



Número: **0800472-21.2018.8.15.0041**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **Vara Única de Alagoa Nova**

Última distribuição : **05/11/2018**

Valor da causa: **R\$ 9450.0**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	ISRAEL DE SOUZA FARIAS
AUTOR	JODILSON FERNANDES DA SILVA
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
17587727	05/11/2018 16:44	1 PRONTUÁRIO MEDICO.	Outros Documentos
17587864	05/11/2018 16:44	2 PRONTUÁRIO MEDICO.	Outros Documentos
17587743	05/11/2018 16:44	3 PRONTUÁRIO MEDICO.	Outros Documentos
17587784	05/11/2018 16:44	4 PRONTUÁRIO MEDICO.	Outros Documentos
17587795	05/11/2018 16:44	5 PRONTUÁRIO MEDICO.	Outros Documentos
17587814	05/11/2018 16:44	6 PRONTUÁRIO MEDICO.	Outros Documentos
17587832	05/11/2018 16:44	7 PRONTUÁRIO MEDICO.	Outros Documentos
17587840	05/11/2018 16:44	DOCUMENTOS	Outros Documentos
17587851	05/11/2018 16:44	PROCURACAO. DOCUMENTOS	Outros Documentos
17813457	16/11/2018 20:07	Despacho	Despacho
18642339	15/01/2019 09:35	Expediente	Expediente



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Joilson Fernandes de Silva		
End:	Sítio Genade Alagoinha	Bairro:	Alagoinha
Data de Nascimento:	01.11.82	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acidente	Data do Atend:	31.03.18
Acidente de trabalho?	() Sim	Hora:	14h10
	() Não	Documento:	

de moto

Classificação de Risco

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

Estratificação

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

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

Mahayna Carvalho Sá

COREN-PB 509719-ENF

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110



PREFEITURA DE ALAGOA NOVA

Secretaria Municipal de Saúde
Hospital Sofia de Castro Costa
CNPJ: 08.700.684/0001-46

Av. São Sebastião, s/n - Fone: (83) 3365-1011
CEP 58125-000 - Alagoa Nova - Paraíba

Paciente: _____

Endereço: _____

ENCAMINHAMENTO
AO ORTOPEDISTA

Sr. Jadirson Fernandes da Silva,
35a, com relato de queda
de moto há 1 dia, apresentando
várias lesões por traumas, apresentando
instável hemodinamicamente,
ECG: IS, apresentando deficiência
e limitação de movimento
em ombro direito
MO: luxação ombro D.
ED: solicite avaliação especializada
para condução adequada.

Santa,

31-03-18
Dra. Raissa Monteiro
MÉDICA
CRM/PA 10.805

Secretaria Municipal de
Saúde



Amamentar: Educar para vida

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
(*) Avaliar distensão abdominal.		() Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
() Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
() Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
() Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		() Melhora a aceitação alimentar.
() Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		() Manutenção da glicemia estável.
() Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		
() Observar e comunicar dificuldades alimentares.		() Auxílio diário às necessidades de higiene.
() Encaminhar ao banho de chuveiro.		
() Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		() Controle da dor (melhorada / ausente).
() Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		
() Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
() Avaliar características, intensidade e local da dor.		
() Avaliar alterações de sinais vitais.		
() Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.		
() Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		() Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
() Incentivar a ingestão de líquidos.		
() Observar reações de desorientação/confusão.		() Melhora da integridade da pele.
() Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.	1x dia	() Diminuição do risco de lesão.
(*) Analisar condições do curativo.		
() Orientar e estimular a hidratação da pele.		
() Orientar e estimular a movimentação no leito.		() Mobilidade física melhorada/eficaz.
() Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		() Melhora da perfusão tissular.
() Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		() Padrão respiratório eficaz.
() Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		() Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
() Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		
() Realizar balanço hídrico.		
() Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		
() Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.	sempre	(*) Diminuir o risco de infecção.
(*) Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		
() Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		
() Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		() Diminuir o risco de queda.
() Manter as grades do leito elevadas.		
() Conter o paciente quando necessário.		
() Manter ambiente calmo e tranquilo.		
() Orientar repouso no leito.		() Melhora do padrão do sono.
(*) Administrar medicação CPM.	CPM	
() Outros		() Outros
() Outros		() Outros

FONTE: NIC-2010, CHAVES, L.D., SOLAY, C.A.; SAE, 2 ed. 2013.

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a) :

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem :

Paciente: Jedilson Fernandes

Enfermaria:

Leito: 10-2

Data: 06/04/18

DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO										CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS					
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()									
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Hábitos de evacuação irregulares ()	Lesão neurológica ()			Anorexia ()	Dor abdominal ()										
3	Déficit no auto cuidado para banho	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()			Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()									
4	Dor aguda	Fatores psicológicos ()	Outro ()			Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()										
5	Hipertermia	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro ()	Outro ()										
6	Integridade da pele prejudicada	Ansiedade ()				Incapacidade de lavar o corpo ()											
7	Mobilidade Física prejudicada	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()										
8	Padrão respiratório ineficaz	Outros ()				Relato verbal de dor ()											
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()											
10	Risco de infecção	Aumento da taxa metabólica ()				Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()									
11	Risco de queda	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Destruição de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo ()										
12	Padrão de sono prejudicado	Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()		Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()										
13	Outro	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Dificuldade para virar-se ()	Dispnéia ao esforço ()	Outro									
14	Outro	Prejuízos músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()		Movimentos descontrolados ()											
		Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Alterações na profundidade respiratória ()	Dispnéia ()										
						Batimento de asa de nariz ()	Ortopnéia ()	Outro ()									
		Ascie ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()												
		Drenos ()	Outros ()														
		Aumento da exposição ambiental à patógenos ()	Defesas primárias inadequadas ()														
		Procedimentos invasivos ()	Outro ()														
		Mobilidade física prejudicada ()		Medicações ()													
		Extremos da idade ()	Agitação/Desorientação ()														
		Falta de privacidade/controlar do sono ()	Outro ()														
		Ruído ()	Imobilização física ()														

