



1

Assinado eletronicamente por: ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO - 30/03/2018 20:26:20  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18033020194594300000013017969  
Número do documento: 18033020194594300000013017969

Num. 13328232 - Pág. 1

**GUSTAVO FERREIRA SILVA**  
OAB/PB 20.970  
**ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA**  
**RUA PROJETADA, S/N, CENTRO, RIACHÃO DO BACAMARTE – PB**  
**FONE: (83) 99183-5158 EMAIL: GUSTAVO.FS11@HOTMAIL.COM**

**PROCURAÇÃO AD JUDICIA**

**OUTORGANTE:** JOSÉ RICARDO ARAUJO CABRAL, brasileiro, solteiro, auxiliar de serviços gerais, portador da cédula de identidade RG nº 2174387 SSP/PB, inscrito no CPF nº 024.177.254-01, residente e domiciliado na Rua Senador Cabral, s/n, Centro, Riachão do Bacamarte - PB, CEP 58.382-000

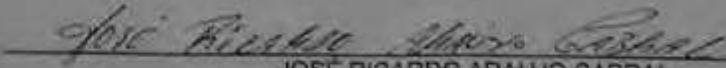
**OUTORGADO:** ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB nº 17.753 e GUSTAVO FERREIRA SILVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB nº 20.970, ambos com endereço profissional na Rua Projetada, s/n, Centro, Riachão do Bacamarte - PB, CEP: 58.382-000

**PODERES GERAIS:** Através do presente instrumento particular de mandato o OUTORGANTE nomeia e constitui como seu procurador o OUTORGADO, a quem confere amplos, gerais e ilimitados poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste, para o foro em geral, com a cláusula ad judicia et extra, autorizado a substabelecer esse, com ou sem reserva de poderes, se assim lhe convier, a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários para seu regular desenvolvimento e execução, conforme estipulado no artigo 105 da Lei Federal nº 13.105/2015 (NCPC), podendo, para tanto, propor quaisquer tipos de ações judiciais e defender-me nas que me forem propostas insitas ao Direito Público, Privado ou Difuso/Misto, assim como, recorrer, fazer acordo, reconvir, impugnar, receber intimações, assinar termos diversos (compromisso de inventariante, renúncia e etc), promover quaisquer medidas cautelares, requerer falência, concordata, abertura de inventário e/ou arrolamentos, apresentar e ratificar queixas-crimes, arrolar, inquirir, contraditar e/ou recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas de autos processuais, concordar com cálculos, custas e contas processuais, levantar valores constantes em Alvará Judicial, como também receber Requisições de Pequeno Valor – RPV em qualquer agência bancária e, também, fazer defesas prévias e alegações finais, formar documentação necessária, efetuar levantamentos, solicitar laudos, avaliações e perícias, sendo consentido ainda, alegar incompetência, alegar/arguir suspeição e impedimento, arguir falsidade, fraude e etc, perante qualquer juiz, instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, dando tudo por bom, firme e valioso.

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga, inclusive, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, requerer a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica.

**PODERES ESPECIAIS:** Com a finalidade específica para propor AÇÃO JUDICIAL.

Riachão do Bacamarte – PB, 23 de março de 2018

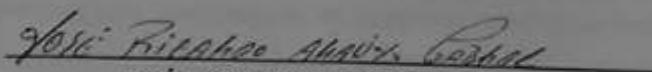
  
JOSE RICARDO ARAUJO CABRAL  
OUTORGANTE



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA

Eu, JOSÉ RICARDO ARAUJO CABRAL, brasileiro, solteiro, auxiliar de serviços gerais, portador da cédula de identidade RG nº 2174387 SSP/PB, inscrito no CPF nº 024.177.254-01, residente e domiciliado na Rua Senador Cabral, s/n, Centro, Riachão do Bacamarte – PB, CEP 58.382-000. DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Riachão do Bacamarte – PB, 23 de março de 2018.



JOSÉ RICARDO ARAUJO CABRAL





# GOVERNO DA PARAÍBA



## CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 700/2016.

NATUREZA – ACIDENTE DE MOTO.

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento Verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial, o Livro de Registro de Ocorrências Nº 01/2016, encontrei a ocorrência 700/2016, cujo teor agora passa a transcrever na íntegra: Aos (26) VINTE E SEIS dias do mês de (09) SETEMBRO do ano de Dois Mil e Dezesseis (2016), nesta cidade de Ingá/PB, sob a responsabilidade da autoridade Policial, Dr. LUIZ DE BARROS PESSOA, Delegado de Polícia Civil, acumulando as Delegacias das cidades de Ingá/PB; Riachão do Bacamarte/PB e Itatuba/PB, comigo, Agente de polícia civil, no final assinado, aí pelas 14h45min, compareceu: JOSÉ RICARDO ARAÚJO CABRAL, brasileira, solteiro, natural de Campina Grande/PB, Auxiliar de Serviços, com 39 anos de idade, nascido em 07/06/1974, filho de José Cabral Primo e Vandeci Araújo Cabral, RG 2.174.387- SEDS/PB, CPF 024.177.254-01, residente a Rua Santa Cruz, nº 440 - Centro – Riachão do Bacamarte/PB - fone: 9-96263830, [Op. TIM] o qual NOTICIOU O SEGUINTE FATO:

QUE, a declarante veio a esta delegacia de polícia civil para informar que na data de 24/03/2016, por volta das 18h00min o declarante dirigia uma moto HONDA/NXR160, BROS ESD, CHASSI 9C2KD0800FR038916, EM NOME DE PAULO ROBERTO C DE VASCONCELOS, ao passar pela estrada vicinal que dar acesso ao Restaurante CAFULA, Zona Rural do Município de Riachão do Bacamarte/PB, a moto derrapou o pneu dianteiro tendo o declarante caído, torceu o joelho esquerdo, ocorrendo o desligamento do referido joelho, o declarante foi encaminhado para o Hospital de Traumas de Campina Grande/PB, onde teve por 25 dias internado naquele nosocomio e, posteriormente fora transferido para o Hospital Antonio Targino, também na cidade de Campina Grande/PB, onde se submeteu a uma intervenção cirúrgica, conforme consta na documentação de atendimentos ambulatoriais, oriundos dos dois hospitais acima listados; QUE o acidente foi presenciado pelas testemunhas: Flávio Cabral da Silva, RG 1725332/SSP/PB, residente à Rua Senador Cabal, s/nº - Centro Riachão do Bacamarte/PB, e Gustavo Ferreira Silva, RG 3073909/SSP/PB. O declarante ficou ciente de que qualquer declaração falsa implicará nas normas do art. 299 do CP.

Ingá - PB, 26/09/2016.

Noticiaste: José Ricardo Araújo Cabral  
JOSÉ RICARDO ARAÚJO CABRAL

José Humberto Maia de Sousa  
Escrivão de Polícia Civil/Chefe de Cartório  
Mat.: 61.182-4 SEDS/PB

\*Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que deve ser feita; ou nuncular ou fazer ipseu(a) declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:  
Penas - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público; e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.



MPAS/INSS Sistema Unico de Beneficios DATAPREV 19/02/2018 14:09:05  
INFBN - Informacoes do Beneficio

Acao

Inicio Origem Desvio Restaura Fim

NB 6140180230 JOSE RICARDO ARAUJO CABRAL Situacao: Cessado  
CPF: 024.177.254-01 NIT: 1.261.177.344-2 Ident.: 2174387 PB

OL Mantenedor: 13.0.21.030 APS : APS CAMPINA GRANDE - DINAME SABI  
OL Mant. Ant.: Banco : 341 ITAU  
OL Concessor : 13.0.21.030 Agencia: 025958 CAMPINA GRANDE PB

Nasc.: 02/05/1977 Sexo: MASCULINO Trat.: 13 Procur.: NAO RL: NAO  
Esp.: 31 AUXILIO DOENCA PREVIDENCIARIO Qtd. Dep. Sal.Fam.: 00  
Ramo Atividade: COMERCIARIO RP: N Qtd. Dep. I. Renda: 00  
Forma Filiacao: EMPREGADO Qtd. Dep.Informada: 00  
Meio Pagto: CMG - CARTAO MAGNETICO Dep. para Desdobr.: 00/00  
Situacao: CESSADO EM 18/01/2017 Dep. valido Pensao: 00  
Motivo : 54 LIMITE MEDICO INFORMADO P/ PERICIA  
APR. : 984,84 Compet : 01/2017 DAT : 24/03/2016 DIB: 08/04/2016  
MR.BASE: 911,24 MR.PAG.: 937,00 DER : 14/04/2016 DDB: 02/05/2016  
Acompanhante: NAO Tipo IR: ISENTO DIB ANT: 00/00/0000 DCB: 18/01/2017

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3





## COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

**NIT:** 12611773442

**Número do Benefício:** 6140180230      **Espécie:** 31

**Número do Requerimento:** 172606234

**Ao Sr.(a):** JOSE RICARDO ARAUJO CABRAL

**Endereço:** RUA SENADOR CABRAL, CENTRO

**CEP:** 58382000      **Município:** RIACHAO DO BACAMARTE      **UF:** PB

**Assunto:** Pedido de Prorrogação de Auxílio Doença

**Decisão:** Deferimento do Pedido

**Motivo:** Constatação de incapacidade laborativa

**Fundamentação Legal:** Art.59 da Lei N°8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto N°3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu Pedido de Prorrogação do Auxílio Doença, apresentado no dia 13/12/2016, informamos que foi reconhecido o direito a prorrogação do benefício, tendo em vista que foi comprovado que houve incapacidade para o seu trabalho.

O benefício foi prorrogado até 18/01/2017.

Desta decisão poderá ser interposto Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social, dentro do prazo de 30(trinta) dias contados da data do recebimento desta comunicação.

Data: 18 de janeiro de 2017

## INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

**Agência da Previdência Social:** CAMPINA GRANDE      **DINAMERICA**      **Endereço:** AV DINAMERICA  
ALVES CORREIA, S/N, SANTA ROSA  
**CEP:** 58416680      **Município:** CAMPINA GRANDE      **UF:** PB

**Termo de Responsabilidade:** Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.  
Ciente, em 18 de janeiro de 2017

Assinatura do Requerente / Representante Legal



Assinado eletronicamente por: ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO - 30/03/2018 20:26:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18033020204175600000013017973>  
Número do documento: 18033020204175600000013017973

Num. 13328236 - Pág. 2



Clinica Dr. Wanderley

**Nome:** JOSE RICARDO ARAUJO CABRAL

**ID:** 0003902858

**Médico:** Dr(a) HALLISSON BARROS DE ALMEIDA

**Data:** 04/04/2016

**Exame:** RM JOELHO ESQUERDO

0070280641

Pequeno cisto de Baker.

Estiramento do ligamento patelofemoral lateral.

**IMPRESSÃO:**

Áreas de contusão/edema da medular óssea localizadas nos côndilos femorais e nos planaltos tibiais, relacionadas ao mecanismo de trauma/entorse.

Rotura completa do ligamento patelofemoral medial cursando com descontinuidade parcial das fibras do vasto medial do quadríceps com interposição de coleção de provável natureza hemática, associada a edema em partes moles adjacentes.

Rotura completa do ligamento colateral medial, bem como dos ligamentos cruzados anterior e posterior.

Alteração pós-contusional no corno anterior do menisco lateral.

Estiramento do ligamento colateral lateral, do complexo ligamentar arqueado e do ligamento patelofemoral lateral, com tendinose/tendinopatia pós-traumática do popliteo.

Volumoso derrame articular, com sinais de hemartrose.

\* Exame documentado em 04 filmes.

-jm

Dr. MAURO CALDAS MENDES FILHO  
RADIOLOGISTA  
CRM 8237

**UNIDADE I**

Rua Capitão João Alves de Lira, 742 • Prata  
Fone (83) 3310 3000

**UNIDADE II**

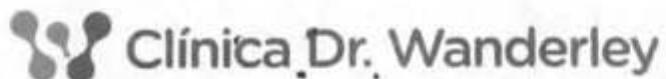
Av. Floriano Peixoto, 804 • Centro  
Fone (83) 3315 7000

**UNIDADE III**

Clinica Santa Clara  
Fone (83) 3310 3000

[www.clinicadrwanderley.com.br](http://www.clinicadrwanderley.com.br)





Nome: JOSE RICARDO ARAUJO CABRAL

ID: 0003902858

Médico: Dr(a) HALLISSON BARROS DE ALMEIDA

Data: 04/04/2016

Exame: RM JOELHO ESQUERDO

0070280641

#### RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

##### TÉCNICA:

Exame realizado com aquisições multiplanares T1, T2 e FAT-SAT, antes e após a administração endovenosa do contraste paramagnético.

##### ANÁLISE:

Áreas de contusão/edema da medular óssea localizadas nos côndilos femorais e nos planaltos tibiais, relacionadas ao mecanismo de trauma/entorse.

Rotura completa do ligamento patelofemoral medial, associada a descontinuidade parcial das fibras do vasto medial do quadríceps com interposição de coleção de provável natureza hemática, a qual mede cerca de 3.2 x 1.4 x 2.3 cm, associada a edema em partes moles adjacentes.

Volumoso derrame articular, com sinais de hemartrose.

Alteração pós-contusional do corno anterior do menisco lateral.

Menisco medial com morfologia e contornos normais, sem evidências de roturas.

Rotura completa das fibras proximais do ligamento colateral medial.

Estiramento do ligamento colateral lateral, bem como do complexo ligamentar arqueado, cursando com tendinose/tendinopatia pós-traumática do poplíteo.

Rotura completa do ligamento cruzado anterior.

Rotura completa do ligamento cruzado posterior.

Tendões do quadríceps e patelar com espessura, orientação e intensidade de sinal habituais.

##### UNIDADE I

Rua Capitão João Alves de Lira, 742 • Prata  
Fone (83) 3310 3000

##### UNIDADE II

Av. Floriano Peixoto, 804 • Centro  
Fone (83) 3315 7000

##### UNIDADE III

Clínica Santa Clara  
Fone (83) 3310 3000

[www.clinicadrwanderley.com.br](http://www.clinicadrwanderley.com.br)



**Nome:** JOSE RICARDO ARAUJO CABRAL

**ID:** 0003902858

**Médico:** Dr(a) LUCIO CESAR DE OLIVEIRA E SOUZA

**Data:** 02/03/2017

**Exame:** RX JOELHO ESQUERDO

0070514559

Estudo radiográfico para controle evolutivo pós-operatório de reconstrução do ligamento cruzado anterior, com túneis femoral e tibial associados a parafusos de interferência.

Ossificação junto tuberosidade tibial, de provável aspecto sequelar.

Osteófitos nos polos patelares.

Leve redução do espaço articular tibiofemoral lateral, com osteofitose marginal incipiente.

Diminuta imagem cárnea projetada junto a margem externa do côndilo femoral medial, que pode estar relacionada a calcificação/alteração sequelar na topografia ligamento colateral medial.

rb-



Dr. MAURO CALDAS MENDES FILHO  
RADIOLOGISTA  
CRM 8237



Dra. LUISA ROSAS WANDERLEY  
RADIOLOGISTA  
CRM 8238

#### UNIDADE I

Rua Capitão João Alves de Lira, 742 • Prata  
Fone (83) 3310 3000

#### UNIDADE II

Av. Floriano Peixoto, 804 • Centro  
Fone (83) 3315 7000

#### UNIDADE III

Clínica Santa Clara  
Fone (83) 3310 3000

[www.clinicadrwanderley.com.br](http://www.clinicadrwanderley.com.br)



**Dra. Gertrudes M<sup>a</sup> Medeiros Nóbrega e Souza**

CRM 5471

**ACUPUNTURA / REUMATOLOGIA**

- Especialista em Acupuntura pela AMB e CMBA
- Especialista em Reumatologia pela AMB e SBR
- Membro Titular da Associação Médica Brasileira de Acupuntura - AMBA
- Membro Titular do Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura - CMBA

**Dr. Lúcio César de Oliveira e Souza**

CRM 5470 / TEOT 7309

- Especialista em Ortopedia e Traumatologia pela AMB e SBOT
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Tornozelo e do Pé
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Artroscopia - Cirurgia do Joelho
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho - SBCJ

**ESPECIALIDADES MÉDICAS**

- ORTOPEDIA
- CIRURGIA DO JOELHO
- ARTROSCOPIA
- ACUPUNTURA
- REUMATOLOGIA
- RAIOS X

**CENTRO DE REABILITAÇÃO FÍSICA E BEM-ESTAR**

- FISIOTERAPIA
- PISCINAS TÉRMICAS
- HIDROTERAPIA ESPECIALIZADA
- HIDROGINÁSTICA
- RECONDICIONAMENTO FÍSICO PARA ATLETAS
- RECONDICIONAMENTO FÍSICO AQUÁTICO PARA INDIVÍDUOS COM SOBREPESO
- RPG
- PILATES
- YOGA
- MUSCULAÇÃO SUPERVISIONADA PARA TERCEIRA IDADE E ADULTOS
- NATAÇÃO INFANTIL
- ERGOESPIROMETRIA (VO<sub>2</sub>)

**ATENDIMENTO PARA GRUPOS ESPECIAIS:**

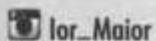
- GESTANTES
- TERCEIRA IDADE
- DOENÇAS REUMÁTICAS
- PATOLOGIAS DO JOELHO

Toni Silvando Araújo Salomão

Paciente com histórico de  
pós operatório de ressecção  
de LCA + CCP + LCM +  
26/05/16. encontro na ca  
definição de funções do  
membro inferior esquerdo  
e peso de 20/

CID M24.9

26/08/16

Peçanha, 636 - Prata - Campina Grande - PB - 83 3341.4976 | 3341.8700 | 3063.8076 

Assinado eletronicamente por: ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO - 30/03/2018 20:26:26  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18033020211717300000013017974>  
Número do documento: 18033020211717300000013017974

Num. 13328238 - Pág. 4

# MAIOR

INSTITUTO DE ORTOPEDIA • REUMATOLOGIA • ACUPUNTURA MÉDICA

## ESPECIALIDADES MÉDICAS

- ORTOPEDIA
- CIRURGIA DO JOELHO
- ARTROSCÓPIA
- ACUPUNTURA
- REUMATOLOGIA
- RAIOS X

## CENTRO DE REabilitação FÍSICA E BEM-ESTAR

- FISIOTERAPIA
- PISCINAS TÉRMICAS
- HIDROTERAPIA ESPECIALIZADA
- HIDROGINÁSTICA
- RECONDICIONAMENTO FÍSICO PARA ATLETAS
- RECONDICIONAMENTO FÍSICO AQUÁTICO PARA INDIVÍDUOS COM SOBREPESO
- RPG
- PILATES
- YOGA
- MUSCULAÇÃO SUPERVISIONADA PARA TERCEIRA IDADE E ADULTOS
- NATAÇÃO INFANTIL
- ERGOESPIROMETRIA (VO<sub>2</sub>)

## ATENDIMENTO PARA GRUPOS ESPECIAIS:

- GESTANTES
- TERCEIRA IDADE
- DOENÇAS REUMÁTICAS
- PATOLOGIAS DO JOELHO

Dra. Gertrudes M<sup>a</sup> Medeiros Nóbrega e Souza  
CRM 5471

### ACUPUNTURA / REUMATOLOGIA

- Especialista em Acupuntura pela AMB e CMBA
- Especialista em Reumatologia pela AMB e SBR
- Membro Titular da Associação Médica Brasileira de Acupuntura - AMBA
- Membro Titular do Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura - CMBA

Dr. Lúcio César de Oliveira e Souza

CRM 5470 / TEOT 7309

- Especialista em Ortopedia e Traumatologia pela AMB e SBOT
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Tornozelo e do Joelho - SBCJ
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Artroscopia - Cirurgia do Joelho - SBCJ
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho - SBCJ

Zuri Sturzto Anvisa Brasil

Paciente com lesão de  
lúpus CSA + CCP + Osteoartrose  
e fallo. (●). Durante  
muitos anos teve um desequilíbrio  
de alimentação que resultou num  
sobrepeso excessivo de peso corporal  
excesso, levando ao aumento de  
5 Kg e ainda realizar movimentos  
de flexões extensões forçadas.

