EM 01/07/18 PARA R\$ 1.110,00.</p> <p>MOTIVO DISSÍDIO NORDIL - NORDESTE INDUSTRIAL E LOGÍSTICA ASSINATURA DO EMPREGADOR</p> <p>AUMENTADO EM ..... PARA R\$ .....</p> <p>MOTIVO ..... ASSINATURA DO EMPREGADOR</p> <p>AUMENTADO EM ..... PARA R\$ .....</p> <p>MOTIVO ..... ASSINATURA DO EMPREGADOR</p> <p>AUMENTADO EM ..... PARA R\$ .....</p> <p>MOTIVO ..... ASSINATURA DO EMPREGADOR</p> <p>AUMENTADO EM ..... PARA R\$ .....</p> <p>MOTIVO ..... ASSINATURA DO EMPREGADOR</p> <p>AUMENTADO EM ..... PARA R\$ .....</p> <p>MOTIVO ..... ASSINATURA DO EMPREGADOR</p>	
<p>DATA DE ADMISSÃO ..... DE ..... REGISTRO N° ..... FLS. / RICHA .....</p> <p>REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA .....</p> <p>ASS. DO EMPREGADOR C/ A RÍGOGO C/ TESTEMUNHA .....</p> <p>1<sup>a</sup> ..... 2<sup>a</sup> .....</p>		<p>ASS. DO EMPREGADOR C/ A RÍGOGO C/ TESTEMUNHA .....</p> <p>1<sup>a</sup> ..... 2<sup>a</sup> .....</p>	
<p>DATA DE SAÍDA ..... DE ..... FGTS N° DA CONTA: .....</p>		<p>ASS. DO EMPREGADOR C/ A RÍGOGO C/ TESTEMUNHA .....</p>	
16		17	

Autenticado por: 2595434 - 03/12/2018 17:40



ALTERAÇÕES DE SALÁRIO		ANOTAÇÕES DE FÉRIAS	
AUMENTADO EM: / /	PARA R\$ .....	DE 30/12/16 A 08/01/17	ASSINATURA DO EMPREGADOR
MOTIVO .....	ADMISSÃO DA EMPREGADA		
AUMENTADO EM: / /	PARA R\$ .....	PERÍODO 2016/2017	NORDIL - NORDESTE DISTR. E LOGÍSTICA
MOTIVO .....	ASSINATURA DO EMPREGADOR		
AUMENTADO EM: / /	PARA R\$ .....	DE 11/07/17 A 30/07/17	ASSINATURA DO EMPREGADOR
MOTIVO .....	ADMISSÃO DA EMPREGADA		
AUMENTADO EM: / /	PARA R\$ .....	PERÍODO 2016/2017	NORDIL - NORDESTE DISTR. E LOGÍSTICA
MOTIVO .....	ASSINATURA DO EMPREGADOR		
AUMENTADO EM: / /	PARA R\$ .....	DE 29/12/17 A 07/01/18	ASSINATURA DO EMPREGADOR
MOTIVO .....	ADMISSÃO DA EMPREGADA		
AUMENTADO EM: / /	PARA R\$ .....	PERÍODO 2017/2018	NORDIL - NORDESTE DISTR. E LOGÍSTICA
MOTIVO .....	ASSINATURA DO EMPREGADOR		
AUMENTADO EM: / /	PARA R\$ .....	DE 10/10/18 A 29/10/2019	ASSINATURA DO EMPREGADOR
MOTIVO .....	ADMISSÃO DA EMPREGADA		
AUMENTADO EM: / /	PARA R\$ .....	PERÍODO 2017/2018	NORDIL - NORDESTE DISTR. E LOGÍSTICA
MOTIVO .....	ASSINATURA DO EMPREGADOR		
18		19	ASSINATURA DO EMPREGADOR

Autenticado por: 2595434 - 03/12/2018 17:40



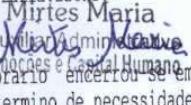
<b>ANOTAÇÕES DE FÉRIAS</b>		<b>ANOTAÇÕES GERAIS</b>	
DE ..... / ..... / .....	A ..... / ..... / .....	(Anotações autorizadas por lei).	
PERÍODO .....	ASSINATURA DO EMPREGADOR	<p>O (a) titular da presente CTPS</p> <p>foi contratado em caráter de</p> <p>experiência durante <u>45</u></p> <p>dias, a partir de <u>01/10/14</u></p> <p>a <u>14/11/14</u>, conforme</p> <p>art. 443 Inciso 2º letra "C" da CLT.</p>	
DE ..... / ..... / .....	A ..... / ..... / .....	<p>.....</p> <p>.....</p>	
PERÍODO .....	ASSINATURA DO EMPREGADOR	<p>.....</p> <p>.....</p>	
DE ..... / ..... / .....	A ..... / ..... / .....	<p>.....</p> <p>.....</p>	
PERÍODO .....	ASSINATURA DO EMPREGADOR	<p>.....</p> <p>.....</p>	
DE ..... / ..... / .....	A ..... / ..... / .....	<p>.....</p> <p>.....</p>	
PERÍODO .....	ASSINATURA DO EMPREGADOR	<p>.....</p> <p>.....</p>	
DE ..... / ..... / .....	A ..... / ..... / .....	<p>.....</p> <p>.....</p>	
PERÍODO .....	ASSINATURA DO EMPREGADOR	<p>.....</p> <p>.....</p>	

20

Autenticado por: 2595434 - 03/12/2018 17:40



3450249

<p><b>ANOTAÇÕES GERAIS</b></p> <p>START PROMOCOES E CAPITAL HUMANO LTDA T R A B A L H O T E M P O R A R I O</p> <p>O Titular dessa carteira firmou contrato individual de trabalho temporário, nesta data nos termos da Lei numero 6.019/74, para atender a necessidade transitoria de:</p> <p>11 Substituição de pessoal regular e permanente X Acrescimo extraordinario de serviços (Artigo 9º. da Lei 6.019/74)</p> <p>Nome: 30210-TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA Salario R\$ 1.046,00 Carga Horaria: 220hs Funcão PROMOTOR (A)  Mirtes Maria 11/01/2016 Ass.  Start Promocoes e Capital Humano A prestação do trabalho temporário encerrou-se em 30/01/16, face ao término de necessidade transitoria que motivou em contratação. / / Ass.  Esta anotação é em cumprimento ao § 1º do Artigo 12 da citada Lei. START PROMOCOES E CAPITAL HUMANO LTDA AVEGOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES 2997 RECIFE-PE CEP:50.050-290 CNPJ:03.431.860/0001-78</p>	<p><b>ANOTAÇÕES GERAIS</b></p> <p>(Anotações autorizadas por lei).</p> <p>O portador dessa CTPS foi admitido por contrato a título de experiência pelo prazo de 45 dias, podendo ser prorrogado por mais 45 dias, conforme acordo firmado em 08/03/16. O referido contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes antes do término independente de aviso prévio</p> <p><b>Horário de Trabalho Livre</b> marcação de Ponto, visto que sua atividade se enquadra no Disposto da "A" do Art. 62 da CLT.</p> <p> NORDIL - NORDESTE DISTR. E LOGÍSTICA LTDA.</p>
---	---

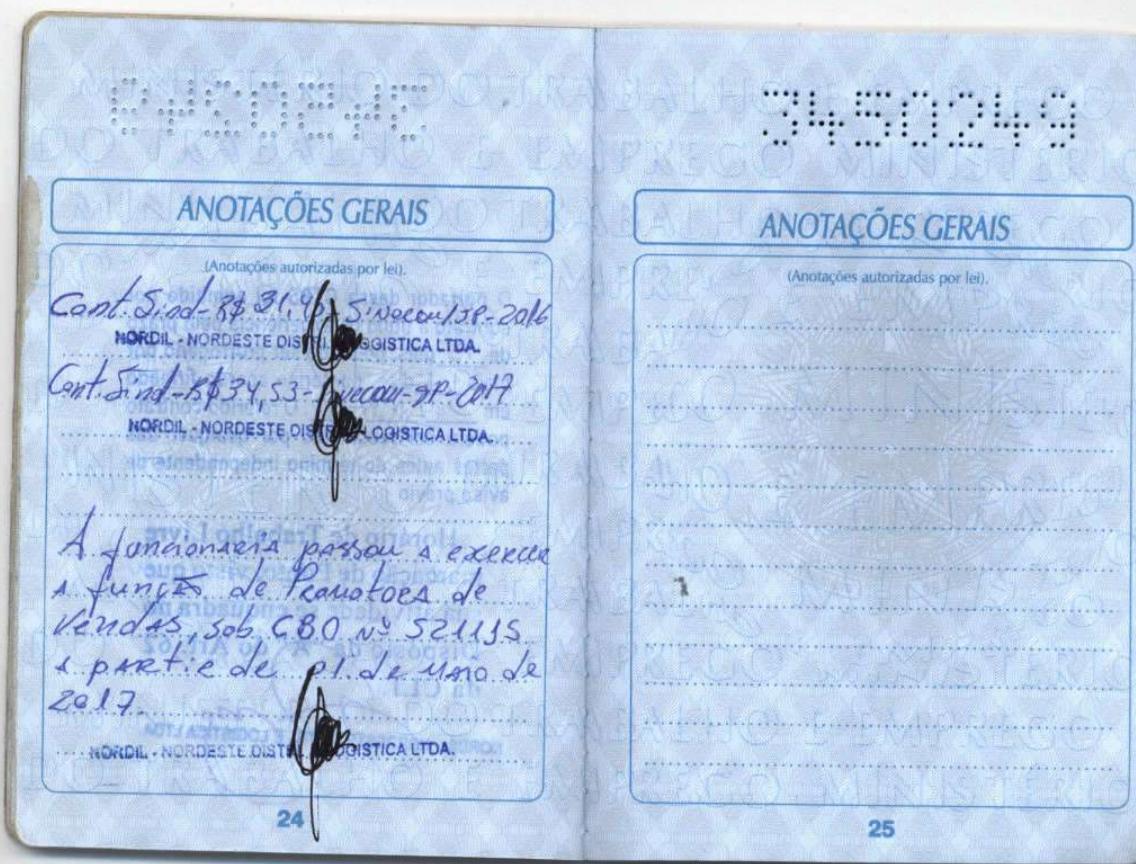
23

Autenticado por: 2595434 - 03/12/2018 17:40



Assinado eletronicamente por: Raphael Simões Andrade - 01/12/2020 12:38:05  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120112380497600000035603663>  
 Número do documento: 20120112380497600000035603663

Num. 37311716 - Pág. 10



24

25

Autenticado por: 2595434 - 03/12/2018 17:40



Assinado eletronicamente por: Raphael Simões Andrade - 01/12/2020 12:38:05  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120112380497600000035603663>  
Número do documento: 20120112380497600000035603663

Num. 37311716 - Pág. 11

**JOSEFA LUSINETE DA SILVA FARIAZ**  
RUA VEREADOR BENEDITO MOTA, S/N AP 304 - ALTO BRANCO  
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58401344 (AG. 401)

Emissão: 10/10/2018 Referência: Out/2018  
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL  
Endereço: Rua Vereador Benedito Mota - Centro - Três Irmãos - Campina Grande/PB - CEP 58423-700  
Número: 6 - 401 - 322 - 3114 Número medidor: 00008108019

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Av. AIA 599 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 58423-700  
CNPJ 08.826.598/0001-85 - Inscrição Estadual 16.003.832-1

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 00008108019  
Cód. para impressão: 00008108019

**Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800-020-0000**

**Conta referente**  
Out / 2018

**UC (Unidade)**

**Lotarias CAIXA**

**Valor do Pagamento:** 72,20

836300000004 722001470003  
026797220188 107004010198

**299-869092898-5**

**Anterior**  
Data Leda 11/09/18 14

**1a VIA**

**CCS** Código de Classificação do Item TOTAL 72,20 62,81 15,72 62,81 0,88 3,14

**Média últimos meses (kWh)** 84

**VENCIMENTO** 19/10/2018

**TOTAL A PAGAR** R\$ 72,20

**Histórico de Consumo (kWh)**

112	112	111	85	88	109	89	83	81	79	83	75
Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Feb/18	Mar/18	Abr/18	May/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18