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Josilson Fernandes Registro: Leito: 10-2 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3,15): Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.			<input type="checkbox"/> Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.			
<input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).			
<input type="checkbox"/> Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.			<input type="checkbox"/> Melhora a aceitação alimentar.
<input type="checkbox"/> Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).			<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).			
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.			<input type="checkbox"/> Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.			
<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.			
<input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.			
<input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.			<input type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente).
<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 dor após administração da medicação.			
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.			<input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.			
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.			
<input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.			<input checked="" type="checkbox"/> Melhora da integridade da pele.
<input checked="" type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.			<input checked="" type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.			
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.			<input type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.			
<input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.			<input type="checkbox"/> Melhora da perfusão tissular.
<input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).			<input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).			<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.			
<input type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.			
<input type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.			
<input checked="" type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.			<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.			
<input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).			<input checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas.			
<input type="checkbox"/> Conter o paciente quando necessário.			
<input checked="" type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.			<input type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.			
<input checked="" type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.			
<input type="checkbox"/> Outros			<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros			<input type="checkbox"/> Outros

Josefa Maria Brito
COREN-PB 48.226-E.

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a) :
Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem :

FONTE: NIC; 2010. CHAVES, L.D.; SOLAY, C.A.; SAE, 2 ed. 2013.

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:

Isabel

Enfermaria:

Leito:

Data: / /

DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO						CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS					
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()			Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()			
		Hábitos de evacuação irregulares ()	Lesão neurológica ()					Anorexia ()	Dor abdominal ()				
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()					Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()			
		Fatores psicológicos ()	Outro ()					Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()				
3	Déficit no auto cuidado para banho	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()			Incapacidade de acessar o banheiro ()	Outro ()				
		Ansiiedade ()						Incapacidade de lavar o corpo ()					
4	Dor aguda	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()						Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()				
		Outros ()						Relato verbal de dor ()					
5	Hipertermia	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()			Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()					
		Aumento da taxa metabólica ()						Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()			
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()					Destruição de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo ()				
		Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()				Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()				
7	Mobilidade Física prejudicada	Ansiiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular				Dificuldade para virar-se ()	Dispnéia ao esforço ()	Outro			
		Prejuízos músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()				Movimentos descontrolados ()					
		Ansiiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Outro ()		Alterações na profundidade respiratória ()	Dispnéia ()				
8	Padrão respiratório Ineficaz							Batimento de asa de nariz ()	Ortopnéia ()	Outro ()			
		Ascite ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()								
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Drenos ()	Outros ()										
		Aumento da exposição ambiental à patógenos ()	Outro ()										
10	Risco de infecção	Procedimentos invasivos ()											
		Mobilidade física prejudicada ()											
11	Risco de queda	Extremos da idade ()	Agitação/Desorientação ()										
		Falta de privacidade/controlado do sono ()	Outro ()										
12	Padrão de sono prejudicado	Ruído ()	Imobilização física ()										
13	Outro												
14	Outro												

Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização:	Data da punção: 08/07/18
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: () VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas	
Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: 07/07/18	
Dreno: () Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: () Estágio:	Local: Descrição: Curativo: ____/____/____
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: () Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<p><i>Atenção: Por referência SI que não mudou</i></p>	
<p>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Josefa Meire Pinheiro</i> COREN-PB 48.226-E</p>	
DATA: 07/07/18	HORA: ____ h

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Fernando da Silva Registro: _____ Leito: _____ Setor Atual: 40.2

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

() VMI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FiO2 _____ % PEEP _____ cmH2O

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

[illegible]

RESULTADOS ESPERADOS:

REGISTROS

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIÚRNA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Jedilson Fernando</u>			
IDADE: <u>35</u>	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: <u>/ /</u> às <u>09:05</u> h	
SETOR: <u>OUT</u>		LEITO: <u></u>	
DIAGNÓSTICO MÉDICO:			
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/> TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/> EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/> BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DUSÚRIA <input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
	DEÂMBULA <input checked="" type="checkbox"/> DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/> ACAMADO <input type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>		
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/>		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>		
DADOS VITAIS:	PA: <u></u> T: <u></u> FR: <u></u> FC: <u></u> PESO: <u></u>		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <u>Processos infecciosos.</u>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR: <u>MSP prejudicado</u>		
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<u>08/20</u>	<u>JP</u>
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.			
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA.		<u>MTN</u>	<u>JP</u>
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		<u>sempre</u>	<u>JP</u>
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.		<u>"</u>	<u>JP</u>

MOD 125



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Jodilson F. dos										PRONTUÁRIO:	667
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:				
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>										

DADOS CLÍNICOS:

Pós - op

RAIO X
REALIZADO EM
07/05/18

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS: Rx clavícula D AP/P

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	<p>Dr. Jefferson Libson L. A. Rocha Ortopedia e Traumatologia CRM-RN 9577 - CRM-PB 10168</p> <p>Carimbo e Assinatura do Médico</p>
DATA: 7/4/18	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

MOD. 002

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> Avaliar distensão abdominal.			<input type="checkbox"/> Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.			
<input checked="" type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		Sempre	
<input checked="" type="checkbox"/> Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		5/9	<input type="checkbox"/> Melhora a aceitação alimentar.
<input type="checkbox"/> Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).			<input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).			
<input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.			<input type="checkbox"/> Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input checked="" type="checkbox"/> Encaminhar ao banho de chuveiro.		08	
<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.			
<input type="checkbox"/> Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.			
<input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.			<input type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente).
<input type="checkbox"/> Avaliar características, intensidade e local da dor.			
<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar alterações de sinais vitais.		08	
<input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.			
<input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.			<input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
<input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.			
<input type="checkbox"/> Observar reações de desorientação/confusão.			<input type="checkbox"/> Melhora da integridade da pele.
<input type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.			<input type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.
<input checked="" type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.		SV	
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a hidratação da pele.			<input type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.
<input type="checkbox"/> Orientar e estimular a movimentação no leito.			<input type="checkbox"/> Melhora da perfusão tissular.
<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.			<input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz.
<input type="checkbox"/> Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.			<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
<input type="checkbox"/> Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).			
<input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).			
<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico.			
<input type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.			
<input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		Sempre	<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.
<input type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		SV	
<input type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.			
<input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).			
<input type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas.			<input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.
<input type="checkbox"/> Conter o paciente quando necessário.			
<input checked="" type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo.		Sempre	
<input type="checkbox"/> Orientar repouso no leito.			<input type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.
<input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.			
<input type="checkbox"/> Outros			<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Outros			<input type="checkbox"/> Outros

FONTE: NIC;2010. CHAVES,L.D.,SOLAY,C.A.; SAE, 2 ed. 2013.

