

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

BOLETIM DE Ocorrência
Nº00018.01.2018.2.00.420



OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):
Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO
Data da Ocorrência: 15/12/2017 Hora: 19:35:00
Forma da Comunicação: Verbal
Endereço: Avenida Floriano Peixoto, Malvinas, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

	COMUNICANTE
Nome:	Maria Valéria Miguel de Assis%
Conhecido por:	Não informado
Filiação:	Maria de Lourdes de Assis Machado e Cícero Miguel da Silva
Idade:	32
Data de Nascimento:	04/02/1985
Identidade de Gênero:	feminino
Nacionalidade:	brasileira
Naturalidade:	Campina Grande
Estado Civil:	união estável
Escolaridade:	Não informado
Profissão:	Do Lar
Documentos(s) de Identificação:	CPF nº 083.600.294-66
Endereço:	Travessa Oito de Dezembro, 82, Catolé, Campina Grande, PB
Complemento:	Não informado
Telefone:	(83) 98651-2705

	VITIMA
Nome:	Ricardo Márcio Fernandes
Conhecido por:	Não informado
Filiação:	Ana Maria Ernesto Clemente e Carlos Antonio Fernandes
Idade:	34
Data de Nascimento:	29/03/1983
Identidade de Gênero:	masculino
Nacionalidade:	brasileira
Naturalidade:	Campina Grande
Estado Civil:	união estável
Escolaridade:	Não informado
Profissão:	Servente
Documentos(s) de Identificação:	CPF nº 040.237.354-50
Endereço:	Travessa Oito de Dezembro, Catolé, Campina Grande, PB
Complemento:	Não informado
Telefone:	(83) 98651-2705



2ª Delegacia de Acidentes de Veículos de Campina Grande - PB
Substituído: Maria de Fátima Leal Cavalcanti
Praça da Bandeira, 105, Centro - Campina Grande - PB

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original
que me foi exibido. Dou fé. (Art. 426 - III do CPC)
Campina Grande-PB 30/01/2019
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Selo Digital: ACJ61921-SC05
Emc: R\$2,38 ISS R\$0,12 Farpem R\$0,28 Fepj R\$0,44 MP R\$0,04



Célia Maria Barbosa
2ª Tab. Substituta

Procedimento Policial: 00018.01.2018.2.00.420





TESTEMUNHA	Nome: Fabricio Salvador da Silva
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Valdira Maria dos Santos e Fernando Salvador da Silva
	Idade: 29 Data de Nascimento: 12/11/1988 Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
	Estado Civil: casado(a)
	Escolaridade: Não informado Profissão: Estudante
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 083.600.284-94
	Endereço: Travessa Oito de Dezembro, 89, Catolé, Campina Grande, PB
	Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98837-1761	

TESTEMUNHA	Nome: Edilson Rosa de Jesus Silva
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Tereza de Jesus Santos e Virgilio Rosa da Silva
	Idade: 45 Data de Nascimento: 23/09/1972 Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Itaporanga D'ajuda
	Estado Civil: casado(a)
	Escolaridade: Não informado Profissão: Pedreiro
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 269.439.878-28
	Endereço: Rua Ariús, 65, Catolé, Campina Grande, PB
	Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98666-4919	

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa a comunicante que a vítima, que no dia, hora e local já descritos, ia de pé no momento em que estava juntado reciclagem, quando foi atingida (Atropelada), por um Veículo de sinais e condutor não identificado, que não prestou socorro a vítima após ter atropelado se evadindo do local do acidente, logo a vítima caiu ao solo e sofreu fratura do Fêmur na perna esquerda, tendo esta sido socorrida pelo SAMU e encaminhado ao hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Célia Maria Barbosa
2ª Tab. Substituta

Procedimento Policial: 00018.01.2018.2.00.420



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



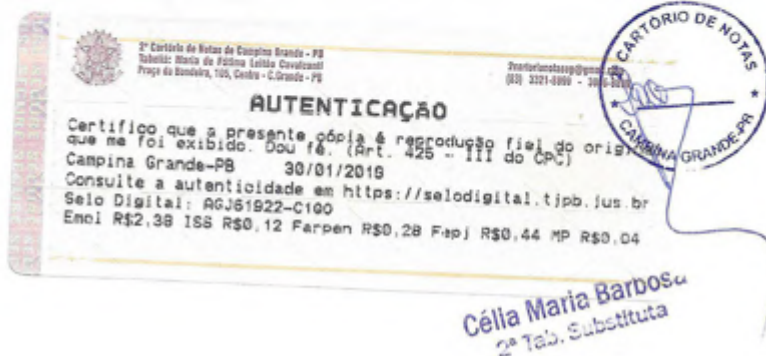
Campina Grande/PB, 26 de janeiro de 2018.

LUCIANO BEZERRA SERRA SECA
Delegado(a) de Polícia Civil

MARIA VALÉRIA MIGUEL DE ASSIS

Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia



Procedimento Policial: 00018.01.2018.2.00.420

3/3





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG – 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA:	15/12/2017	HORA:	19:35 HS	ID Nº:	1658902
NOME:	RICARDO MARCIO FERNANDES				
QUEIXA:	ATROPELAMENTO				
LOCAL:	AV. FLORIANO PEIXOTO - MALVINAS				
COMPLEMENTO:					
CIDADE:	CAMPINA GRANDE/PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma					

Campina Grande, 19 de janeiro de 2018.


Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191







Emissão: 05/01/2018 Referência: Jan / 2018 ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA Nº de Medidor: 0005791730 Tensões: Três e 12kV - Camargo Grande/PB - CEP 59422-700
Roteiro: 2-401-186-4340 Nº medidor: 0005791730 CNPJ: 02.556.000/1-95 Insc. Est.: 15.049.015

Nata Fiscal/Custo de Energia Elétrica: R\$ 014.902
Cód. para Dth. Automática: 0000003+198

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
-------------------	--------------	----------------------------------	-----------------

Jan / 2018	05/01/2018	02/02/2018	48905445420
------------	------------	------------	-------------

UC (Unidade Consumidora): 4/3119-5

Canal de contato

Tarifa Social de Energia Eléctrica - TSEE¹ criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Compartilhe sua energia conosco também nas redes sociais. Estamos presentes no facebook.com/brienergiasocial e no Twitter (@energiasa), sempre que precisar de gente que queremos estar sempre próximos!

Anterior		Atual		Constante		Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura				
08/12/17	11088	05/01/18	11593			125	30
Demonstrativo							
CC	Descrição	Quantidade	Taxa (%)	Valor Entre Calc. Ant.	Valor Entre Calc. Atual	Base Calc. P. (CC)	Cobrança (P. (CC))
				Tributos (Taxa (%) - CC) (P. (CC))	Tributos (Taxa (%) - CC) (P. (CC))		
0001	Consumo até 20km/h-BR	30,000	0,2102880	6,307	6,322	0,69	0,34
0601	Consumo - 31 a 100km/h-BR	70,000	0,3815100	26,700	26,900	0,21	0,98
0601	Consumo - 101 a 220km/h-BR	25,000	0,8422200	21,055	21,550	0,11	0,92
0601	Adic. B Vermelha			2,89	2,89	0,22	0,10
0610	Suspeito			34,81	34,81	0,20	1,94
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0907	CONTRIB. LUM. PUBLICA			0,00	0,00	0,00	0,00
0908	Desenvolup. Suspeito			-22,77	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	64,76	82,57	22,32	82,57	0,00	2,19
-------------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
112	12/01/2018	R\$ 64,78

Histórico de Consumo (kWh)

102	115	100	98	108	103	104	115	121	121	124	138
Dec/17	Nov/17	Oct/17	Sep/17	Aug/17	Jul/17	Jun/17	May/17	Apr/17	Mar/17	Feb/17	Jan/17

RESERVADO AO FISCO

1cad.6cb2.c13f.d646.dde5.426e.ee9c.9ba0

Indicadores de Qualidade 11/2012 - Cap06

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
OMC MENSAL	4,85		
DC TRIMESTRAL	9,81	0,00	NORMAL
DC ANUAL	19,92		220
FC MENSAL	3,17	0,00	CONTRAÇÃO
FC TRIMESTRAL	6,23		LIMITE INFERIOR
FC ANUAL	12,47		202
OMC	12,47	0,00	LIMITE SUPERIOR
DCR	12,47		231

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/BO	11,90	19,37
Carga de Energia	13,43	20,79
Serviço de Transmissão	1,76	2,72
Encargos Setoriais	5,80	8,94
Impostos, Dietas e Encargos	32,25	49,64
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	64,70	100,00

Valore di EUSO (Ref. 11/2017) R: 13,06

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 23,76

Faturas em atraso

BOBBOREMA
Roteiro 2-401-166-434
Artículo 3119-2018-01-3

VENCIMENTO
12/01/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 64,78

83670000000-0 64780147000-4 00031192018-5 01300401019-8



Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **RICARDO MARCIO FERNANDES**

Nº Sinistro: **3180130905**

Vítima: **RICARDO MARCIO FERNANDES**

Data do Acidente: **15/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o **número de sinistro 3180130905**, verificamos que, até o presente momento, não foram apresentados documentos que comprovem o término do tratamento e a existência de invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi encerrado.

Para prosseguimento da análise, será necessário apresentar documentação médica que comprove o término do tratamento e a existência de sequelas permanentes.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0128101282 - carta_07 - INVALIDEZ



Carta nº 12602392





Rua Tiradentes, 250, Centro, Campina Grande/PB. E-mail: steadvocatia@hotmail.com
Tel.: (83) 98824-0152 / (83) 99325-6299 / (83) 99635-6298 / 3077-6310.

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: RICARDO MARCIO FERNANDES, brasileiro, desempregado, casado, com cédula de identidade nº: 2.699.006 e CPF sob nº 040.237.354-50, residente e domiciliado a Rua Tv. 8 de dezembro, 82, catolé, Campina Grande, CEP: 58.410-304;

OUTORGADOS: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES, OAB/PB nº 18.251, JOSÉ LEANDRO OLIVEIRA TORRES, OAB/PB nº 18.368, MARLLON LAFFIT TORRES FEITOSA PASSOS, OAB/PE 44.485, KAIO DANILO COSTA GOMES DA SILVA, OAB/PB 20.250 com escritório profissional na Rua Cor. João Lourenço Porto, 86, Centro, Campina Grande/PB;

PODERES: Atraves do presente instrumento particular de mandato, o OUTORGANTES nomeia e constitui como seus procuradores os OUTORGADOS, concedendo-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedencia do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais, Municipais e órgãos da administração publica direta e indireta, praticar quaisquer instancias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

CONTRATO DE HONORARIOS: NESTE INSTRUMENTO, LIDO E FIRMADO ENTRE AS PARTES, O OUTORGANTE COMPROMETE-SE A PAGAR AOS OUTORGADOS O PERCENTUAL DE 30% A TITULO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS, CALCULADOS SOBRE O VALOR DA CONDENAÇÃO (APURADO EM LIQUIDAÇÃO DE SENTENÇA) OU SOBRE O ACORDO FIRMADO ENTRE OS LITIGANTES.

Campina Grande/PB, 05 de agosto de 2018.


OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Eu, **RICARDO MARCIO FERNANDES**, brasileiro, desempregado, casado, com cédula de identidade nº: 2.699.006 e CPF sob nº 040.237.354-50, residente e domiciliado a Rua Tv. 8 de dezembro, 82, catolé, Campina Grande, CEP: 58.410-304; **DECLARO**, nos termos da Lei nº. 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do sustento meu e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Campina Grande/PB, 04 de julho de 2018.