CID M24.9  
M17.0

02/01/17





# MAIOR

INSTITUTO DE ORTOPEDIA • REUMATOLOGIA • ACUPUNTURA MÉDICA

## ESPECIALIDADES MÉDICAS

- ORTOPEDIA
- CIRURGIA DO JOELHO
- ARTROSCOPIA
- ACUPUNTURA
- REUMATOLOGIA
- RAIOS X
- TERAPIA POR ONDAS DE CHOQUE

## CENTRO DE REABILITAÇÃO FÍSICA

- FISIOTERAPIA
- PISCINAS TÉRMICAS
- HIDROTERAPIA ESPECIALIZADA
- HIDROGINÁSTICA
- RECONDICIONAMENTO FÍSICO PARA ATLETAS
- PILATES
- MUSCULAÇÃO SUPERVISIONADA PARA TERCEIRA IDADE E ADULTOS
- NATAÇÃO INFANTIL
- NATAÇÃO BABY
- NATAÇÃO ADULTO
- ERGOESPIROMETRIA (VO<sub>2</sub>)

## ATENDIMENTO PARA GRUPOS ESPECIAIS:

- GESTANTES
- TERCEIRA IDADE
- DOENÇAS REUMÁTICAS
- PATOLOGIAS DO JOELHO



**Dra. Gertrudes M<sup>a</sup> Medeiros Nóbrega e Souza**  
CRM 5471

### ACUPUNTURA / REUMATOLOGIA

- Especialista em Acupuntura pela AMB e CMBA
- Especialista em Reumatologia pela AMB e SBR
- Membro Titular da Associação Médica Brasileira de Acupuntura - AMBA
- Membro Titular do Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura - CMBA

**Dr. Lúcio César de Oliveira e Souza**

CRM 5470 / TEOT 7309

- Especialista em Ortopedia e Traumatologia pela AMB e SBOT
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Tornozelo e do Pé
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Artroscopia - Cirurgia do Joelho
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho - SBCJ

*Xari Ricardo Amorim Lohner*

*Patinim vítima de queda  
de mureta 24/03/16.*

*Na sessão romper LCA +  
LCP + lesão do joelho (1)*

*Submetido a procedimento  
cirúrgico de reconstituição ligamen-  
tar 26/05/16*

*Apurou-se dificuldade funcional do  
membro inferior (1) em torno  
de 20% em definitivo.*

*CID M24.9*

*13/03/17*

*Dr. Lúcio César  
ORTOPEDISTA  
CENTRO DE ORTOPEDIA  
CENTRO DE REUMATOLOGIA*

anha, 636 - Prata - C. Grande - PB - 83 3341.4976 | 3341.8700

@MAIORCG

(83) 99144.7644

@maiorcg





# MAIOR

INSTITUTO DE ORTOPEDIA • REUMATOLOGIA • ACUPUNTURA MÉDICA

#### ESPECIALIDADES MÉDICAS

- ORTOPEDIA
- CIRURGIA DO JOELHO
- ARTROSCÓPIA
- ACUPUNTURA
- REUMATOLOGIA
- RAIOS X
- TERAPIA POR ONDAS DE CHOQUE

#### CENTRO DE REABILITAÇÃO FÍSICA

- FISIOTERAPIA
- PISCINAS TÉRMICAS
- HIDROTERAPIA ESPECIALIZADA
- HIDROGINÁSTICA
- RECONDICIONAMENTO FÍSICO PARA ATLETAS
- PILATES
- MUSCULAÇÃO SUPERVISIONADA PARA TERCEIRA IDADE E ADULTOS
- NATAÇÃO INFANTIL
- NATAÇÃO BABY
- NATAÇÃO ADULTO
- ERGOESPIROMETRIA (VO<sub>2</sub>)

#### ATENDIMENTO PARA GRUPOS ESPECIAIS:

- GESTANTES
- TERCEIRA IDADE
- DOENÇAS REUMÁTICAS
- PATOLOGIAS DO JOELHO



**Dra. Gertrudes M<sup>a</sup> Medeiros Nóbrega e Souza**  
CRM 5471

#### ACUPUNTURA / REUMATOLOGIA

- Especialista em Acupuntura pela AMB e CMBA
- Especialista em Reumatologia pela AMB e SBR
- Membro Titular da Associação Médica Brasileira de Acupuntura - AMBA
- Membro Titular do Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura - CMBA

**Dr. Lúcio César de Oliveira e Souza**

CRM 5470 / TEOT 7309

- Especialista em Ortopedia e Traumatologia pela AMB e SBOT
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Tornozelo e do Pé
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Artroscopia - Cirurgia do Joelho
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho - SBCJ

Xanir Ricardo Araújo Nobre  
 paciente com história de  
 resumência ligamentar joelho.  
 Encontra-se em tratamento  
 ortopédico contínuo. Salmão  
 demiss de frios para não  
 que não seja mais ou  
 drenar edemas e massagens  
 de agachamento.

CID M24.9

DR. LUCIO CESAR  
 DR. LUCIO CESAR

13/01/2018

canha, 636 - Prata - C. Grande - PB - 83 3341.4976 | 3341.8700 | @MAIORCG | (83) 99144.7644 | @maiorcg



# FISIOTERAPIA

FISIOTERAPIA GERAL E RPG

## Declaração

Declaro para os devidos fins que o paciente José Ricardo Araújo Cabral realizou nessa clinica 10(dez) sessões de fisioterapia para ganhar amplitude, fortalecimento e analgesia, sendo o mesmo orientado a procurar o medico para nova avaliação do seu caso.

Campina Grande, 09/05/2016.

  
Roberta Maria C. Lima Monteros  
Fisioterapeuta  
CREFI 10/743-F

AV. NILO PEÇANHA, 396 – ESQUINA COM A RUA PEDRO II – PRATA – CEP 58400-515  
FONES: RESID. (83) 3065-3599 – CONSULTÓRIO: (83) 3341-5608



Assinado eletronicamente por: ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO - 30/03/2018 20:26:26  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18033020211717300000013017974>  
Número do documento: 18033020211717300000013017974

Num. 13328238 - Pág. 8

ESTADO  
DE SÃO PAULO  
CORTE DE APPELADOS  
TOMADA DE PLEITO  
PRAZO DE DEFESA  
PRAZO DE RECURSO

98



Assinado eletronicamente por: ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO - 30/03/2018 20:26:27  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18033020212243100000013017975>  
Número do documento: 18033020212243100000013017975

Num. 13328239 - Pág. 1





Seguradora Lider - DPVAT

Rio de Janeiro, 27 de Outubro de 2016

Carta n°: 9935493

A/C: JOSE RICARDO ARAUJO CABRAL

Sinistro: 3160637940 ASL-1119317/16  
Vitima: JOSE RICARDO ARAUJO CABRAL  
Data Acidente: 24/03/2016  
Natureza: DAMS  
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

#### ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT





Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2017

Carta nº 11134283

a/c: JOSE RICARDO ARAUJO CABRAL

Sinistro: 3160637940 ASL-1119317/16  
Vitima: JOSE RICARDO ARAUJO CABRAL  
Data Acidente: 24/03/2016  
Natureza: DAMS  
Procurador:

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 21 de Outubro de 2016

Carta nº: 9904111

A/C: JOSE RICARDO ARAUJO CABRAL

Sinistro: 3160627125 ASL-1110535/16  
Vitima: JOSE RICARDO ARAUJO CABRAL  
Data Acidente: 24/03/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

#### ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00759/00760 - carta\_01  
00020380



Assinado eletronicamente por: ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO - 30/03/2018 20:26:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18033020220408900000013017978>  
Número do documento: 18033020220408900000013017978

Num. 13328242 - Pág. 1



Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2017

Carta nº 10853232

a/c: JOSE RICARDO ARAUJO CABRAL

Sinistro: 3160627125 ASL-1110535/16  
Vitima: JOSE RICARDO ARAUJO CABRAL  
Data Acidente: 24/03/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00353/00354 - carta\_16



000330177

NFS-e Prefeitura Municipal de Campina Grande - NFS-e

 <p><b>PREFEITURA MUNICIPAL DE CÂMPINA GRANDE</b>  <b>SECRETARIA DE FINANÇAS</b>  <b>NOTA FISCAL DE SÉRVICOS ELETRÔNICA</b>          Código de Verificação          56CA.942F.93C5.1C34.DA15.C531.6411.EAA7          Competência: 06/2016</p>		Número da Nota: <b>41987</b>  Data de Emissão: <b>28/JUN/2016</b> <b>08:03:13</b>																																			
<p><b>PROSTADOR DE SERVIÇOS</b></p> <p>Razão Social / Nome: OSTEON-CLINICA DE REUMATOLOGIA E ORTOPEDIA LTDA-ME          CNPJ / CPF: 65.609.839/0001-97          Endereço: RUA NILO PECANHA 638          Bairro: PRATA          Município: CAMPINA GRANDE</p> <p>Inscrição Municipal: 414062          CEP: 58400-615          Complemento: Não Informado          UF: PB</p> <p>Inscrição Estadual:          CEP: 58382-000          Complemento: Não Informado          UF: PB</p> <p>País: Brasil</p>																																					
<p><b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b></p> <p>Razão Social / Nome: JOSE RICARDO ARAUJO CABRAL          CNPJ / CPF: 024.177.264-01          Endereço: JOSE RICARDO ARAUJO CABRAL 440          Bairro: SANTA CRUZ          Município: CAMPINA GRANDE</p> <p>Inscrição Estadual:          CEP: 58382-000          Complemento: Não Informado          UF: PB</p> <p>País: BRASIL</p>																																					
<p><b>DETALHAMENTO DOS SERVIÇOS</b></p> <p>RENTRETE AO PAGAMENTO DE CIRURGIA MÍDICA ORTOPÉDICA.</p>																																					
<p><b>VALOR TOTAL DA NOTA = R\$8.600,00</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Código do Serviço</th> <th>06500099 ATIVIDADES DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE N</th> <th>ISS (R\$) - %</th> <th>IRF (R\$) - %</th> <th>CSLL (R\$) - %</th> <th>PIS (R\$) - %</th> <th>COFINS (R\$) - %</th> <th>Mercadorias (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>Base de Cálculo do ISS(%)</td> <td>0,600,00</td> <td>Alíq. do ISS(%): 40%</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>4,20</td> <td></td> <td></td> <td>306,35</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b></p> <p>(Comunicação feita através no regime SIMPLIFICADO NACIONAL)</p> <p>(Pode verificar a validade da Nota Fiscal entre no site da prefeitura e clique no link NFS-e.)</p> <p>O valor total da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica poderá ser conferido na página da Prefeitura de Campina Grande no Internet na Endereço:  <a href="http://www.comunica.campinagrande.pb.gov.br">http://www.comunica.campinagrande.pb.gov.br</a> clique no link <b>NFS-e</b>.</p> <p>RODRIGO MACHADO EMPRESA OSTEON-CLINICA DE REUMATOLOGIA E ORTOPEDIA LTDA-ME US          SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA</p> <table border="1"> <tr> <td>Local:</td> <td>Data:</td> <td>Assinatura:</td> </tr> </table>			Código do Serviço	06500099 ATIVIDADES DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE N	ISS (R\$) - %	IRF (R\$) - %	CSLL (R\$) - %	PIS (R\$) - %	COFINS (R\$) - %	Mercadorias (R\$)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Base de Cálculo do ISS(%)	0,600,00	Alíq. do ISS(%): 40%										4,20			306,35	Local:	Data:	Assinatura:
Código do Serviço	06500099 ATIVIDADES DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE N	ISS (R\$) - %	IRF (R\$) - %	CSLL (R\$) - %	PIS (R\$) - %	COFINS (R\$) - %	Mercadorias (R\$)																														
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00																														
Base de Cálculo do ISS(%)	0,600,00	Alíq. do ISS(%): 40%																																			
				4,20			306,35																														
Local:	Data:	Assinatura:																																			



NºS-e Prefeitura Municipal de Campina Grande - NFS-e

 <p><b>PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE</b>  <b>SECRETARIA DE FINANÇAS</b>  <b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA</b>          Código de Verificação          7331.8A9E.07BD.6256.6921.8D87.ECE3.7B8D          Data de Emissão: 06/2016</p>	Número da Nota <b>41988</b>  Data de Emissão: <b>28/JUN/2016</b> <b>08:05:16</b>																										
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>																											
Razão Social / Nome: OSTFON-CLÍNICA DE REUMATOLOGIA E ORTOPÉDIA LTDA-ME CNPJ / CPF: 06.589.838/0001-97 Endereço: RUA NILO PECANHA 636 Bairro: PIJATA Município: CAMPINA GRANDE	- Inscrição Municipal: 414952 CEP: 58400-515 Complemento: Não Informado UF: PB	Inscrição Estadual: Início do Estado: Complemento: Não Informado País: Brasil																									
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>																											
Razão Social / Nome: JOSE RICARDO ARAUJO CABRAL CNPJ / CPF: 020.177.264-01 Endereço: JOSE RICARDO ARAUJO CABRAL 440 Bairro: SANTA CRUZ Município: CAMPINA GRANDE	- Inscrição Estadual: CEP: 59382-000 Complemento: Não Informado UF: PB	Início do Estado: CEP: 59382-000 Complemento: Não Informado País: BRASIL																									
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>																											
REFERENTE AO PAGAMENTO DE 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA																											
<b>VALOR TOTAL DA NOTA = R\$800,00</b>																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Código do Serviço</th> <th colspan="4">B650004 ATIVIDADES DE FÍSIO TERAPIA</th> </tr> <tr> <th style="text-align: left;">R\$ (R\$) - *</th> <th>R\$ (R\$) - %</th> <th>R\$ (R\$) - %</th> <th>R\$ (R\$) - %</th> <th>R\$ (R\$) - %</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0,20</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>Base de cálculo da ISS(R\$)</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td></td> <td>800,00</td> <td>4,20</td> <td>0,00</td> <td>34,00</td> </tr> </tbody> </table>			Código do Serviço	B650004 ATIVIDADES DE FÍSIO TERAPIA				R\$ (R\$) - *	R\$ (R\$) - %	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	Base de cálculo da ISS(R\$)	0,00	0,00	0,00	0,00		800,00	4,20	0,00	34,00			
Código do Serviço	B650004 ATIVIDADES DE FÍSIO TERAPIA																										
R\$ (R\$) - *	R\$ (R\$) - %	R\$ (R\$) - %	R\$ (R\$) - %	R\$ (R\$) - %																							
0,20	0,00	0,00	0,00	0,00																							
Base de cálculo da ISS(R\$)	0,00	0,00	0,00	0,00																							
	800,00	4,20	0,00	34,00																							
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>																											
Consulte o extrato no site: SIMPLÍCIS NACIONAL. Para ver a versão eletrônica da Nota-e, acesse no site da prefeitura e clique no link NFS-e.																											
A Nota-e pode ser consultada no site da Prefeitura de Campina Grande na Internet, no Endereço: <a href="http://www.campinagrande.pb.gov.br">http://www.campinagrande.pb.gov.br</a> e clique no link NFS-e. <b>7331.8A9E.07BD.6256.6921.8D87.ECE3.7B8D</b>																											
INFORMAÇÕES DA EMPRESA OSTFON-CLÍNICA DE REUMATOLOGIA E ORTOPÉDIA LTDA-ME OS SERVIÇOS CONSTAM NA DESTA NOTA-FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA		Número da Nota <b>41988</b>																									
Local:	Data:	Assinatura:																									



