

## PROCURAÇÃO

<b>NOME:</b> PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	ESTADO CIVIL: DIVORCIADA
PROFISSÃO: CUIDADORA	C.P.F.: 067.655.964-61
<b>ENDEREÇO:</b> RUA FRANCISCO INÁCIO, CONJ. VERA CRUZ, Nº 112, ALAGOA GRANDE - PB	

**OUTORGADOS:** LIANA VIEIRA DA ROCHA GOUVEIA, advogada, inscrita na OAB/PB, sob o nº 24338, PRISCILLA GOUVEIA FERREIRA, OAB/PB 19.491; e EWERTON AUGUSTO COUTINHO PEREIRA, OAB/PB 25.124, com endereço profissional na Rua JOÃO PESSOA, 1210, CENTRO, ALAGOA GRANDE-PB, onde recebe intimações de estilo (art. 39 do CPC).

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga ainda aos Advogados acima descritos, os poderes para, em nome do(a) Outorgante, receber citação judicial ou administrativa, receber intimações, prestar depoimento pessoal, reconhecer a procedência do pedido, confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, levantar valores em contas bancárias, receber valores, inclusive, em cheques decorrentes de condenação judicial, renunciar a quaisquer valores superiores ao teto dos Juizados Especiais em razão de eventual ajuizamento no procedimento especial (art. 3º da Lei 10.259/2001 e Lei 9.099/1995), pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, além de outros não expressamente constantes nesse mandato (art. 105 do NCPC). Os poderes nesta procuração descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA:** O(a)(s) outorgante(s) DECLARA(M), para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do art. 5º, da Lei nº 1.060 de 1950 e art. 98 e ss. do NCPC.

Alagoa Grande/PB, 06 de setembro de 2019.

*Priscila do Nascimento Cardoso Silva*  
OUTORGANTE





Assinado eletronicamente por: EWERTON AUGUSTO COUTINHO PEREIRA - 13/09/2019 17:19:55  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091317195448800000023643156>  
 Número do documento: 19091317195448800000023643156

Num. 24420001 - Pág. 2

## BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. N° 030.513.261



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

### DADOS DO CLIENTE

MARIA MARGARIDA DO NASCIMENTO CARDOSO  
RUA FRANCISCO INACIO 112  
ALAGOA GRANDE

### CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/57218-0

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
SET/2019	05/09/2019	159	12/09/2019	R\$ 160,45

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 05795.846178 9 80100000016045				
Pagador: MARIA MARGARIDA DO NASCIMENTO CARDOSO CNPJ/CPF: 981.359.967-72				
RUA FRANCISCO INACIO 112 - VERA CRUZ - ALAGOA GRANDE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número 26249120005795846	Nr Documento 000057218201909	Data Vencimento 12/09/2019	Valor do Documento R\$ 160,45	Valor Pago
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				09.095.183/0001-40
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: EWERTON AUGUSTO COUTINHO PEREIRA - 13/09/2019 17:19:55  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091317195448800000023643156>  
Número do documento: 19091317195448800000023643156

Num. 24420001 - Pág. 3

26/01/2019

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

HTCG-Painel Administrativo

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

- Centro cirúrgico \_\_\_\_  Alta hospitalar /  A revelia  
 Internação (setor) \_\_\_\_  Decisão Médica  
 Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL \_\_\_\_  Óbito

*X Salomé M. Silva*  
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____







PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UNIDADE MISTA

ENCAMINHAMENTO

UNIDADE DE REFERÊNCIA: Hospital Trajano da CS

UNIDADE DE ORIGEM: Hospital Municipal Al. grande

NOME DO PACIENTE: Priscila do Nascimento de Siqueira, 32 anos

PROCEDÊNCIA:

Pct vítima de acidente motociclistico. Foi cura de 20 minutos, apresentando lesões em MSSS e MJE, além de deformidades em antebraços (D). Trazidos ao hospital por meus próprios.