RICARDO MARCIO FERNANDES



HTCG-Panel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

[illegible]proyectosloglimpreurgencia.php?contar=1562773

25



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 23/07/2019 17:28:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907231728032770000002244160>
 Número do documento: 1907231728032770000002244160

Num. 22933648 - Pág. 2



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Ricardo Marcelo Fernandes		
End:	R. Nova	Bairro:	Flaúcio Peixoto
Data de Nascimento:	29.03.83	Documento de Identificação:	
Queixa:	Atropelamento	Data do Atend.:	15.12.17
		Hora:	19:44
		Documento:	
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

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

Estratificação

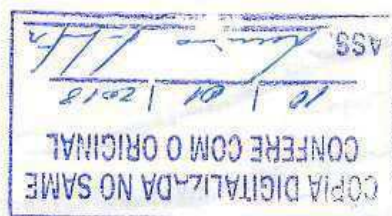
MOD. 110

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

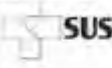
- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional




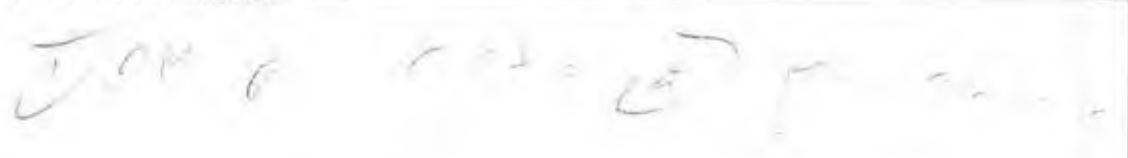

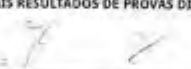
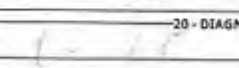
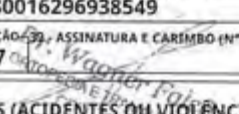
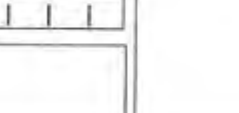


Data da internação: 15/12/2017 Hora: 21:43:56

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE RICARDO MARCIO FERNANDES		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1562851	
7 - CARTÃO DO SUS 704105111622973		8 - DATA DE NASCIMENTO 29/03/1983	
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> 1 fem <input type="checkbox"/> 3			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL ANA MARIA ERNESTO CLEMENTE		11 - TELEFONE DE CONTATO DOB 83 Nº DE TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) FLORIANO PEIXOTO, 0, MALVINAS			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande		14 - COORDE MUNICÍPIO 250400	15 - UF PB
		16 - CEP 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em;">DOM em COTA (E) pós trauma</div>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em;">Necessidade de TTD Cirurgico</div>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em;">R-X</div>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em;">fratura de fêmur</div>		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016296938549
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE WAGNER DE MELO FALCAO		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 15/12/2017	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em;">Wagner Falcao</div>
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			38 - SÉRIE
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA
		41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	



Data da internação: 15/12/2017 Hora: 21:43:56

 SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
RICARDO MARCIO FERNANDES		1562851	
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	
704105111622973	29/03/1983	Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
ANA MARIA ERNESTO CLEMENTE		83	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BATIDO)			
FLORIANO PEIXOTO, 0, MALVINAS			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF
Campina Grande		250400	PB
		16 - CEP	58400002
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
	02	(X) CNS () CPF	980016296938549
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
WAGNER DE MELO FALCAO		15/12/2017	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			38 - SÉRIE
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA
			41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
/ /			
		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	



Diagnóstico

ORTOP
LEITO 9-2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

FX DIAFISE FEMUR E

ALA ORTOPEDICA

LEITO 9-2

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
RICARDO MARCIO FERNANDES, 34			
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
29/12	1 DIETA LIVRE		1º DP 0
	2 SE 0,9% 1500ML EV p/f 24H	18:30 30	
	3 CLINDAMICINA 600MG + ABD EV 6/6H	18:30 24/06	" DIH #ORTOPEDIA
	4 GENTAMICINA 240MG + ABD EV 1x DIA LENTO	18:30 24/06	
	5 DIFERONA 1g + ABD EV 6/6H	18:30 24/06	BEG - estavel sem intercorrências
	6 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H	18:30 24/06	
	7 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR	18:30 24/06	
	8 TRAMAL 100MG + 100ML SE 0,9% EV 8/8H	18:30 24/06	# CD: VPM
	9 NALUFORON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h 5H	18:30 24/06	Avaliar 2/12 amanhã
	10 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV 7 JERIM	18:30 24/06	
	11 XARELTO 15MG 1 CP VO DIA	18:30 24/06	
	12 CURATIVO 1 X DIA	18:30 24/06	
	13 SSVV+CCGG	18:30 24/06	
	Clonazepam 2mg VO noite Nezine 6mg VO 3x/dia Dr. Wagner Luiz Ribeiro Sales Quirurgia e Traumatologia HMPB 9605	Falta amputado	Dr. Wagner Luiz Ribeiro Sales Quirurgia e Traumatologia HMPB 9605
30/12	Alta hospitalar curativa		

MOD. 915



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
29/12/2017	12h				100		Raunir, Rafael conversando com gato caelinho que os cuidados da enfermagem foram	
29/12/2017	12h				100		Rita em B.T. quinta-feira depois de um período de internação em UPA chegou	



Diagnóstico

ORTOP
LEHMAN

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO
ALA ORTOPEDICA

PRE OP

FX DIAFISE FEMUR E

LEITO 9-2

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34
----------	------------------------------