NFS-e Prefeitura Municipal de Campina Grande - NFS-e

 <p><b>PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE</b>  <b>SECRETARIA DE FINANÇAS</b>  <b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA</b>          Código de Verificação          711E.CA31.7D6B.B0A5.7C20.C147.EB62.2463          Competência: 06/2016</p>	Número da Nota <b>41995</b>  Data de Emissão <b>30/JUN/2016</b> <b>07:27:01</b>																																				
<b>PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS</b>																																					
Razão Social / Nome: OSIEDON-CLÍNICA DE REUMATOLOGIA E ORTOPEDIA LTDA-ME CNPJ / CPF: 05.589.836/0001-97 Endereço: RUA NILO PECANHA 836 Bairro: PRATA Município: CAMPINA GRANDE																																					
Inscrição Municipal: 414862 CEP: 58400-515 Complemento: Não Informado UF: PB País: Brasil																																					
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>																																					
Razão Social / Nome: JOSE RICARDO ARAUJO CABRAL CNPJ / CPF: 024.177.254-01 Endereço: JOSE RICARDO ARAUJO CABRAL 440 Bairro: SANTA CRUZ Município: CAMPINA GRANDE																																					
Inscrição Estadual: CFP: 58382-000 Complemento: Não Informado UF: PB País: BRASIL																																					
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>																																					
REFERENTE AO PAGAMENTO DE EXAME DE RAYO X																																					
<b>VALOR TOTAL DA NOTA = R\$70,00</b>																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Código do Serviço</th> <th colspan="5">85600099 ATIVIDADES DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE N</th> </tr> <tr> <th style="text-align: left;">ISS (R\$) %</th> <th style="text-align: left;">IPRF (R\$) %</th> <th style="text-align: left;">ICEL (R\$) %</th> <th style="text-align: left;">PIS (R\$) %</th> <th style="text-align: left;">COFINS (R\$) %</th> <th style="text-align: left;">Outros (R\$) %</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: left;">0,00</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">Data de Cálculo do ISS(R\$)</td> <td></td> <td style="text-align: left;">Alíquota (%)</td> <td></td> <td style="text-align: left;">Valor da ISS(R\$)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: left;">70,00</td> <td></td> <td style="text-align: left;">4,28</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: left;">2,98</td> </tr> </tbody> </table>		Código do Serviço	85600099 ATIVIDADES DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE N					ISS (R\$) %	IPRF (R\$) %	ICEL (R\$) %	PIS (R\$) %	COFINS (R\$) %	Outros (R\$) %	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Data de Cálculo do ISS(R\$)		Alíquota (%)		Valor da ISS(R\$)				70,00		4,28							2,98
Código do Serviço	85600099 ATIVIDADES DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE N																																				
ISS (R\$) %	IPRF (R\$) %	ICEL (R\$) %	PIS (R\$) %	COFINS (R\$) %	Outros (R\$) %																																
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00																																
Data de Cálculo do ISS(R\$)		Alíquota (%)		Valor da ISS(R\$)																																	
		70,00		4,28																																	
					2,98																																
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>																																					
Contabilizante: Quadradrado no regime SIMPLES NACIONAL Para verificar a validade da Nota Fiscal entre no site da prefeitura e clique no link NFS-e.																																					
Consulte o link no final da Nota Fiscal ou na página da Prefeitura de Campina Grande na Internet, no Endereço: <a href="http://www.simplesnacional.pb.gov.br">http://www.simplesnacional.pb.gov.br</a> e clique no link NFS-e																																					
Consulte o link no final da Nota Fiscal ou na página da Prefeitura de Campina Grande na Internet, no Endereço: <a href="http://www.simplesnacional.pb.gov.br">http://www.simplesnacional.pb.gov.br</a> e clique no link NFS-e																																					
NOME DO USUÁRIO: OSIEDON-CLÍNICA DE REUMATOLOGIA E ORTOPEDIA LTDA-ME CS SENHA CONSTANTE DA NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA																																					
Local _____ Data _____ _____																																					
Número da Nota <b>41995</b>																																					



21/08/2016

Prefeitura de Campina Grande - NFS-e

 <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE</b> SECRETARIA DE FINANÇAS <b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA</b> Código de Verificação <b>16D6.741B.59F6.F3D2.013D.6E96.28EF.C776</b> Competência: 09/2016		Número da Nota <b>42113</b>																				
Razão Social / Nome: OSTEON-CLÍNICA DE REUMATOLOGIA E ORTOPEDIA LTDA-ME CNPJ / CPF: 05.589.838/0001-97 Endereço: RUA NILO PECANHA 636 Bairro: PRATA Município: CAMPINA GRANDE	Inscrição Municipal: 414962 CEP: 58400-615 Complemento: Não Informado UF: PB	Inscrição Estadual: Data de Emissão: 07:54:55 21/SET/2016																				
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>																						
Razão Social / Nome: JOSE RICARDO ARAUJO CABRAL CNPJ / CPF: 024.177.254-01 Endereço: JOSE RICARDO ARAUJO CABRAL 440 Bairro: SANTA CRUZ Município: CAMPINA GRANDE	Inscrição Estadual: CEP: 58382-000 Complemento: Não Informado UF: PB	Inscrição Estadual: Data de Emissão: 07:54:55 21/SET/2016																				
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>																						
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b> REFERENTE AO PAGAMENTO DE HIDROTERAPIA DO MÊS DE AGOSTO DE 2016																						
<b>VALOR TOTAL DA NOTA = R\$150,00</b>																						
Código do Serviço 88500089 ATIVIDADES DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE N <table border="1"> <thead> <tr> <th>INSS (R\$) - %</th> <th>IRRF (R\$) - %</th> <th>CSLL (R\$) - %</th> <th>PIS (R\$) - %</th> <th>COFINS (R\$) - %</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Base de Cálculo do ISS(R\$)</td> <td colspan="2">Alíquota(%)</td> <td>Valor do ISS(R\$)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">150,00</td> <td colspan="2">4,28</td> <td>6,39</td> </tr> </tbody> </table>			INSS (R\$) - %	IRRF (R\$) - %	CSLL (R\$) - %	PIS (R\$) - %	COFINS (R\$) - %	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Base de Cálculo do ISS(R\$)		Alíquota(%)		Valor do ISS(R\$)	150,00		4,28		6,39
INSS (R\$) - %	IRRF (R\$) - %	CSLL (R\$) - %	PIS (R\$) - %	COFINS (R\$) - %																		
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00																		
Base de Cálculo do ISS(R\$)		Alíquota(%)		Valor do ISS(R\$)																		
150,00		4,28		6,39																		
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>																						
Contribuinte Enquadrado no regime SIMPLES NACIONAL. Para verificar a veracidade da Nota Fiscal entre no site da pfe e clique no link NFS-e.																						
A autenticidade desta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Campina Grande na Internet, no Endereço: <a href="http://www.campinagrande.pb.gov.br">http://www.campinagrande.pb.gov.br</a> e clique no link NFS-e																						
RECEBEMOS DA EMPRESA OSTEON-CLÍNICA DE REUMATOLOGIA E ORTOPEDIA LTDA-ME OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA		Código de Verificação <b>16D6.741B.59F6.F3D2.013D.6E96.28EF.C776</b> Número da Nota: <b>42113</b>																				
Local	Data	Assinatura																				


<http://integrando.glep.com.br/api/doc/validar?c=355324600000X00/007-N0-P00>

FOLHA DE TRAJAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO  
Lengua de perro

DIAGNÓSTICO



SECRETARIA DE SAÚDE

104

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

J. C.  
Selby

Leyendas y jollos  DIAGNÓSTICO

Paciente	Nome	Número	Ladeira	38	Ajustamento:	Leito	-3 Convênio
Data		Prescrição Médica			Horário		Evolução Médica
27/03/16	1.Dietra				16		
	2.SRL 1500ml EV/24h				2		
	3.Oligrôna 02ML+ AD EV 06/06h				13		
	4. Tilitil 20mg + AD EV 12/12h				14		
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum				15		
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SL				16		
	7.Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SL				17		
	8. Clorante 40mg SC/dia	(crescer)			18		
	9.SSIV + CCGG				19		
	10. Valerenal 50mg Vo 8/8h.				20		
					21		
					22		
					23		
					24		
					25		
					26		
					27		
					28		
					29		
					30		
					31		
					32		
					33		
					34		
					35		
					36		
					37		
					38		
					39		
					40		
					41		
					42		
					43		
					44		
					45		
					46		
					47		
					48		
					49		
					50		
					51		
					52		
					53		
					54		
					55		
					56		
					57		
					58		
					59		
					60		
					61		
					62		
					63		
					64		
					65		
					66		
					67		
					68		
					69		
					70		
					71		
					72		
					73		
					74		
					75		
					76		
					77		
					78		
					79		
					80		
					81		
					82		
					83		
					84		
					85		
					86		
					87		
					88		
					89		
					90		
					91		
					92		
					93		
					94		
					95		
					96		
					97		
					98		
					99		
					100		
					101		
					102		
					103		
					104		
					105		
					106		
					107		
					108		
					109		
					110		
					111		
					112		
					113		
					114		
					115		
					116		
					117		
					118		
					119		
					120		
					121		
					122		
					123		
					124		
					125		
					126		
					127		
					128		
					129		
					130		
					131		
					132		
					133		
					134		
					135		
					136		
					137		
					138		
					139		
					140		
					141		
					142		
					143		
					144		
					145		
					146		
					147		
					148		
					149		
					150		
					151		
					152		
					153		
					154		
					155		
					156		
					157		
					158		
					159		
					160		
					161		
					162		
					163		
					164		
					165		
					166		
					167		
					168		
					169		
					170		
					171		
					172		
					173		
					174		
					175		
					176		
					177		
					178		
					179		
					180		
					181		
					182		
					183		
					184		
					185		
					186		
					187		
					188		
					189		
					190		
					191		
					192		
					193		
					194		
					195		
					196		
					197		
					198		
					199		
					200		
					201		
					202		
					203		
					204		
					205		
					206		
					207		
					208		
					209		
					210		
					211		
					212		
					213		
					214		
					215		
					216		
					217		
					218		
					219		
					220		
					221		
					222		
					223		
					224		
					225		
					226		
					227		
					228		
					229		
					230		
					231		
					232		
					233		
					234		
					235		
					236		
					237		
					238		
					239		
					240		
					241		
					242		
					243		
					244		
					245		
					246		
					247		
					248		
					249		
					250		
					251		
					252		
					253		
					254		
					255		
					256		
					257		
					258		
					259		
					260		
					261		
					262		
					263		
					264		
					265		
					266		
					267		
					268		
					269		
					270		
					271		
					272		
					273		
					274		
					275		
					276		
					277		
					278		
					279		
					280		
					281		
					282		
					283		
					284		
					285		
					286		
					287		
					288		
					289		
					290		
					291		
					292		
					293		
					294		
					295		
					296		
					297		
					298		
					299		
					300		
					301		
					302		
					303		
					304		
					305		
					306		
			</td				



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO  
Lutero Lello S

Paciente	Nome	Alojamento:	Lcdo	Leito	Convênio
077	José Roberto Augusto	05		01	
077	Prescrição Médica	Horário			Evolução Médica
077	1. Dieta	14:00			Chá leve fm
077	2. SRL 1500ml EV/24h	14:00			Suor fm.
077	3. Dipirona 02ML+ AD EV 05/06h	14:00			Sudore fm.
077	4. Tiliti 20mg + AD EV 12/12h	14:00			
077	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	14:00			
077	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h	14:00			
077	7. Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h	14:00			
077	8. Clevane 40mg SC/dia	14:00			
077	9. SSWV + CCGG	14:00			
077	10. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	11. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	12. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	13. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	14. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	15. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	16. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	17. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	18. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	19. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	20. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	21. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	22. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	23. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	24. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	25. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	26. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	27. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	28. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	29. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	30. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	31. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	32. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	33. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	34. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	35. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	36. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	37. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	38. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	39. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	40. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	41. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	42. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	43. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	44. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	45. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	46. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	47. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	48. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	49. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	50. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	51. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	52. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	53. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	54. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	55. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	56. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	57. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	58. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	59. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	60. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	61. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	62. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	63. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	64. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	65. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	66. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	67. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	68. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	69. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	70. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	71. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	72. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	73. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	74. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	75. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	76. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	77. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	78. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	79. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	80. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	81. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	82. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	83. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	84. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	85. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	86. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	87. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	88. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	89. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	90. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	91. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	92. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	93. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	94. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	95. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	96. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	97. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	98. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	99. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	100. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	101. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	102. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	103. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	104. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	105. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	106. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	107. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	108. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	109. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	110. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	111. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	112. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	113. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	114. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	115. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	116. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	117. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	118. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	119. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	120. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	121. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	122. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	123. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	124. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	125. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	126. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	127. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	128. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	129. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	130. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	131. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	132. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	133. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	134. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	135. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	136. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	137. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	138. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	139. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	140. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	141. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	142. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	143. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	144. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	145. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	146. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	147. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	148. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	149. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	150. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	151. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	152. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	153. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	154. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	155. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	156. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	157. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	158. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	159. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	160. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	161. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	162. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	163. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	164. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	165. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	166. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	167. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	168. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	169. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	170. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	171. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	172. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	173. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	174. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	175. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	176. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	177. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	178. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	179. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	180. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	181. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	182. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	183. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	184. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	185. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	186. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	187. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	188. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	189. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	190. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	191. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	192. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	193. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	194. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	195. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	196. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	197. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	198. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	199. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	200. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	201. Vltmox 500 mg VO	14:00			
077	202. Vltmox 50				

REVISTA DE TRABAJOS CIENTÍFICOS

10

DIAGNÓSTICO



DIAGNÓSTICO

OK OK lux june (t)

Paciente	Jane Oliveira	Alojamento:	Leto	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
1.Dleta	Linez	14/06/08 24/06	7 dfa	
2.SRL 1500ml EV/24h				
3.Dipirona 02ML + AD EV 06/06h				
4.Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	(suspir)			
5.Omeprazol 40mg EV/segum				
6.Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN		5PM	EV 8/8h SN	
7.Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SN		SIU	RT decubito c/ incutes	
8.Clexane 40mg SC/dia	(suspir)		col:	
9.SSVV + CCGG			Vom	
			Sinap de kare	
			Tapa favelas.	
			Selvto TC	
			Hallucin. psicóticas	
			Alucin. humorais	
			Ortopsiquiátrica	
			Ortopsiquiátrica	



DIAGNÓSTICO

lux pulmo Ⓡ

THE HISTORY OF  
THE STATE OF  
INDIA



১৮

Q-4

— Verso's Elementos de  
**DIAGNÓSTICO**

DIAGNÓSTICO

Paciente	Nome	Unidade	Alojamento:	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica				Evolução Médica
01/04	1. Dieta Líquida 2. SRL 1500ml EV/24h+ Sucar 3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h, VO 6/6h (SN) 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseador 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSW + CGG				9 DIH Rcs extensas agudas Ag Neuropatia perineurais cd: VPR
					Profissão: Barbeiro de Alimentação CRM - 100020 CRM - 100020
					Profissão: Barbeiro de Alimentação CRM - 100020



DIAGNÓSTICO

EQUA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO



### DIAGNÓSTICO

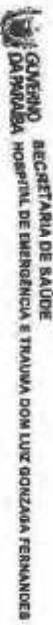
*Luisa W. da Silva E.*  
FOLHA DE TRABALHO E EVOLUÇÃO

Paciente	Sexo	Raça	Alojamento:	Leito	Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
C/3/UV	1. Dieta	ATÉ	ESTAB.
	2. SRL 1500ml EV/24h	19/03/2018	
	3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h	19/03/2018	
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	19/03/2018	Vd
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	19/03/2018	
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	19/03/2018	
	7. Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN	19/03/2018	
	8. Clexane 40mg SC/dia	19/03/2018	
	9. SSVV + CCGG	19/03/2018	

*Dr. Wagner Fulcão  
Ortopedista e Traumatologista  
do HET*

*Dr. Wagner Fulcão  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-PB 0501*



SECRETARIA DE SAÚDE

DIAGNÓSTICO

ESTATE PLANNING FOR YOUR AGO



GUÍA DE TRATAMIENTO EVOLUCIÓN

DIAGNÓSTICO



SECRETARIA DE SAÚDE

100  
DAP

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

FORMA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

CR-12-582

Assinado eletronicamente por: ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO - 30/03/2018 20:26:38  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1803302022566010000013017981>  
Número do documento: 1803302022566010000013017981

Num. 13328245 - Pág. 6

110

DIAGNÓSTICO

per lux transire





FOLHA DE TRAJAMINHO E EVOLUÇÃO

OK  
lesión  
DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO



DIAGNÓSTICO

### *Ligamento pollio* ♂

EQUITY 313

Paciente	Ricardo	Alojamento:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica			
09/04	1. Dieta livre 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML+ AD EV 05/06h 4. Flutab 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jéum 6. Tramal 100mg + 100ml SE 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseidron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSW + CCGG	17 DH SAR (muito dolor.) TER, urinice, alvus SAR. Nevroanálgesia ok CD: VPR ② RXZ 20 mg/dia	<i>Wagner Ribeiro Wagner Ribeiro Wagner Ribeiro Wagner Ribeiro</i>			



DIAGNÓSTICO

Ein neuer experimenteller Beitrag zur  
physikalischen Chemie

Paciente	Ricardo	Alojamento:	2	Leito	7	Convenio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica			
10/04	1. Dieta Líquida 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML+ AD EV 05/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSWV + CGCG	Manhã 1 EV 21/06 S/N SN S/N S/N CD: VPA Manhã 1	18 DIH EGR, laringeico, apneia neuromuscular em Agravante cirurgia			
	Hallison Borges de Almeida Ortopedia e Traumatologia Centropeste - Poços de Caldas					
	Hallison Borges de Almeida Ortopedia e Traumatologia Centropeste - Poços de Caldas					





FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

**DIAGNÓSTICO**  
União do Ponto (T)  
por lux traumática.

Paciente:

José Ribeiro

Alojamento: 2 Leito 4 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1. Dieta	Líquida	01	Nº 01 dia
2. SRL 1500ml EV/24h	Selco		REGISTRO AFIRMATIVO
3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h			AP Neurovascular preservado
4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	Susp		Qd: VPM
5. Omeprazol 40mg EV/jejum			Anæstesia viaje e malária
6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	SN		unirrígua
7. Nauseodon 01 FA + AD EV 8/8h SN			
8. Clevane 40mg SC/dia			
9. SSW + CCCG			

Hallison Barros de Almeida  
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA  
CRM-PB 0002

Hallison Barros de Almeida  
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA  
CRM-PB 0002

Hallison Barros de Almeida  
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA  
CRM-PB 0002

Prodr. Dr. Bruno Góisente seu nome.
Fruchu Jardim Longo pt ferido
Vila Recanto de Alto





RESUMO DE ALTA  
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: José Ricardo Araújo DN: PRONT. N°:  
NATURALIDADE: PROCEDÊNCIA:  
ADMISSÃO: 24/03/16 ALTA: 11/04/16.