Ex físico: Torax, abdome e pelve sem alterações. Nege uso de cocaína e houve catélico.

SSVU: PA: 140x80 FC: 97 SOT: 97%

HD: lesão de nódis distal?

Cd: enominto pl. avulsaes ext. pídice.

ALAGOA GRANDE (PB), 26 / 01 / 19

Deu

MÉDICO





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

### Ficha de Acolhimento

Nome:	Ruselito do Nascimento Carvalho Silva		
End:	Av Francisco Inácio		
Data de Nascimento:	25/01/1987	Bairro:	Alvorada grande
Queixa:	Febre alta		
Acidente de trabalho?	( ) Sim	( ) Não	Documento de Identificação:

### Classificação de Risco

Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

### Estratificação

MOD.

- Vermelho - atendimento imediato  
 Verde - atendimento até 4 horas

- Amarelo - atendimento até 1 hora  
 Azul - atendimento ambulatorial

*Natalia B. de Melo  
QRFN-PB 176980-EN*

*Assinatura e carimbo do profissional*





DA PARAÍBA HOSPITAL DE MERCÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES REQUISITÓRIO DE EXAMES

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

DADOS CLÍNICOS:

RETIN IMOBILIZAD

RAIO X  
REALIZADO EM:  
26/03/19

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

RX ANTEBRAÇO D APP

RGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	<p>Dr Carlos Cândido Ortopedia Cirurgia de Joelho 0319967150</p> <p>Carimbo e Assinatura do Médico CRM PB 05</p>
ATA: <input type="checkbox"/>	HORA DA SOLICITAÇÃO:	





Assinado eletronicamente por: EWERTON AUGUSTO COUTINHO PEREIRA - 13/09/2019 17:19:56  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091317195530500000023643159>  
Número do documento: 19091317195530500000023643159

Num. 24420004 - Pág. 7



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

### REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:	<i>Fernando do praca</i>				PRONTUÁRIO:		
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>					

DADOS CLÍNICOS:

*Conthroll* *RAIO X* *02/10/2019* *322*

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

*N antebraço D Alip*

URGÊNCIA:

ROTINA:

DATA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Agnaldo Lima P. Júnior  
Ortopedista Traumatologista  
Cirurgia do Joelho  
CRM-PB 9116 - TEOT-15263



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 type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arrítmica <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>29/01/19</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"/> 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"/> 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"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <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"/> 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"/> Hematúria <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 checked="" 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 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>INTERCORRÊNCIAS</b>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Katarina da S. Lima Amaral ENFERMEIRA COREN-173751	
DATA: <u>29/01/19</u> HORA: <u>11:00</u> h Emanuelle Silva de Lima TÉC. DE ENFERMAGEM COREN-PB 959.114	

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: *Prineira do Nascimento* | Registro: 7 | Leito: 2 | Setor Atual: *ER + IT*

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: *140x100* 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 ( ) 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 nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

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

Auscultação 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 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:

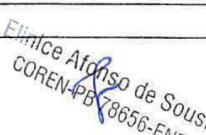
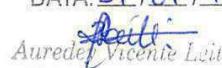
##### SEGURANÇA FÍSICA

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

##### RÉGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso:  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 ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: <u>medicado</u> Data da punção ____/____/____	
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações: <u>ond</u>	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: ( ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.	
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.	
Alimentação: ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastroenterologia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data: ____/____/____	
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:	
Abdômen: ( ) Normotônico ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:	
RHA: ( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados	
Eliminação intestinal: ( ) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:	
Eliminação urinária: ( ) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD: 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: ( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservado	
Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( ).	
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto:	Curativo em: ____/____/____
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto:	Débito: Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: ( ) Estágio:	Local: Descrição: Curativo: ____/____/____
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.	
Limitação física: ( ) Acamado ( ) 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>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  Elizâncio Afonso de Sousa COREN-PB 8656-ENF DATA: 31/01/19 HORA: ____ h  Aureli Vincenzo Leite COREN-PB 216.007-TE	