Alojamento

Leito

Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28/12	1 DIETA LIVRE 2 SF 0,9% 1500ML EV p/ 24H 3 CLINDAMICINA 600MG + ABD EV 6/6H 4 GENTAMICINA 240MG + ABD EV 1x DIA LENTO 5 DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H 6 TILATIL 20MG + AD EV 12/12H 7 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR 8 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H 9 NALUOXEDRON 8mg/ml 1EA + ABD EV 8/8h SN 10 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / 3x DIA 11 XARELTO 15MG 1 CP VO DIA 12 CURATIVO 1 X DIA 13 SSN/V+CCGG	CO 18 18 18 SN SN OG GO CL G.	— 2° DH — #GRATOPEDIA PeI procedimentos cirurgicos ortopedicos em ambulatório co. Rx control



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
20/10/17	18:00				100/40		<p>Paula recebeu soro de 100 ml avaliado me- dicado com me. Prescrito medica segun- do cuidados da enfermagem Jordan</p>	



Diagnóstico

ORTOP
LEITO 9-2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

FX DIAFISE FEMUR E

ALA ORTOPÉDICA

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34	Alojamento	Leito	Convênio	LEITO 9-2
Data	27/12	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
1	DIETA LIVRE				
2	JEI CO SALINIZADO				
3	DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H	12	12	* DIH #ORTOPEDIA	
4	TILATIL 20MG + AD EV 12/12H S/N			BEG. estável sem interferência	
5	TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR				
6	TRAMAL 100MG + 30ML SF 0,9% EV 8/8H S/N				
7	NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h SN				
8	OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV / JEIUM	ok		# CD: VPM	
9	OLEXANE 40MG SC 1x/DIA			Curva 2 - 2mmh2 Solicite reserve CH	
10	SONY+COGG				
		Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/PB-9995		Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/PB-9995	

MOD. 018



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
29/12	08:00				110/80		Realizada limpeza da fixador, e preparado paciente para o teste	
	22:00				100/70			





GOVERNO
DA PARÁIBA

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

Diagnóstico

ORTOP
LEI 10.512

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP 015

FX DIAFISE FEMUR E

ALA ORTOPEDICA

Paciente RICHARDO MARCIO FERNANDES, 34

Alojamento

Leito

Convênio FIO 9-2

Data 26/12

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

1. DIETA LIVRE

2. HETCO SATINIZADO

3. DIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H

4. TILATIL 20MG + AD EV 12/12H S/N

5. TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6H SE DOR

6. TRAMMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8H S/N

7. NAUSEEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H S/N

8. OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV 7/JEJUM

9. GLEKANE 40MG SC 1X/DIA

10. SSVN+CCGG

11. DIH

#ORTOPEDIA

12. BEG. estável

sem intercorrências

13. CD: VPM

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PP-8866

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PP-8866

MOD. 035

Diagnóstico

ORTOP 1
LEITO 9,2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

FX DIAFISE FEMUR E

ALA ORTOPEDICA

~~LEITO 9-2~~

[illegible]

MCC. 035



Diagnóstico

ORTOP I
LEITO 9,2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO
ALA ORTOPEDICA

PRE OP

~~FX DIAFISE FEMUR E~~

~~LEITO 9-2~~

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34	Alojamento	Leito	Convênio	LEITO 9-2
----------	------------------------------	------------	-------	----------	-----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
24/12	1- DIETA LIVRE		
	2- SF 0,9% 1500ML EV 30/ 24H	500 ml 18h	* DIH
	3- DIFENIDOL 1g + ABD EV 6/6H	200 ml 24h	#ORTOPEDIA
	4- TILATIL 20MG + AD EV 12/12H S/N		BEG, ESTAVEL, SI DISTENHIDAS
	5- TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR		
	6- TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H S/N		Diagnose (+) AVCUTÕES (+)
	7- NALISEDIRON 3mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h S/N		
	8- OMEPRAZOL 40mg = DILUENTE EV / JEIUM		
	9- CLEXANE 40MG SC 1x/DIA		CD: VPOT
	10- SSVV+CCGG		





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

ORTOP I
LEITO 9.2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO ALA ORTOPEDICA

PRE OP

FX DIAFISE FEMUR E

LEITO 9-2

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34		Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica		
23/12	1. DIETA LIVRE	SND	B. DIH		
	2. SF 0,9% 1500ML EV p/ 24H	14:30	#ORTOPEDIA		
	3. DIIPIRONA 1g + ABD EV 6/6H	14:30	REG. ESTÁVEL, S/ OSTEOMIÁL.		
	4. TILATIL 20MG + AD EV 12/12H S/N	SN			
	5. TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6H SE DOR	SN			
	6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H S/N	SN	DOR (1) EVOLUÇÃO (1)		
	7. NAUSEDRON 8mg/mL 1FA + ABD EV 8/8H S/N	SN			
	8. OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE EV 7/24H	SN			
	9. CLEXANE 40MG SC 1x/DIA	CO	CO: VPM		
	10. SSVV+CEGG	MTN	Aguarda cirurgia.		
Dr. João Paulo Oliveira Sales			Dr. João Paulo Oliveira Sales		
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		
CRM-PB 9551			CRM-PB 9551		

MCO 035



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
23/12	8:50		73		100x60		Ref constante deitada colchão feto cuidado geral medicados com feto curativo segue seu qur aos cuidados de enfermeira	
23/12	19:45		74		120x75	+	Ref segue medicação com rem qur acerta dieta qur sem presenças aquela cirurgia olúpica aos cuidados de enf	

23/12	19.45	74	120x75	+	<p>Ref. segue medicação em uso que não aceita dieta devido ao uso prolongado aquecido e umguin ultrapassado aos cuidados de enfermeiro</p> <p><i>[Signature]</i></p>
-------	-------	----	--------	---	--