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

Pct fratura de tâme q/ luxação + instabilidade de joelho  
(E) + instabilidade q/ dor + edema

2. Resultado dos principais exames

Anamnese + exame clínico  
R-X + RNM

3. Evolução e complicações

Pct evolui s/ intercorrências na internação

4. Terapêutica realizada

Sintomas

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

Lesão ligamentar extensa de joelho (E)

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

Paciente recebe alta hospitalar c/  
encaminhado + retorno ambulatorial após reabilitação  
fisioterápica com finalidade de agenda tratamento  
cirúrgico definitivo neste serviço + prescrição de Anf  
géticos; Bltca q/ imobilização longa p/ joelho

7. Condições de alta

Curado  A pedido  Óbito  Melhorado  Inalterado  
 Transferido para:

Campina Grande, 11 de Abril de 2016

Hallison Barros de Almeida  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 8892

Responsável pelo resumo



Sr(a): JOSE RICARDO AUGUSTO CABRAL  
De(a): JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000265838 RG: NÃO INFORMADO  
Data: 25-03-2016 07:23 Origem: ÁREA AMARELA  
Idade: 38 anos Destino: ÁREA AMARELA

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 25/03/2016 07:29 ]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos	4.67 milhões/mm <sup>3</sup>	4,2 à 6,0 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina	14,6 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito	44 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.	94 fL	82,0 à 97,5 fL
H.C.M.	31 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

	Leucócitos	5.000 à 10.000 /mm <sup>3</sup>
	(%)	(/mm <sup>3</sup> )
Neutrofílicos	0	0
Promielóцитos	0	0
Mielócitos	0	0
Metamielócitos	0	0
Bastonetes	1,0	89
Segmentados	81,0	7.209 40 à 70 % - 1.000 à 8.000 /mm <sup>3</sup>
Eosinófilos	0	0 0,5 à 1,0 % - até 500 /mm <sup>3</sup>
Basófilos	0	0 0 à 1,0 % - até 100 /mm <sup>3</sup>
Linfocitos	16,0	1.424 10 à 15 % - 1.000 à 2.500 /mm <sup>3</sup>
Típicos	0	0
Atípicos	0	0
Monocitos	2,0	178 2,0 à 10 % - até 1.000 /mm <sup>3</sup>
CONTAGEM DE PLAQUETAS	186.000/mm <sup>3</sup>	140.000 à 300.000/mm <sup>3</sup>

OBSERVAÇÕES

Contagens repetidas e confirmadas.



Geraldo R. Fonseca Neto  
Biomédico  
CRBM 6010



PNCQ  
Programa Nacional  
de Controle da Qualidade

Exibição: 25/03/2016 08:32 - Página: 1





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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

NOME: <i>José Ricardo Araújo</i>		BOLETIM DE ENFERMAGEM		
IDADE: <i>58</i>	SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: <i>12/4/01</i>		
SETOR: <i>Anoreia</i>	LEITO:			
DIAGNÓSTICO MÉDICO:				
ALERGIAS:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	QUAIS:	
PRESENÇA DE ESCARA:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>	
SISTEMA NEUROLOGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÉNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÉNICO <input type="checkbox"/>	EUPNEICO <input type="checkbox"/>	
SIST. GENITOURINÁRIO (URESE)	NORMAL <input type="checkbox"/>	POLURIA <input type="checkbox"/>	OLIGURIA <input type="checkbox"/>	
MOBILIDADE:	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>	
TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	DEAMBULA C/APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>	
SIST. GAS. RONENTEAL (DIETA):	VO <input type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	
DADOS VITAIS:	PA: <i>17</i>	IT: <i>14</i>	IFR: <i>10</i>	FC: <i>80</i>
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM				
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR: <i>excesso de náuseas</i>			
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:			
<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 URINARIA	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 CRÓNICA	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:			
<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"/> Eliete da Silva ENFERMEIRA COREN-PB 368365	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL				
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM				
MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	APRAZAMENTO		ASSINATURA	
REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.	<i>15 00</i>		<i>J</i>	
ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.				
INSTALAR CATÉTER DE 02 A 04 mL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.				
AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).				
ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.				
POSITIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°				
MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.				
<input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDEMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).				
ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.				
REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.				

Assinado eletronicamente por: ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO - 30/03/2018 20:26:39  
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18033020232733900000013017984>  
Número do documento: 18033020232733900000013017984

Num. 13328248 - Pág. 2





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



## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

Assinado eletronicamente por: ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO - 30/03/2018 20:26:39  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1803302023273390000013017984>  
Número do documento: 1803302023273390000013017984

Num. 13328248 - Pág. 4





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *José Ricardio Augusto* Registro: \_\_\_\_\_ Leito: 1 - 3 Setor Atual: *Quiro*

## 2. AVALIAÇÃO GERAL

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

## EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

## 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

## REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

Obs:

## OXIGENAÇÃO

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

() Eupnêia () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispnêia () Outros:

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / Hora:

## PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

## SEGURANÇA FÍSICA

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

## REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudores <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordialgia ( )	
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcápasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: Data da punção ____/____/____	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input checked="" type="checkbox"/> Prótese	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: Data: ____/____/____	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tensão <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input checked="" type="checkbox"/> Constipado há ____ dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros:	Observações:
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cranótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto:	Curativo em: ____/____/____
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto:	Débito: _____ Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio:	Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono Interrrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo: <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: 	
DATA: 08/03/16 HORA: 08:00 h	

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



**DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

Paciente:	Enfermaria	Leito:	Data:
-----------	------------	--------	-------

DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINidorAs		
1	Constipação	Diuréticos ( )	Desidratação ( )	Estrese ( )	Outro ( )	Abdome distendido ( )	Dor à evacuação	Outro ( )
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Hábitos de evacuação irregulares ( )	Lesão neurológica ( )	Anorexia ( )	Cávidade bucal fenda ( )	Dor abdominal ( )	Outro ( )	
3	Déficit no auto cuidado para banho	Fatores biológicos ( )	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ( )	Fatores psicológicos ( )	Outro ( )	Dor abdominal ( )	Mucosas pálidas ( )	Outro ( )
4	Dor aguda	Prejuízo neuromuscular ( )	Dar ( )	Fraqueza ( )	Outro ( )	Incapacidade de passar o banheiro ( )	Outro ( )	Outro ( )
5	Hipertermia	Ansiedade ( )	Ajentes lesivos (EV), Biológicos, químicos, físicos, psicológicos ( )	Outros ( )	Anestesia ( )	Destrução da pele ( )	Alterações na pressão sanguínea ( )	Outro ( )
6	Integridade da pele prejudicada	Destrução da pele ( )	Exférrios da idade ( )	Exférrios da idade ( )	Destrução da pele ( )	Alargamento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ( )	Relato verbal do dor ( )	Outro ( )
7	Mobilidade Física prejudicada	Exférrios da idade ( )	Imobilização física ( )	Outro ( )	Taquicardia ( )	Taquipnêta ( )	Alterações na profundidade respiratória ( )	Outro ( )
8	Padrão respiratório ineficaz	Avidezade ( )	Desconforto ( )	Rigidez articular	Desfibrilação de camadas da pele ( )	Respiração de superfície da pele ( )	Dispneia ao esforço ( )	Outro ( )
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Problemas musculo esquelético ( )	Desuso ( )	Outro ( )	Desfibrilação de camadas da pele ( )	Rompimento da superfície da pele ( )	Dispneia ( )	Outro ( )
10	Risco de infecção	Ansiedade ( )	Dor ( )	Fadiga ( )	Movimentos descontrolados ( )	Respiração de superfície da pele ( )	Alterações na profundidade respiratória ( )	Outro ( )
11	Risco de queda	Ansiedade ( )	Obsessão ( )	Outro ( )	Movimentos descontrolados ( )	Respiração de superfície da pele ( )	Dispneia ( )	Outro ( )
12	Padrão de sono prejudicado	Outros ( )	Outros ( )	Outro ( )	Respiração de superfície da pele ( )	Respiração de superfície da pele ( )	Respiração de superfície da pele ( )	Outro ( )
13	Outro							
14	Outro							

## PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Avaliar infiltração abdominal.</li> <li><input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentação sólida quando o paciente não está náuseado.</li> <li><input type="checkbox"/> Observar e registrar eliminação urinária (cor, odor, consistência e/ou outros).</li> <li><input type="checkbox"/> Alertar glicemia caústica, anotar e medicar CPM.</li> <li><input type="checkbox"/> Alentar para as queixas de náuseas e vômito (indagar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).</li> <li><input type="checkbox"/> Questionar e anotar sobre a eliminatória intestinal e urinária (espectro, frequência e quantidade).</li> <li><input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares.</li> <li><input type="checkbox"/> Encaminhar ao banheiro de chuveiro.</li> <li><input type="checkbox"/> Realizar banho no leito (S/A) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.</li> <li><input type="checkbox"/> Explorar ao paciente as possíveis causas da dor.</li> <li><input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.</li> <li><input type="checkbox"/> Avaliar características intensidade e local da dor.</li> <li><input type="checkbox"/> Avaliar alterações de sínapses miárias.</li> <li><input type="checkbox"/> Administrar analgesicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.</li> <li><input type="checkbox"/> Após administrar medicamentos, anaméticos, avaliar e registrar os resultados.</li> <li><input type="checkbox"/> Incentivar a ingestão de líquidos.</li> <li><input type="checkbox"/> Observar reações de desmentivação/confusão.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Analisar condições do curativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Qbtonçao de eliminação intestinal eficaz / achovada / melhora.</li> <li><input type="checkbox"/> Melhorar a açãoção alimentar.</li> <li><input type="checkbox"/> Manutenção da glicemia controlavel.</li> <li><input type="checkbox"/> Auxilio diário ás necessidades de higiene.</li> <li><input type="checkbox"/> Controle da dor (melhorada / ausente).</li> <li><input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.</li> <li><input type="checkbox"/> Melhora da integridade da pele.</li> <li><input type="checkbox"/> Diminuição do risco de lesão.</li> <li><input type="checkbox"/> Mobilidade física melhorada/eficaz.</li> <li><input type="checkbox"/> Melhora da perfusão tissular.</li> <li><input type="checkbox"/> Padrão respiratório/eficaz.</li> <li><input type="checkbox"/> Risco de desequilibrio de volume de líquido ausente / diminuido.</li> <li><input type="checkbox"/> Diminuir o risco de queda.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Melhora do padrão do sono.</li> <li><input type="checkbox"/> Outros</li> <li><input type="checkbox"/> Outros</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais logísticos e anotar.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicamentos.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Utilizar técnica asséptica para aspiração sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.</li> <li><input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistencia).</li> <li><input type="checkbox"/> Manter as grades do leito elevadas.</li> <li><input type="checkbox"/> Calmar o paciente quando necessário.</li> <li><input type="checkbox"/> Orientar repauso no leito.</li> <li><input type="checkbox"/> Administrar medicação CPM.</li> <li><input type="checkbox"/> Outros:</li> <li><input type="checkbox"/> Outros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> <i>Melhorar tempo curativo</i></li> <li><input checked="" type="checkbox"/> <i>Prevenção de infecções</i></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Outros:</li> <li><input type="checkbox"/> Outros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Outros</li> </ul>

FONTE: NIC-2010. CHAVES, L.D., SOLNYC, A., SAE, 2 ed. 2013.



## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *jose ricardo.* Registro: \_\_\_\_\_ Leito: 05-01 Setor Atual: *exto p.*

## 2. AVALIAÇÃO GERAL

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

## EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

## 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

## REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência:  Consciente  Orientado  Confuso  Letárgico  Torporoso  Comatoso  Outro

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

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

Mobilidade Física:  Preservada  Paresia  Plegia  Parestesia Local:

Linguagem:  Qual?  Disfonia  Afasia  Disfasia  Disartria,

Obs.

## OXIGENAÇÃO

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

VMNI  VMI TOT n° Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

Eupnêia;  Taquipnêia  Bradipnêia  Dispnéia  Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente:  Diminuídos  D  E

Ruidos adventícios:  Roncos  Sibilos  Estridor  Outros:

Tosse:  Improdutiva  Produtiva Expectoração:  Quantidade e aspecto:

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

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

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / Hora:

## PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração:  Visão  Audição  Tato  Olfato  Paladar Observação:

## SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo  Agitado  Agressivo. Risco de queda: Observação:

## REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉:  Regular  Irregular  Impalpável  Filiforme  Cheio.



Pele:	<input checked="" type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Aquecida		
Tempo de enchimento capilar:	<input type="checkbox"/> < 3 segundos			<input type="checkbox"/> > 3 segundos	<input type="checkbox"/> Turgência jugular:	<input type="checkbox"/>		
Drogas vasoativas:	<input type="checkbox"/> Quals?			<input type="checkbox"/> Precordialgia				
Ausculta cardíaca:	<input type="checkbox"/> Ritmica	<input type="checkbox"/> Arritmica	<input type="checkbox"/> Sopro	<input type="checkbox"/> Outro.	Marca passo:	<input type="checkbox"/> Transitório	<input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular:	<input checked="" type="checkbox"/> Periférico	<input type="checkbox"/> Central	Dissecção: Localização: Data da punção: 29/08/16					
Edema:	<input type="checkbox"/> MMSS	<input type="checkbox"/> MMII	<input type="checkbox"/> Face	<input type="checkbox"/> Anasarca	Observações:			
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>								
Tipo somático:	<input checked="" type="checkbox"/> Nutrido	<input type="checkbox"/> Emagrecido	<input type="checkbox"/> Caquético	<input type="checkbox"/> Obeso				
Dentição:	<input type="checkbox"/> Completa	<input type="checkbox"/> Incompleta	<input type="checkbox"/> Prótese					
Alimentação:	<input checked="" type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNE	<input type="checkbox"/> Gastrostomia	<input type="checkbox"/> Jejunostomia	<input type="checkbox"/> NPT	Hora: / / /	
Alterações:	<input type="checkbox"/> Inapetência	<input type="checkbox"/> Distagia	<input type="checkbox"/> Intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Vômito	<input type="checkbox"/> Pirosa	<input type="checkbox"/> Outros:		
Abdômen:	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Tenso	<input type="checkbox"/> Ascítico	<input type="checkbox"/> Outros:			
RHA:	<input type="checkbox"/> Normativos	<input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> Diminuídos	<input type="checkbox"/> Aumentados				
Eliminação intestinal:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Líquida	<input type="checkbox"/> Constipado há dias	<input type="checkbox"/> Outros:				
Eliminação urinária:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> Retenção	<input type="checkbox"/> Incontinência	<input type="checkbox"/> Hematuria	<input type="checkbox"/> SVD	Débito ml/h:		
Aspecto:	<input type="checkbox"/> Outros:			Observações:				
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>								
Condição da pele:	<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> Equimoses	<input type="checkbox"/> Hematomas	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Outro:		
Coloração da pele:	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Clérifica	<input type="checkbox"/> Cianótica	Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado			
Condições das mucosas:	<input type="checkbox"/> Úmidas	<input type="checkbox"/> Secas	Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>					
Incisão cirúrgica:	<input type="checkbox"/> Local/Aspecto:	Curativo em: / /						
Dreno:	<input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: / /						
Úlcera de pressão:	<input type="checkbox"/> Estágio:	Local:	Descrição:	Curativo: / /				
<b>CUIDADO CORPORAL</b>								
Cuidado corporal:	<input type="checkbox"/> Independente	<input checked="" type="checkbox"/> Dependente	<input type="checkbox"/> Parcialmente dependente	Observações:				
Higiene corporal:	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória	<input type="checkbox"/> Insatisfatória	Higiene Corporal:	<input type="checkbox"/> Satisfatória	<input type="checkbox"/> Insatisfatória			
Limitação física:	<input checked="" type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Outro:					
<b>SONO E REPOUSO</b>								
( <input checked="" type="checkbox"/> Preservado	<input type="checkbox"/> Insônia	<input type="checkbox"/> Dorme durante o dia	<input type="checkbox"/> Sono interrompido	Observações:				
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>								
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>								
Comunicação:	<input checked="" type="checkbox"/> Preservada	<input type="checkbox"/> Prejudicada	Sentimentos e comportamentos:	<input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo	<input type="checkbox"/> Medo			
( <input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita	<input type="checkbox"/> Outros:						
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>								
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>								
Tipo:	<input type="checkbox"/> Praticante	<input type="checkbox"/> Não praticante	Observações:					
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>								
20:00								
Par de ox 80 T = 36,5								
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Vidal Petrucci</i> Data: 29/08/16 Hora: 21:30								



GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Jose Ricardo A. Cabral* Registro: *5.1* Leito: *5.1* Setor Atual: *Ortopedia*

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Mobilidade Física:  Preservada  Paresia  Plegia  Parestesia Local:

Linguagem:  Qual?  Disfonia  Afasia  Disfásia  Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

Eupnéia  Taquipnéia  Bradipnéia  Dispnéia  Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente:  Diminuídos  D  E

Ruidos adventícios:  Roncos  Sibilos  Estridor  Outros:

Tosse:  Improdutiva  Produtiva Expectoração:  Quantidade e aspecto:

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

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

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração:  Visão  Audição  Tato  Olfacto  Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉:  Regular  Irregular  Impalpável  Fíliforme  Cheio.