**RESERVADO AO FISCO**  
ab5e.6fdd.c519.639a.94a7.bbdb.c706.98a1.

**Indicadores de Qualidade** 9/2018 - Alto Branco

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,55	0,00
DIC TRIMESTRAL	11,10	0,00
DIC ANUAL	22,21	0,00
FIC MENSAL	3,42	0,00
FIC TRIMESTRAL	6,85	0,00
FIC ANUAL	13,70	0,00
ÓMIC	3,20	0,00
DICRI	12,22	0,00

**Composição do Consumo**

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/BO	11,94	16,54
Compra de Energia	23,49	32,25
Serviço de Remuneração	2,03	2,73
Encargos Sistêmicos	5,05	6,99
Impostos Diretos e Encargos	28,83	39,93
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>72,20</b>	<b>100,00</b>

Valor do EUSD (Ref. 8/2018) R\$ 19,17

**ATENÇÃO**  
- Leitura confirmada.

**Faturas em atraso**

Autenticado por: 2595434 - 03/12/2018 17:40



Assinado eletronicamente por: Raphael Simões Andrade - 01/12/2020 12:38:06  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120112380607200000035603666>  
 Número do documento: 20120112380607200000035603666

Num. 37311719 - Pág. 1

## CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho

Número da CAT: 2020.427142.8/01

### Informações do Emitente

Emitente	Segurado ou seus Dependentes	Data Emissão	13/10/2020
Tipo de CAT	INICIAL	Comunicação Óbito	
Filiação	Empregado	E-mail	

### Informações do Empregador

Razão Social/Nome	NORDIL-NORDESTE DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA		
Tipo/Num Doc	CGC/CNPJ - 37758130001/41	CNAE	46915
CEP	58075006	Telefone	(83)3232-1444
Bairro	ERNESTO GEISEL	Estado	PARAIBA
Endereço	R MOTORISTA ALDOVANDRO AMANCIO PEREIRA 155 GALPAO4		
Município	JOAO PESSOA		

### Informações do Acidentado

Nome	TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA		
Nome da Mãe	LUCIA DE FATIMA VIEIRA		
Data de Nascimento	15/12/1980	Sexo	FEMININO
Grau de Instrução	ENSINO MEDIO COMPLETO		
Estado Civil	SOLTEIRO(A)	Remuneração	1.339,30
CTPS	3450249 Série: 40 Emissão: 22/08/2013	Identidade	2503893 ÓrgExp: 1 Emissão: 08/08/2013 UF: PB
PIS/PASEP/NIT	1263985144/8	CEP	58401344
Endereço	Rua Vereador Benedito Mota, S/N, Apto. 304, Alto Branco	Bairro	CONCEICAO
Estado	PARAIBA	Município	CAMPINA GRANDE
Telefone	(83)9980-56596	CBO	521115 - PROMOTOR DE VENDAS
Aposentadoria	NÃO	Área	URBANA

### Informações do Acidente

Data do Acidente	23/01/2020	Hora do Acidente	18:19
Horas Trabalhadas	08:00	Tipo	TRAJETO
Houve Afastamento?	SIM	Reg. Policial	NÃO
Local do Acidente	3 - Em via pública		
Esp. Local	Vigário Calixto		
CNPJ / CGC ou CEI da Prestadora		UF do Acidente	PB
Município do Acidente	CAMPINA GRANDE	Último dia Trab. Dt Óbito	23/01/2020
Parte do Corpo	757010400-JOELHO		
Agente Causador	303075200-MOTOCICLETA, MOTONETA		
Sit. Geradora	200016900-QUEDA DE PESSOA EM MESMO NIVEL, NIC		
Morte	NÃO	Data Óbito	

Local e Data

Assinatura e carimbo do emitente

### Informações do Atestado Médico

Unidade	Hospital		
Data Atendimento	23/01/2020	Hora Atendimento	18:30
Houve Internação	SIM	Será afastado?	SIM 90 dia(s)
Nat. Lesão	702035000-FRATURA		
CID - 10	S820 - Fratura da rótula [patela]		
Observações	Dr. Ericsson Albuquerque		
CRM	4770		

Local e Data

Assinatura (\*) e carimbo (legível) do médico com CRM/UF

Cadastrada em: 13/10/2020

\* A apresentação do atestado médico original, com as informações de identificação do médico assistente, substitui o preenchimento deste campo. A impressão desta CAT deverá ser apresentada juntamente com o(s) documento(s) original(is) referente ao segurado, para requerer o benefício acidentário junto à Agência da Previdência Social.



Assinado eletronicamente por: Raphael Simões Andrade - 01/12/2020 12:38:07  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120112380693200000035603669>  
 Número do documento: 20120112380693200000035603669

Num. 37311722 - Pág. 1

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

---

**Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200151997**      **Vítima: TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA**

**Data do Acidente: 23/01/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 237**

**Agência: 000000493-6**

**Conta: 000001014964-9**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

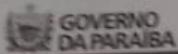
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:  
[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

Talyta Vicuna S. Melofoi atendido (às) hoje, às 6:10 ( mañana )  
horas, necessitando de 90 ( Novata )  
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.DIAGNÓSTICO CID S 82Campina Grande, 12/06/20

Ericsson A. Marques  
ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA  
MEDICINA SPORTIVA  
CRM 4770 / TECOT SBOT 7297  
Rua: Pedro II, 470, Bota - Campina Grande - PB  
Tel. (83) 3341-4566

Assinatura do Médico - CRM Nº

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP: 58432-809 - Malvinas - Campina Grande-PB

MOD.004





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Sexo: F

Clinica:AMARELA Enfermaria: 4 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA 23/01/2020

m	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	<i>CT</i>
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 8h/8h	<i>21-06</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	<i>20-06</i>
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<i>00</i>
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	<i>06</i>

Valthi Menezes Guimaraes  
 Ortopedia / Traumatologia  
 CREMEPE 16.551 / CRM-PB 6326  
 TEOT 15.090  
 CIRURGIA DO JOELHO

*exame 09/01/2020  
 talas tira parceria 22*



**ANOTACÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:****8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSICA DEFINidorAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INFICAZ	( ) ANSIEDADE ( ) DOR ( ) FADIGA ( ) OBESIDADE ( ) OUTRO	( ) ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA ( ) DISPNEIA ( ) BATIMENTO DE ASA DE NARIZ ( ) ORTOPNÉIA ( ) OUTRO ( ) INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO ( ) INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DEFÍCIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	( ) PREJUIZO NEUROMUSCULAR ( ) DOR ( ) OUTRO	( ) ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA ( ) RELATO VERBAL DE DOR
DOR AGUDA	( ) AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) ( ) OUTROS	( ) AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS ( ) TAQUICARDIA ( ) TAQUIPNÉIA
HIPERTERMIA	( ) ANESTESIA ( ) DESIDRATAÇÃO ( ) TRAUMA ( ) OUTRO	( ) DIFICULDADE PARA VIRAR-SE ( ) MOVIMENTOS DESCONTROLADOS
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	( ) ANSIEDADE ( ) DESCONFORTO ( ) RIGIDEZ ARTICULAR ( ) PREJUIZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	
RISCO DE INFECÇÃO	( ) AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS ( ) PROCEDIMENTOS INVASIVOS ( ) OUTRO	
OUTRO		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
( ) MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SP <sub>O</sub> 2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		( ) MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR ( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
( ) OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		( ) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
( ) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
( ) EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		( ) CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
( ) AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
( ) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITais		
( ) ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
( ) APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		( ) MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
( ) INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		( ) MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
( ) ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO		
( ) AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO		( ) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
( ) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
( ) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS		
OUTRO		

**9. RISCO DE QUEDA (PERDA DE EMBERGAÇÃO)**

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? ( ) SIM ( ) NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? ( ) SIM ( ) NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? ( ) SIM ( ) NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? ( ) SIM ( ) NÃO ESTADO MENTAL? ( ) AGITADO ( ) DISTÚRbio NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? ( ) SIM ( ) NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:



FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ÁREA AMARELA (BASEADOS NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: Tatia Mura

IDADE:  SEXO: F

ENF/LEITO:

DATA: 24/01/20

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias ( ) Motivo: Alergias ( ) Qual? Doença ( ) HAS ( ) DM

( ) Tabagista ( ) Etilista ( ) Neoplasia ( ) Drogas ( ) Outros:  Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: \_\_\_\_\_

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: ( ) CONSCIENTE ( ) ORIENTADO ( ) CONFUSO ( ) LETÁRGICO ( ) COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: ( ) PRESERVADA ( ) PLEGIA ( ) PARESIA ( ) PARESTESIA. LOCAL: \_\_\_\_\_

LINGUAGEM: ( ) DISFONIA ( ) DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: ( ) ESPONTÂNEA ( ) CATETER NASAL ( ) VENTURI ( ) TRAQUEOSTOMIA ( ) VMI ( ) OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: ( ) VISÃO ( ) AUDIÇÃO ( ) TATO ( ) OLIFATO ( ) PALADAR OBS.: \_\_\_\_\_

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO ( ) AGITADO ( ) AGRESSIVO ( ) RISCO DE QUEDA OBS.: \_\_\_\_\_

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

EDEMA: ( ) LOCAL OBS: \_\_\_\_\_

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: ( ) NUTRIDO ( ) EMAGRECIDO ( ) CAQUÉTICO ( ) OBESO DENTIÇÃO: ( ) COMPLETA ( ) INCOMPLETA

ALIMENTAÇÃO: ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: ( ) NORMAL ( ) ALTERADO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: ( ) ESPONTÂNEA ( ) SVD ( ) INCONTINÊNCIA ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: ( ) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA

PELE: ( ) INTEGRA ( ) LESÃO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

LESÃO POR PRESSÃO: ( ) SIM ( ) NÃO ESTÁGIO (BRADEN): \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

localização anatômica da ferida; Curativo em: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: ( ) INDEPENDENTE ( ) DEPENDENTE ( ) PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: ( ) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA HIGIENE BUCAL: ( ) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: ( ) ACAMADO ( ) CADEIA DE RODAS SONO / REPOUSO: ( ) PRESERVADO ( ) INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: ( ) PRESERVADA ( ) PREJUDICADA

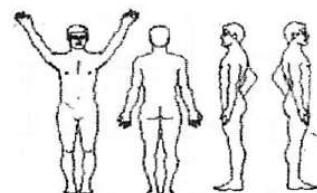
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: ( ) COOPERATIVO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUais:

RELIGIÃO: \_\_\_\_\_ ( ) PRATICANTE ( ) NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
	(mmhg)	(°c)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)					SOG/SNG/SNE	
18h00	140x80										SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	





GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55  
Data: 24/01/2020  
Horas: 07:52:03  
Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DIH - I

Clinica:AMARELA Enfermaria: 4 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA 24/01/2020

MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335) /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 8h/8h	17/18/30
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	18/24
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	15/24
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06

### VOLUÇÃO

DATA:24/01/2020 HORA:07:50:10

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

ESTAVEL, COM DOR  
COM TALA GESSADA  
AGUARDO EXAMES

ASSINATURA + CARIMBO  
Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)





GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55  
Data: 25/01/2020  
Horas: 06:20:57  
Médico (a) Diarista : Wagner de Melo Falcao

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DIH - 2

Clinica:AMARELA Enfermaria: 4 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA 25/01/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	CT
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 8h/8h	(21) (22) - (06)
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	22-18-00-06
	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12-90
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	(06)

### SOLUÇÃO

DATA:25/01/2020 HORA:06:20:19

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

ESTAVEL, COM DOR LEVE

COM TALA GESSADA

CD: AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner Falcao  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 8643

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner de Melo Falcao



Assinado eletronicamente por: Raphael Simões Andrade - 01/12/2020 12:38:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120112381063900000035603871>