Diagnóstico

ORTOP
LEITO 9-2FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO
ALA ORTOPEDICA

PRE OP 015

FX DIAFISE FEMUR E

LEITO 9-2

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
RICARDO MARCIO FERNANDES, 34			
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
24/12	1. DIETA LIVRE		
	2. SF 0,9% 3500ML EV p/ 24H	18:30	
	3. DIFIRONA 1g + ABD EV 6/6H	18:30	9 - DIH #ORTOPEDIA
	4. TILATIL 20MG + AD EV 12/12H S/N		
	5. TVLEX 30MG 1 CP VO 6/6 H SE DOR		BEG. estavel sem intercorrência??
	6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H S/N		
	7. NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8h S/N		
	8. OMEPRAZOL 40mg - DILUENTE EV / JEIUM		# CD: VPM
	9. CLEXANE 40MG SC 1x/DIA		
	10. SSVV + ECGG		
	Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/RJ 8-9505		Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/RJ 8-9505

MOG 035



Diagnóstico

ORTOP I
LEHUY.2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP 041

~~FX DIAFISE FEMUR E~~

ALA ORTOPEDICA

LEITO 9-2

Paciente	RICARDO MARCIO FERNANDES, 34	Alojamento	Leito	Convênio
----------	------------------------------	------------	-------	----------

[illegible]

MCO. 035



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	P. CARLOS HANSEN	Alojamento	88	Leito	9-2	Convênio	
----------	------------------	------------	----	-------	-----	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1 - Dieta livre	20	af. fraco
	2 - S R L 500 ml I.V. 12 / 12 h.	20	shock
	3 - Dipirona 02 mL + S.F 10mL I.V. 8 / 8 h (lentamente)	20	dores leves.
	4 - Cetoprofeno 100 mg I.V + S.F 0,9% 100ml I.V. 12 / 12 h. (correr em 20 min.)	20	abd. fl.
	5 - Omeprazol 40 mg I.V. pela manhã (lentamente).	20	culi
	6 - C. C. Gerais	20	af
	7 - Clonazepam 4000 se. 1x dia	20	



Assis	Observações Enfermagem	Diurese	PA	R	P	T	Hora	Data
	<p>Get água no quarto de amarelo para uso imediato de refazer água no copo.</p> <p>Get água 15/ quarto de depois de água no copo imediato para uso imediato</p>		130/80				00:12	20/12/17
			130/80				14:00	20/12/17



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK

Hiya Sir A
Pamela C

Paciente	LIANE MARCO	Alojamento	10	Leito		Convênio	
----------	-------------	------------	----	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1 - Dieta livre		28.6.14
	2 - S R L 500 ml I.V 12 / 12 h.	12.24	a fraca expul
	3 - Dipirona 02 ml + S.F 10ml I.V 8 / 8 h (lentamente)	14.06.06	hca
	4 - Cetoprofeno 100mg I.V + S.F 0,9% 100ml I.V 12 / 12 h. (correr em 20 min.)	18.24	br lvi
	5 - Omeprazol 40 mg I.V pela manhã (lentamente).	06	exate ok
	6 - C. C. Gerais		Apwel
	→ Cefotaxime 1g IV 8h	(20.11)	ampl
			9



Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
11/11/17	08:30				100/80		<p>paciente está - bem, acordando e já com alguns gases e fezes informando -</p>	



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente

Alojamento

Leito

Convênio

that the
pen is

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
18/12	1- Dieta livre 2- S.R.L 500 ml I.V. 12 / 12 h. 3- Dipirona 02 ml I.V. 8 / 8 h (lento). 4- Tilatil 20 mg I.V. 12 / 12 h. 5- Omeprazol 40 mg I.V. 01 X dia. 6- C.C.G 3- Clorano 4001 de 1 X 8/14	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	9/12 9h 10h 11h 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 24h

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

901

BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NOME: <u>Ricardo Marcio Fernandes</u>					
IDADE: <u>34</u>	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATA DE NASCIMENTO: <u>29/03/83</u> às : h			
SETOR: <u>Amarela</u>		LEITO: <u>30</u>			
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Ortopedia</u>					
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:			
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:			
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:			
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:			
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/>				
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>			
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/> TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/> EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/> BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>				
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/>				
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input type="checkbox"/> DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/> ACAMADO <input checked="" type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>				
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>				
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/>				
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>				
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO			CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO			CD/FR: <u>AUP em MSD</u>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> NÁUSEA			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:			
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ			CD/FR:		
<input 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"/>			CD/FR:		
<input type="checkbox"/>			CD/FR:		
<input type="checkbox"/>			CD/FR:		
			CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA		
			FR: FATOR RELACIONADO		
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA		
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.					
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.					
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATETER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.					
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).					
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.					
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.					
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.					
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).		<u>Sempre</u>			
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		<u>contínuo</u>			
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.		<u>Sempre</u>			

Lenice Vieira das Mercês
Enfermeira
Rég. Prof. 515-052

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL



[illegible]

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PREOP: 9\K

Paciente	Queda Marcos	Alojamento	Leito	Convênio
77/12	<p>Prescrição Médica</p> <p>1 DIETA LIVRE</p> <p>2 JELCO SALINIZADO</p> <p>3 DIPIRONA 2ML EV 6/6H</p> <p>4 OMEPRAZOL 40MG EV JEJUM</p> <p>5 TRAMAL 100MG + 300ML SF 0,9 EV 8/8H S/N //</p> <p>6 TYLEX 30MG 1 CP VO 6/6 SE DOR //</p> <p>7 NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H S/N //</p> <p>8 TRATIL 20mg + AD EV 12/12H S/N //</p> <p>9 CLEXANE 40 UI-SC 1x/DIA</p> <p>10 SSVV + COGG</p>	<p>Horário</p> <p>06</p> <p>07</p> <p>08</p> <p>09</p> <p>10</p> <p>11</p> <p>12</p> <p>13</p> <p>14</p> <p>15</p> <p>16</p> <p>17</p> <p>18</p> <p>19</p> <p>20</p> <p>21</p> <p>22</p> <p>23</p> <p>24</p>	<p>Evolução Médica</p> <p>#ORTOPEDIA# DSH //</p> <p>BEG. estavel!</p> <p>Sem intercorrência</p> <p># CD: VPM</p>	