Pele:	<input checked="" type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Aquecida.
Tempo de enchimento capilar:	<input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> > 3 segundos; <input type="checkbox"/> Turgescência jugular: <input type="checkbox"/>					
Drogas vasoativas:	<input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordialgia					
Ausculta cardíaca:	<input type="checkbox"/> Rítmica					
Cateter vascular:	<input checked="" type="checkbox"/> Periférico					
Edema:	<input type="checkbox"/> MMSS					
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)						
Tipo somático:	<input checked="" type="checkbox"/> Nutrido					
Defecação:	<input type="checkbox"/> Completa					
Alimentação:	<input checked="" type="checkbox"/> TVO					
Alterações:	<input type="checkbox"/> Inapetência					
Abdômen:	<input type="checkbox"/> Normotensão					
RHA:	<input type="checkbox"/> Normocíticos					
Eliminação intestinal:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal					
Eliminação urinária:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea					
Aspecto:	<input type="checkbox"/> Outros: Observações:					
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA						
Condição da pele:	<input checked="" type="checkbox"/> Integra					
Coloração da pele:	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada					
Condições das mucosas:	<input checked="" type="checkbox"/> Úmidas					
Incisão cirúrgica:	<input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: _____					
Dreno:	<input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: _____					
Úlcera de pressão:	<input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo _____					
CUIDADO CORPORAL						
Cuidado corporal:	<input type="checkbox"/> Independente					
Higiene corporal:	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória					
Limitação física:	<input checked="" type="checkbox"/> Acamado					
SONO E REPOUSO	<input type="checkbox"/> Insônia					
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS						
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL						
Comunicação:	<input checked="" type="checkbox"/> Preservada					
Ansiedade:	<input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita					
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS						
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE						
Tipo:	<input type="checkbox"/> Praticante					
INTERCORRÊNCIAS						
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente aguardando cura,</li> <li>- Sem feridas</li> <li>- Sem risco sobre assistente ou enfermeiro</li> </ul>						
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: <u>31/03/16</u> HORA: _____ h						

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



DIAGNÓSTICOS E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - UTA

Paciente: José Ribeiro A. Conde

Enfermista:	Leito:	Data:
-------------	--------	-------

DIAGNÓSTICOS	CARACTERÍSTICAS DEFINidorAS	FATORES RELACIONADoS / FATORES DE RISCO
(1) Constipação	( ) Abdome distendido; ( ) Anorexia; ( ) Dor à evacuação; ( ) Dor abdominal; ( ) Outro:	( ) Diuréticos; ( ) Desidratação; ( ) Hábitos de evacuação irregulares; ( ) Losâns neurogênicas; ( ) Estresse; ( ) Outro:
(2) Deambulação prejudicada	(X) Capacidade prejudicada para percorrer as distâncias necessárias; ( ) Capacidade prejudicada de andar sobre superfícies irregulares; ( ) Outro:	( ) Dor; ( ) Equilíbrio prejudicado; ( ) Humor deprimido; ( ) Obesidade; ( ) Visão prejudicada; ( ) Medo de cair; ( ) Outro:
(3) Déficit no autocuidado para banho	( ) Incapacidade de acessar o banheiro; ( ) Incapacidade de lavar o corpo; (X) Outro:	( ) Ansiedade; ( ) Dor; ( ) Fraqueza; ( ) Prejuízo neuromuscular; ( ) Outro:
(4) Dor aguda *	( ) Alterações na pressão sanguínea; ( ) Relato verbal de dor; ( ) Outros:	( ) Agentes lesivos (ex: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos); ( ) Outro:
(5) Hipotermia	( ) Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais; ( ) Taquicardia; ( ) Taquipneia; ( ) Pele avermelhada; ( ) Outro:	( ) Anestesia; ( ) Desidratação; ( ) Trauma; ( ) Aumento da taxa metabólica; ( ) Outro:
(6) Integridade da pele prejudicada	( ) Destruuição de camadas da pele; ( ) Invasão de estruturas do corpo; ( ) Rompimento da superfície da pele; (X) Outro:	( ) Extremos de idade; ( ) Circulação prejudicada; ( ) Hipotermia; ( ) Imobilização física; ( ) Outro:
(7) Mobilidade Física prejudicada	( ) Dificuldade para virar-se; ( ) Dissoneria ao esforço; ( ) Movimentos descontrolados; (X) Outro:	( ) Ansiedade; ( ) Desconforto; ( ) Prejuízos músculo/esquelético; ( ) Rigidez articular; ( ) Desuso; ( ) Outro:
(8) Padrão respiratório ineficaz	( ) Dispnéia; ( ) Orthopneia; ( ) Alterações na profundidade respiratória; ( ) Batimento de asa de nariz; ( ) Outro:	( ) Ansiedade; ( ) Dor; ( ) Fadiga; ( ) Obesidade; ( ) Outro;
(9) Risco de desequilíbrio de volume de líquido		( ) Ascite; ( ) Queimaduras; ( ) Sepse; ( ) Pacreatite; ( ) Outro;
(10) Risco de infecção		( ) Aumento da exposição ambiental a patógenos; ( ) Defesas primárias inadequadas; ( ) Procedimentos invasivos; ( ) Herido traumatizado; ( ) Outro;
Outro		
Outro		

## PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

APRAZAMENTO	RESULTADOS FINAIS
<p>( ) Avaliar distensão abdominal;</p> <p>( ) Estimular a ingestão de alimentação balanceada, e não irritante;</p> <p>( ) Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e ou outros);</p> <p>( ) Estimular a deambulação/Avaliar progresso;</p> <p>( ) Encorajar a deambulação independente, dentro de limites seguros e em intervalos regulares;</p> <p>( ) Planejar as atividades dentro do nível de tolerância;</p> <p>( ) Oferecer assistência até que o paciente esteja totalmente capacitado a assumir o autocuidado*</p> <p><b>(X) Realizar banho no leito (5/N) com lavagem de cabelos e couro cabeludo.</b></p> <p>( ) Explicitar ao paciente as possíveis causas da dor;</p> <p>( ) Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável;</p> <p>( ) Avaliar características, intensidade e local da dor;</p> <p>( ) Avaliar alterações de sinal vital;</p> <p>( ) Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação;</p> <p>( ) Administrar medicamento antiemético avaliar e registrar os resultados;</p> <p><b>(X) Incentivar a ingestão de líquidos;</b></p> <p>( ) Monitorar a ingestão e a eliminação de líquidos;</p> <p>( ) Observar reações de desorientação/confusão;</p> <p>( ) Proporcionar condições de higiene dentífrica e realizar curativo de acordo com necessidade ou ACM;</p> <p><b>(X) Avaliar condições do curativo;</b></p> <p>( ) Monitorar temperatura da pele do paciente;</p> <p>( ) Determinar capacidade atual em transferir-se (ex. nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência, capacidade de ficar em pé);</p> <p>( ) Orientar quanto ao uso de auxiliadores (ex. muleta, bengala) para deambular;</p> <p>( ) Auxiliar o paciente a deambular confortável epropriado;</p> <p>( ) Instalar caleter de CO<sub>2</sub> a 21 l/min ou ACM;</p> <p>( ) Orientar paciente a realizar inspiração profunda;</p> <p>( ) Avaliar padrão respiratório (frequência e amplitude);</p> <p>( ) Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca);</p> <p>( ) Realizar unhaço hídrico;</p> <p>( ) Observar o local da fenda/quemadura e inserção do dispositivo venoso a fim de detectar sinais logísticos;</p> <p>( ) Monitorar sinais e sintomas de infecção (afebre, hiperemia, calor, rubor, hipertermia);</p> <p>( ) Realizar desinflamação com ácido a 70% nos dispositivos endovenosos (equipo, bureta), antes de administrar medicamentos;</p> <p><b>(X) Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos em que seja pertinente.</b></p> <p>( ) Outro _____</p> <p>( ) Outro _____</p>	<p>( ) Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada;</p> <p>( ) Deambulação adequada / melhorada;</p> <p>( ) Autocuidado para banho eficaz/ adequada / melhorada;</p> <p>( ) Controlar a dor, Dor melhorada / ausente;</p> <p>( ) Ausência / Melhora de hipertermia;</p> <p>( ) Recuperação adequaria da pele;</p> <p>( ) Mobilidade Física melhorada / eficaz;</p> <p>( ) Proporcionar e manter troca gasosa adequada / melhorada;</p> <p>( ) Padrão respiratório eficaz;</p> <p>( ) Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído;</p> <p>( ) Ausência de risco para infecções;</p> <p>( ) Outro:</p> <p>( ) Outro:</p>
<b>S/N</b>	

DATA: 31/03/16

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a) responsável:



## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: João Ricardo A. Colmbo | Registro: | Leito: 2-4 | Setor Atual:

## 2. AVALIAÇÃO GERAL

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

## EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

## 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

## REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro  
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):Pupilas: () Isocônicas () Anisocônicas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () MidriáticasMobilidade 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() Eupnêia; () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispneia () Outros:Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () ERuidos 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 PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / Hora:

## PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

## SEGURANÇA FÍSICA

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

## REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> < 3 segundos, ( ) > 3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )	Precordialgia ( )
Drogas vasoativas: ( ) Quais?	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: ( <input checked="" type="checkbox"/> Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização:	Data da punção <b>29/03/16</b>
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: ( <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquéxico ( ) Obeso.	
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese:	
Alimentação: ( <input checked="" type="checkbox"/> V.O ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) N.P.T. Hora:	Data: / /
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:	
Abdômen: ( <input checked="" type="checkbox"/> Normotônico ( ) Distendido ( ) Tensão ( ) Ascítico ( ) Outros:	
R.H.A: ( <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados	
Eliminação intestinal: ( <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:	
Eliminação urinária: ( <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) S.V.D. Débito ml/h:	
Aspecto: ( ) Outros. Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: ( ) Integra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:	
Coloração da pele: ( <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservado	
Condições das mucosas: ( <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( )	
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto:	Curativo em: / /
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: / /
Úlcera de pressão: ( ) Estágio:	Lugar: Descrição: Curativo / /
<b> CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( ) Independente ( <input checked="" type="checkbox"/> Dependente ( ) Parcialmente dependente Observações:	
Higiene corporal: ( <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória	
Limitação física: ( <input checked="" type="checkbox"/> Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:	
<b>SONO E REPOUSO.</b>	
( <input checked="" type="checkbox"/> Preservado ( ) Insônia ( ) Dorre durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: ( <input checked="" type="checkbox"/> Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo:	
( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Alfredo Pinto de Oliveira</i> DATA: <b>01/04/16</b> HORA: <b>17:00h</b>	

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

GOVERNO  
DA PARAÍBA

## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Ricardo Maia e Labral | Registro: | Leito: 2-4 | Setor Atual: Reoperatório

## 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Taxa: 33,5 °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 120x80 mmHg; FC: bpm; SPO2: %  
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm | Dor: ( ) Local: Obs:

## EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

## 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

## REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro  
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):Pupilas: () Isocônicas () Anisocônicas () D>E () E>D () Fotoreagentes () Mioticas () MidriáticasMobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:Linguagem: () Qual? () Disfonia () Alasia () Distisia () Disartria.

Obs:

## OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T  
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O() Eupnênia; () Taquipnênia () Bradipnênia () Dispneia () Outros:Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuidos () D () ERuidos 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 PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / Hora:

## PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

## SEGURANÇA FÍSICA

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

## REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Corada ( <input type="checkbox"/> ) Hipocorada ( <input type="checkbox"/> ) Cianose ( <input type="checkbox"/> ) Sudorese ( <input type="checkbox"/> ) Fria ( <input type="checkbox"/> ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ( <input type="checkbox"/> ) ≤ 3 segundos; ( <input type="checkbox"/> ) > 3 segundos. ( <input type="checkbox"/> ) Turgência jugular: ( <input type="checkbox"/> )	
Drogas vasoativas: ( <input type="checkbox"/> ) Quais? _____	Precordialgia ( <input type="checkbox"/> )
Ausculta cardíaca: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Rítmica ( <input type="checkbox"/> ) Arritmica ( <input type="checkbox"/> ) Sopro ( <input type="checkbox"/> ) Outro. Marcapasso: ( <input type="checkbox"/> ) Transitório ( <input type="checkbox"/> ) Definitivo	
Cateter vascular: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Periférico ( <input type="checkbox"/> ) Central ( <input type="checkbox"/> ) Dissecção. Localização: _____	Data da punção: <u>29/03/16</u>
Edema: ( <input type="checkbox"/> ) MMSS ( <input type="checkbox"/> ) MMII ( <input type="checkbox"/> ) Face ( <input type="checkbox"/> ) Anasarca. Observações: _____	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Nutrido ( <input type="checkbox"/> ) Enmagrecido ( <input type="checkbox"/> ) Caquético ( <input type="checkbox"/> ) Obeso.	
Dentição: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Completa ( <input type="checkbox"/> ) Incompleta ( <input type="checkbox"/> ) Prótese.	
Alimentação: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) VO ( <input type="checkbox"/> ) SNG ( <input type="checkbox"/> ) SNE ( <input type="checkbox"/> ) Gastrostomia ( <input type="checkbox"/> ) Jejunostomia ( <input type="checkbox"/> ) NPT; Hora: _____ Data: _____	
Alterações: ( <input type="checkbox"/> ) Inapetência ( <input type="checkbox"/> ) Disfagia ( <input type="checkbox"/> ) Intolerância alimentar ( <input type="checkbox"/> ) Vômito ( <input type="checkbox"/> ) Pirose ( <input type="checkbox"/> ) Outros: _____	
Abdômen: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normotensão ( <input type="checkbox"/> ) Distendido ( <input type="checkbox"/> ) Tensão ( <input type="checkbox"/> ) Ascítico ( <input type="checkbox"/> ) Outros: _____	
RHA: ( <input type="checkbox"/> ) Normoativos ( <input type="checkbox"/> ) Ausentes ( <input type="checkbox"/> ) Diminuídos ( <input type="checkbox"/> ) Aumentados	
Eliminação intestinal: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( <input type="checkbox"/> ) Líquida ( <input type="checkbox"/> ) Constipado há dias: ( <input type="checkbox"/> ) Outros: _____	
Eliminação urinária: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Espontânea ( <input type="checkbox"/> ) Retenção ( <input type="checkbox"/> ) Incontinência ( <input type="checkbox"/> ) Hematuria ( <input type="checkbox"/> ) SVD: Débito: ml/h	
Aspecto: ( <input type="checkbox"/> ) Outros: _____ Observações: _____	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Integra ( <input type="checkbox"/> ) Ressecada ( <input type="checkbox"/> ) Equimoses ( <input type="checkbox"/> ) Hematomas ( <input type="checkbox"/> ) Escoriações ( <input type="checkbox"/> ) Outro: _____	
Coloração da pele: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normocorada ( <input type="checkbox"/> ) Hipocorada ( <input type="checkbox"/> ) Ictérica ( <input type="checkbox"/> ) Cianótica	
Turgor da pele: ( <input type="checkbox"/> ) Preservado	
Condições das mucosas: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Úmidas ( <input type="checkbox"/> ) Secas Manifestações de sede: ( <input type="checkbox"/> )	
Incisão cirúrgica: ( <input type="checkbox"/> ) Local/Aspecto: _____ Curativo em: / /	
Dreno: ( <input type="checkbox"/> ) Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: / /	
Úlcera de pressão: ( <input type="checkbox"/> ) Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: / /	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( <input type="checkbox"/> ) Independente ( <input type="checkbox"/> ) Dependente ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Parcialmente dependente. Observações: _____	
Higiene corporal: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Satisfatória ( <input type="checkbox"/> ) Insatisfatória Higiene Corporal: ( <input type="checkbox"/> ) Satisfatória ( <input type="checkbox"/> ) Insatisfatória.	
Limitação física: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Acamado ( <input type="checkbox"/> ) Cadeira de rodas ( <input type="checkbox"/> ) Outro: _____	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
( <input checked="" type="checkbox"/> ) Preservado ( <input type="checkbox"/> ) Insônia ( <input type="checkbox"/> ) Dorme durante o dia ( <input type="checkbox"/> ) Sono interrompido. Observações: _____	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Preservada ( <input type="checkbox"/> ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ( <input type="checkbox"/> ) Cooperativo ( <input type="checkbox"/> ) Medo. ( <input type="checkbox"/> ) Ansiedade ( <input type="checkbox"/> ) Ausência de familiares/visita ( <input type="checkbox"/> ) Outros: _____	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( <input type="checkbox"/> ) Praticante ( <input type="checkbox"/> ) Não praticante. Observações: _____	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
Paciente ECB, sem queixas.	
Paciente aguardando resultado RNM.	
Sem nenhuma assinatura do Enfermeiro.	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: <u>02/04/16</u>
	HORA: _____ h

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





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Ricardo Souza Soárez | Registro: 02104 | Leito: 02104 | Setor Atual: Unidade de Emergência

## 2. AVALIAÇÃO GERAL

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

## EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

## 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

## REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro  
GLASGOW(3-15): 15 | Drogas (Sedação/Analgesia): Pupilas: () Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mioticas () MidriáticasMobilidade 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 10 Comissura labial nº 10 FiO2 % PEEP cmHzO() Eupnáea: () Taquipnáea () Bradipnáea () Dispnéia () Outros: Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () ERuidos 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 PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / Hora: 

## PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

## SEGURANÇA FÍSICA

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

## REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> > 3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? _____ Precordialgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: _____ Data da punção: / /	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT. Hora: _____ Data: / /	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Abdômen: <input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros: _____	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há _____ dias <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Eliminação urinária: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito: _____ ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: _____ Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Coloração da pele: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Gianólica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: _____ Curativo em: / /	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: / /	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: / /	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro: _____	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono Interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Medo: <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros: _____	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____	
Valuska Lima de Carvalho ENFERMEIRA COREN-PB 358.098	
DATA: 04/09/2016 HORA: _____ h	

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



## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Ricardo Registro: \_\_\_\_\_ Leito: 2-4 Setor Atual: União

## 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: () Isocônicas () Anisocônicas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () MidriáticasMobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfásia () Disartria.