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a) : _____
Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem : _____

Janire Vidal Ferreira
COREN-SP 345.715-ENF

Paciente:

Joilson Tamarindo

Enfermária:

JO

Leito:

2

Data:

03/04/18

DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO										CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS					
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()		Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()								
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Hábitos de evacuação irregulares ()	Lesão neurológica ()				Anorexia ()	Dor abdominal ()									
3	Deficit no auto cuidado para banho	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()				Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()								
4	Dor aguda	Fatores psicológicos ()	Outro ()				Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()									
5	Hipertermia	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()		Incapacidade de acessar o banheiro ()	Outro ()									
6	Integridade da pele prejudicada	Aniedade ()					Incapacidade de lavar o corpo ()										
7	Mobildade Física prejudicada	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()					Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()									
8	Padrão respiratório ineficaz	Outros ()					Relato verbal de dor ()										
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()		Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()										
10	Risco de infecção	Aumento da taxa metabólica ()					Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()								
11	Risco de queda	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()				Destruição de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo ()									
12	Padrão de sono prejudicado	Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()			Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()									
13	Outro	Aniedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular			Dificuldade para virar-se ()	Dispneia ao esforço ()	Outro								
14	Outro	Prejuízos músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()			Movimentos descontrolados ()										
		Aniedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Outro ()	Alterações na profundidade respiratória ()	Dispneia ()									
		Ascite ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()		Batimento de asa de nariz ()	Ortopnéia ()	Outro ()								
		Drenos ()	Outros ()														
		Aumento da exposição ambiental à patógenos ()	Defesas primárias inadequadas ()														
		Procedimentos invasivos ()	Outro ()														
		Mobildade física prejudicada ()															
		Extremos da idade ()	Agitação/Desorientação ()														
		Falta de privacidade/controle do sono ()	Outro ()														
		Ruído ()	Imobilização física ()														

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Adilson Fernandes Registro: _____ Leito: 202 Setor Atual: GIH

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FiO2 _____ % PEEP _____ cmH2O

(☒) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros: _____

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() Avaliar distensão abdominal.		() Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
() Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		
() Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).		
() Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.		() Melhorar a aceitação alimentar.
() Atentar para as queixas de náusea e vômito (anotar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).		
() Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).		() Manutenção da glicemia estável.
() Observar e comunicar dificuldades alimentares.		
(X) Encaminhar ao banho de chuveiro.	M	(X) Auxílio diário às necessidades de higiene.
() Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		
(X) Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.	S/N	
() Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.		
(X) Avaliar características, intensidade e local da dor.	CT	(X) Controle da dor (melhorada / ausente).
(X) Avaliar alterações de sinais vitais.	MITIN	
(X) Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.	12.18.24.06	
() Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.		() Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
() Incentivar a ingestão de líquidos.		() Melhorar a integridade da pele.
() Observar reações de desorientação/confusão.		() Diminuição do risco de lesão.
() Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		
() Analisar condições do curativo.		(X) Mobilidade física melhorada/eficaz.
() Orientar e estimular a hidratação da pele.		
() Orientar e estimular a movimentação no leito.		() Melhorar a perfusão tissular.
(X) Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.	S/N	() Padrão respiratório eficaz.
() Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		() Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.
() Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		
() Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).		
() Realizar balanço hídrico.		
() Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.		(X) Diminuir o risco de infecção.
() Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.		
(X) Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.	CT	
(X) Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.	CT	
() Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).		() Diminuir o risco de queda.
() Manter as grades do leito elevadas.		
() Conter o paciente quando necessário.		
() Manter ambiente calmo e tranquilo.		() Melhorar o padrão do sono.
() Orientar repouso no leito.		
() Administrar medicação CPM.		() Outros
() Outros		() Outros

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a): Luciana Soares Barbosa - Acadêmica de Enf. (FCM)

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem: _____

Fonte: NIC/2010. CHAVES, L.D.; SOLAY, C.A.; SAE. 2 ed. 2013.

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente:	Isidoro F. da Silva			Enfermeira:	10	Leito:	10.2	Data:	05/04/18
DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS			
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação	Outro ()	
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Hábitos de evacuação irregulares ()	Lesão neurológica ()			Anorexia ()	Dor abdominal ()		
3	Déficit no auto cuidado para banho	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()			Cavidade bucal ferida ()	Diarréia ()	Outro ()	
4	Dor aguda	Fatores psicológicos ()	Outro ()			Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()		
5	Hipertermia	Prejuízo neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro ()	Outro ()		
6	Integridade da pele prejudicada	Aniedade ()				Incapacidade de lavar o corpo ()			
7	Mobildade Física prejudicada	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()		
8	Padrão respiratório ineficaz	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Relato verbal de dor (X)			
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Aumento da taxa metabólica ()				Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()			
10	Risco de infecção	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()	
11	Risco de queda	Hipotermia ()	Imobilização física ()	Outro ()		Destruição de camadas da pele ()	Invasão de estruturas do corpo ()		
12	Padrão de sono prejudicado	Aniedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()		
13	Outro	Prejuízos músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()		Dificuldade para virar-se ()	Dispnéia ao esforço ()	Outro	
14	Outro	Ansiiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Movimentos descontrolados ()			
		Ascite ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarréia ()	Alterações na profundidade respiratória ()	Dispnéia ()		
		Drenos ()	Outros ()			Batimento de asa de nartz ()	Ortopnéia ()	Outro ()	
		Aumento da exposição ambiental à patógenos (X)	Defesas primárias inadequadas ()						
		Procedimentos invasivos ()	Outro ()						
		Mobildade física prejudicada ()		Medicações ()					
		Extremos da idade ()	Agitação/Desorientação ()						
		Falta de privacidade/controlado do sono ()	Outro ()			Mudança do padrão normal do sono ()	Outro ()		
		Ruído ()	Imobilização física ()			Relatos de dificuldade para dormir ()			