MACC. 638



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP:

Paciente	Ricardo Moxim	Alojamento		Leito		Convênio	
----------	---------------	------------	--	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
16/12	1 DIETA LIVRE	5h	
	2 JELCO SAURIZADO	et	
	4 DIPIRONA 2ML EV 6/8H	18 - 18	ORTOPEDIA - DSE
	5 OMEPRAZOL 40MG EV JEIUM	26.26	
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9 EV 8/8H S/N	00	BEG, estavel sem intercorrência
	7 TYLEX 30MS 1 CP VO 6/6 SE DOR		
	8 NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H S/N		
	9 TILATE 20mg + AD - EV 12/12h S/N		PCO. VPM
	10 CLEXANE 40 UI - SC 1x/24h		
	11 SSVV = COGG		
	Dr. Julio Cesar Castro Medicina de Família CRM-1 - 9965 / CUP - 8320		Dr. Julio Cesar Castro Medicina de Família CRM-1 - 9965 / CUP - 8320

W03.035



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Ricardo Manoel Fernandes	Alojamento		Leito	30	Convênio	
----------	--------------------------	------------	--	-------	----	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
15/12	<p>1) Difenidramina 1500mg (20) 1/24h</p> <p>2) Difenidramina 20mg (20) 6/6h</p> <p>3) Tetracil 20mg (20) 12/12h</p> <p>4) Clonazepam 40mg (20) 1x/dia</p> <p>5) Tylenol 500mg (20) 6/6h</p>	<p>24 ok</p> <p>24 ok</p> <p>24 ok</p>	<p>BEE, 14/12/2011</p> <p>CD: VPH</p> <p>60% PAF-20</p> <p>Dr. Wagner Falcão</p> <p>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</p> <p>CRM - PB 15843</p>

MOD. 615



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Lúcio Registro: 5 Leito: 2 Setor Atual: UTI

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Henrique Registro: 9 Leito: 1 Setor Atual: OUT

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

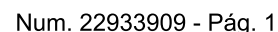
() Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricarda Márcio Registro: 5 Leito: 1 Setor Atual: UTI

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: (x) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (x) Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>USF</u> Data da punção: <u>21/2/17</u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (x) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (x) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: (x) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há <u> </u> dias () Outros:	
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD; Débito <u> </u> ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (x) Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: (x) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: (x) Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente (x) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (x) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: (x) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
() Preservado (x) Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (x) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<p><i>Pariente gosta de dar banho</i></p> <p><i>MJE e insônia</i></p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	
DATA: <u>24/2/17</u>	HORA: <u>17:00</u> h

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Márcio Fernandes Registro: _____ Leito: 9-2 Setor Atual: ort 1

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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

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

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

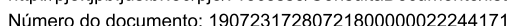
(✓) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM
1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo Henrique Fernandes Registro: 85101 Leito: 9-2 Setor Atual: Ortol
 Idade: 34 Sexo: M Cor: Estado Civil: União Naturalidade: Profissão:
 Procedência: () Vermelha (X) Amarela () Verde () UTI () CC () Ala: () Residência () Outro
 Data da internação hospitalar: / / / Data da internação no setor: 20/12/17
 Tem um cuidador/Responsável: () Quem?
 Telefone: Tem acesso a uma UBS: () Qual:

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar): Acidente automobilístico

4. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
 () VMNI () VMI TOT n° Comissura labial n° FIO2 % PEEP cmH2O
 (X) Eupnéia* () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:
 Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E
 Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:
 Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:
 Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E: () Selo d'água
 Data da inserção do dreno / / / Aspecto da drenagem torácica:
 Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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



SEGURANÇA FÍSICA			
<input checked="" type="checkbox"/> Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:			
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR			
Pulso: <input checked="" type="checkbox"/> Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme <input checked="" type="checkbox"/> Cheio.			
Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.			
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()			
Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia: ()			
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo			
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>USD</u> Data da punção: <u>20/12/17</u>			
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:			
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)			
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.			
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.			
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT Hora: Data: / /			
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:			
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:			
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos: () Ausentes () Diminuídos () Aumentados			
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:			
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h:			
Aspecto: () Outros: Observações:			
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA			
Condição da pele: () Inteira () 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: () <u>MI E</u>			
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: <u>Pré-operatório / 12/12/17</u> Curativo em: / /			
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /			
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /			
CUIDADO CORPORAL			
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:			
SONO E REPOUSO			
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:			
6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL			
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada. Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo:			
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:			
7 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS			
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE			
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:			
INTERCORRÊNCIAS			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>ERSantos</u> DATA: <u>20/12/17</u> HORA: <u>17:50</u> h			
Elisângela Rosendo dos S. Almeida ENFERMEIRA COREN-PE 173385			

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



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 23/07/2019 17:28:07

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907231728072180000002244171

Número do documento: 1907231728072180000002244171

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Ricardo Marcelo Fernandes</u>			
IDADE: <u>30 anos</u>	SEXO: <u>M</u>	F	DATA DE NASCIMENTO: <u>10</u> / <u>05</u> / <u>88</u>
SETOR: <u>Amarela</u>		LEITO: <u>40</u>	
DIAGNÓSTICO MÉDICO:			
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/>	EUPNEICO <input checked="" type="checkbox"/>
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input checked="" type="checkbox"/>
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:	<u>amb. com exposto de</u>	
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:	<u>pele xempida</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:	<u>relato verbal da dor</u>	
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:	<u>Diagnóstico</u>	
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:	<u>incap. de se locomover</u>	
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> DOR AGUDA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE	CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
CO: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	APRAZAMENTO	ASSINATURA	
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.	<u>30 22</u>		
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O ₂ A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.			
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).	<u>M N</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	<u>sempre</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE	<u>sempre</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA PE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.			