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: *Priscila dos Nascimentos* | Registro: *7* | Leito: *2* | Setor Atual: *Obs 2*

*fix osse antebraço D*

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: *36,5* °C; P: *81* bpm; FR: *12* irpm; PA: *120/80* mmHg; FC: *72* 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 (  ) Torporoso (  ) Comatoso (  ) Outro  
GLASGOW(3-15): *15* Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (  ) Isocôricas (  ) Anisocôricas (  ) 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 nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

(  ) Eupnêia; (  ) Taquipnêia (  ) Bradipnêia (  ) 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 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:

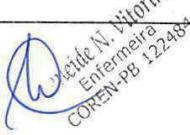
##### SEGURANÇA FÍSICA

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

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (  ) Regular (  ) Irregular (  ) Impalpável (  ) Fíliforme (  ) 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? _____ Precordialgia ( )	
Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: _____ Data da punção ____ / ____ / ____	
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: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.	
Alimentação: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) V.O ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastroenterologia ( ) Jejunostomia ( ) N.P.T; Hora: _____ Data: ____ / ____ / ____	
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros: _____	
Abdômen: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normotensão ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) 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: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Preservado	
Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas   Manifestações de sede: ( )	
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____ / ____ / ____	
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____ / ____ / ____	
Úlcera de pressão: ( ) Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____ / ____ / ____	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações: _____	
Higiene corporal: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Satisfatória ( ) Insatisfatória   Higiene Corporal: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) 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: ( <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: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações: _____	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
 N. Vitorino Enfermeira COREN-PB 122481	
Mariana Alves da Silva, Cama DATA: 01/02/19 HORA: _____ h Enfermeira de Enfermagem PB 001164965	

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: Priscila do Nascimento Registro: \_\_\_\_\_ Leito: f-8 Setor Atual: Ort. 2

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 120/60 mmHg; FC: 78 bpm; SPO2: %  
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: ( ) Local: Obs.: T: 36,7°C

#### 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  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 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 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:** (X) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.

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

**Drogas vasoativas:** ( ) Quais? \_\_\_\_\_ Precordialgia ( )

**Ausculta cardíaca:** (X) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo

**Cateter vascular:** (X) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: \_\_\_\_\_ Data da punção \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

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

**Tipo somático:** (X) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.

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

**Alimentação:** (X) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastroenterologia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

**Abdômen:** (X) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:

**RHA:** (X) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados

**Eliminação intestinal:** ( ) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há \_\_\_\_\_ dias ( ) Outros:

**Eliminação urinária:** (X) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD: Débito \_\_\_\_\_ ml/h;

**Aspecto:** ( ) Outros: \_\_\_\_\_ Observações:

**INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA**

**Condição da pele:** (X) Integra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:

**Coloração da pele:** (X) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica | **Turgor da pele:** ( ) Preservado

**Condições das mucosas:** ( ) Úmidas ( ) Secas | **Manifestações de sede:** ( )

**Incisão cirúrgica:** ( ) Local/Aspecto: \_\_\_\_\_ Curativo em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Dreno:** ( ) Tipo/Aspecto: \_\_\_\_\_ Débito: \_\_\_\_\_ Retirado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Úlcera de pressão:** ( ) Estágio: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Descrição: \_\_\_\_\_ Curativo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CUIDADO CORPORAL**

**Cuidado corporal:** ( ) Independente ( ) Dependente (X) Parcialmente dependente. Observações:

**Higiene corporal:** (X) Satisfatória ( ) Insatisfatória | **Higiene Corporal:** (X) Satisfatória ( ) Insatisfatória.

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

**SONO E REPOUSO**

(X) Preservado ( ) 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:** (X) Cooperativo ( ) Medo: ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

**5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS**

**RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE**

**Tipo:** ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:

**INTERCORRÊNCIAS**

*[Handwritten signature/initials]*

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: *Priscila do Nasamento* | Registro: | Leito: *7.2* | Setor Atual: *Ort 2*

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

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

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

#### 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

##### 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 ( ) 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 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 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.