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose <input checked="" type="checkbox"/> Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>5/ Arterio</u> Data da punção <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: <u> </u> Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há <u> </u> dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito <u> </u> ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Preservado
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas	
Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: <u> </u> Curativo em: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Dreno: () Tipo/Aspecto: <u> </u>	Débito: <u> </u> Retirado em: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Úlcera de pressão: () Estágio: <u> </u> Local: <u> </u>	Descrição: <u> </u> Curativo: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro: <u>X</u>	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <u>Católico</u> () Praticante <input checked="" type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<u>Paciente EGB aguarda cirurgia de clavícula D. Refere dor no hemitórax D à inspiração. Segue sob cuidados da enfermagem.</u>	
Raimunda Mariana O Aquino S Paiva ENFERMEIRA COREN-PB: 456559	
Raimunda Mariana O Aquino S Paiva ENFERMEIRA COREN-PB: 456559	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Cristina Barbosa</u>	DATA: <u>05/04/18</u> HORA: <u> </u> h

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jodilbon F. da Silva Registro: _____ Leito: 10.2 Setor Atual: Ort.
2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: 20 irpm; PA: 110x80 mmHg; FC: 71 bpm; SPO2: 96 %

HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: (x) Local: Clavícula Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): 15 Drogas (Sedação/Analgesia): _____

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

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

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

Obs: nutrição
OXIGENAÇÃO

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

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FiO2 _____ % PEEP _____ cmH2O

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente	Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
JONILSON FERNANDES DA SILVA		Intensiva 03	02	40
Data	Hora	Data	Hora	
04/04/18	manhã			
Avaliação Pré-Operatória				
Paciente admitido com diagnóstico médico de fratura do 1/3				
Distal de clavícula direita, desconectado de acidente motoricel.				
Tubo. com imobilização no tipo enfimamente no enrolo à				
mãe D e tifoia. Abertura na pele da fureta no tipo				
PONTADA com intenção na sua em de Botomão b.				
Cirurgia: mobilização anterior da mão da mãe e punho				
nos mms; fortalecimento do msc (flexão-estensão/abdução				
adução/rotaciono transverso; exercícios miofasciéticos				
em punho no msc; exercício de aquecimento; manobra de				
flexão do msc utilizando mediana base.				
Uma unidade: Enxerto de tecido				
Sérgio FERNANDES Thomas FISIOTERAPEUTA CREFFITO 15344-F				
05/04/18	08:43	05/04/18	7	
Paciente operatório, Eficaz com exames de dor				
Aparece na região (clavícula) devido a fratura				
na mesma, com espera de processo cirúrgico.				
Conduta: Paciente sem - Reduzido:				
- Alongamento de Punho Direito;				
- Exercícios miofasciéticos de Punho (Flexão, extensão, adução medial e lateral (5X))				
- 1º Lado com láteral, a fratura foi				



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE:	JADILSON FERNANDES DA SILVA
DATA DO EXAME:	31/03/2018

ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, pâncreas, rins e bexiga identificáveis ao método.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.

Dr. Diogo Araújo de Freitas CRM 7195
Médico Radiologista



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	fodilson hernandes de silva										PRONTUÁRIO:	
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:				
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>										

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:	USG FAST	ULTRASSONOGRAFIA Realizada em: 21/03/2018
---------------------	----------	---

URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	Brenda Janyll Barbosa Cirurgia Geral CRM-PB 8443 Carimbo e Assinatura do Médico
DATA: 31/03/18	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

MOD. 002



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): JODILSON FERNANDES DA SILVA Protocolo: 0000395108 RG: amarela 08
Dr(a): JOSE RENNÁ GOMES Data: 01-04-2018 12:13 Origem: AREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 35 anos Destino: AREA AMARELA

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

[DATA DA COLETA: 01/04/2018 12:51]

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

Material: sangue

Método: Duke

TEMPO DE COAGULACAO..... 7'30'' min

[DATA DA COLETA: 01/04/2018 12:51]

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

Material: Sangue

Método: Lee-White


Ana Claudia Barroso
Biomédica
CRBM - 5793

Emissão : 01/04/2018 14:36 - Página 2 de 2



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade

Sr(a): JODILSON FERNANDES DA SILVA Protocolo: 0000395108 RG: amarela 08
 Dr(a): JOSE RENNÁ GOMES Data: 01-04-2018 12:13 Origem: AREA AMARELA
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 35 anos Destino: AREA AMARELA

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 01/04/2018 12:50]

SÉRIE VERMELHA

	Resultados	Valores de Referências
Eritrócitos.....	4.5 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	14,2 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	43 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	95 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	32 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

	9.400 /mm ³ (%)	(/mm ³)	5.000 à 10.000 /mm ³
Leucócitos.....			
Neutrófilos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	3,0	282	
Segmentados.....	81,0	7.614	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm ³
Eosinófilos.....	0	0	0,5 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos			
Típicos.....	14,0	1.316	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos.....	0	0	
Monócitos.....	2,0	188	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	228.000 mm ³		140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Ana Claudia Barroso
 Ana Claudia Barroso
 Biomédica
 CRBM - 5793

Emissão : 01/04/2018 14:36 - Página 1 de 2

[Faint, mostly illegible handwritten text and stamps. A diagonal stamp on the left side reads: "RECEBIDO EM 08/08/2017" and "PROCURADORIA GERAL DE JUSTIÇA".]




GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZÁGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:		<i>Edilson Fernandes de Silva</i>	PRONTUÁRIO:	<i>996</i>			
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>					


DADOS CLÍNICOS:

RAIO X
31/03/18

MATERIAL A EXAMINAR:

Adriano Roberto de Paula
TÉC. RADIOLOGIA
CRTR 020277 RN/RG

EXAMES SOLICITADOS:	<i>RAIO - x de</i> <i>Tórax PA</i> <i>curvel P</i> <i>ombro ① AP / P</i> <i>para ② AP / P</i>
---------------------	---

URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	 Brenda Jambo L. Barbosa Cirurgiã Geral CRM-PB 8443
DATA: <i>31/03/18</i>	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Carimbo e Assinatura do Médico

MOD. 002

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
07/04	08:00		77		330 80		Bole por 8/e cc.	
07/04	08:30		80		140 90		Bole para ao curado da enfermaria em.	