[illegible]

Sr(a): RICARDO MARCIO FERNANDES Protocolo: 0000375203 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA Data: 16-12-2017 11:31 Origem: ÁREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 34 anos Destino: Leito - 10

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 16/12/2017 12:05]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.3 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	12,8 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	38 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	89 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	30 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	6.800 /mm ³	5.000 à 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	2,0	136
Segmentados.....	74,0	5.032
Eosinófilos.....	1,0	68
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	21,0	1.428
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	2,0	136
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	210.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Lille Marcianne L. M. Martins
Lille Marcianne L. M. Martins
CRF-PB 1463

Emissão : 16/12/2017 13:27 - Página 1 de 1





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Ricardo Mario Fernandes:</u>	Idade: <u>34 ans.</u>
Convênio: <u>SUS:</u>	Data: <u>28/01/12</u>
Procedimento: <u>Tratamento de Fratura do Fêmur.</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Yuri</u>	Auxiliar: <u>Dr. Julio</u>
Anestesista: <u>Dr. Taylan</u>	
Início: <u>14:20.</u>	Término: <u>16:00.</u>
Anestesia <u>Raqui</u>	

[illegible][illegible]

Observações:


Tayana Tarcia da S. Oliveira
Médica CRMPB 8611
CPF: 075.162.124-23

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103



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


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


Tássia Tássia de S. Oliveira
MÉDICA ANESTESISTA 0811
CPF: 015.192.194-23

Assinatura do anestesista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Ricardo Mauricio Fernandes DN 29-03-1983						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
			34 anos	1562773		
CIRURGIA: 1.º e 2.º crânio - Fratura de Fêmur		CIRURGIÃO: Dr. Yuri + Dr. João				
ANESTESIA: Raqui		ANESTESIA: Dr. Taylor				
INSTRUMENTADORA: Rebeca		DATA: 28-12-17		FIM: 16:00		
INÍCIO: 14:20						

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostomia	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.			Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	08		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.			Catgut Simples	
	Dolantina amp.			Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml			Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.			Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml			Cera p/ osso	
	Inova ml			Ethibond	
	Ketalar ml			Ethibond	
01	Morona 0,2% ml			Ethibond	
01	Morona 0,2% ml			Fio de Algodão Sertix	
01	Morona 0,2% ml			Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.			Fio de Algodão Sutapak	
	Protigmine amp.			Fio de Algodão Sutapak	
	Protóxido l/m			Fila cardíaca	
01	Quetalar	05		Mononylon	
	Rapifen amp.			Mononylon	2.0
	Thionembul ml		03	Prolene Sertix	
	Tracrium amp.			Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES				
03	Água Destilada amp.	02		Prolene Sertix	
	Decadron amp.			Prolene Sertix	
01	Dipirona amp.	08		Prolene Sertix	
02	Flaxidol amp.	03		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.			Vicryl Sertix	
02	Glycilina amp.	06		Vicryl Sertix	1
	Glicose amp.	05			
	Glucon de Cálcio amp.	05			
	Heparina ml	05			
	Heparina ml	05			
	Karakion amp.	05			
	Lasix amp.	04			
	Medrothinazol.				
	Plasil amp.				
	Prolamina	03			
	Revivan amp.				
	Stuplanon amp.				
	Cefalotina 1g				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES				
	Agulha desc. 25 x 7				
	Agulha desc. 28 x 28				
	Agulha desc. 3 x 4,5				
01	Agulha p/ raque nº	05			
05	Alcool de Enfermagem	25			
04	Alcool iodado ml	15			
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

Qtd.	SOROS	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
	SG Normotérmico fr 500 ml		
	SG Gelado fr 500 ml		
	SG Hipertérmico fr 500 ml		
	SG Ring fr 500 ml		
	SG R fr 500 ml		
04	SG R fr 500 ml		
Qtd.	EQUIPAMENTOS		
	(X) Oxímetro de Pulso	(X) Foco Auxiliar	
	(X) Serra	(X) Eletrocautério	
	() Desfibrilador	() Oxícapiógrafo	
	() Foco Frontal	(X) Cardiomonitor	
	() Fonte de Luz	(X) Perfurador Elétrico	

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Vanda Lúcia R. Medeiros
 TÊC. DE ENFERMAGEM
 COREN - PB 203.722

MOD 006



RECEBUE HONORARIO POR PRESTACAO DE SERVICOS

EFETUADA EM 23/07/2019

VALOR DE R\$ 1.000,00

DEBITO EM FAVOR DO

DEBITO EM FAVOR DO

08

DEBITO EM FAVOR DO

08

08

08

08

08

08

08

08

08

08

08

08

08

08

08

08

08

08

08

08



Ortopedia - Neurologia - Buco

Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE
CEP: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 9452.1153

Nº 2968

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMA

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL

C. GRANDE

NOME DO PACIENTE

RICARDO MARCIO FERNANDES

Nº DO PRONTUÁRIO

N° AL H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

1562773

PROCEDIMIENTO REALIZADO

FRACTURA DE FEMUR (E)

[illegible]