Número do documento: 20120112381063900000035603871

Num. 37311974 - Pág. 1

ANOTACÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

**8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSCAS DEFINidorAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	( ) ANSIEDADE ( ) DOR ( ) FADIGA ( ) OBESIDADE ( ) OUTRO	( ) ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA ( ) DISPNEIA ( ) BATIMENTO DE ASA DE NARIZ ( ) ORTOPNÉIA ( ) OUTRO
DEFÍCIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	( ) PREJUIZO NEUROMUSCULAR ( ) DOR ( ) OUTRO	( ) INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO ( ) INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	( ) AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) ( ) OUTROS	( ) ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA ( ) RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	( ) ANESTESIA ( ) DESIDRATAÇÃO ( ) TRAUMA ( ) OUTRO	( ) AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS ( ) TAQUICARDIA ( ) TAQUIPNÉIA
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	( ) ANSIEDADE ( ) DESCONFORTO ( ) RIGIDEZ ARTICULAR ( ) PREJUIZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	( ) DIFICULDADE PARA VIRAR-SE ( ) MOVIMENTOS DESCONTROLADOS
RISCO DE INFECÇÃO	( ) AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS ( ) PROCEDIMENTOS INVASIVOS ( ) OUTRO	
OUTRO		
PREScrição DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
( ) MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SP <sub>O</sub> 2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		( ) MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR ( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
( ) OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA	SN	( ) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		( ) CONTROLE DA DOR ( MELHORADA OU AUSENTE)
( ) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
( ) EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
( ) AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
( ) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITais		
( ) ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PREScrição MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO	Carim	
( ) APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		( ) MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
( ) INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		( ) MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
( ) ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO		
( ) AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO		
( ) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		( ) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
( ) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	Desp	
OUTRO		

**9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)**

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? ( ) SIM ( ) NÃO  
 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? ( ) SIM ( ) NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? ( ) SIM ( ) NÃO  
 TERAPIA INTRAVENOSA? ( ) SIM ( ) NÃO ESTADO MENTAL? ( ) AGITADO ( ) DISTÚRBIO NEUROLÓGICO  
 POSTURA NÃO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? ( ) SIM ( ) NÃO

ASSINATURA E CARIMBO: : 369265 Eleite de Silve  
 carim



## FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ÁREA AMARELA (BASEADOS NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO Jolite Viana

NOME:

IDADE: 38 ANOS SEXO: Fem ENF/LEITO:DATA: 26/01/2020

## 2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias ( ) Motivo: Alergias ( ) Qual? Doença ( ) HAS ( ) DM

Tabagista ( ) Etilista ( ) Neoplasia ( ) Drogas ( ) Outros: \_\_\_\_\_

## 3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: \_\_\_\_\_

## 4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA:  CONSCIENTE  ORIENTADO ( ) CONFUSO ( ) LETÁRGO ( ) COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: ( ) PRESERVADA ( ) PLEGIA ( ) PARESIA ( ) PARESTESIA. LOCAL: \_\_\_\_\_

LINGUAGEM: ( ) DISFONIA ( ) DISARTRIA

RESPIRAÇÃO:  ESPONTÂNEA ( ) CATETER NASAL ( ) VENTURI ( ) TRAQUEOSTOMIA ( ) VMI ( ) OUTROS

## PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: ( ) VISÃO ( ) AUDIÇÃO ( ) TATO ( ) OLFATO ( ) PALADAR OBS.: \_\_\_\_\_

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO  AGITADO ( ) AGRESSIVO ( ) RISCO DE QUEDA OBS.: \_\_\_\_\_

FIRULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

ED. DA: ( ) LOCAL OBS: \_\_\_\_\_

## ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO:  NUTRIDO ( ) EMAGRECIDO ( ) CAQUÉTICO ( ) OBESO DENTIÇÃO:  COMPLETA ( ) INCOMPLETAALIMENTAÇÃO:  VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_ELIMINAÇÃO INTESTINAL:  NORMAL ( ) ALTERADO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_ELIMINAÇÃO URINÁRIA:  ESPONTÂNEA ( ) SVD ( ) INCONTINÊNCIA ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

## INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE:  NORMOCORADA ( ) HIPOCORADAPELE:  INTEGRA ( ) LESÃO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_LESÃO POR PRESSÃO: ( ) SIM  NÃO ESTÁGIO (BRADEN): \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

localização anatômica da ferida; Curativo em: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL:  INDEPENDENTE ( ) DEPENDENTE ( ) PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: ( ) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA HIGIENE BUCAL: ( ) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: ( ) ACAMADO ( ) CADEIA DE RODAS SONO / REPOUSO: ( ) PRESERVADO ( ) INSÔNIA

## 5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

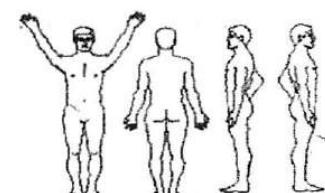
COMUNICAÇÃO:  PRESERVADA ( ) PREJUDICADASEMENTO/COMPORTAMENTOS:  COOPERATIVO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

## 6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUais:

RELIGIÃO: católica  PRATICANTE ( ) NÃO PRATICANTE

## 7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmhg)	T (°C)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
<u>11h 10m 19s</u>										<u>Cristiana Cárdenas Tavares</u> Técnico em Enfermagem	SOG/SNG/SNE	
										<u>RENE</u> RENE PBB 681.186	SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DIH - 3

Clínica: AMARELA Enfermaria: 4 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

**DIA 26/01/2020**
**MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao /**

Item	Prescrição	Apêzamento
1	DIETA LIVRE	SN 0
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 8h/8h	X P 37
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	X 18 60 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	X 06
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06

**EVOLUÇÃO**

DATA: 26/01/2020 HORA: 06:20:47

**FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO**
**ESTAVEL, COM DOR LEVE**
**COM TALA GESSADA**

nv: ok

CD: AGUARDA CIRURGIA

 Dr. Wagner Falcão  
ORTOPEDIA E TRAJMATOLOGIA  
CRM-RB 8643

 ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner de Melo Falcao

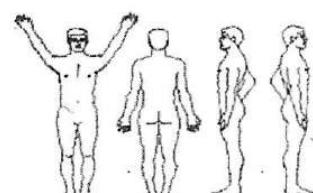

**ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:****8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSCAS DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	<input type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> FADIGA <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA <input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> OBSTACULIZAÇÃO DE ASA DE NARIZ <input type="checkbox"/> ORTOPNÉIA <input type="checkbox"/> OUTRO
DEFÍCIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	<input type="checkbox"/> PREJUIZO NEUROMUSCULAR <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA <input type="checkbox"/> RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	<input type="checkbox"/> ANESTESIA <input type="checkbox"/> DESIDRATAÇÃO <input type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNÉIA
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> ANSIEDADE <input checked="" type="checkbox"/> DESCONFORTO <input type="checkbox"/> RIGIDEZ ARTICULAR <input type="checkbox"/> PREJUIZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	<input type="checkbox"/> DIFICULDADE PARA VIRAR-SE <input type="checkbox"/> MOVIMENTOS DESCONTROLOADOS
RISCO DE INFECÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTOS INVASIVOS <input type="checkbox"/> OUTRO	
OUTRO		
PREScrição DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95% <input type="checkbox"/> OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		<input type="checkbox"/> MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR <input type="checkbox"/> Padrão Respiratório Eficaz
<input type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO <input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		<input type="checkbox"/> AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
<input type="checkbox"/> EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR <input type="checkbox"/> AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR <input type="checkbox"/> AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITais <input type="checkbox"/> ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		<input type="checkbox"/> CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
<input type="checkbox"/> APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS <input type="checkbox"/> INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
<input type="checkbox"/> ORIENTAR E ESTIMULAR A MOBILIZAÇÃO NO LEITO <input type="checkbox"/> AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO		<input type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
<input type="checkbox"/> OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS <input type="checkbox"/> TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS		<input type="checkbox"/> DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
OUTRO		

**9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)**HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES?  SIM  NÃODIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO?  SIM  NÃO AJUDA PARA CAMINHAR?  SIM  NÃOTERAPIA INTRAVENOSA?  SIM  NÃO ESTADO MENTAL?  AGITADO  DISTÚRBIO NEUROLÓGICOPOSTURA NÃO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA?  SIM  NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:



**FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ÁREA AMARELA (BASEADOS NAS NHB DE W. HORTA)**
**1. IDENTIFICAÇÃO**
**NOME:** *Talita Viana*
**IDADE:** *39*
**SEXO:** *F*
**ENF/LEITO:** *04*
**DATA:** *27/01/2020*
**2. HISTÓRIA PREGRESSA**
**Internações prévias ( ) Motivo: Alergias ( ) Qual? Doença ( ) HAS ( ) DM**
**( ) Tabagista ( ) Etilista ( ) Neoplasia ( ) Drogas ( ) Outros: \_\_\_\_\_ Medicações em uso:**
**3. DOENÇA ATUAL:**
**MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO:** *Fx protó fibroel D*
**4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BOLÓGICAS**
**REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: ( ) CONSCIENTE ( ) ORIENTADO ( ) CONFUSO ( ) LETÁRGICO ( ) COMATOSO**
**MOBILIDADE FÍSICA: ( ) PRESERVADA ( ) PLEGIA ( ) PARESIA ( ) PARESTESIA. LOCAL: \_\_\_\_\_**
**LINGUAGEM: ( ) DISFONIA ( ) DISARTRIA**
**RESPIRAÇÃO: ( ) ESPONTÂNEA ( ) CATETER NASAL ( ) VENTURI ( ) TRAQUEOSTOMIA ( ) VMI ( ) OUTROS**
**PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:**
**ALTERAÇÃO: ( ) VISÃO ( ) AUDIÇÃO ( ) TATO ( ) OLFAUTO ( ) PALADAR OBS.: \_\_\_\_\_**
**SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO ( ) AGITADO ( ) AGRESSIVO ( ) RISCO DE QUEDA OBS.: \_\_\_\_\_**
**REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_**
**EDEMA: ( ) LOCAL OBS: *MID***
**ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)**
**TIPO SOMÁTICO: ( ) NUTRIDO ( ) EMAGRECIDO ( ) CAQUÉTICO ( ) OBESO DENTIÇÃO: ( ) COMPLETA ( ) INCOMPLETA**
**ALIMENTAÇÃO: ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_**
**ELIMINAÇÃO INTESTINAL: ( ) NORMAL ( ) ALTERADO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_**
**ELIMINAÇÃO URINÁRIA: ( ) ESPONTÂNEA ( ) SVD ( ) INCONTINÊNCIA ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_**
**INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA**
**COLORAÇÃO DA PELE: ( ) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA**
**PELE: ( ) ÍNTegra ( ) LESÃO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_**
**LESÃO POR PRESSÃO: ( ) SIM ( ) NÃO ESTÁGIO (BRADEN): \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_**
**localização anatômica da ferida; Curativo em: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**
**CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO**
**CUIDADO CORPORAL: ( ) INDEPENDENTE ( ) DEPENDENTE ( ) PARCIALMENTE DEPENDENTE**
**HIGIENE CORPORAL: ( ) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA HIGIENE BUCAL: ( ) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA**
**LITIGAÇÃO FÍSICA: ( ) ACAMADO ( ) CADEIA DE RODAS SONO / REPOUSO: ( ) PRESERVADO ( ) INSÔNIA**

**5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS**
**COMUNICAÇÃO: ( ) PRESERVADA ( ) PREJUDICADA**
**SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: ( ) COOPERATIVO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_**
**6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:**
**RELIGIÃO: \_\_\_\_\_ ( ) PRATICANTE ( ) NÃO PRATICANTE**
**7. AVALIAÇÃO GERAL:**

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
	(mmhg)	(°c)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	(0a10)	(Kg)				
12:00	120/80		87							Rosa	SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DIH - 4

Clínica: AMARELA Enfermaria: 4 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

**DIA 27/01/2020**
**MÉDICO(A): Ywry de Paiva Camara /**

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	5x3 10 12 18 20 06
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	12 10 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	5N
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 10
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VOMITOS	5N
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	220
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	5N
8	DECUBITO MUDANCA 2/2H	nt
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ptt

**EVOLUÇÃO**

DATA: 27/01/2020 HORA: 02:22:49

4º DIH

BEG, ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

PRÉ-OP OK

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

 ASSINATURA + CARIMBO  
 Ywry de Paiva Camara

 DR. YWRY DE PAIVA CAMARA  
 ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGISTA  
 CRM-PP 10.677


28-01-20

Paciente estabilizado, seu queixa medicada, segue aos cuidados de enfermagem.