Obs:

## OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T  
() VMNI () VMI TOT n° Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O() Eupnêia; () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispnéia () Outros:Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente; () Diminuídos () D () ERuidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros;Tosse: () Impredutiva () 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 PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / Hora:

## PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

## SEGURANÇA FÍSICA

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

## REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> < 3 segundos; <input type="checkbox"/> > 3 segundos. <input type="checkbox"/> Turgência jugular: <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordialgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <b>NSE</b> Data da punção: <b>04/04/16</b>	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> V.O. <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT. Hora: <input type="checkbox"/> Data: <input type="checkbox"/>	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Distagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Asfítico <input type="checkbox"/> Outros.	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Liquida <input type="checkbox"/> Constipado há <input type="checkbox"/> dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito <input type="checkbox"/> min;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro.	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Umidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: <input type="checkbox"/>	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: <input type="checkbox"/>	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: <input type="checkbox"/>	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
<b>SONO E REPOSO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:	
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
<b>05/04/16</b> <b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
PA = 110x80 T = 36°C	
Paciente segue aconselhando diurese, apesar de estar escanciadas em patch M.E. Sobre bem- queixas. Rx: <input type="checkbox"/>	
PA = 110x80 T = 36.5°C	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Revez das O.G. Guerreiro ENFERMEIRO LOREN ISMAEL J.A.C.</i>	
DATA: <b>05/04/16</b> HORA: <b>11:30 h</b>	

FONTE: BORDINHÃO, R.C.; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2015).



GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Ricardo Araújo Calvão | Registro: 2-4 | Leito: 2-4 | Setor Atual: Ortopedia

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 PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Anaalgésia):

Pupilas: () Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mioticas () Midráticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

() Eupnêia; () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispnéia () Outros:

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ( ) <3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )	
Drogas vasoativas: ( ) Quais? _____ Precordialgia ( )	
Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: _____ Data da punção / /	
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: ( ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.	
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> JVO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastroenterologia ( ) Jejunostomia ( ) NPT. Hora: _____ Data: / /	
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros.	
Abdômen: ( ) Normotensão ( ) Distendido ( ) Tensão ( ) Ascítico ( ) Outros.	
RHA: ( ) Normoalvos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: ( ) Outros: _____ Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Intacta ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outra:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica   Turgor da pele: ( ) Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas ( ) Secas   Manifestações de sede: ( )	
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: _____ Curativo em: / /	
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: / /	
Úlcera de pressão: ( ) Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: / /	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória ( ) Insatisfatória   Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória	
Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: ( ) Preservada ( ) Prejudicada   Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo: ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
Aprendendo oportunidade Ciúme.	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: FÁBIO LIMA DE SOUZA PEREIRA ENFERMEIRO COVEN-PR 229470	DATA: 06/09/16 HORA: ____ h

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



## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *José Ricardo Araújo Cabral* | Registro: | Leito: 2 - 4 | Setor Atual: *ortopedia*

## 2. AVALIAÇÃO GERAL

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

## EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

## 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

## REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro  
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):Pupilas: () Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () MidriáticasMobilidade Física: () Preservada () Parésia () Plegia () Parestesia Local:Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfásia () Disartria.

Obs:

## OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T  
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH<sub>2</sub>O() Eupnéia () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispnéia () Outros:Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () ERuídos 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 PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / Hora:

## PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

## SEGURANÇA FÍSICA

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

## REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudores ( ) Fria ( ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ( ) < 3 segundos; ( ) > 3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )	
Drogas vasoativas: ( ) Quais? _____ Precordalgia ( )	
Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: _____ Data da punção: 07/04/16	
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.	
Dentição: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.	
Alimentação: ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT. Hora: _____ Data: / /	
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:	
Abdômen: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normotônico ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:	
RHA: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados	
Eliminação intestinal: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:	
Eliminação urinária: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD: Débito ml/h.	
Aspecto: ( ) Outros: _____ Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Intacta ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriões ( ) Outro:	
Coloração da pele: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservado	
Condições das mucosas: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Úmidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( )	
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: _____ Curativo em: / /	
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: / /	
Úlcera de pressão: ( ) Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: / /	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.	
Limitação física: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Atacado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
( ) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: ( ) Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo: ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Recept. de RNM, no monteiro.</i></li> <li>- <i>realizada curta, com sinais florais,</i></li> <li><i>de que nasce a necessidade de enfermeira.</i></li> </ul>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____	
DATA: 07/04/16 HORA: _____ h	

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

Dr. Maria da Conceição de Melo  
Enfermeira - Especialista PSC  
COREN 24123  
E-mail: mdc.mel@uol.com.br

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: José Rivotto Amaro Cabral

Enfermaria: 2, Leito: 4, Data: 07/09/16

DIAGNÓSTICOS		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS		
1	Constipação	Diárticos ( )	Desidratação ( )	Estresse ( )	Outro ( )	Abdômen distendido ( )	Dor à evacuação	Outro ( )
2	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades	Habilidades de evacuação irregulares ( )	Lesão neurológica ( )	Anorexia ( )	Dor abdominal ( )	Fatores biológicos ( )	Diarréia ( )	Outro ( )
3	Déficit no auto cuidado para banho	Fatores psicológicos ( )	Outro ( )	Covidade bucal/lejida ( )	Mucosas pálidas ( )	Prejuízo neuromuscular ( )	Dor abdominal ( )	Outro ( )
4	Dor aguda	Ansiedad ( )	Prejuízo neuromuscular ( )	Incapacidade de lavar o corpo ( )	Outro ( )	Agentes tóxicos (Ex: Biológicos, químicos, físicos, psicotóxicos) ( )	Alterações na pressão sanguínea ( )	Outro ( )
5	Hipertermia	Anestesia ( )	Desidratação ( )	Trauma ( )	Relato verbal da dor ( )	Aumento da taxa metabólica ( )	Outro ( )	Outro ( )
6	Integridade da pele prejudicada	Aumento da taxa metabólica ( )	Extremos de idade ( )	Circulação prejudicada ( )	Tratamento da pele ( )	Tratamento da pele ( )	Invasão de estruturas do corpo ( )	Outro ( )
7	Mobilidade Física prejudicada	Hipertermia ( )	Imobilização física ( )	Ansiedad ( )	Rompenimento da superfície da pele ( )	Destrução de camadas da pele ( )	Outro ( )	Outro ( )
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedad ( )	Desconforto ( )	Rigidez articular	Dificuldade para virar-se ( )	Discrição esforço ( )	Movimentos descontrolados ( )	Outro ( )
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Dor ( )	Fadiga ( )	Obesidade ( )	Alterações na profundidade respiratória ( )	Batimento da asa de nariz ( )	Dispneia ( )	Outro ( )
10	Risco de infecção	Asônia ( )	Quermaduras ( )	Vômito ( )	Diarréia ( )	Deficiência ambiental à patógenos ( )	Outro ( )	Outro ( )
11	Risco de queda	Direnas ( )	Outros ( )	Diarréia ( )	Outro ( )	Extermos da idade ( )	Medicações ( )	Outro ( )
12	Padrão de sono prejudicado	Procedimentos invasivos (X)	Quimioterapia ( )	Doenças primárias inadequadas ( )	Outro ( )	Mobilidade física prejudicada ( )	Outro ( )	Outro ( )
13	Outro	Falta de privacidade/controla do sono ( )	Outro ( )	Doenças primárias inadequadas ( )	Outro ( )	Mudança do padrão normal do sono ( )	Outro ( )	Outro ( )
14	Outro	Ruim ( )	Imobilização física ( )	Doenças primárias inadequadas ( )	Outro ( )	Relatos de dificuldade para dormir ( )	Outro ( )	Outro ( )

## PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

APRAZAMENTO		RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> ) Avaliar náuseas e vômitos. <input type="checkbox"/> ) Estimular o paciente (lo alimentação intestinal) e não irritante. <input type="checkbox"/> ) Observar e registrar eliminação intestinal (pot, odore, consistência e ou catros). <input type="checkbox"/> ) Aferir glicemia (ciliad), andar e monitorar CPV. <input type="checkbox"/> ) Alertar para as queixas de náusea e vômito (anôlaf, medicar CPV, reavivar em 30 minutos). <input type="checkbox"/> ) Questionar e unotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade). <input type="checkbox"/> ) Observar e comunicar dificuldades alimentares. <input type="checkbox"/> ) Encaminhar no banho de chuveiro.		<input type="checkbox"/> ) Obtenção de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> ) Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro-cabecudo. <input type="checkbox"/> ) Explorar as possíveis causas da dor. <input type="checkbox"/> ) Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável. <input type="checkbox"/> ) Avaliar características, intensidade e local da dor. <input type="checkbox"/> ) Avaliar alterações de sines vitais.	<u>Ao dia</u>	<input type="checkbox"/> ) Melhora a sensação alimentar. <input type="checkbox"/> ) Manutenção da glicemia estável. <input type="checkbox"/> ) Auxílio diário às necessidades de higiene. <input type="checkbox"/> ) Controle da dor (melhorada / ausente).
<input checked="" type="checkbox"/> ) Administrar analgésicos conforme prescrição médica e travallar dor após administração da medicação. <input type="checkbox"/> ) Após administrar medicamentos antieméticos, avaliar e registrar os resultados. <input type="checkbox"/> ) Monitorizar e orientar a ingestão de líquidos. <input type="checkbox"/> ) Observar reações de desidratação/conflusão. <input type="checkbox"/> ) Proporcionar condições de higiene apropriadas e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM. <input checked="" type="checkbox"/> ) Analisar condições do durativo	<u>Queda</u>	<input type="checkbox"/> ) Melhora da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos. <input type="checkbox"/> ) Melhora da integridade da pele. <input type="checkbox"/> ) Diminuição do risco de lesão. <input type="checkbox"/> ) Mobilidade física melhorada/fica.
<input type="checkbox"/> ) Orientar e estimular a hidratação na pele. <input type="checkbox"/> ) Orientar e estimular a movimentação no leito. <input type="checkbox"/> ) Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado. <input type="checkbox"/> ) Manter oximetria continua é monitorar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.	<u>Ao dia</u>	<input type="checkbox"/> ) Melhora da perfusão tissular. <input type="checkbox"/> ) Padronização eficaz.
<input type="checkbox"/> ) Observar condições de higienização do paciente (mucos, edema, pulso e frequência cardíaca). <input type="checkbox"/> ) Realizar balanço hídrico.	<u>Ao dia</u>	<input type="checkbox"/> ) Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído. <input type="checkbox"/> ) Diminuir o risco de infecção.
<input type="checkbox"/> ) Observar o local da ferida/infecção e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais fisiológicos. <input checked="" type="checkbox"/> ) Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais fisiológicos e anotar.	<u>sempre</u>	<input type="checkbox"/> ) Diminuir o risco de infecção.
<input type="checkbox"/> ) Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações. <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).	<u>sempre</u>	
<input type="checkbox"/> ) Manter as grades do leito baixadas. <input type="checkbox"/> ) Contar o paciente quando necessário. <input type="checkbox"/> ) Manter ambiente calmo e tranquilo.	<u>sempre</u>	<input type="checkbox"/> ) Diminuir o risco de queda. <input type="checkbox"/> ) Melhora ao padrão do sono.
<input type="checkbox"/> ) Outros: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Eletrônico</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermagem de alta complexidade</li> <li><input type="checkbox"/> Cuidado e assistência de Enfermagem</li> <li><input type="checkbox"/> Cuidado e assistência de Enfermagem</li> </ul>	<u>Outros</u>	<input type="checkbox"/> ) Outros

FONTE: NIC-2010. CHAVES, L.D.; SOLAVOL, S.A.E. 3º ed. 2013.



## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Ricardo Registro: \_\_\_\_\_ Leito: 2-4 Setor Atual: Oncop.

## 2. AVALIAÇÃO GERAL

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

## EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

## 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

## REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência:  Consciente  Orientado  Confuso  Letárgico  Torporoso  Comatoso  Outro

## GLASGOW(3-15):

## Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

Eupnêia: ( ) Taquipnêia ( ) Bradipnêia ( ) Dispnêia ( ) Outros:

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / Hora:

## PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

## SEGURANÇA FÍSICA

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

## REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele:  Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.  
 Tempo de enchimento capilar:  ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )  
 Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )  
 Ausculta cardíaca:  Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo  
 Cateter vascular:  Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data da punção / /  
 Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:  
**ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)**  
 Tipo somático:  Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso  
 Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese  
 Alimentação:  VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT. Hora: Data / /  
 Alterações:  Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:  
 Abdômen:  Normotensão ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Asófico ( ) Outros:  
 RHA:  Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados  
 Eliminação intestinal:  Normal ( ) Liquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:  
 Eliminação urinária:  Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD. Débito ml/h;  
 Aspecto: ( ) Outros: Observações:  
**INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA**  
 Condição da pele:  Intacta ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outros:  
 Coloração da pele:  Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservada  
 Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( )  
 Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em: / /  
 Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /  
 Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /  
**CUIDADO CORPORAL**  
 Cuidado corporal: ( ) Independente  Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:  
 Higiene corporal:  Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória  
 Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:  
**SONO E REPOUSO**  
 Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono Interrrompido. 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**

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



Paciente: José Ricardo Andrade Cultural

Enfermagem: 2 | Leito: 4 | Data: 08 / 04 / 16

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO				CARACTERÍSTICAS DEFINidoras		
1 Constipação	Duréricos ( )	Desidratação ( )	Estresse ( )	Outro ( )	Abdome distendido ( )	Dor à evacuação	Outro ( )
2 Nutrição desequilibrada; menos do que as necessidades	Habilidades de evacuação irregulares ( )	Lesão neurológica ( )	Anorexia ( )	Cavidade bucal farida ( )	Dor abdominal ( )	Outro ( )	
3 Déficit no auto cuidado para banho	Fatores biológicos ( )	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ( )	Faixões psicológicas ( )	Outro ( )	Dor abdominal ( )	Mucosas páldas ( )	Outro ( )
4 Dor aguda	Prejuízo neuromuscular ( )	Dor ( )	Fraqueza ( )	Outro ( )	Incapacidade de acessar o banheiro ( )	Incapacidade de lavar o corpo ( )	Outro ( )
5 Hipertermia	Ansiedade ( )	Desidratação ( )	Trauma ( )	Outro ( )	Alterações na pressão sanguínea ( )	Outro ( )	Relato verbal de dor ( )
6 Integridade da pele prejudicada	Aumento da taxa metabólica ( )	Extremos de calor ( )	Circulação prejudicada ( )	Taquicardia ( )	Taquipneia ( )	Outro ( )	Outro ( )
7 Mobilidade Física prejudicada	Hipotermia ( )	Imobilização fixa ( )	Outro ( )	Destruição de camadas da pele ( )	Invasão de estruturas do corpo ( )	Rompimento da superfície da pele ( )	Outro ( )
8 Padrão respiratório ineficaz	Ansiedad ( )	Desconforto ( )	Rigidez articular	Dificuldade para virar-se ( )	Dispneia ao esforço ( )	Outro ( )	Movimentos descontrolados ( )
9 Risco de desequilíbrio eletrolítico	Ansiedad ( )	Dor ( )	Fadiga ( )	Obesidade ( )	Outro ( )	Alterações na profundidade respiratória ( )	Dispneia ( )
10 Risco de infecção	Asclio ( )	Queimaduras ( )	Vômito ( )	Diarréia ( )	Balimento de asa de nariz ( )	Oftopneia ( )	Outro ( )
11 Risco de queda	Deficiências ( )	Outros ( )	Aumento da exposição ambiental a patógenos ( )	Defesas primárias inadequadas ( )	Outro ( )	Outro ( )	Outro ( )
12 Padrão de sono prejudicado	Procedimentos invasivos ( )	Outro ( )	Mobilidade física prejudicada ( )	Medicações ( )	Outro ( )	Outro ( )	Outro ( )
13 Outro	Extremos da idade ( )	Agitação/Desorientação ( )	Falta da privacidade/controle do sono ( )	Outro ( )	Mudança do padrão normal do sono ( )	Outro ( )	Relatos de dificuldade para dormir ( )
14 Outro	Ruído ( )	Imobilização física ( )	Outro ( )	Outro ( )	Outro ( )	Outro ( )	Outro ( )

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> ) Avaliar distensão abdominal.			<input type="checkbox"/> ) Obtenção ou eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
<input type="checkbox"/> ) Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.			<input type="checkbox"/> ) Melhora a acetilação alimentar.
<input type="checkbox"/> ) Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).			<input type="checkbox"/> ) Monitorização da glicemia estável.
<input type="checkbox"/> ) Álcool glicídima cápsula, anotar e medir CPM.			<input type="checkbox"/> ) Auxílio diário às necessidades de higiene.
<input type="checkbox"/> ) Atentar para as queixas de náuseas e vômito (anotar medicina intestinal e urinária (aspécie, frequência e quantidade)).			<input type="checkbox"/> ) Controlo de dor (melhorada / ausente).
<input type="checkbox"/> ) Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspécie, frequência e quantidade).			
<input type="checkbox"/> ) Observar e comunicar dificuldades alimentares.			
<input type="checkbox"/> ) Encaminhar ao banho de chuveiro.			
<input type="checkbox"/> ) Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.	08/04		
<input type="checkbox"/> ) Explorar ao paciente os possíveis causas da dor.			
<input type="checkbox"/> ) Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.			
<input type="checkbox"/> ) Avaliar saturação sanguínea, intensidade e local da dor.			
<input type="checkbox"/> ) Avaliar alterações de sinal vital.			
<input type="checkbox"/> ) Administrar amigdase conforme prescrição médica e reavaliar dopo agções administrativa da medicinação.			
<input type="checkbox"/> ) Após administrar medicamentos antieméticos, avaliar e registrar os resultados.			
<input type="checkbox"/> ) Incentivar a ingestão de líquidos.			
<input type="checkbox"/> ) Observar reações de desorientação/confusão.			
<input type="checkbox"/> ) Proporcionar condições de higiene cateterosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.			
<input type="checkbox"/> ) Analisar condições do curativo.			
<input type="checkbox"/> ) Orientar e estimular a hidratação da pele.			
<input type="checkbox"/> ) Orientar e estimular a movimentação no leito.			
<input type="checkbox"/> ) Auxiliar o paciente a desambular conforme apropriado.			
<input type="checkbox"/> ) Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e tamandilizar se for menor que 95%.			
<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 leito da ferida/quemadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.			
<input type="checkbox"/> ) Trocar acesta venosa periférica a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e anotar.			
<input type="checkbox"/> ) Realizar desinfecção com alcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicinações.			
<input type="checkbox"/> ) Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.			
<input type="checkbox"/> ) Determinar a dotação do leito elevadas (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).			
<input type="checkbox"/> ) Manter fitas grises do leito elevadas.			
<input type="checkbox"/> ) Conter o paciente quando necessário.			
<input type="checkbox"/> ) Manter ambiente calmo e tranquilo.			
<input type="checkbox"/> ) Orientar a reposo no leito.			
<input type="checkbox"/> ) Administrar medicinação CPM.			
<input type="checkbox"/> ) Outros			
<input type="checkbox"/> ) Outros			

FONTE: NCx2010; CHAVES,L.D.; SOLAVCA, SAE. 2 Ed. 2013.