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

28. 12. 2017

DR AMAZO JORGE

OBSERVAÇÕES

e.g. 4.5 SIMPLICES $N=40$

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

REBESA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Ricardo Márcio Fernandes</u>			IDADE: <u>39a.</u>	SEXO: <u>M</u>	COR
DATA: <u>25/12/17</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL: <u>xyum > sh</u> <u>LOTE</u>			ATÁRAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA: <u>nca</u>	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO: <u>2</u>	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
LIQUIDOS					MANUTENÇÃO neo cou ra 1 di morl 1 celazodina 2 di pi rona 2 nauxedron 1 antak 1 ti latel 1 pentamil. 1		
CÓDIGOS VP. ARTERIAL: 0 - PULSO: 0 - RESPIRAÇÃO: 0 - ANESTESIA: 0 - OPERAÇÃO: 0					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	14h00 → 15h00				DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula: _____ Pare o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____		
POSICÃO							
AGENTES	mocaína 20mg + di morl 80ug						
TÉCNICA	raqui + sedação 925 13/14 Q					CÂNULAS	CN O2
OPERAÇÃO	Fratura de fêmur						
CIRURGIÕES	Yuri						
ANESTESISTAS	Taylah						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - 23/07/2019 17:28:08

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907231728079680000002244173

Número do documento: 1907231728079680000002244173

Num. 22933911 - Pág. 9

TRAUMA - CG

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

[illegible]



Nome do Paciente <i>RICARDO MARCIO FERNANDES</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>28/12/17</i>	Enf. <i>onlop. I</i>	Leito <i>9.2</i>	
Operador <i>Dr Amaro Jorge</i>		1º Auxiliar <i>Dr HALLISON (MRC)</i>	
2º Auxiliar <i>Dr Yury (MRC)</i>	3º Auxiliar <i>Dr Jilma (MRC)</i>	Instrumentador <i>PRISCILA</i>	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fx Fêmur Distal (E)</i>			
Tipo de Operação <i>Osteossíntese</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>0 Mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>φ</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>NÃO</i>			
Acidente Durante a Operação <i>NÃO</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) <i>Pré-Op em DOL 5013 Anestesia</i>
2) <i>Assepsia + Antissépsis + Campos Estéril</i>
3) <i>Incisão em forma de U de 4cm (E) + Associação por placas + Hemostasia</i>
4) <i>Remoção completa de fratura</i>
5) <i>Osteossíntese com placa de 10F + 8 parafusos</i>
6) <i>Ligadura do f. e/ s. a. l.</i>
7) <i>Fechamento por placas</i>
8) <i>curativo</i>

Yury de Oliveira Costa
ORTEDISTA - R. C. O. 1000
CRM/PA 1000

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





Poder Judiciário da Paraíba
9ª Vara Cível de Campina Grande

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0817574-45.2019.8.15.0001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade judiciária.

Deixo de encaminhar os autos ao CEJUS, pois a causa não admite a autocomposição (art. 334, § 4.º, inciso II, do Código de Processo Civil de 2015), no momento inicial do processo, ante a ausência do exame pericial, requisito essencial para verificar a alegada invalidez do autor.

Ressalto que esta posição não importa no descumprimento do dever de conciliar as partes, previsto nos arts. 3.º, § 2.º, e 139, V, do CPC, pois este poderá realizar-se “sempre que possível” (art. 3.º, § 2.º) e “a qualquer tempo” (art. 139, V), de sorte que nada impede a promoção da autocomposição, com designação de audiência para esse fim, posteriormente ou em conjunto com a perícia judicial, como, aliás, vem acontecendo nos mutirões de processos de Seguro DPVAT ordinariamente realizados pelo TJPB.

Intime-se a parte autora apenas para ciência do conteúdo deste despacho.

Cite-se o a promovida para tomar conhecimento da presente ação e, querendo, contestá-la em quinze dias, sob pena de revelia.

Campina Grande (PB), 24 de julho de 2019.

Andréa Dantas Ximenes - Juiz(a) de Direito





Poder Judiciário da Paraíba
9ª Vara Cível de Campina Grande

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0817574-45.2019.8.15.0001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade judiciária.

Deixo de encaminhar os autos ao CEJUS, pois a causa não admite a autocomposição (art. 334, § 4.º, inciso II, do Código de Processo Civil de 2015), no momento inicial do processo, ante a ausência do exame pericial, requisito essencial para verificar a alegada invalidez do autor.

Ressalto que esta posição não importa no descumprimento do dever de conciliar as partes, previsto nos arts. 3.º, § 2.º, e 139, V, do CPC, pois este poderá realizar-se “sempre que possível” (art. 3.º, § 2.º) e “a qualquer tempo” (art. 139, V), de sorte que nada impede a promoção da autocomposição, com designação de audiência para esse fim, posteriormente ou em conjunto com a perícia judicial, como, aliás, vem acontecendo nos mutirões de processos de Seguro DPVAT ordinariamente realizados pelo TJPB.

Intime-se a parte autora apenas para ciência do conteúdo deste despacho.

Cite-se o a promovida para tomar conhecimento da presente ação e, querendo, contestá-la em quinze dias, sob pena de revelia.

Campina Grande (PB), 24 de julho de 2019.

Andréa Dantas Ximenes - Juiz(a) de Direito



EXCELENTÍSSIMO SENHOR JUIZ DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA
GRANDE/PB,

PROCESSO Nº 0817574-45.2019.8.15.0001;

RICARDO MARCIO FERNANDES, já qualificado nos autos do processo, vem perante Vossa
Excelência informar o que segue.

M.M juiz a presente demanda depende exclusivamente de perícia médica e existe convênio entre a
seguradora ré e o TJPB, Convênio nº 015/2014.

Desta formar, para da celeridade processual, requer a designação de perícia médica, intimando a ré para
efetuar o pagamento dos honorários periciais.

Termos em que,

Pede Deferimento.

Campina Grande, 24 de julho de 2019.

Wagner Luiz Ribeiro Sales

OAB/PB 18.251