PA - 100 x 70 Qd





CNPJ: 10.848.190/0001-55  
Data: 28/01/2020  
Horas: 10:14:30  
Médico (a) Diarista: Everlan Da Silva Meira

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DIH - 5

Clinica: AMARELA Enfermaria: 2 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA 28/01/2020

MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira /

5 5

### Prescrição

### Aprazamento

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	CT
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, IFRASCO, 8h/8h	✓ 22 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24 06
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VOMITOS	SN
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	✓ 22
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	SN
8	DECUBITO MUDANCA 2/2H	CT
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	CT

### EVOLUÇÃO

DATA: 28/01/2020 HORA: 10:14:08

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

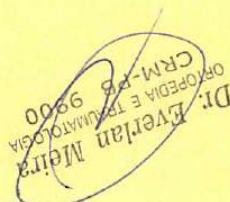
DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

DOR: ++/4+

COM TALA COXO PODÁLICA D

PRÉ OP OK

CD: VPM  
AGUARDA CIRURGIA ORTOPÉDICA



ASSINATURA + CARIMBO  
Everlan Da Silva Meira

08:00h 28/01/20

12:130

0



8h P.J. 120x80  
29/10/2020 Realizadas avaliações em encarcerados  
MCPM. Punições da AVP  
Mário  
25580

29/10/2020

21:30  
P.D. 150x80 D.





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DIH - 6

Clinica:ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 5 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

**DIA 29/01/2020**

**MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araujo /**

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	12/20/34
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12/18/24/06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12/24
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VOMITOS	5N
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 24h)	20
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	5N
8	DECUBITO MUDANCA 2/2H	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	

### EVOLUÇÃO

DATA:29/01/2020 HORA:12:04:20

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

DIURESE; + EVACUAÇÕES: +

DOR: ++/4+

COM TALA COXO PODÁLICA D

PRÉ OP OK

CD:VPM

AGUARDA CIRURGIA ORTOPÉDICA

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner Luiz Egito de Araujo  
Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo  
M.R. ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 8926



30.01.2020 PA 110x70

SP% 99

FC 70

Paciente enolui astável consciente orientada  
realizado curativo medicada conforme  
prescrição médica segue os cuidados de  
enfermagem.

30/01/2020 às 20:30 hs

PA.: 100x70 mmHg

Paciente segue aos  
cuidados da enfer-  
magem. m. e p. m.

Ana Maria Cavalcante Falcão  
COREN-PB 177.451-TE







## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: **TALITA VIEIRA** Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DIH - 7

Clinica:ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 5 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

**DIA 30/01/2020**

**MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araujo /**

Item	Prescrição	Aprazamento
1	<b>DIETA LIVRE</b>	
2	<b>SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, IFRASCO, 8h/8h</b>	500 500
3	<b>DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h</b>	12 12 29 06
4	<b>TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, IFRA AMP, 12h/12h</b> Reconstituir 2ML ABD.	12 29
5	<b>ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h</b> <b>SE NAUSEA OU VOMITOS</b>	
6	<b>ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)</b>	22.
7	<b>TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO</b> + 100ML SF, LENTO, 8/8H	
8	<b>DECUBITO MUDANCA</b> 2/2H	
9	<b>CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS</b>	

### Evolução

DATA:30/01/2020 HORA:11:27:17

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

DIURESE; + EVACUAÇÕES: +

DOR: +/4+

COM TALA COXO PODÁLICA D

PRÉ OP OK

Cl., vPM

AGUARDA CIRURGIA ORTOPÉDICA

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner Luiz Egito de Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo  
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 8926  
CRM - PB 8926



HOSPITAL		COD	de Emergência - Trauma de C. Grande Pern: 2090707
PACIENTE	Talita Vieira	DATA	01/02/20
MÉDICO	Dr André +	CRM	
PROCEDIMENTO	Trat cirurg. prat. de platô tibial .	CONVÊNIO	
			0221



## LAUDO DE MATERIAIS UTILIZADOS



ITEM	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO DE MATERIAIS	CÓDIGO
01	01	Placa em I - 04 Furos	
02	01	Placa em I - 05 Furos (Esquerdo)	
03	02	Parafusos imprensaen N: 75 x 4,5	
04	02	Parafusos certidain N: 34 x 4,5	
05	02	Parafusos certidain N: 36 x 4,5	
06	02	Parafusos certidain N: 40 x 4,5	
07	01	Parafuso cortical N: 46 x 4,5	
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18		LIMB SALVAGE IMPLANTS	
20			
21			
22			
23			
24			
25			

MÉDICO \_\_\_\_\_  
 HOSPITAL \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADOR \_\_\_\_\_

Profissione





# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

C = Limpa

PACIENTE: <b>Tolita Vieira</b> DN. <b>15/12/1980</b> QI <b>—</b> LEITE <b>Sala 03</b> CONVÊNIO <b>SUS</b> IDADE <b>39a.</b> REGISTRO <b>2020704</b> CIRURGIA <b>Frot. ósseo. Pr. frat. de</b> <b>platô tibial</b> CIRURGIÃO <b>Dr. André + Inst. Thiago</b> ANESTESIA <b>Rogel + Sedação</b> ANESTESIA <b>Dra Isabella Donato</b> INSTRUMENTADORA <b>fusione</b> DATA <b>01/02/20</b> INÍCIO <b>07:40</b> FIM <b>09:00</b>					<b>GOVERNO DA PARAÍBA</b> SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS Adrenalina amp. <b>0</b> Bolsa Colostoma Atropina amp. Calel. p/ Óxg. Diazepam amp. <b>0,1</b> Catet. De Urinar Sist. Fech. <b>01</b> Dimole amp. Compressa Grande <b>88</b> Dolahitina amp. Compressa Pequena Efrane ml Cotonoide Fenegam amp. Dreno Fentanil ml Dreno Kerr nº <b>01</b> Inova-ml Midazolam Dreno Pezzer nº Ketalar ml Equipo de Macrogotas <b>01</b> Metacaina % ml Equipo de Macrogotas Nubahin amp. Equipo de Sangue Pavulon amp. Equipo de PVC Protigmine amp. <b>+ 5</b> Eparadrapo Larco cm Protoxido l/m Furacim ml Quelicin ml <b>0,5</b> Gase Pacote c/ 10 unidades Rapifen amp. $H_2O_2$ ml <b>03</b> Mononylon <b>2.0 00</b> Thionembutal ml Intracath Adulto Tracrium amp. Intracath Infantil						
Qtd. MEDICAÇÕES <b>02</b> Agua Destilada amp. Lâmina de Bisturi nº 23 <b>01</b> Decadron amp. Lâmina de Bisturi nº 11 Dipirona amp. <b>02</b> Luvas 7.0 <b>00</b> <b>02</b> Lâmina de Bisturi nº 15 Flaxidol amp. <b>05</b> Luvas 7.5 <b>00000</b> Vicryl Serfix <b>1-0 00</b> Flebocortid amp. Luvas 8.0 Geramicina amp. Luvas 8.5 Glicose amp. <b>+ C</b> Oxigênio l/m Glucon de Cálcio amp. Poliflix Haemacel ml. <b>0,5</b> PVPI Degemante ml Heparema ml. PVPI Tópico ml. Kanakion amp. <b>0,5</b> Sabão Antiséptico Lasix amp. Saco coletor Medrotinazol. <b>01</b> Seringa desc. 10 ml <b>0</b> <b>01</b> Plastiduron Seringa desc. 20 ml Prolamina <b>01</b> Seringa desc. 05 ml <b>0</b> <b>03</b> SG fr 500 ml <b>up/laugem :</b> Revivan amp. Sonda Stuptanon amp. Sonda folley					Qtd. SOROS <b>02</b> SG Normotérmico fr 500 ml <b>0 0</b> <b>01</b> SG Gelado fr 500 ml <b>0</b> SG Hipertérmico fr 500 ml SG Ringr fr 500 ml	
Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES <b>02</b> Agulha desc. 25 x 7 <b>10x12</b> Vaselina ml Agulha desc. 28 x 28 Latex Agulha desc. 3 x 4,5 <b>05</b> Solturôdos <b>01</b> Agulha p/ rique nº <b>25</b> <b>05</b> Sacos p/ lico <b>0,5</b> Álcool de Enfermagem Álcool Iodado ml <b>0,1</b> Ataduras de Crepon <b>00</b> Ataduras de Gessada Azul metílico amp. <b>02</b> Bexiga ml <b>Urtopédica</b>					Qtd. ORTESE E PRÓTESE <b>01</b> Placa <b>1em + 04 furos</b> <b>01</b> Placa <b>1em + 05 furos</b> <b>02</b> Parafusos <b>respiradores</b> <b>06</b> Parafusos <b>Corticiais</b>	
<b>EQUIPAMENTOS</b> ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Oxímetro de Pulso ( <input type="checkbox"/> ) Foco Auxiliar ( <input type="checkbox"/> ) Serra ( <input type="checkbox"/> ) Eletrocautério ( <input type="checkbox"/> ) Desfibrilador ( <input type="checkbox"/> ) Oxicapiógrafo ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Foco Frontal ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Cardiomonitor ( <input type="checkbox"/> ) Fonte de Luz ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Perfurador Elétrico						
<b>CIRCULANTE RESPONSÁVEL</b> <i>Júlia 123.700-2</i>						

MOD 066



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

<b>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</b>	<b>Hora entrada</b>	<b>Hora saída</b>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		<i>f</i>
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		<i>2</i>
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		<i>2</i>
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		<i>2</i>
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		<i>2</i>
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		<i>9</i>




Assinatura do anestesista





## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Falita Vieira	Idade:	39 a
Convênio:	SUS	Data:	01/02/2020
Procedimento:	Trat. Enunciado dent. da platô tibial D		
Cirurgião:	Dra. Andue	Auxiliar:	-
Início:	07:40	Término:	09:00
		Anestesia:	Raqui + Sedacão

---

**Assinatura Anestesista**

Circulante

*Relatório de Operação*

ANSWER



08:00

PA: 100 x 60

Segui aguardando eletrocardiograma e os resultados  
do exame mamário, realizado curativamente.

21:00

PA: 110 x 80

*DG*

Diana Gomes da Silva  
COREN-PB 737.442-TE

Diana Gomes da Silva  
COREN-PB 737.442-TE





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DIH - 8

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 5 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA 31/01/2020

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE <i>Zero de 00,00</i>	<i>12/01/2020</i>
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	<i>12/18/2020</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	<i>12/18/2020</i>
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<i>12/24/2020</i>
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VOMITOS	<i>SN</i>
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	<i>(00/01/2020)</i> <i>(20)</i>
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	<i>SN</i>
8	DECUBITO MUDANCA 2/2H	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	

### EVOLUÇÃO

DATA: 31/01/2020 HORA: 12:14:32

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

DIURESE; + EVACUAÇÕES: +

DOR: ++/4+

COM TALA COXO PODÁLICA D

PRÉ OP OK

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA ORTOPÉDICA

ASSINATURA + CARIMBO:  
Wagner Luiz Egito de Araujo  
Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo  
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 8926





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde



Somos todos  
PARAIBA  
Governo do Estado

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2|3|6|2|8|5|6| 1 - CPF | 2| | 0|8|7|7|8|2|6|8|0|0|3|8|5|2|  
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE:HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO:AVENIDA FLORIANO PEIXOTO,4700

BAIRRO:MALVINAS CEP:58432-809 MUNICÍPIO:CAMPINA GRANDE UF:PB(25)

PACIENTE: TALITA VIEIRA

ENDEREÇO:BENEDITO MOTA

BAIRRO:ALTO BRANCO

Identidade:  
2503893

Idade: 039

PRONTUÁRIO:

Nº 2090707

DADOS CLÍNICOS:PÓS OP ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS:RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL) ,

Campina Grande - PB 01/02/2020 Hora:  
07:44:40

Médico: Andre Ribeiro Araujo De Menezes

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2|3|6|2|8|5|6| 1 - CPF | 2| | 0|8|7|7|8|2|6|8|0|0|3|8|5|2|  
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE:HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO:AVENIDA FLORIANO PEIXOTO,4700

BAIRRO:MALVINAS CEP:58432-809 MUNICÍPIO:CAMPINA GRANDE UF:PB(25)

PACIENTE: TALITA VIEIRA

ENDEREÇO:BENEDITO MOTA

BAIRRO:ALTO BRANCO

Identidade:  
2503893

Idade: 039

PRONTUÁRIO:

Nº 2090707

DADOS CLÍNICOS:PÓS OP ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS:RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL) ,

Campina Grande - PB 01/02/2020 Hora:  
07:44:40

Médico: Andre Ribeiro Araujo De Menezes



03/02/2020

as 14:00hs

Paciente em pós-operatório  
segue aos cuidados da enfermagem. m.c.-p.m.