PRE OP

FX 1\3 LAT CLAVICULA D

LEITO 10-2

Paciente	JODILSON FERNANDES, 35		
	Alojamento	Leito	Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica #ORTOPEDIA# DH: 3°
1. DIETA LIVRE			
2. JELCO SALINIZADO			
3. OMEPRAZOL 40 MG VO EM JEIUM			
4. DIPIRONA 1g VO 6/6H , dg EV 6/6h			BFG, extirpação da dor.
5. FISIO MOTORA			C.O.V.P.M
6. SSVV+CCGG			P.O.S
7. NAUSEDRON 1FA + AD IV 8/8H			Paciente submetida à procedimento cirúrgico ortopédico, ni imunizar
8. TYLEX 1CP VO 12\12H			C.O.V.P.M
9. Casos com 1g + 1000 EV 12h			O.R.A. de controle
10. R.D. de controle			
Orbita	Rota Inapetida		Orbita
			BFG, extirpação, ni imunizar.
			J.O.P.O. com observação
			C.O. Rota Inapetida com ATQ + A.V.F.E
			Análise e Prescrição + C.O. de controle
			Controle

[illegible]

colours

992

step

Wieder

• (0-E)

..(9)

50

base =

will g

16 February - 10

21. $V_b = 5 \text{ M} = \$10$

2/10

40

29/8 mabberley — part
Blaker — given

05:11 nur noch ab auf ..
 05:10 noch ab auf ..

Father

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]



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

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Jedilson Fides da Silva			
Data da Operação	Enf.	Leito	
Operador	1º Auxiliar		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório	Fratura 1/3 distal clavícula D		
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1 - Paciente em D.O.H., sob efeito analgésico
- 2 - Anestesia e Ant-Héparina
- 3 - Alargador campos intencional
- 4 - incisão nos clavículos D + dissecação por Planos
- 5 - Redução cuidadosa fratura
- 6 - passagem de 2 fios K Pl manter redução
- 7 - Lavagem FO
- 8 - Sutura Pele Planos
- 9 - Curativo

Dr. Jefferson Lison L. A. Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 104.102 - FRCRM-PB 10188

Dr. Jefferson Libson L. A. Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 61.527 - CRM-PA 10168

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

[illegible]



GOVERNO
DA PARÁIBA

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

Diagnóstico

ORTOP I
LEITO 10-2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

Fx 1/3 distal - clavícula D

LEITO 10-2

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
----------	------------	-------	----------

Frederico Fernandes, 35

Dr. Euler Fabrício A. Cruz

MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CRM-PB 9907

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
------	-------------------	---------	-----------------

6/4

1 DIETA LIVRE
2 JELCO SALINIZADO SUSPENSO
3 OMEPRAZOL 40 MG VO EM JEIUM 1,00mg VO
4 DIPIRONA 1g VO 6/6H
5 FÍSIO MOTORA
6 SSV+CGGG
7 NAUSEDRON 1FA + ADIV 8/8H
8 TYLEX 1CP VO 12/12H
9 Sulfametoxazol 248

Dr. Euler Fabrício A. Cruz

MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CRM-PB 9907

13EG, 15EG, 17EG, 19EG, 21EG, 23EG, 25EG, 27EG, 29EG, 31EG, 33EG, 35EG, 37EG, 39EG, 41EG, 43EG, 45EG, 47EG, 49EG, 51EG, 53EG, 55EG, 57EG, 59EG, 61EG, 63EG, 65EG, 67EG, 69EG, 71EG, 73EG, 75EG, 77EG, 79EG, 81EG, 83EG, 85EG, 87EG, 89EG, 91EG, 93EG, 95EG, 97EG, 99EG

CD: VPM

1

Dr. Euler Fabrício A. Cruz

MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CRM-PB 9907

#ORTOPEDIA# DIH: 6°

13EG, 15EG, 17EG, 19EG, 21EG, 23EG, 25EG, 27EG, 29EG, 31EG, 33EG, 35EG, 37EG, 39EG, 41EG, 43EG, 45EG, 47EG, 49EG, 51EG, 53EG, 55EG, 57EG, 59EG, 61EG, 63EG, 65EG, 67EG, 69EG, 71EG, 73EG, 75EG, 77EG, 79EG, 81EG, 83EG, 85EG, 87EG, 89EG, 91EG, 93EG, 95EG, 97EG, 99EG

Dr. Euler Fabrício A. Cruz

MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CRM-PB 9907

#ORTOPEDIA# DIH: 6°

13EG, 15EG, 17EG, 19EG, 21EG, 23EG, 25EG, 27EG, 29EG, 31EG, 33EG, 35EG, 37EG, 39EG, 41EG, 43EG, 45EG, 47EG, 49EG, 51EG, 53EG, 55EG, 57EG, 59EG, 61EG, 63EG, 65EG, 67EG, 69EG, 71EG, 73EG, 75EG, 77EG, 79EG, 81EG, 83EG, 85EG, 87EG, 89EG, 91EG, 93EG, 95EG, 97EG, 99EG

Dr. Euler Fabrício A. Cruz

MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CRM-PB 9907

#ORTOPEDIA# DIH: 6°

13EG, 15EG, 17EG, 19EG, 21EG, 23EG, 25EG, 27EG, 29EG, 31EG, 33EG, 35EG, 37EG, 39EG, 41EG, 43EG, 45EG, 47EG, 49EG, 51EG, 53EG, 55EG, 57EG, 59EG, 61EG, 63EG, 65EG, 67EG, 69EG, 71EG, 73EG, 75EG, 77EG, 79EG, 81EG, 83EG, 85EG, 87EG, 89EG, 91EG, 93EG, 95EG, 97EG, 99EG

05/04

PA = 130 x 80

Paciente segue aguardando
cirurgia e semi quixas de
comentário: *[assinatura]*

05/04/18 PA: 100 x 70

Paciente 156R medicado sem quixas
segue sobre as curatelas de *[assinatura]*
Alves
Crislany
COREN-PE 1008974-TE