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SEGUE  
o trabalho



### SOLICITAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE ÓRTOSE / PRÓTESE

NOME DO PACIENTE: Priscila do Nascimento IDADE 31  
PACIENTE INTERNADO ENFERMARIA: 7 LEITO: 2 DATA 20/03/19

#### DIAGNÓSTICO:

Fx omos e tibiae

#### MATERIAL ESPECIAL:

Dois precos 3,5 + pa apens

#### JUSTIFICATIVA MÉDICA DA SOLICITAÇÃO DO MATERIAL:

Fx de úmero + Fx de tibia (D'A Fiss)

Dr. Schubert Costa  
Ortopedista Traumatólogo  
Cirurgia da Ossos  
CRM 5613

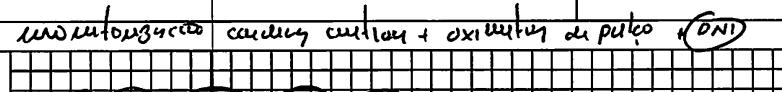
#### ASSINATURA E CARIMBO

#### PARECER DA DIREÇÃO TÉCNICA:

#### ASSINATURA E CARIMBO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <i>Paula do Nascimento Gómez</i>			IDADE: <i>32 anos</i>	SEXO: <i>FEM</i>	COR:	
DATA: <i>02/02/2019</i>		PRESSÃO ARTERIAL: <i>120x80</i>	PULSO: <i>68</i>	RESPIRAÇÃO:	TEMPERATURA:	PESO:	ALTURA:	
TIPO SANGUÍNEO		HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
		URINA						
AP. RESPIRATÓRIO: <i>Cecil Gómez</i>					ASMA: <i>N</i>	BRONQUITE: <i>N</i>		
AP. CIRCULATÓRIO: <i>U</i>					ELETROCARDIOGRAMA: <i>N</i>			
AP. DIGESTIVO: <i>II</i>			DENTES: <i>N</i>	PESCOÇO: <i>N</i>	AP. URINÁRIO: <i>out gow</i>	RINS: <i>N</i>		
ESTADO MENTAL:			ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA: <i>N</i>	HIPOTENSORES: <i>N</i>		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:		<i>FRACTURA DUS OSSOS DO ANTEBRAÇO DDH</i>			ESTADO FÍSICO: <i>ASA 2</i>	RISCO:		
ANESTESIAS ANTERIORES:		Desvíd			INICIO: 8:00 TERMINO: 10:30 horas			
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:					APLICADA: <i>AS</i>	EFEITO:		
<i>metformina 500mg c/ 100ml c/ oxigênio + oximetetra de pulso (DNI)</i>								
AGENTES ANESTÉSICOS: <i>U</i>	0°							
LÍQUIDOS		SG - 500	SF - 500 + Dipura - odge.	8:30	9:30	INDUÇÃO Satisf.: <i>Sim</i> Excit.: <i>N</i> Tosse: <i>N</i> Laringo espasmo: <i>N</i> Lenta: <i>Sim</i> Náuseas: <i>N</i> Vômitos: <i>N</i> Outros: <i>—</i> — — MANUTENÇÃO <i>cloridrato de ouvidinho 40mg</i> <i>Dexmetomidina 100mcg</i> <i>Cetotaxona 50mcg</i> <i>ad qd.</i> <i>Cetopentox 100 mcg</i> ANESTESIA SATISF.: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não, por quê? <i>—</i> — —  DESPERTAR Reflexos na SO: <i>PRESENTES</i> Obstr.: <i>N</i> Co <sub>2</sub> : <i>N</i> Excit.: <i>N</i> Náuseas: <i>N</i> Vômitos: <i>N</i> Outros: <i>—</i> — —  Com cânula: Paro o Leito Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>  CONDIÇÕES: <i>—</i>		
CÓDIGOS VP. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO: AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO:	260	240	220	200	180	160		
	240	220	200	180	160	140		
	220	200	180	160	140	120		
	200	180	160	140	120	100		
	180	160	140	120	100	80		
	160	140	120	100	80	60		
	140	120	100	80	60	40		
	120	100	80	60	40	20		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES: <i>Tranq</i>	<i>Tranq</i>							
POSIÇÃO:								
AGENTES: <i>Dexbutilo 100mg -&gt; Ractanil - 100 mcg -&gt; Xilocal 1/1000 800 mcg</i>								
TÉCNICA: <i>Blowme do plexo braquial por vía retroescáleica</i>				CÁNULAS				
OPERAÇÃO: <i>Revisão cirúrgica de fratura dos ossos do antebraço (D) com fixação</i>								
CIRURGIÕES: <i>Dr. AGUIAR/SD</i>								
ANESTESISTAS: <i>Ricardo Pinto Pires Coimbra - CRM-2776 CPF-203.781.304-04</i>								
OBSERVAÇÕES: <i>10:30 paciente evoluiu bem à recuperação pós-operatória sem queixas (D)</i>								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.				PERDA SANGUÍNEA				