Ana Maria Cavalcante Falcão  
COREN-PB 177.451-TE

03/02/2020

as 20:00hs

P.A.: 100x70 mm Hg A

Paciente segue aos  
cuidados da enfer-  
magem. m.c.-p.m.

Ana Maria Cavalcante Falcão  
COREN-PB 177.451-TE

A





Somos todos  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55  
Data: 01/02/2020  
Horas: 07:44:19  
Médico (a) Diarista : Andre Ribeiro Araujo De Menezes

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DIH - 9

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 5 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA 01/02/2020

MÉDICO(A): Andre Ribeiro Araujo De Menezes /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, IFRASCO, 8h/8h	14/22/06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, IFRA AMP, 12h/12h 0D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18/06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	18/24/06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	24
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VOMITOS	5/06
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	SIN
9	DECUBITO MUDANCA 2/2H	M+N
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	M

### EVOLUÇÃO

DATA:01/02/2020 HORA:07:42:39

PACIENTE SUBMETIDA A TTO CIRÚRGICO SEM INTERCORRÊNCIAS

CD: RX CONTROLE  
A SRPA

Dr. André Ribeiro Araujo De Menezes  
Traumatologista Ortopedista  
CRM-PB 103

ASSINATURA + CARIMBO  
Andre Ribeiro Araujo De Menezes



Assinado eletronicamente por: Raphael Simões Andrade - 01/12/2020 12:38:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120112381555400000035603852>  
Número do documento: 20120112381555400000035603852

Num. 37311955 - Pág. 3



## RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: TALITA VIEIRA

Data da Internação: 23/01/2020

Data da Alta: 02/02/2020

Registro: 2090707

Tempo de Permanência: -18285

Diagnóstico Inicial: FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Diagnóstico Final: FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Principais Exames: EXAME CLINICO + RADIOLOGICO

Cirurgia: OSTE OSSINTSESE Data: 01/02/2020

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos: SINTOMATICOS

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Orientações: - PRESCREVO AINE + ANALGESICO + ANTIBIOTICO. - ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. - ENCAMINHO AO AMBULATORIO DE EGRESSOS PARA RETORNO. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES. - ALTA HOSPITALAR.

Condições de Alta: Melhorado

Data: 02/02/2020

Assinatura/Carimbo  
 Ana Maria Da Silva Anselmo

RESPONSÁVEL : Ana Maria Da Silva Anselmo





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DIH - 10

Clinica:ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 5 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

**DIA 02/02/2020**

**MÉDICO(A): Andre Ribeiro Araujo De Menezes / MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /**

Item	Prescrição	Aprazamento
1	<b>DIETA LIVRE</b>	
2	<b>SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, IFRASCO, 8h/8h</b>	
3	<b>CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, IFRA AMP, 12h/12h 1D/2D</b> Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
4	<b>DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, IAMPOLA, 6h/6h</b>	
	<b>TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, IFRA AMP, 12h/12h</b> Reconstituir 2ML ABD,	
6	<b>ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, IAMPOLA, 8h/8h</b> SE NAUSEA OU VOMITOS	
7	<b>ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)</b>	
8	<b>TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, IAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO</b> + 100ML SF, LENTO, 8/8H	
9	<b>DECUBITO MUDANCA 2/2H</b>	
10	<b>CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS</b>	

### EVOLUÇÃO

DATA:02/02/2020 HORA:08:37:52

PACIENTE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADA, EM BEG, EM 1º DPO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

CLINICAMENTE ESTÁVEL.

NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

GOR: +/4+.

EDEMA: +/4+.

FO COM BOM ASPECTO.

#### # CONDUTA:

- PRESCREVO AINE + ANALGESICO + ANTIBIOTICO.
- ENCAMINHO À FISIOTERAPIA.
- ENCAMINHO AO AMBULATORIO DE EGRESSOS PARA RETORNO.
- FORNEÇO ATESTADO MÉDICO.
- ORIENTAÇÕES.
- ALTA HOSPITALAR.

ASSINATURA + CARMBO  
Ana Maria Da Silva Anselmo

DR. Andre Ribeiro Araujo De Menezes  
DR. Ana Maria Da Silva Anselmo





Número do Prontuário: 179021 DATA DA CIRURGIA: 01/02/2020

Número do Atendimento: 2090707 Clín: ORTOPEDIA 1 / Enf: 5 / Lei: 2

### DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: TALITA VIEIRA

Data da Internação: 23/01/2020

Atendimento: 2090707

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

Diagnóstico Pós-Operatório: 0408050551 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO  
PLANALTO TIBIAL

Cirurgia: OSTEOSSINTESE Data da Cirurgia: 01/02/2020

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista: ISABELA FERNANDA DO PIMENTEL DONATO

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: sim

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 1- PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

2- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

3- CAMPOS ESTÉREIS

4- INCISÃO MEDIAL EM JOELHO D + DISSECÇÃO POR PLANOS

5- REDUÇÃO CRUENTA DE FOCO DE FRATURA

6- FIXAÇÃO COM UMA PLACA T 3 X 2 FUROS + PARAFUSOS CORTICais SOB ESCOPIA

7- INCISÃO LATERAL EM PLANALTO TIBIAL D + DISSECÇÃO POR PLANOS

8- REDUÇÃO CRUENTA DE FOCO DE FRATURA

9- FIXAÇÃO COM UMA PLACA L 5 X 2 FUROS + PARAFUSOS CORTICais E  
ESPONJOSOS SOB ESCOPIA +

-10 LAVAGEM DE FO COM SF 0,9%

11- CURATIVO.

Dr. André Ribeiro Araújo de Menezes  
Traumatologista Ortopedia

Data 01/02/2020

Assinatura/Carimbo 793  
Andre Ribeiro Araujo De Menezes



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

<b>HUECG</b>		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO <i>2090707</i>								
<b>FOLHA DE ANESTESIA</b>		NOME <i>Tolita Vieira</i>			IDADE <i>38a.</i>	SEXO <i>F</i>	COR								
DATA <i>01/02/20</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO		ALTURA								
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA		OUTROS								
	URINA														
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE								
AP. CIRCULATÓRIO <i>garanhão anexa 115 - 9.0</i>					ELETROCARDIOGRAMA										
AP. DIGESTIVO		DENTES	PESCOÇO		AP. URINÁRIO										
ESTADO MENTAL <i>Consciente</i>		ATARAXICOS	CORTICOIDES		ALERGIA	HIPOTENSORES									
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Frx de plato tibial</i>					ESTADO FÍSICO <i>ASA II</i>	RISCO									
ANESTESIAS ANTERIORES															
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA <i>30' 1h</i>				APLICADA	AS	EFEITO									
AGENTES ANESTÉSICOS <i>halo</i>						INDUÇÃO									
LIQUIDOS <i>SPAS 500 + SO 500</i>						Satisf.: <input checked="" type="checkbox"/>	Excit.: _____	Tosse: _____							
<i>SPAS 500</i>						Laringo esparmo: _____	Lenta: _____								
<i>SPAS 500</i>						Náuseas: _____	Vômitos: _____								
					Outros: _____	MANUTENÇÃO									
CÓDIGOS VP. ARTERIAL: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO	260	240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20	<i>SpO2 99% EC Ganz + BIS</i>	<i>Bagu/la-5 agas</i>
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES <i>neu.0.5! 15s claud 0.5s decachon 10s cajuput 2g neurolion 4s lamifilm 1.</i>															
POSIÇÃO <i>O</i>															
AGENTES <i>damonit</i>															
TÉCNICA <i>Baguemos fru</i>															
OPERAÇÃO <i>Fr. cirurgico da Frx de plato tibial</i>															
CIRURGIOS <i>D. Andrei e equipe</i>															
ANESTESISTAS <i>Flávio</i>															
OBSERVAÇÕES															
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.										PERDA SANGUÍNEA					

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: Raphael Simões Andrade - 01/12/2020 12:38:17

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120112381701200000035603850

Número do documento: 20120112381701200000035603850

Num. 37311953 - Pág. 3



Número do Prontuário: 179021 DATA DA CIRURGIA: 01/02/2020

Número do Atendimento: 2090707 Clín: ORTOPEDIA 1 / Enf: 5 / Lei: 2

### DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: TALITA VIEIRA

Data da Internação: 23/01/2020

Atendimento: 2090707

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

Diagnóstico Pós-Operatório: 0408050551 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Cirurgia: OSTEOSSINTESE Data da Cirurgia: 01/02/2020

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista: ISABELA FERNANDA DO PIMENTEL DONATO

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: sim

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 1- PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

2- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

3- CAMPOS ESTÉREIS

4- INCISÃO MEDIAL EM JOELHO D + DISSECÇÃO POR PLANOS

5- REDUÇÃO CRUENTA DE FOCO DE FRATURA

6- FIXAÇÃO COM UMA PLACA T 3 X 2 FUROS + PARAFUSOS CORTICais SOB ESCOPIA

7- INCISÃO LATERAL EM PLANALTO TIBIAL D + DISSECÇÃO POR PLANOS

8- REDUÇÃO CRUENTA DE FOCO DE FRATURA

9- FIXAÇÃO COM UMA PLACA L 5 X 2 FUROS + PARAFUSOS CORTICais E

ESPONJOSOS SOB ESCOPIA +

-10 LAVAGEM DE FO COM SF 0,9%

11- CURATIVO.

Dr. André Ribeiro Araújo de Menezes  
Traumatologista/Ortopedista  
CRM-PB 4793

Data 01/02/2020

Assinatura/Carimbo  
Andre Ribeiro Araújo De Menezes



Assinado eletronicamente por: Raphael Simões Andrade - 01/12/2020 12:38:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120112381701200000035603850>

Número do documento: 20120112381701200000035603850

Num. 37311953 - Pág. 4

**ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:**

**8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSCAS DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	( ) ANSIEDADE ( ) DOR ( ) FADIGA ( ) OBESIDADE ( ) OUTRO	( ) ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA ( ) DISPNEIA ( ) BATIMENTO DE ASA DE NARIZ ( ) ORTOPNPÉIA ( ) OUTRO
DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	( ) PREJUIZO NEUROMUSCULAR ( ) DOR ( ) OUTRO	( ) INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO ( ) INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	( ) AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) ( ) OUTROS	( ) ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA ( ) RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	( ) ANESTESIA ( ) DESIDRATAÇÃO ( ) TRAUMA ( ) OUTRO	( ) AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS ( ) TAQUICARDIA ( ) TAQUIPNÉIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	( ) EXTREMOS DE IDADE ( ) CIRCULAÇÃO PREJUDICADA ( ) HIPOTERMIA ( ) IMOBILIZAÇÃO FÍSICA ( ) OUTRO	( ) DESTRUÇÃO DE CAMADAS DA PELE ( ) OUTRO ( ) ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	( ) ASCITE ( ) QUEIMADURA ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) DRENOS ( ) OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	( ) AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS (X) PROCEDIMENTOS INVASIVOS ( ) OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
( ) MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		( ) MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR ( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
( ) OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		(X) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
(X) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABOLO	Diárias	( ) CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
( ) EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
( ) AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
(X) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	12/12hs	
( ) ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
( ) APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		( ) MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
( ) INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS	Sempre	( ) MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
( ) REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		( ) RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
( ) VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		(X) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
( ) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
(X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	72 hs	
(X) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	Sempre	
OUTRO:		