22, setembro 2018

02/05/2018
OV 5-005

02/05/2018



GOVERNO
DA PARÁIBA

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

Diagnóstico

ORTOP I
LEITO 10-2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

ALA ORTOPÉDICA

FX 1\3 LAT CLAVICULA D

Paciente

Anderson Fernandes, 35

Alojamento

Leito

10

Convênio

LEITO 10-2

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

1 DIETA LIVRE

2 JEICO SALINIZADO SUSPENSÃO

3 OMEPRAZOL 40 MG VO EM JEIUM 20mg VO

4 DIPIRONA 1g VO 6/6H

5 FISIOTOMIA

6 SSVV+EGGG

7 NAUSEDRON 1FA + AD IV 8/8H

8 TYLEX 1CP VO 12/12H

6

ETL

ATT

#ORTOPEDIA# DTH: S.
BEG, estômago, sem indigestão

CO. VPM

1

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

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

9. Dieta gdo opx 12:00g (muito doce) DIETA LIBERADA

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

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
04/04	04h				140	80	paciente consciente orientado seg em química	
04.04	20:00				120	80	<p>diurese 120ml</p> <p>pressão arterial 120/80</p> <p>temperatura 36,5</p> <p>frequência cardíaca 72</p> <p>saturação de oxigênio 98%</p> <p>estado geral bom</p>	
04.04	20:00				120	80	<p>diurese 120ml</p> <p>pressão arterial 120/80</p> <p>temperatura 36,5</p> <p>frequência cardíaca 72</p> <p>saturação de oxigênio 98%</p> <p>estado geral bom</p>	

PRE OP

F_x $\frac{1}{3}$ distal cloacula D

LEITO 10-2

MOD. 035

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
03/04	08:00				110 80		Realizado eu- dado de enfer- maria e pre- visão de alta	
	09:00				80 120		CID: A6M BAC expurgado, vom- to em 3x. D.H.: 3.	
							10	
							Ex 13 gatilho de alarme	



GOVERNO
DA PARAIBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

03-04-18

Paciente	Adelson Fernandes da Silva, 35	Alojamento		Leito	10	Convênio	03
----------	--------------------------------	------------	--	-------	----	----------	----

Data	03-04-18	Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica	
------	----------	-------------------	--	---------	--	-----------------	--

1	Dcto. Livre	etx				DIA: 3º
2	Antoic 350 mg VO 12/12h	18	18	24	26	BEG, oferecido, sem interferência
3	Dipriva 19 VO 6/6h	12	18	24	26	
4	Diclofenaco de sódio 50mg VO 12/12h	12	18	24	26	
5	SSV + CCG	12	18	24	26	

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

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

02.04.18 - 11h15 - 120 x 80 - Paciente consciente, orientada,
deambula, com MSD unilobulado com lipóia. Não refere
queixas, no momento. Pareira

PA: 130 x 70

Paciente em tratamento farmacológico
com queixa de dor no local
de aplicação da compressa -

Christiny Alves
COREN-PA 1.004.974-TE

03

for 1/3 out of standard

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

2-0-14

Dr. Christopher M. ...

[illegible]

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Edson Ferreira de Silva	Alojamento		Leito		Convênio	
----------	----------------------------	------------	--	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
31/03/18	1) Medc Oral Livre 2) gelco comprimido. 3) dipirona 500mg em 1/2 tableta 4) TIL-til 400mg em 1/2 tableta 5) Quercetin 400mg em 1/2 tableta 6) SSV + CCG	18h 21h 06h 06h	Paciente vítima de queda de um toco com fratura no membro direito com dor e deformidade.
	Dr. José Roberto Gomes Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 15632		1) TIL-til 2) Soluções 3) Enfareses p/ fto. enérgico
	Dr. José Roberto Gomes Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 15632		Dr. José Roberto Gomes Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 15632

Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JODILSON FERNANDES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180472525

Vítima: JODILSON FERNANDES DA SILVA

Data do Acidente: 30/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180472525**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **30/07/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00339/00340 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13501989



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Joséhon F. F. F.

Dr. S. S. PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 542 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 31 / 03 / 18 À 08 / 04 / 18 NECESSITANDO DE
60 (sessenta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 08 / 04 / 18

Ass. do Médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012426849853
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. REN. PRT 20160100009211-4 EXERCÍCIO
1 0071360858-7 00/00000000 2016

NOME
EDINALDO FIRMINO DE LIVEIRA

CPF/CNPJ PLACA
07290619498 MMR1762/PB

PLACA ANT/UF CHASSI
NOVO PB 9C2JC2500XR126655

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB ANO MOD
HONDA/CG 125 TITAN 1999 1999

CAP/POT/CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P/124 /CI PARTIC VERMELHA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC/COTAS
IPVA PAGO EM 05/02/2016 1ª
FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO/COTAS 2ª
***** 0 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO PAGO 01/02/2016

SEM RESERVA DE DOMÍNIO
DOCUMENTO DE OITTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL DATA
ALAGOA NOVA-PB 05/02/2016

32875

6043

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

PB Nº 012426849853 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2016 05/02/2016

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 07290619498 MMR1762/PB

RENAVAM MARCA / MODELO
00713608587 HONDA/CG 125 TITAN

ANO FAB CAT. TARIF Nº CHASSI
1999 9 9C2JC2500XR126655

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
***** SEGURO PAGO

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO
COTA UNICA 01/02/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