Carmo & Marinho  
Enfermagem  
CREF-PR 351542 - Enl

Carmo e assistente do Enfermeiro(a) \_\_\_\_\_  
Carmo e assinatura do Técnico de Enfermagem \_\_\_\_\_



## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jorge Ricardo Almeida | Registro: Leito: 2-4 | Setor Atual: Ortopedia

## 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 35 °C; P: 19 bpm; FR: 70 lpm; PA: 120x80mmHg; FC: 70 bpm; SPO2: 98%  
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm; Dor: ( ) Local:  Obs: 

## EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

## 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

## REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Típoroso () Comatoso () Outro  
GLASGOW(3-15): 15 Drogas (Sedação/Analgesia): Pupilas: () Isocônicas () Anisocônicas () D>E () E>D () Fotoreagentes () Mioticas () MidriáticasMobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plégia () Parestesia Local: Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfásia () Disartria.Obs: 

## OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % /min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T  
() VMNI () VMI TOT nº 1 Comissura labial nº 1 FiO2 % PEEP cmH<sub>2</sub>O  
() Eufnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros: Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () ERuídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: Tosse: () Improdutiva () Produtiva | Expectorado: () Quantidade e aspecto: Aspiração: Quantidade e aspecto:  | Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data / / Hora: 

## PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

## SEGURANÇA FÍSICA

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

## REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.		
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> < 3 segundos; ( ) > 3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )		
Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordalgia ( )		
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo		
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: <u>M3C</u> Data da punção: <u>10/01/16</u>		
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:		
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>		
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Gaquético ( ) Obeso.		
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.		
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: _____ Data: / /		
Alterações: ( ) Inapeténcia ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:		
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:		
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoalitivos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados		
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:		
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD; Débito ml/h:		
Aspecto: ( ) Outros: Observações:		
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>		
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Intacta ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:		
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservado		
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( )		
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em: / /		
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /		
Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /		
<b>CUIDADO CORPORAL</b>		
Cuidado corporal: ( ) Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:		
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.		
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:		
<b>SONO E REPOUSO</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:		
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>		
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>		
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo ( ) Medo; ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros;		
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>		
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>		
Tipo: <u>Católico</u> ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:		
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>forrênia</i>	DATA: <u>10/01/16</u>	HORA: <u>11:00</u> h

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

Paciente: José Ricardo Júnior

Leito: 2 Data: 10/04/16

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



Nome: JOSE RICARDO ARAUJO CABRAL

ID: 0003902858

Médico: Dr(a) HALLISSON BARROS DE ALMEIDA

Data: 04/04/2016

Exame: RM JOELHO ESQUERDO

0070280641

#### RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

##### TÉCNICA:

Exame realizado com aquisições multiplanares T1, T2 e FAT-SAT, antes e após a administração endovenosa do contraste paramagnético.

##### ANÁLISE:

Áreas de contusão/edema da medular óssea localizadas nos côndilos femorais e nos planaltos tibiais, relacionadas ao mecanismo de trauma/entorse.

Rotura completa do ligamento patelofemoral medial, associada a descontinuidade parcial das fibras do vasto medial do quadríceps com interposição de coleção de provável natureza hemática, a qual mede cerca de 3.2 x 1.4 x 2.3 cm, associada a edema em partes moles adjacentes.

Volumoso derrame articular, com sinais de hemartrose.

Alteração pós-contusional do corno anterior do menisco lateral.

Menisco medial com morfologia e contornos normais, sem evidências de roturas.

Rotura completa das fibras proximais do ligamento colateral medial.

Estiramento do ligamento colateral lateral, bem como do complexo ligamentar arqueado, cursando com tendinose/tendinopatia pós-traumática do poplíteo.

Rotura completa do ligamento cruzado anterior. ✓

Rotura completa do ligamento cruzado posterior. ✓

Tendões do quadríceps e patelar com espessura, orientação e intensidade de sinal habituais.

##### UNIDADE I

Rua Capitão João Alves de Lira, 742 • Prata  
Fone (83) 3310 3000

##### UNIDADE II

Av. Floriano Peixoto, 804 • Centro  
Fone (83) 3315 7000

##### UNIDADE III

Clínica Santa Clara  
Fone (83) 3310 3000

[www.clinicadrwanderley.com.br](http://www.clinicadrwanderley.com.br)



**Nome:** JOSE RICARDO ARAUJO CABRAL

**ID:** 0003902858

**Médico:** Dr(a) HALLISSON BARROS DE ALMEIDA

**Data:** 04/04/2016

**Exame:** RM JOELHO ESQUERDO

0070280641

Pequeno cisto de Baker.

Estiramento do ligamento patelofemoral lateral.

**IMPRESSÃO:**

Áreas de contusão/edema da medular óssea localizadas nos côndilos femorais e nos planaltos tibiais, relacionadas ao mecanismo de trauma/enterse.

Rotura completa do ligamento patelofemoral medial cursando com descontinuidade parcial das fibras do vasto medial do quadriceps com interposição de coleção de provável natureza hemática, associada a edema em partes moles adjacentes.

Rotura completa do ligamento colateral medial, bem como dos ligamentos cruzados anterior e posterior.

Alteração pós-contusional no corno anterior do menisco lateral.

Estiramento do ligamento colateral lateral, do complexo ligamentar arqueado e do ligamento patelofemoral lateral, com tendinose/tendinopatia pós-traumática do poplíteo.

Volumoso derrame articular, com sinais de hemartrose.

\* Exame documentado em 04 filmes.

-jm



Dr. MAURO CALDAS MENDES FILHO  
RADIOLOGISTA  
CRM 8237

**UNIDADE I**

Rua Capitão João Alves de Lira, 742 • Prata  
Fone (83) 3310 3000

**UNIDADE II**

Ay. Floriano Peixoto, 804 • Centro  
Fone (83) 3315 7000

**UNIDADE III**

Clínica Santa Clara  
Fone (83) 3310 3000

[www.clinicadrwanderley.com.br](http://www.clinicadrwanderley.com.br)





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Consulta Básica (PRA)  
Consulta Especializada

NA REZA DA CONSULTA  
Anamnese



## FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO  
Código da Unidade: 00023671

CNPJ: 08-778.260/0001-60

### PROCEDIMENTO

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

Município: CAMPINA GRANDE

Estado: PARAÍBA

UF:25

### PRONTUÁRIO 15/057090 DADOS DO PACIENTE

Nome: DSE RICARDO ALVES CABRAL

Profissão: FUNCIONÁRIO PÚBLICO/PAM

Endereço: RUA CABRAL, 440

Município: RIAÇUCHA DO BACAMARTE

Data Admissão: 24/03/2019

19:15h

DTA NASCIMENTO: 07/06/1977

QUEIXAS: ACIDENTE DE MOTO

Documento:

Bairro:

Brado:

Brado:

Código do Munic.

251275

Sexo: MASCULINO

Idade:

36,5

RAÇA/COR

1 - BRANCA

2 - MARROM

3 - PRETA

4 - AMARELA

5 - INDÍGENA

6 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS

*(Handwritten notes in Portuguese)*

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

TIPO

TOMOGRAFIA

REALIZADA

RESULTS

*(Handwritten notes in Portuguese)*

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO

*(Signature)*

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)

*(Signature)*

Número do documento: 18033020254281400000013017993

Assinado eletronicamente por: ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO - 30/03/2018 20:26:52

http://pje.tjb.pj.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18033020254281400000013017993

Num. 13328257 - Pág. 1



800.0

246.470

卷之三

卷之三

卷之三

**L. Wagner da Silveira  
Cooper**





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

### **Diagnóstico**

Anexo de Textos

-4-

10

100

Paciente **JOSÉ Ricondo** Número **1,382** Abjamento **Dra. Enriqueta Márquez**

Leito \_\_\_\_\_ Convênio \_\_\_\_\_

Date	Personnel	Reason	Notes
25/03/16	1) Peter L. VRE		
	2) SEL 1.500ml EV 24h		
	3) Oxygène 0.2-0.4-0.6 EV 06/06h		
	4) F.letil 20mg + 0.5 EV 14h20 (Inhaler enfin !)		
	5) Domperidol 40mg EV / Jour		
	6) Thiaméthoxime + 100ml Soprin. EV 08h (Inhaler) 15 fables		

Boo per uno class

**Dr. Antônio  
ORTOPEDISTA  
CIRURGIA TRAUMATOLOGIA  
Cirurgia Crânio Facial e Ortopedia  
Av. Dr. FORTES DE SOUZA  
nº 3241 - Centro  
Tel: 3200-2651**

- R+ - pello D P + Y

This image shows a single sheet of white, vertically oriented lined paper. The paper has horizontal grey ruling lines spaced evenly down its length. In the upper right quadrant, there is a faint, handwritten signature that appears to read "R. J. Hello D. P. H.". To the right of this signature, there is a small, dark, roughly triangular mark or smudge. The rest of the page is blank.

**PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA  
COMARCA DE INGÁ  
1ª VARA MISTA**

---

**PROCESSO NÚMERO - 0800289-55.2018.8.15.0201**

**CLASSE:** PROCEDIMENTO COMUM (7)

**ASSUNTO(S):** [ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO]

**AUTOR:** JOSE RICARDO ARAUJO CABRAL

Advogado do(a) AUTOR: ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO - PB0017753

**RÉU:** SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Advogado do(a) RÉU:

---

**SENTENÇA**

*Vistos etc.*

Trata-se de Ação de Cobrança proposta por **JOSÉ RICARDO ARAÚJO CABRAL**, através de advogado habilitado, em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS S.A.**, devidamente qualificado na inicial, alegando, em síntese, que sofreu um acidente automobilístico do qual resultou sequelas e que faz jus ao recebimento do seguro obrigatório.

Vieram-me os autos conclusos.

**É o relatório. Decido.**



Trata-se de ação cujo objetivo é o recebimento da indenização do seguro DPVAT, na qual o segurado postula sua pretensão diretamente no Poder Judiciário, sem requerer administrativamente o objeto da ação.

Com efeito, embora o autor tenha acostado à inicial cópia de duas decisões negativas do pedido de indenização formulado administrativamente junto à seguradora, verifico que ambos os pedidos foram rejeitados porque ele deixou de apresentar a documentação complementar solicitada.

Ora, a apresentação do pedido na via administrativa, desacompanhado dos documentos complementares exigidos, equivale, na verdade, à ausência de requerimento administrativo, já que a pretensão não foi sequer analisada por culpa exclusiva do autor e não houve inércia da seguradora na análise do pleito.

Como é cediço, o ordenamento jurídico brasileiro adotou a teoria abstrata do direito de ação, em sua versão eclética, preconizada por Enrico Túlio Liebman. Disso, resulta que o direito de ação é autônomo em relação ao direito material, condicionando-se o seu exercício ao preenchimento das chamadas condições da ação. Daí a necessidade de exame, inclusive de ofício, acerca da legitimidade *ad causam*, interesse de agir e possibilidade jurídica do pedido.

Em se tratando de demanda na qual se busca o pagamento de indenização relacionada ao seguro DPVAT, é indispensável a prova de que tal benefício foi negado ou pelo menos requerido, tendo como resultado alguma manifestação da Seguradora na via administrativa que não satisfaça plenamente a pretensão do lesado.

É que, se não há pretensão resistida, não há necessidade e, consequentemente, interesse processual que justifique a propositura de uma ação judicial. Noutras palavras, inexistindo lide, que é o conflito de interesses qualificado por uma pretensão resistida, está ausente uma das condições essenciais para movimentação da máquina judiciária.

O interesse de agir ou processual configura-se através do binômio necessidade-utilidade da pretensão submetida ao Juiz. Na realidade, o acionamento da máquina judiciária demanda a demonstração de resistência por parte do devedor da obrigação, porquanto o Poder Judiciário se presta à resolução de conflitos.

A utilização direta do Poder Judiciário como se já existisse conflito em relação a um pedido que nunca foi formalmente feito, muito menos indeferido, é inaceitável<sup>1</sup>, afigurando-se uma manobra utilizada para garantir a reserva de mercado da advocacia, a qual prejudica a própria parte interessada, que costuma contratar serviços advocatícios por acreditar que o pedido somente pode ser feito perante a Justiça.

A propósito, tal posicionamento vem sendo aplicado – *mutatis mutandis* – aos casos em que são pleiteados benefícios previdenciários, sendo inadmitida a prestação jurisdicional quando não formulado o pedido na via administrativa. Neste sentido, já se posicionou o STF, no julgamento do RE 631.240/MG, com repercussão geral reconhecida, julgado em 03/09/2014.



Destaque-se que não se está aqui a falar que seja necessário o esgotamento da via administrativa, mas tão somente que é indispensável que a parte interessada formalize o pleito administrativamente e se porventura a Seguradora não o atender ou o fizer de maneira insatisfatória ou ilegal, estará concretizado, nesse momento, a resistência a sua pretensão, de modo que estará atendida a condição da ação relativa ao interesse de agir.

Com efeito, a presente controvérsia soluciona-se na via infraconstitucional, não havendo que se falar em violação ao princípio da inafastabilidade do controle jurisdicional (art. 5º, XXXV, da CF), pois se sequer provocada a Seguradora ao pagamento ao qual está obrigada, não restará configurada qualquer lesão ou ameaça a direito.

O princípio da inafastabilidade da jurisdição somente estaria violado se, uma vez caracterizada a resistência a pretensão, ou seja, negado o pedido administrativamente, fosse exigido da parte interessada o esgotamento da via administrativa como requisito para o ajuizamento da ação judicial respectiva, não sendo este, portanto, o caso dos autos.

Aliás, outro não tem sido o entendimento adotado pelo Superior Tribunal de Justiça, senão vejamos:

AGRAVO REGIMENTAL. RECURSO ESPECIAL. SEGURO. DPVAT. REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PRÉVIO. REQUISITO ESSENCIAL PARA PROPOSITURA DE AÇÃO JUDICIAL PARA CONFIGURAÇÃO DO INTERESSE DE AGIR. INÉRCIA DO AUTOR QUANTO A ESTE PEDIDO. REVERSÃO DO ENTENDIMENTO. IMPOSSIBILIDADE. INCURSÃO EM MATERIAFÁTICO-PROBATÓRIA. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 7/STJ. VIOLAÇÃO AO PRINCÍPIO DA INAFASTABILIDADE DO ACESSO À JUSTIÇA. IMPOSSIBILIDADE DE EXAME POR ESTA CORTE DE JUSTIÇA. MATÉRIA ATINENTE À COMPETÊNCIA DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. 1. **Q** **requerimento administrativo prévio constitui requisito essencial para o ingresso da demanda judicial.** (...)” (STJ. AgRg no REsp 936574 SP. Rel. Min. PAULO DE TARSO SANSEVERINO, 3<sup>a</sup>T. Julg.: 02/08/2011. Publ.: 08/08/2011). (grifos acrescentados)

Na mesma linha já se manifestaram algumas cortes estaduais:

APELAÇÃO CÍVEL. **DPVAT**. SENTENÇA QUE EXTINGUIU O FEITO SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO POR AUSÊNCIA DE INTERESSE PROCESSUAL. INEXISTÊNCIA DE PRÉVIO PEDIDO ADMINISTRATIVO. AUSÊNCIA DE INTERESSE PROCESSUAL VERIFICADA BINÔMIO UTILIDADE/NECESSIDADE QUE NAO SE APERFEIÇOA NA ESPÉCIE, NAO SENDO NECESSÁRIA A DEMANDA JUDICIAL QUANDO NAO DEMONSTRADA AMEAÇA DE LESAO AO DIREITO INVOCADO. PRECEDENTES DO STJ. APELO DESPROVIDO. (TJPR. AC nº 841767-2, Londrina, 3<sup>a</sup> Vara Cível. (Des. COSTA BARROS) Rela. Designada: Des. DENISE KRUGER PEREIRA).