**9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)**

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? ( ) SIM ( ) NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? ( ) SIM ( ) NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? ( ) SIM ( ) NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? ( ) SIM ( ) NÃO ESTADO MENTAL? ( ) AGITADO ( ) DISTÚRBIO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? ( ) SIM ( ) NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Drª Valuska Lima de Carvalho  
ENFERMEIRA  
COREN - PB 358.098  
29/01/2020





ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:	

#### 8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSCAS DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	( ) ANSIEDADE ( ) DOR ( ) FADIGA ( ) OBESIDADE ( ) OUTRO	( ) ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA ( ) DISPNEIA ( ) BATIMENTO DE ASA DE NARIZ ( ) ORTOPNPÉIA ( ) OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	( ) PREJUIZO NEUROMUSCULAR ( ) DOR ( ) OUTRO	( ) INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO ( ) INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	( ) AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) (X) OUTROS	( ) ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA (X) RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	( ) ANESTESIA ( ) DESIDRATAÇÃO ( ) TRAUMA ( ) OUTRO	( ) AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS ( ) TAQUICARDIA ( ) TAQUIPNÉIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	( ) EXTREMOS DE IDADE ( ) CIRCULAÇÃO PREJUDICADA ( ) HIPOTERMIA ( ) IMOBILIZAÇÃO FÍSICA ( ) OUTRO	( ) DESTRUÇÃO DE CAMADAS DA PELE ( ) OUTRO ( ) ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBrio ELETROLÍTICO	( ) ASCITE ( ) QUEIMADURA ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) DRENOS ( ) OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	(X) AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS (X) PROCEDIMENTOS INVASIVOS ( ) OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
( ) MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		( ) MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR ( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
( ) OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
(X) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO	se dia	(X) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
( ) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
( ) EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		(X) CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
( ) AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
( ) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		
(X) ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO	CPM	
MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
( ) APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		( ) MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
( ) INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
( ) REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		( ) MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
( ) VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		( ) RISCO DE DESEQUILÍBRIOS DIMINUIDO
( ) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		(X) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
(X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	72h	
(X) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	se dia	
OUTRO:		

#### 9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? ( ) SIM ( ) NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? ( ) SIM ( ) NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? ( ) SIM ( ) NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? ( ) SIM ( ) NÃO ESTADO MENTAL? ( ) AGITADO ( ) DISTÚRBIO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? ( ) SIM ( ) NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

30/10/2020  
Grazielly A. M. Lima  
COREN-SP 14083-ENF



**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Talita Souza Idade: 29 Sexo F Enf/Leito 5-2

**2. HISTÓRIA PREGRESSA**

Internações prévias ( ) Motivo: Alergias ( ) Qual? Doença ( ) HAS ( ) DM

( ) Tabagista ( ) Etilista ( ) Neoplasia ( ) Drogas ( ) Outros: \_\_\_\_\_ Medicações em uso:

**3. DOENÇA ATUAL:**

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: F+Plaó Tibial D.

**4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS**

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: (x) CONSCIENTE (x) ORIENTADO ( ) CONFUSO ( ) LETÁRGICO ( ) COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: ( ) PRESERVADA ( ) PLEGIA ( ) PARESIA ( ) PARESTESIA LOCAL: \_\_\_\_\_

LINGUAGEM: ( ) DISFONIA ( ) DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: (x) ESPONTÂNEA ( ) CATETER NASAL ( ) VENTURI ( ) TRAQUEOSTOMIA ( ) VMI ( ) OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

AUDIOAÇÃO: ( ) VISÃO ( ) AUDIÇÃO ( ) TATO ( ) OLFATO ( ) PALadar OBS.: \_\_\_\_\_

SEGURANÇA FÍSICA: (x) TRANQUILO ( ) AGITADO ( ) AGRESSIVO ( ) RISCO DE QUEDA OBS.: \_\_\_\_\_

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

EDEMA: ( ) LOCAL OBS: \_\_\_\_\_

**ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)**

TIPO SOMÁTICO: (x) NUTRIDO ( ) EMAGRECIDO ( ) CAQUÉTICO ( ) OBESO

ALIMENTAÇÃO: (x) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: (x) NORMAL ( ) ALTERADO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (x) ESPONTÂNEA ( ) SVD ( ) INCONTINÊNCIA ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

**INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA**

COLORAÇÃO DA PELE: (x) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA

PELE: (x) INTEGRA ( ) LESÃO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

LESÃO POR PRESSÃO: ( ) SIM (x) NÃO ESTÁGIO (BRADEN): Local: \_\_\_\_\_

localização anatômica da ferida;

**CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO**

CUIDADO CORPORAL: ( ) INDEPENDENTE (x) DEPENDENTE ( ) PARCIALMENTE DEPENDENTE

SENSE CORPORAL: (x) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: ( ) ACAMADO (x) CADEIRA DE RODAS

**5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS**

COMUNICAÇÃO: (x) PRESERVADA ( ) PREJUDICADA

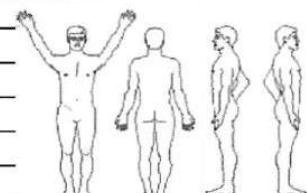
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: (x) COOPERATIVO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

**6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUais:**

RELIGIÃO: \_\_\_\_\_ ( ) PRATICANTE ( ) NÃO PRATICANTE

**7. AVALIAÇÃO GERAL:**

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE DRENO(mL)	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
(mmhg)	(°c)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)			(0a10)	(Kg)		SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:	
--	--

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSCAS DEFINidorAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	( ) ANSIEDADE ( ) DOR ( ) FADIGA ( ) OBESIDADE ( ) OUTRO	( ) ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA ( ) DISPNEIA ( ) BATIMENTO DE ASA DE NARIZ ( ) ORTOPNÉIA ( ) OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	( ) PREJUIZO NEUROMUSCULAR ( ) DOR ( ) OUTRO	( ) INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO ( ) INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	( ) AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) ( ) OUTROS	( ) ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA ( ) RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	( ) ANESTESIA ( ) DESIDRATAÇÃO ( ) TRAUMA ( ) OUTRO	( ) AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS ( ) TAQUICARDIA ( ) TAQUIPNÉIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	( ) EXTREMOS DE IDADE ( ) CIRCULAÇÃO PREJUDICADA ( ) HIPOTERMIA ( ) IMOBILIZAÇÃO FÍSICA ( ) OUTRO	( ) DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE ( ) OUTRO ( ) ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBrio ELETROLÍTICO	( ) ASCITE ( ) QUEIMADURA ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) DRENOS ( ) OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	( ) AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS ( ) PROCEDIMENTOS INVASIVOS ( ) OUTRO	
OUTRO		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
( ) MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		( ) MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR ( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
( ) OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		( ) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
( ) REALIZAR BANHO NO LEITO (SNI) E LAVAGEM DO CABELO		
( ) EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		( ) CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
( ) AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
( ) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	12/12m.	
( ) ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO	CPm.	
MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
( ) APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		( ) MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
( ) INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS	Sempre	( ) MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
( ) REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE	1 a 2x dia	( ) RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
( ) VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		( ) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
( ) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
( ) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	72hs	
( ) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	Sempre	
OUTRO:		
9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)		
HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? ( ) SIM ( ) NÃO		
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? ( ) SIM ( ) NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? ( ) SIM ( ) NÃO		
TERAPIA INTRAVENOSA? ( ) SIM ( ) NÃO ESTADO MENTAL? ( ) AGITADO ( ) DISTÚRBIO NEUROLÓGICO		
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? ( ) SIM ( ) NÃO		

ASSINATURA E CARIMBO:

Sociedade de Lima  
Coren: 31.548



33/03/2020

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Talita Vieira Idade: 39 Sexo F Enf/Leito 5-2

## 2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias ( ) Motivo: Alergias ( ) Qual? Doença ( ) HAS ( ) DM

Tabagista ( ) Etilista ( ) Neoplasia ( ) Drogas ( ) Outros: \_\_\_\_\_ Medicações em uso:

## 3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Ex platô

## 4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA:  CONSCIENTE  ORIENTADO ( ) CONFUSO ( ) LETÁRGICO ( ) COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: ( ) PRESERVADA ( ) PLEGIA ( ) PARESIA ( ) PARESTESIA. LOCAL: \_\_\_\_\_

LINGUAGEM: ( ) DISFONIA ( ) DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: ( ) ESPONTÂNEA ( ) CATETER NASAL ( ) VENTURI ( ) TRAQUEOSTOMIA ( ) VMI ( ) OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: ( ) VISÃO ( ) AUDIÇÃO ( ) TATO ( ) OLFATO ( ) PALadar OBS.: \_\_\_\_\_

SEGURANÇA FÍSICA: ( ) TRANQUILO ( ) AGITADO ( ) AGRESSIVO ( ) RISCO DE QUEDA OBS.: \_\_\_\_\_

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

EDEMA: ( ) LOCAL OBS: \_\_\_\_\_

## ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO:  NUTRIDO ( ) EMAGRECIDO ( ) CAQUÉTICO ( ) OBESOALIMENTAÇÃO:  VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_ELIMINAÇÃO INTESTINAL:  NORMAL  ALTERADO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_ELIMINAÇÃO URINÁRIA:  ESPONTÂNEA ( ) SVD ( ) INCONTINÊNCIA ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

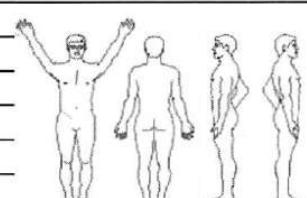
## INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: ( ) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA

PELE: ( ) ÍNTegra ( ) LESÃO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

LESÃO POR PRESSÃO: ( ) SIM ( ) NÃO ESTÁGIO (BRADEN): Local: \_\_\_\_\_

localização anatômica da ferida;



## CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: ( ) INDEPENDENTE ( ) DEPENDENTE  PARCIALMENTE DEPENDENTEHIGIENE CORPORAL:  SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: ( ) ACAMADO ( ) CADEIRA DE RODAS

## 5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: ( ) PRESERVADA ( ) PREJUDICADA

SENTIMENTO/COMPORTAMENTOS:  COOPERATIVO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

## 6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: ( ) PRATICANTE ( ) NÃO PRATICANTE

## 7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
	(mmhg)	(°c)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)					SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

AVP MSE 29/03



**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Tatá Viana Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Enf/Leito 5-2

**2. HISTÓRIA PREGRESSA**

Internações prévias ( ) Motivo: Alergias ( ) Qual? Doença ( ) HAS ( ) DM

( ) Tabagista ( ) Etilista ( ) Neoplasia ( ) Drogas ( ) Outros: \_\_\_\_\_ Medicações em uso: \_\_\_\_\_

**3. DOENÇA ATUAL:**

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Tatá Viana

**4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BÍOLÓGICAS**

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: ( ) CONSCIENTE ( ) ORIENTADO ( ) CONFUSO ( ) LETÁRGICO ( ) COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: ( ) PRESERVADA ( ) REGIA ( ) PARESIA ( ) PARESTESIA LOCAL: \_\_\_\_\_

LINGUAGEM: ( ) DISFONIA ( ) DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: ( ) ESPONTÂNEA ( ) CATETER NASAL ( ) VENTURI ( ) TRAQUEOSTOMIA ( ) VMI ( ) OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

AURAÇÃO: ( ) VISÃO ( ) AUDIÇÃO ( ) TATO ( ) OLFATO ( ) PALadar OBS.: \_\_\_\_\_

SEGURANÇA FÍSICA: ( ) TRANQUILO ( ) AGITADO ( ) AGRESSIVO ( ) RISCO DE QUEDA OBS.: \_\_\_\_\_

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

EDEMA: ( ) LOCAL OBS: \_\_\_\_\_

**ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)**

TIPO SOMÁTICO: ( ) NUTRIDO ( ) EMAGRECIDO ( ) CAQUÉTICO ( ) OBESO

ALIMENTAÇÃO: ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: ( ) NORMAL ( ) ALTERADO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: ( ) ESPONTÂNEA ( ) SVD ( ) INCONTINÊNCIA ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

**INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA**

COLORAÇÃO DA PELE: ( ) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA

PELE: ( ) INTEGRA ( ) LESÃO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

LESÃO POR PRESSÃO: ( ) SIM ( ) NÃO ESTÁGIO (BRADEN): \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

localização anatômica da ferida;

**CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO**

CUIDADO CORPORAL: ( ) INDEPENDENTE ( ) DEPENDENTE ( ) PARCIALMENTE DEPENDENTE

SENSE CORPORAL: ( ) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: ( ) ACAMADO ( ) CADEIRA DE RODAS

**5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS**

COMUNICAÇÃO: ( ) PRESERVADA ( ) PREJUDICADA

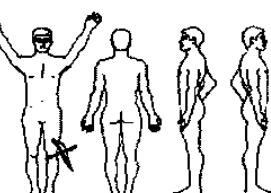
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: ( ) COOPERATIVO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

**6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUais:**

RELIGIÃO: \_\_\_\_\_ ( ) PRATICANTE ( ) NÃO PRATICANTE

**7. AVALIAÇÃO GERAL:**

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE DRENO (ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
	(mmhg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)					SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

**8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSCAS DEFINidorAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	( ) ANSIEDADE ( ) DOR ( ) FADIGA ( ) OBESIDADE ( ) OUTRO	( ) ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA ( ) DISPNEIA ( ) BATIMENTO DE ASA DE NARIZ ( ) ORTOPNPÉIA ( ) OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	( ) PREJUIZO NEUROMUSCULAR ( ) DOR ( ) OUTRO	( ) INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO ( ) INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	( ) AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) ( ) OUTROS	( ) ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA ( ) RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	( ) ANESTESIA ( ) DESIDRATAÇÃO ( ) TRAUMA ( ) OUTRO	( ) AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS ( ) TAQUICARDIA ( ) TAQUIPNÉIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	( ) EXTREMOS DE IDADE ( ) CIRCULAÇÃO PREJUDICADA ( ) HIPOTERMIA ( ) IMOBILIZAÇÃO FÍSICA ( ) OUTRO	( ) DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE ( ) OUTRO ( ) ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBRIO ELETROLÍTICO	( ) ASCITE ( ) QUEIMADURA ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) DRENOS ( ) OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	( ) AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS ( ) PROCEDIMENTOS INVASIVOS ( ) OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
( ) MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		( ) MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR ( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
( ) OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		( ) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
( ) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
( ) EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		( ) CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
( ) AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
( ) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	12/12h	
( ) ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
( ) APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		( ) MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
( ) INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS	Seeepe	( ) MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE ( ) RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
( ) REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		( ) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
( ) VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		
( ) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
( ) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	72hs	
( ) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	Seeepe	
OUTRO:		

**9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)**

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? ( ) SIM ( ) NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? ( ) SIM ( ) NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? ( ) SIM ( ) NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? ( ) SIM ( ) NÃO ESTADO MENTAL? ( ) AGITADO ( ) DISTÚRBIO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? ( ) SIM ( ) NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Ree/Ree  
cora 12/126/03  
01/02/03





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



**SUS**  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

Sr(a):	TALITA VIEIRA	Protocolo:	0000569993	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	SEM IDENTIFICAÇÃO MÉDICA	Data:	24-01-2020 12:49	Origem:	ÁREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	39 anos	Destino:	ÁREA AMARELA

TEMPO DE SANGRAMENTO ..... 2'00''

[DATA DA COLETA: 24/01/2020 12:48 ] Valores de Referência:  
Mater: alt: sangue DE 1 A 3 MINUTOS.  
Método: Duke

TEMPO DE COAGULACAO ..... 8'00''

[DATA DA COLETA: 24/01/2020 12:48 ] Valores de Referência:  
Mater: alt: Sangue DE 5 A 10 MINUTOS.  
Método: Lee-White

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 3900-0221-4063-1A37-A236-0FC0-316A-3B76



Assinado eletronicamente por: Raphael Simões Andrade - 01/12/2020 12:38:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120112382008500000035603847>  
Número do documento: 20120112382008500000035603847

Num. 37311950 - Pág. 1

Sr(a): TALITA VIEIRA  
 Dr(a): SEM IDENTIFICAÇÃO MÉDICA  
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000509993  
 Data: 24-01-2020 12:49  
 Idade: 39 anos

RG: NÃO INFORMADO  
 Origem: ÁREA AMARELA  
 Destino: ÁREA AMARELA

## HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 24/01/2020 12:48 ]

		Resultados	Valores de Referências
<b>SÉRIE VERMELHA</b>			
Eritrocitos.....	3.80 milhões/mm <sup>3</sup>	3.2 a 5.9 milhões/mm <sup>3</sup>	
Hemoglobina.....	11,6 g/dL	12,0 a 16,0 g/dL	
Hematocrite.....	34,0 %	35,5 a 48,5 %	
C.M.....	89 fL	80,0 a 100,0 fL	
C.M.....	31 pg	27,0 a 31,0 pg	
V.H.C.M.....	34 g/dL	32,9 a 36,0 g/dL	
<b>SÉRIE BRANCA</b>			
Leucócitos.....	9.200 /mm <sup>3</sup> (%)	5.000 a 10.000 /mm <sup>3</sup> (/mm <sup>3</sup> )	
Neutrófilos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	4,0	368	
Segmentados.....	78,0	7.176	40 a 70 % = 1.000 a 8.500 / mm <sup>3</sup>
Eosinófilos.....	0	0	0 a 5,5 % = até 500 / mm <sup>3</sup>
Basófilos.....	0	0	0 a 2,0 % = até 100 / mm <sup>3</sup>
Linfócitos			
Tipicos.....	16,0	1.472	20 a 35 % = 1.000 a 3.500 / mm <sup>3</sup>
Atípicos ou Reativos.....	0	0	
Monócitos.....	2,0	184	2,0 a 10 % = até 1.000 / mm <sup>3</sup>
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	195.000 mm <sup>3</sup>		140.000 a 400.000 mm <sup>3</sup>

BSEFVACÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Série: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 635e-5eF4-C778-F4FF-AC13-229A-4A03-2C24



PNCQ  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: Raphael Simões Andrade - 01/12/2020 12:38:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120112382008500000035603847>  
 Número do documento: 20120112382008500000035603847

Assinado por: Raphael Simões Andrade

Assinado eletronicamente por: Raphael Simões Andrade - 01/12/2020 12:38:20

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120112382008500000035603847>

Número do documento: 20120112382008500000035603847

Num. 37311950 - Pág. 3

GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETÁRIA DE SAÚDE - ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E T  
JOSÉ DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EX

NOME:

Talita Vieira

PRONTUÁRIO:  
DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLINICA:	ENF:	LEIT:
--------	-------	------	-------	---------	----------	------	-------

DADOS CLÍNICOS:

Trauma

RAIO X  
REALIZADO EM:  
23/01/2020

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

Radiografia de tórax e abdômen D. (CAP e perfil)  
Radiografia de abdômen D. (CAP e perfil)

URGÊNCIA:

ROTINA:

DATA: 23/01/2020

HORA DA SOLICITAÇÃO:

JOÃO C. A. FILHO  
MÉDICO  
CRM 3468

RESPONSÁVEL PELA SOLICITACAO:



GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.258/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mavimins, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 23/01/2020  
Data: 23/01/2020  
Patiente: TALITA VIEIRA Idade: 039 N° ATEND: 2090646  
ACIDENTE DE TRABALHO : NAO  
DATA: 23/01/2020 HORA : 18:19:14

ESTRUS - AGENTE DE MOTO  
ESPECIALIBALE: CIRURGIA

**MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO**  
**ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : QUEDA DE MOTO**

SINAIS VITAIOS

HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ( ) SIM ( ) NÃO HAS ( ) SIM ( ) NÃO  
DEF. MOTORA ( ) SIM ( ) NÃO

ΑΙΓΑΙΟΣ:

ALERGIAS :  
MEDICAÇÃO EM USO :  
ESTADO GERAL :

**ESTADO GERAL:  
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA**

( ) CONVULSÃO ( ) INCON

( ) DESEQUILÍBRIOS VÍNCULOS SOCIAIS  
( ) IRRITADO ( ) DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

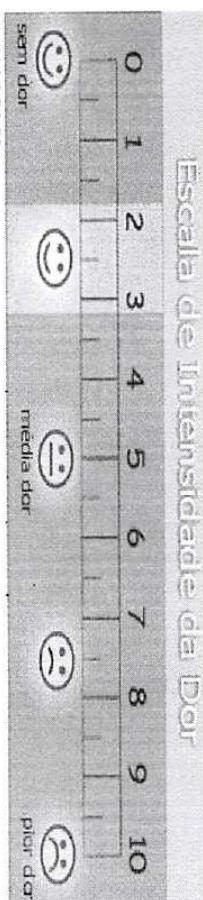
## SINTOMAS REFERIDOS

SÍNIOMAS REFERIDOS

- FEBRE ( ) VOMITO ( ) DIARREIA ( ) EXANTEMA ( ) PRURIGO ( ) DISPNEIA ( ) DOR ( ) INEXISTÊNCIA ( ) ANAFLAXIA ( ) FLEBITE ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAIS

( ) EPIGASTRALGIA ( ) COM

Escala de Intensidade da Dor



**ESCALA DE DOR:**  
**CLASSIFICAÇÃO**  
**VERMELHO**

10.1.1.148/projetohlegimpreclassi.php?contar=2090646&dataatend=2020-01-23&horatend=18:19:14

HTCG-Painel Administrativo

ENFERMEIRO/COREN/RO  
acolhimento  
Maior  
ENF

Jane E. Evelyn L.  
COREN PB 764-336

Assinado eletronicamente por: Raphael Simões Andrade - 01/12/2020 12:38:21  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120112382104700000035603846>  
Número do documento: 20120112382104700000035603846

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

**DESTINO DO PACIENTE** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ hs.

Centro cirúrgico \_\_\_\_\_

Internação (setor) \_\_\_\_\_

Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL \_\_\_\_\_

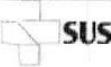
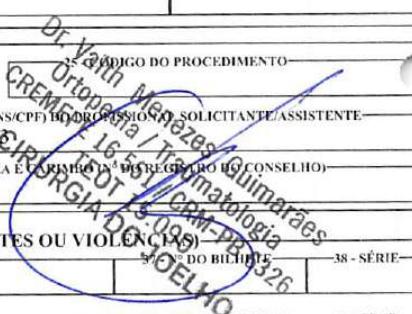
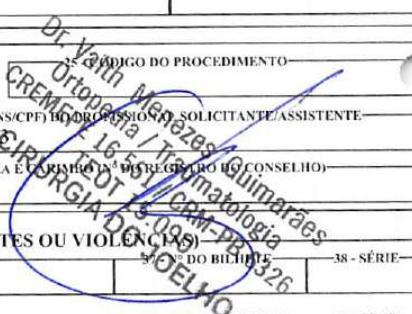
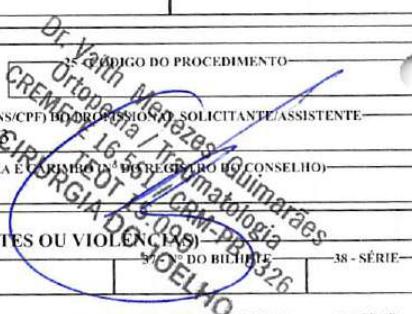
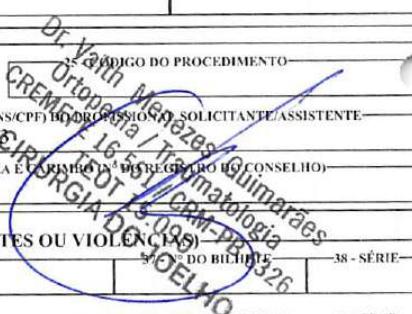
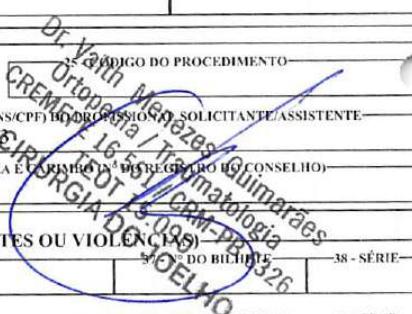
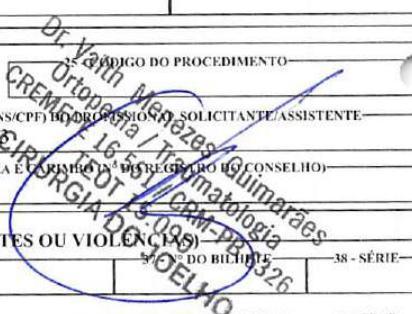
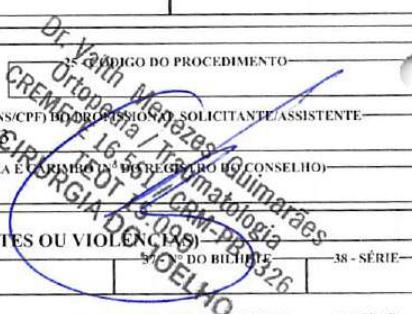
*Konaguru Oliveira da Silveira*  
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