6043-0833185-20160205

OUT-2015

SUS Ministério da Saúde		ESTADO DA PARAÍBA PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA NOVA SECRETARIA DE SAÚDE		CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO: NATUREZA DA CONSULTA Consulta Básica Consulta Especializada:	
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL		UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS) Código da Unidade: 2591863 Nome: UNIDADE MISTA DE ALAGOA NOVA Endereço: AV. SÃO SEBASTIÃO, S/N Município: ALAGOA NOVA		PROCEDIMENTO	
DADOS DO PACIENTE: Nome: <u>Isaías de Faria</u> SEXO: <u>M</u> D.N.: <u>10/04/1986</u> Mãe: <u>Isaías de Faria</u> Profissão: <u>Agricultor</u> Documento: <u>3661786</u> Endereço: <u>Av. da República</u> UF: <u>PB</u> CEP: <u>58050-000</u> Município: <u>Alagoinha</u> Código do Município: <u>250040</u> Data do Atendimento: <u>31/03/18</u>		MEDICAÇÃO <input type="checkbox"/> Prescrita <input type="checkbox"/> Medicada		ENCAMINHAMENTO <input type="checkbox"/> Observação <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Outro Hospital <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Outros	
ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIO: <u>luxações de ombro @ ve 100</u>		SERVIÇOS REALIZADOS: Código / Procedimento CBO Idade <u>1031011016101611</u> <u>122511125</u> <u>35/41</u>			
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:		ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE Dra. Raissa Montello (MÉDICA) - CRM - 10.805			
RESULTADOS:		ASSINATURA DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL		QU POLEGAR DIREITO	
MATERIAIS / MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS: 1. <u>Tirol 20mg/ml - 1CA + 10000</u> 2. <u>Quemazol 400mg + diluente 10</u> 3. <u>Amoxiclav - 1000mg - 100</u> 4. 5.		ASSINATURA E CARIMBO DO REVISOR TÉCNICO Fausto Teixeira Cavalcante Autorizador Contas Médicas - CRM - 2778		ASSINATURA E CARIMBO DO REVISOR ADMINISTRATIVO	
DIAGNÓSTICO / CID: <u>luxações de ombro @ -</u>					

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: JODILSON FERNANDES DA SILVA, **Nacionalidade:** Brasileiro **Est. Civil:** Solteiro
Profissão: Agricultor **Identidade:** 3.661.186 **CPF:** 10914517457
Endereço: Sítio Geraldo, S/N – Area Rural, Alagoa Nova – PB **CEP:** 58125-000,;

Outorgado: ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB/PB sob nº 25.670, com escritório profissional na Rua Manoel Araújo, nº 70, Centro, Alagoa Nova-PB, CEP: 58125.000, Endereço Eletrônico: israelariasadv@gmail.com, fone: (83) 98116.7741, (83) 99631.8671;

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu bastante procurador o advogado supra, a quem confere amplos e gerais poderes para o foro em geral com a cláusula "ad Judicia", conforme art. 38 parte final do CPC, **COM FIM ESPECIAL DE ENTRAR NA JUSTIÇA COMUM COM AÇÃO DE COBRANÇA PARA FINS DE RECEBIMENTO DO SEGURO DPVAT.** Podendo o outorgado, confessar, assinar, desistir, propor acordo, receber intimações, dar quitações, transigir, apresentar réplica, oposições, firmar, apresentar recurso e contra razões, e ainda requerer seguro de vida, junto bem como, substabelecer esta com ou sem reservas de poderes, podendo e acompanhar todo processo até o final do julgamento, representado ainda o outorgante, para fins dos dispostos dos artigos 447 e 448 do Código de Processo Civil, podendo finalmente, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. **Os honorários advocatícios, em não havendo contrato que os regule, serão pagos a base de 30% (trinta por cento), sobre o valor da condenação final, apurado em liquidação de sentença, sem prejuízo dos honorários de sucumbências, conforme aqui pactos através do presente Instrumento.**

Alagoa Nova/PB, 24/Outubro/2018.

Jodilson Fernandes da Silva
OUTORGANTE

*Isento de reconhecimento de Firma, em face da Lei 8.952 de 13/12/1994, que dá nova redação ao artigo 38 do CPC.

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Por este instrumento particular de **CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**, figurando como **CONTRATANTE**,
JODILSON FERNANDES DA SILVA, **Nacionalidade:** Brasileiro **Est. Civil:** Solteiro **Profissão:** Agricultor **Identidade:** 3.661.186 **CPF:** 10914517457 **Endereço:** Sítio Geraldo, S/N – Area Rural, Alagoa Nova – PB CEP: 58125-000,;

E como **CONTRATADO, o ADVOGADO**, O Bel **ISRAEL DE SOUZA FARIAS**, brasileiro, inscrito na OAB/PB sob nº 25.670, com escritório profissional na Rua Manoel Araújo, nº 70, Centro, Alagoa Nova-PB, CEP: 58125.000, Endereço Eletrônico: israelariasadv@gmail.com, fone: (83) 98116.7741, (83) 99631.8671, têm entre si, justo e contratado, o que mutuamente aceitam e outorgam, mediante as cláusulas e condições seguintes:

1 – DO SERVIÇO JURÍDICO: O CONTRATADO, em face do presente instrumento contratual obriga-se a IMPETRAR NA JUSTIÇA COMUM, AÇÃO DE COBRANÇA PARA FINS DE RECEBIMENTO DE SEGURO DPVAT face a sinistro de trânsito;

2 - DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS: Pelos serviços prestados e especificados na cláusula 1, o CONTRATADO, receberá a título de honorários, 30% (TRINTA POR CENTO), sobre o valor bruto da condenação final, apurado em liquidação de sentença, sem prejuízo dos honorários de sucumbências (nos termos do art. 23 do EOAB, Lei 8.906/94), conforme aqui pactos através do presente Instrumento.

3 – DA AÇÃO JUDICIAL IMPETRADA: Fica estabelecido que, iniciados os serviços especificados na cláusula 1, são devidos os honorários contratados por completo neste instrumento, ainda que em caso de desistência por parte do CONTRATANTE, ou se for cassado o mandato do CONTRATADO sem sua culpa, ou ainda, por acordo do CONTRATANTE com a parte contrária, sem a devida aquiescência do CONTRATADO, podendo este exigir os honorários de imediato.

Parágrafo Primeiro: Fica estabelecido que em caso de serviços de cobrança ou de execução, ou ainda de qualquer outra natureza, em que o CONTRATADO receba verba ou importância em nome do CONTRATANTE, este desde já, autoriza àquele, descontar os honorários advocatícios, da verba ou importância recebida, ficando obrigado o CONTRATADO a reembolsar o CONTRATANTE no valor correspondente ao saldo remanescente.