PROCESSO CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. CARÊNCIA DE AÇÃO. FALTA DE INTERESSE DE AGIR. AUSÊNCIA DE PEDIDO ADMINISTRATIVO PERANTE A SEGURADORA. REQUISITO ESSENCIAL PARA A UTILIDADE DA PROVIDÊNCIA JURISDICIONAL. NOVEL ENTENDIMENTO ESBOÇADO PELA JURISPRUDÊNCIA DO COLENO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. RECURSO NÃO PROVIDO, À UNANIMIDADE DE VOTOS. Conforme se percebe da leitura dos autos, não formulou o apelante pedido administrativo perante a seguradora apelada. Optou



por acionar a seguradora/apelante apenas judicialmente, a fim de obter pagamento referente ao seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículos automotor - DPVAT, em razão de suposta debilidade permanente a que foi acometido em virtude de acidente automobilístico; A despeito deste E. TJPE vir decidindo de forma reiterada pela prescindibilidade do pleito administrativo anterior para o ajuizamento da ação securitária, a temática merece debate, principalmente diante da linha adotada pelo Superior Tribunal de Justiça em recentes pronunciamentos; Nesse diapasão, cumpre registrar o novo entendimento esboçado pela jurisprudência do Colendo Superior Tribunal de Justiça. Em decisão relatada pelo Min. Paulo de Tardo Sanseverino, considerou indispensável a existência de requerimento prévio à seguradora. Para o STJ, trata-se de "requisito essencial para a utilidade da providência jurisdicional, isso porque a provocação do Estado e a posterior concretização do processo não pode ser instrumento de mera consulta, mas sim, meio de aplicação da justiça, como forma de solução de conflitos"; Cumpre registrar ainda que o E. Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, nesta toada, editou a súmula TJ-RJ nº 232, com o seguinte teor: "é incabível a cobrança judicial da cobertura do seguro DPVAT no prazo legal de regulação do sinistro". Recurso não provido, à unanimidade de votos. (TJPE. AC nº 0012137-80.2011.8.17.0001. Des. BARTOLOMEU BUENO, 3ª Câmara Cível. Julg.: 27.09.2012).

Com efeito, não se pode admitir que o Poder Judiciário, já tão assoberbado com o sempre contínuo aumento das demandas, seja a primeira via para concretização de direitos em relação aos quais o próprio Estado, através de legislação própria, possibilitou ao cidadão a sua satisfação na via administrativa.

Registro, por fim, que, em outras oportunidades, entendi que a simples comprovação da abertura do sinistro era suficiente para demonstrar o prévio requerimento administrativo. Todavia, ao verificar que a maioria dos interessados procedia à abertura do sinistro e deixava de apresentar os documentos exigidos, em uma análise mais acurada da questão, percebi que tal procedimento representa uma verdadeira burla à exigência do prévio requerimento administrativo, pois sequer permite à seguradora a análise do requerimento formulado, razão pela qual passei a adotar o novo posicionamento ora explicitado.

Ante o exposto, com fulcro nos artigos 485, inciso VI, c/c 330, III, ambos do Código de Processo Civil, **INDEFIRO** a inicial e, por conseguinte, julgo **EXTINTO** o processo, sem resolução do mérito.

Certificado o trânsito em julgado, **arquivem-se** os autos, com baixa na distribuição.

Publique-se. Registre-se. Intime-se. Cumpra-se, com as cautelas legais.

Publicada e registrada eletronicamente.

Ingá, 14 de maio de 2018

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]  
**RAFAELA PEREIRA TONI COUTINHO - Juíza de Direito**

1(TRF1. AC nº 67194 MG 2000.01.00.067194-0. Rel. Juiz CÉSAR AUGUSTO BEARSI (CONV.); 2ª TURMA SUPLEMENTAR; DJ 08/09/2005, p.42).





Assinado eletronicamente por: RAFAELA PEREIRA TONI COUTINHO - 14/05/2018 14:37:55  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18051414375552200000013909677>  
Número do documento: 18051414375552200000013909677

Num. 14248971 - Pág. 5



**ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA  
1ª Vara Mista de Ingá**

---

PROCESSO N° 0800289-55.2018.8.15.0201

PROCEDIMENTO COMUM (7)  
[ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: JOSE RICARDO ARAUJO CABRAL  
RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Intimo a parte autora e seu advogado de todo o teor da sentença de evento 14248971.

Ingá, 10/10/2018

Diana Alcântara de Farias



Assinado eletronicamente por: DIANA ALCANTARA DE FARIA - 10/10/2018 10:03:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18101010033447500000016661039>  
Número do documento: 18101010033447500000016661039

Num. 17106862 - Pág. 1

SEGUE EM ANEXO RECURSO DE APELAÇÃO EM FORMATO PDF.

ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO

OAB/PB Nº 17.753



Assinado eletronicamente por: ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO - 13/11/2018 21:50:54  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18111321505312900000017302275>  
Número do documento: 18111321505312900000017302275

Num. 17773691 - Pág. 1

**EXMO(A). SR(A). DR(A). JUIZ(A) DE DIREITO DA 01<sup>a</sup> VARA  
MISTA DA COMARCA DE INGÁ -PB.**

**Processo nº 0800289-55.2018.8.15.0201**

**JOSE RICARDO ARAUJO CABRAL**, já amplamente qualificado nos autos da Ação Ordinária de Cobrança, processo em epígrafe, que promove contra o **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A**, em curso nesse r. Juízo, vem, no prazo legal, inconformado com a respeitável sentença proferida por este Douto Juízo, por seu procurador e advogado “*in fine*” assinado, legalmente constituído através de Instrumento de Procuração incluso nos autos, perante V. Exa., interpor o **RECURSO DE APELAÇÃO** nos termos do art. 1009 do CPC/2015 e na melhor forma de direito, ficando desde já informado este juízo que o autor é pessoa beneficiária da **Justiça Gratuita** e o presente recurso se encontra **Tempestivo**, e por final requerer que seja remetida com as cautelas de estilo ao Tribunal *ad quem* as razões recursais.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento.

Campina Grande, 13 de Novembro de 2018.

**ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO  
ADVOGADO - OAB/PB 17.753**



**PROCESSO N° 0800289-55.2018.8.15.0201 - ORIGINADO DA 01ª VARA MISTA DA COMARCA DE INGÁ – PB.**

**APELANTE: JOSE RICARDO ARAUJO CABRAL**

**APELADO: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A**

## **RAZÕES DO APELANTE**

### **E G R É G I A C Â M A R A**

A sentença proferida pelo juízo *a quo* deve ser reexaminada e reformada, pois foi negado ao autor o direito de ação, acesso a justiça e não teve direito a indenização devida pelo seguro DPVAT, conforme determina a legislação vigente e o entendimento jurisprudencial dos tribunais.

O juízo *a quo* citou o seguinte em sua sentença “*com fulcro nos artigos 485, inciso VI, c/c 330, III, ambos do Código de Processo Civil, INDEFIRO a inicial e, por conseguinte, julgo EXTINTO o processo, sem resolução do mérito.*”

O art. 485, inciso VI juntamente com o inciso III do art. 330 do CPC/2015, determina que o processo será arquivado sem resolução do mérito quando o autor não houver demonstrado o interesse processual, motivo este que levou o juízo de piso a julgar improcedente os pedidos da inicial.

Ocorre Nobres Desembargadores que o interesse processual resta claramente demonstrado nos autos, pois o apelante apresentou todos os documentos sobre o acidente de transito de qual foi vítima além das despesas médicas que teve que arcar para poder se tratar das sequelas daquela acidente, devendo ser ressaltado que toda esta documentação foi apresentado na esfera administrativa junto a seguradora apelada.

**Toda a documentação que foi acostada na fase administrativa e neste processo digital está de acordo com as determinações contidas na Lei nº 6.194/74, a qual regula sobre seguro e indenizações devida em virtude ao Seguro DPVAT por acidente de transito.**

A Seguradora, promovida/apelada, de forma genérica e sem fundamentação legal NEGOU o direito do autor, relatando que houve ausência de comprovação documental, conforme consta nos ID's 13328242 e 13328241, **porém Nobres Desembargadores, o apelante apresentou toda documentação necessária e comprovatória do acidente de transito e do seu direito.**

Entende este apelante, que a Seguradora deve cumprir as regras do processo administrativo que estão vinculadas aos princípios do Direito Administrativo, e em especial o **PRINCÍPIO DA MOTIVAÇÃO** cita que toda decisão e despacho da fazenda pública e de seus órgãos deve ser claro, fundamento e fazer menção as exigências e documentos que sejam necessários para elucidação dos fatos e do direito. Porém a seguradora apelada descumpriu tal princípio.

**Vejamos que a sentença do juízo de piso, foi também**



**ofendido direitos e garantias fundamentais constitucionais do apelante, pois foi vedado o acesso a justiça assim como foi negado o direito de ação/petição do autor, nos termos dos inciso XXIV , “a)” e inciso XXXV do art. 5º da CF/88.**

**CF/88 – Art. 5º, XXXIV - são a todos assegurados, independentemente do pagamento de taxas:**

**a) o direito de petição aos Poderes Públicos em defesa de direitos ou contra ilegalidade ou abuso de poder;**

**XXXV - a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito;**

Ínclitos Desembargadores, a jurisprudência sobre o tema em tela é pacífico, no sentido de que não houve falta de interesse de agir por parte do apelante/autor, vejamos os julgados:

**PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR. REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO. NEGATIVA DA SEGURADORA. REJEIÇÃO DA PREFACIAL. - Se o promovido requer a indenização securitária administrativamente e seu pedido é negado, o interesse de agir resta demonstrado. PRESCRIÇÃO. MATÉRIA JÁ DECIDIDA JUDICIALMENTE. REJEIÇÃO DA PREJUDICIAL DE MÉRITO. - Se a prejudicial de mérito já foi devidamente examinada e afastada, conforme se observa da decisão monocrática proferida por esta relatoria (fls. 179/180), transitada em julgado (fls. 197), não há necessidade de sua reanálise. APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PROCEDÊNCIA PARCIAL DO PEDIDO. IRRESIGNAÇÃO APELATÓRIA. DEBILIDADE PARCIAL PERMANENTE. COMPROVAÇÃO. APLICAÇÃO DA LEI VIGENTE NA ÉPOCA DO ACIDENTE. FIXAÇÃO DO QUANTUM INDENIZATÓRIO DE ACORDO COM O GRAU DA INVALIDEZ. PROPORACIONALIDADE. SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. UTILIZAÇÃO DA TABELA ANEXA À LEI N° 11.945/09. INCIDÊNCIA DE JUROS E CORREÇÃO MONETÁRIA NA FORMA DAS SÚMULAS N.º 43 E 426. PROVIMENTO PARCIAL DO APELO. - O pagamento (TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo N° 00003928720168150000, 1ª Câmara Especializada Civil, Relator DES JOSE RICARDO PORTO , j. em 05-07-2016)**

**E M E N T A – APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE COBRANÇA SECURITÁRIA – SEGURO DPVAT – SENTENÇA QUE INDEFERIU A INICIAL ANTE A AUSÊNCIA DE PEDIDO ADMINISTRATIVO – DESNECESSIDADE DA EXIGÊNCIA – PRELIMINAR DE OFENSA AO PRINCÍPIO DA DIALETICIDADE – REJEITADA – SENTENÇA INSUBSTANTE – HONORÁRIOS RECURSAIS DEVIDOS NOS TERMOS DO ARTIGO 85, § 11, CPC. RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. Há ofensa ao princípio da dialeticidade, quando a parte repete os mesmos argumentos da inicial ou contestação. No caso em apreço, o Apelo devolveu ao Tribunal a apreciação do indeferimento da inicial, sem ferir tal princípio, porque em momento algum repetiu fundamentos da inicial. Não há falta de interesse de agir quando se busca recebimento do valor do seguro obrigatório (DPVAT), sem que se**



**tenha realizado prévio requerimento administrativo em que a seguradora tenha negado tal benefício. A inexistência de pedido administrativo pleiteando o bem da vida invocado pelo requerente não impede a apreciação da demanda pelo Poder Judiciário, em virtude do princípio da inafastabilidade da jurisdição.** Havendo a negativa de provimento de recurso interposto, é de se aplicar o mandamento contido no artigo 85, § 11, do Código de Processo Civil. Sentença tornada insubstancial. Recurso provido(TJ-MS 08051912120168120002 MS 0805191-21.2016.8.12.0002, Relator: Des. Nélio Stábile, Data de Julgamento: 16/05/2017, 3ª Câmara Cível)

**APELAÇÕES CÍVEIS. AÇÃO DE COBRANÇA (DPVAT). PRELIMINARES. ILEGITIMIDADE PASSIVA. AUSÊNCIA DE INTERESSE DE AGIR.**  
PREJUDICIAL. PRESCRIÇÃO. INOCORRÊNCIA. CERCEAMENTO DE DEFESA. INEXISTÊNCIA DO VÍCIO. MAJORAÇÃO DO QUANTUM IMPOSSIBILIDADE. I - Quanto à ausência de prévio requerimento administrativo, atento ao salutar ativismo jurisprudencial e a reflexões jurídicas sobre o tema, inclinei-me para a conclusão de que a exigência de requerimento administrativo anteriormente ao ajuizamento da ação não constitui ofensa ao texto constitucional em comento. O raciocínio é singelo: se não há prévio pedido, logo não há negativa e, assim, não há se falar em óbice a lesão a pretenso direito por não ter havido resistência ao pleito. Registre-se que o ato motriz desse novo entendimento é o acórdão lavrado em sede de análise de Repercussão Geral em Recurso Extraordinário nº 631.240/MG, de relatoria do eminentíssimo Ministro Luiz Roberto Barroso, ainda que relativo a requerimento de benefício previdenciário, aplicável à espécie à luz da analogia. Nele constam certos critérios processuais e cronológicos para a admissão da ação em que se reclama o benefício sem de prévio pedido administrativo. Com referência ao presente caso, pondero que a preliminar suscitada pela seguradora, atinente a falta de interesse de agir consubstanciada em ausência de requerimento prévio, deve ser repelida. Ora, a dita preliminar foi registrada em sede de contestação, na qual ainda foram destiladas matérias referentes ao mérito da causa (fls. 36/45). Na esteira do novo entendimento, a seguradora resistiu à pretensão do autor e a ação foi ajuizada antes da data do julgamento da Repercussão Geral perante o Excelso Pretório, em 03 de setembro de 2014. Há interesse de agir, portanto. II - No caso em apreço, o sinistro ocorreu no dia 15/08/2010, sendo que a vítima, ora autora, somente se submeteu a exame médico e teve ciência da invalidez no dia 18 de setembro de 2015. Ou seja, ainda não prescrita a pretensão indenizatória. III - O acidente ocorreu em 15/08/2010, sendo, portanto, regido pelas leis nº 11.482/07 e nº 11.945/09, aquela estabelecendo o teto de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) para indenização por seguro DPVAT, e esta, inserindo tabela gradativa desse valor de acordo com o grau de lesão sofrido pela vítima. O laudo pericial apontou "invalidade parcial, permanente, funcional, incompleta moderada (50%) para a mão direita". O juiz a quo, atento a essa prova e aos cálculos pertinentes fixou com precisão o valor a ser pago. Atualização do montante devido deverá ser feita por cálculo aritmético sem que implique em ampliação do valor original, mas tão somente na sua adequação ao desgaste da moeda no tempo, bem como pela inflação do período. APELAÇÕES CÍVEIS CONHECIDAS E IMPROVIDAS. (TJ-GO - AC: 03345953920138090011, Relator: DES. AMARAL WILSON DE OLIVEIRA, Data de Julgamento: 11/10/2016, 2A CAMARA CIVEL, Data de Publicação: DJ 2135 de 20/10/2016)



*Apelação cível - Ação de cobrança pelo rito sumário - Seguro obrigatório de danos pessoais (DPVAT)- Sentença de procedência - Laudo pericial que conclui pela existência de incapacidade permanente no patamar de 50% - Indenização corretamente fixada em R\$6.750,00 - Inconformismo da seguradora - Agravio retido interposto contra decisão que rejeitou preliminar de falta de interesse de agir - Ausência de requerimento administrativo que não obsta o ajuizamento da ação - Aplicação do princípio da inafastabilidade da jurisdição (Artigo 5º, XXXV, da CF)- Correção monetária que tem como termo a quo a data do sinistro - Precedentes do STJ - Honorários sucumbenciais fixados em conformidade com o artigo 20, § 3º, do CPC - Negativa de seguimento do recurso, na forma do artigo 557, caput, do Código de Processo Civil.(TJ-RJ - APL: 00295420720138190001 RIO DE JANEIRO CAPITAL 23 VARA CIVEL, Relator: LUCIANO SABÓIA RINALDI DE CARVALHO, Data de Julgamento: 19/01/2016, SETIMA CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 25/01/2016)*

**Importante também ser frisado neste recurso, que uma coisa é a falta do prévio requerimento administrativo, e outra coisa é esgotar todos os meios exigidos no âmbito administrativo, pois conforme entendimento do STF não é obrigado o beneficiário esgotar todas as instâncias ou cumprir todos os requerimentos administrativos para que existir o direito de petição ou que lhe seja garantido o acesso a justiça.**

Diante do Exposto, da legislação vigente bem como da jurisprudência dos Tribunais sobre o tema, o **Apelante vem perante os nobres Desembargadores desta Turma, requerer que seja CONHECIDO e JULGADO PROCEDENTE o presente recurso para reconhecer que não houve falta de interesse processual ou de agir do autor, e que restou violados os direito de petição/ação do apelante bem como o acesso a justiça, devendo os autos serem devolvidos e remetidos ao juízo de primeiro grau para que proceda com a devida instrução e regular andamento do processo**, por ser de direito, conforme explanado anteriormente nestas razões recursais.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento.

Campina Grande, 13 de Novembro de 2018.

**ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO  
ADVOGADO - OAB/PB nº 17.753**



**PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA  
COMARCA DE INGÁ  
1ª VARA MISTA**

---

**PROCESSO NÚMERO - 0800289-55.2018.8.15.0201**

**CLASSE:** PROCEDIMENTO COMUM (7)

**ASSUNTO(S):** [ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO]

**AUTOR:** JOSE RICARDO ARAUJO CABRAL

Advogado do(a) AUTOR: ALFREDO PINTO DE OLIVEIRA NETO - PB17753

**RÉU:** SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Advogado do(a) RÉU:

---

**DESPACHO**

Vistos etc.

Intime-se o promovido para apresentar contrarrazões ao recurso. Após, remeta-se ao Tribunal de Justiça.

Ingá, 15 de março de 2019.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]  
**RAFAELA PEREIRA TONI COUTINHO - Juíza de Direito**



Assinado eletronicamente por: RAFAELA PEREIRA TONI COUTINHO - 15/03/2019 11:46:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1903151146147600000019277638>  
Número do documento: 1903151146147600000019277638

Num. 19813754 - Pág. 1