## SERVIÇOS REALIZADOS





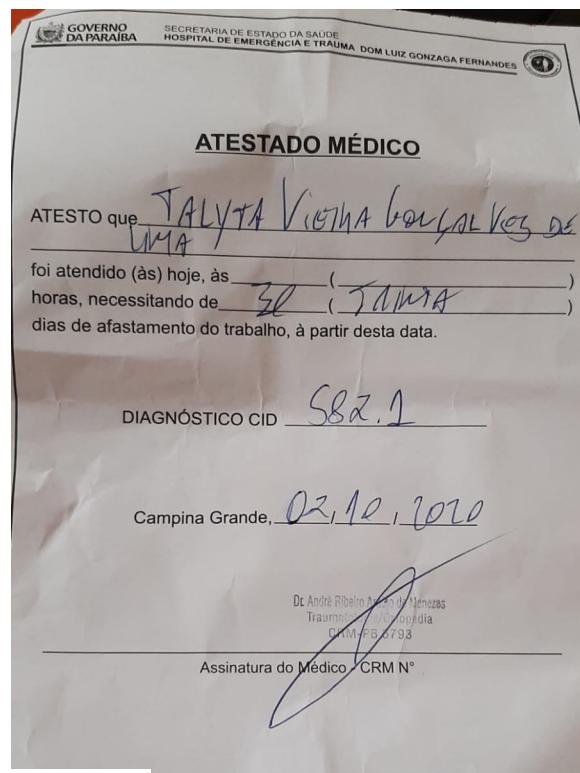
Data da internação: 23/01/2020 Hora: 19:21:34

 <b>Sistema Único de Saúde</b>		<b>Ministério da Saúde</b>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>				
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>								
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>				2 - CNES <b>2362856</b>				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>				4 - CNES <b>2362856</b>				
<b>Identificação do Paciente</b>								
5 - NOME DO PACIENTE <b>TALITA VIEIRA</b>				6 - N° DO PRONTUÁRIO <b>2090707</b>				
7 - CARTÃO DO SUS			8 - DATA DE NASCIMENTO <b>15/12/1980</b>		9 - SEXO Masc <input type="checkbox"/> Fem <input checked="" type="checkbox"/>			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>LUCIA DE FATIMA VIEIRA</b>				11 - TELEFONE DE CONTATO <b>DDD 83 N° DE TELEFONE 987343034</b>				
12 - ENDEREÇO (RUA, N°,BAIRRO) <b>DR VASCONCELOS , 1052 , ALTO BRANCO</b>								
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Campina Grande</b>			14 - COD. IBGE <b>MUNICÍPIO 250400</b>		15 - UF <b>PB</b>		16 - CEP <b>58400002</b>	
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>								
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <b>TRAUMA JOELHO DIREITO QUEDA DA PROPRIA ALTURA DOR E EDEMA CD INTERNACAO HOSPITALAR</b>								
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <b>NECESSIDADE DE TTO CIRURGICO</b>								
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <b>ANAMNESE E EX FISICO</b>								
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO</b>			21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>								
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO						25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 		
26 - CLÍNICA		27 - CARATER DA <b>INTERNACAO</b>		28 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>980016277881726</b>		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>VALTH MENEZES GUIMARAES</b>			31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>23/01/2020</b>		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) 			
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO								
36 - CNPJ DA SEGURADORA 								
37 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO								
38 - SÉRIE 								
39 - CNPJ EMPRESA 								
40 - CNAE DA EMPRESA 								
41 - CBOR								
<b>AUTORIZAÇÃO</b>								
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			44 - COD. ORGÃO EMISSOR			45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
46 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF			47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <b>/ /</b>			48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) 		



Data da internação: 23/01/2020 Hora: 19:21:34





Assinado eletronicamente por: Raphael Simões Andrade - 01/12/2020 12:38:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120112382315300000035603844>  
Número do documento: 20120112382315300000035603844

Num. 37311747 - Pág. 1



## PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

## COMARCA DE CAMPINA GRANDE



Assinado eletronicamente por: RENATA BARROS DE ASSUNCAO PAIVA - 02/12/2020 08:04:09  
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012020804096220000035631014>  
Número do documento: 2012020804096220000035631014

Num. 37340834 - Pág. 1

## **JUÍZO DE DIREITO DA OITAVA VARA CÍVEL**

Processo nº 0830593-84.2020.8.15.0001

### **DESPACHO**

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 Código de Processo Civil, 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.



Assinado eletronicamente por: RENATA BARROS DE ASSUNCAO PAIVA - 02/12/2020 08:04:09  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120208040962200000035631014>  
Número do documento: 20120208040962200000035631014

Num. 37340834 - Pág. 2

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.**

**Certifique** a Escrivania se existe ação semelhante ajuizada pela parte autora, em tramitação ou já arquivada.

Não havendo, **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.

Em tempo, **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.

Por fim, com fulcro no art. 292, § 3º, do CPC, **retifico**, de ofício, o valor atribuído à causa, considerando o pedido formulado na inicial, para R\$ 11.812,50.

Cumpra-se.

Campina Grande, data e assinatura digitais.

Renata Barros de Assunção Paiva

Juíza de Direito



Assinado eletronicamente por: RENATA BARROS DE ASSUNCAO PAIVA - 02/12/2020 08:04:09  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120208040962200000035631014>  
Número do documento: 20120208040962200000035631014

Num. 37340834 - Pág. 3



**Estado da Paraíba - Poder Judiciário**

**Comarca de Campina Grande**

**Juízo de Direito da 8.<sup>a</sup> Vara Cível**

**Fórum Affonso Campos, rua Vice-prefeito Antônio Carvalho de Sousa, s/n, Estação Velha,**



Assinado eletronicamente por: CIRLENE NAZARE PEREIRA WANDERLEI - 11/12/2020 21:30:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121121302870500000036016499>  
Número do documento: 20121121302870500000036016499

Num. 37754644 - Pág. 1

**Campina Grande-PB – Telefone (083) 3310-2540 – CEP 58.410-050**

**Número do Processo: 0830593-84.2020.8.15.0001**

**Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

**Assunto: [Seguro, Acidente de Trânsito]**

**AUTOR: TALYTA VIEIRA**

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

**Certidão**

Certifico e dou fé que, em consulta aos sistemas STI e PJE, verifiquei a inexistência de outra ação semelhante ajuizada pela parte autora, em tramitação ou já arquivada.

Campina Grande-PB, 11 de dezembro de 2020

CIRLENE NAZARE PEREIRA WANDERLEI

Anal./Técn. Judiciário



Assinado eletronicamente por: CIRLENE NAZARE PEREIRA WANDERLEI - 11/12/2020 21:30:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121121302870500000036016499>  
Número do documento: 20121121302870500000036016499

Num. 37754644 - Pág. 2



Poder Judiciário da Paraíba  
8º Vara Cível  
Comarca de Campina Grande



Processo nº 0830593-84.2020.8.15.0001

**DESTINATÁRIO(A): SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**  
**R SENADOR DANTAS, 74, 5 andar, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205**

**REMETENTE:**

UNIDADE JUDICÁRIA: 8.ª VARA CÍVEL DE CAMPINA GRANDE - FÓRUM AFFONSO CAMPOS  
RUA: VICE-PREFEITO ANTÔNIO CARVALHO DE SOUSA, S/N  
BAIRRO: ESTAÇÃO VELHA  
CIDADE: CAMPINA GRANDE-PB  
CEP: 58.410-050

**Nº do processo: 0830593-84.2020.8.15.0001**  
**Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**  
**Assunto(s): [Seguro, Acidente de Trânsito]**  
**AUTOR: TALYTA VIEIRA**  
**REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**

**CARTA DE CITAÇÃO**



Assinado eletronicamente por: CIRLENE NAZARE PEREIRA WANDERLEI - 11/12/2020 21:35:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121121352225000000036016503>  
Número do documento: 20121121352225000000036016503

Num. 37754648 - Pág. 1

De ordem da MM Juíza de Direito deste Juízo, em cumprimento ao despacho proferido nos autos da ação acima identificada, **CITO: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, inscrita no CNPJ Nº 09.248.608/0001-04, RUA SENADOR DANTAS, 74, 5 andar, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205, para que tome conhecimento de todo o conteúdo da Ação supra e, querendo, contestá-la, no prazo de 15 (quinze) dias, nos termos do artigo 247 e seguintes do CPC.

ADVERTÊNCIA: Caso o promovido(a), ora citado(a), não ofereça(m) contestação, serão presumidos como verdadeiros os fatos alegados contra ele(a).

Campina Grande-PB, 11 de dezembro de 2020.

De ordem,

**CIRLENE NAZARE PEREIRA WANDERLEI**

Téc./Anal. Judiciário

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

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

**Documentos associados ao processo**

Título	Tipo	Chave de acesso**
Petição Inicial	Petição Inicial	20120112375655100000035603631
001 - PI - DPVAT - TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA	Outros Documentos	20120112375965100000035603642
002 - Procuracao AD JUDICIA ET EXTRA	Procuração	2012011238010500000035603649
003 - Declaração de Hipossuficiência Financeira - 20201013_173529439	Documento de Comprovação	2012011238024450000035603652
004 - RG	Documento de Identificação	20120112380348300000035603657
005 - CTPS	Documento de Identificação	20120112380497600000035603663
006 - Comprovante de Residência	Documento de Comprovação	20120112380607200000035603666
007 - CAT - Talyta - relatorio	Documento de Comprovação	20120112380693200000035603669
008 - DPVAT - Adm - Prot 3200151997	Documento de Comprovação	20120112380780700000035603671
009 - Atestado médico de 2020-06-12 - CID S82 - Dr Ericsson Marques - CRM 4770	Documento de Comprovação	20120112380877600000035603674
010 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-1	Documento de Comprovação	20120112380972100000035603870
011 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-2	Documento de Comprovação	20120112381063900000035603871
012 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-3	Documento de Comprovação	20120112381179000000035603866
013 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-4	Documento de Comprovação	20120112381273300000035603864
014 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-5	Documento de Comprovação	20120112381368300000035603859
015 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-6	Documento de Comprovação	20120112381461500000035603853
016 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-7	Documento de Comprovação	20120112381555400000035603852
017 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-8	Documento de Comprovação	20120112381701200000035603850
018 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-9	Documento de Comprovação	20120112381806500000035603849
019 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação -	Documento de	



Assinado eletronicamente por: CIRLENE NAZARE PEREIRA WANDERLEI - 11/12/2020 21:35:22  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012112135222500000036016503  
Número do documento: 2012112135222500000036016503

Num. 37754648 - Pág. 2

2020_02_19-09_05_36-10	Comprovação	20120112381914700000035603848
020 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-11	Documento de Comprovação	20120112382008500000035603847
021 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-12	Documento de Comprovação	20120112382104700000035603846
022 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-13	Documento de Comprovação	20120112382226700000035603845
023 - Atestado Médico de 2020-10-02 - CID S82.1 - Dr. André Ribeiro - CRM-PB 5793	Documento de Comprovação	20120112382315300000035603844
Despacho	Despacho	20120208040962200000035631014
Não existe ação semelhante	Certidão	20121121302870500000036016499



Assinado eletronicamente por: CIRLENE NAZARE PEREIRA WANDERLEI - 11/12/2020 21:35:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121121352225000000036016503>  
 Número do documento: 20121121352225000000036016503

Num. 37754648 - Pág. 3