4 - DISPOSIÇÕES GERAIS: O presente contrato, com natureza de título executivo extrajudicial, nos termos do art. 585, inciso II do Código de Processo Civil, obriga as partes e seus herdeiros e sucessores em todas as obrigações aqui assumidas;

5 - DO FORO DE ELEIÇÃO: As partes elegem o Foro da Comarca de Alagoa Nova-PB, como o competente para dirimir quaisquer dúvidas e/ou divergências que porventura venham a ocorrer em virtude do cumprimento do presente contrato, em detrimento de qualquer outro por mais privilegiado que se configure.

E, por estarem, assim, justos e contratados, firmam o presente instrumento, ASSINAM, na presença das testemunhas abaixo assinadas, que a tudo assistem.

Alagoa Nova/PB, 24/Outubro/2018.

CONTRATANTE: Jodilson Fernandes da Silva
CONTRATADO: _____

TESTEMUNHAS: _____

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu JODILSON FERNANDES DA SILVA, Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Agricultor Identidade: 3.661.186 CPF: 10914517457 Endereço: Sítio Geraldo, S/N – Area Rural, Alagoa Nova – PB CEP: 58125-000., declaro, nos moldes do art. 1.º da Lei n.º 7.115, de 29 de agosto de 1983, com a finalidade de obtenção do Benefício da Justiça Gratuita, conforme dispõe o art. 4.º da Lei n.º 1.060/50, que minha situação econômica não me permite pagar custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízos do meu sustento próprio e da minha família.

Alagoa Nova/PB, 24/Outubro/2018.

Jodilson Fernandes da Silva
Declarante

18/09/2018



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
109.145.174-57

Nome
JODILSON FERNANDES DA SILVA

Nascimento
10/11/1982

CÓDIGO DE CONTROLE
D5B0.3622.A320.43EB



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 15:06:37 do dia 18/09/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE ALAGOA
CENTRO - ALAGOA NOVA -



OCORRÊNCIA Nº 000360/18

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000360/18 registrada em 28/08/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e oito dias do mês de agosto do ano de 2018, nesta cidade de ALAGOA NOVA, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE ALAGOA NOVA, quando encontrava-se presente a Bela. MALON CASIMIRO DE ALBUQUERQUE, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 14:16 horas, compareceu o Sr. JODILSON FERNANDES DA SILVA, com 35 anos de idade, filho de SEVERINO FERNANDES DA SILVA e SEVERINA MARIA DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de ALAGOA NOVA - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 3661186, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 10914517457, residindo à rua SITIO GERALDO (PROXIMO AO MERCADINHO DE VADELISON), bairro ZONA RARAL, na cidade de ALAGOA NOVA - PB.

Declarou que:

QUE no dia 30/07/2018 por volta das 14h00mim estava trafegando com sua motocicleta de marca HONDA/ CG 125 TITAN, ANO 1999, COR VERMELHA, PLACA MNR 1762/ PB, CHASSI 9C2JC2500XR126655, REGISTRADA EM NOME DE EDINALDO FIRMINO DE LIVEIRA saindo de Alagoa Nova - PB em caminho do Sitio Geraldo onde reside; QUE nesse deslocamento perdeu o controle do veículo e caiu ao solo; QUE o acidente aconteceu na PB - 097, mas precisamente próximo do local conhecido como engenho no Sitio Geraldo de Alagoa Nova - PB; QUE na queda deslocou a clavícula direita e sofreu alguma escoriações pelo corpo; QUE foi procurar atendimentos médicos no dia seguinte as 14h00mim; QUE passou 08 (oito) dias internado no Hospital de Trauma em na Cidade de Campina Grande - PB; QUE passou por um procedimento cirurgico e colocou uma peça de platina, possivelmente para reparar o osso que foi danificado na queda. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, excepo a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

ALAGOA NOVA, Terça-feira, 28 de Agosto de 2018

Jodilson Fernandes da Silva

JODILSON FERNANDES DA SILVA

Declarante

Thiago Brandão

THIAGO BRANDÃO

Escrivão

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO		P: 22
		
Jodilson Fernandes da Silva COINTELA DO TITULAR		
CARTEIRA DE IDENTIDADE		

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		DATA DE EXPEDIÇÃO 27/05/2008
REGISTRO GERAL NOME	3.661.186 JODILSON FERNANDES DA SILVA	
FILIAÇÃO	SEVERINO FERNANDES DA SILVA SEVERINA MARIA DA SILVA	
NATURALIDADE	ALAGOA NOVA-PB	
DOC. ORIGEM	NASC.N.11889 FLS.256 LIV.A-12	
CPF	CARTÓRIO ALAGOA NOVA-PB	
João Pessoa - PB	ASSINATURA DO DIRETOR	DATA DE NASCIMENTO 10/11/1982
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83		

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CPF
 (Válido somente com documento de Identificação.)

Nº do CPF: 186.145.174-57

Nome: JODILSON FERNANDES DA SILVA

Data de Nascimento: 10/11/1982

Comprovante emitido às 12:49:42 do dia
 16/11/2010 (hora e data de Brasília)

Código de Controle do Comprovante:
 PB

Dígito Verificador: 00

A autenticidade deste comprovante deverá
 ser confirmada no Internet, no endereço:
<http://www.receita.fazenda.gov.br>

(Modelo aprovado pela IN RFB Nº 1.042,
 de 10 de Junho de 2010)

Emitido por: CONFEIOS

VIA-CLIENTE

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 8.536/78

CAC - Capitais e Regiões Metrop. 300.90100
 Demais Localidades: 0800/25/282 Sugestões e
 Reclamações: 0800/250100

SARA 4.4.03

R. H.

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade requerida.

Nos termos do art. 334, do Novo Código de Processo Civil, agende-se audiência de conciliação.
Cite-se o réu para audiência designada com o prazo mínimo de 20 (vinte) dias de antecedência.
Intime-se a parte autora, através de seu advogado.
O réu poderá apresentar contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, cujo termo inicial será a data da audiência de conciliação.

Cumpra-se.

JUIZ DE DIREITO

Intime-se o advogado do autor da audiência de conciliação designada para o dia 17/05/2018, pelas 12hs.