Assinado eletronicamente por: EWERTON AUGUSTO COUTINHO PEREIRA - 13/09/2019 17:19:57  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1909131719562380000023643161>  
Número do documento: 1909131719562380000023643161

Num. 24420006 - Pág. 8

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

<b>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</b>	<b>Hora entrada</b>	<b>Hora saída</b>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		1
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		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		1
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		8



Dra. Isabela Pimentel Donato  
Anestesiologista  
CRM-PB 4189



Assinatura do anestesista



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Priscila do nascimento cardoso	Idade: 32
Convênio:	SUS	Data: 21/12/15
Procedimento:	Osteomartíteis sobre orcos do antebraço	D.
Cirurgião:	Dr. Afonso	Auxiliar:
Início:	08:00h	Término: 10:30
		Anestesia: BPFBD + Sedan

Medicamentos/Materiais	Quantidade
Barbitúricos	
Propofol 500 mg Sh/s	
Glucosol 150g em 100ml SFO, 91, com abab.	

Assinatura Anestesista

---

## Circulante

*Relatório de Operação*

MOB 102





# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Priscila dos Nascimento Bordon SN 250182

QI

LEITE

CONVÉNIO

S-U S

IDADE

32 anos

REGISTRO

1820811

CIRURGIA:

Ortoplastia de olhos  
do antebraço direito

CIRURGÃO

Dr. Agnaldo

ANESTESIA:

Bloqueio do nervo Pneumotaxico + Sedacor.

ANESTESIA

Dr. Ricardo Soureiro

INSTRUMENTADORA

DATÁ

INÍCIO

09:00

FIM

10:30

GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de  
Emergência e Trauma Dom  
Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.

MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Bolsa Colostoma

Qtd.

FIOS

CÓDIGO

Adrenalina amp.

Calel. p/ Óxg.

Catgut cromado Sertix

Atropina amp.

Catet. De Urinar Sist. Fech.

Catgut cromado Sertix

Diazepam amp.

Compressa Grande

Catgut cromado Sertix

Dimore amp.

Compressa Pequena

Catgut Simples

Dolantina amp.

Cotonoide

Catgut Simples Sertix

Efrane ml

Dreno

Catgut Simples Sertix

Fenegam amp.

Dreno Kerr n°

Catgut Simples Sertix

Fentanil ml

Dreno Penrose n°

Cera p/ osso

Inova ml

Dreno Pezzer n°

Ethibond

Ketalar ml

01

Equipo de Macrogotas

Mercaina % ml

Equipo de Macrogotas

Ethibond

Nubahin amp.

Equipo de Sangue

Fio de Algodão Sertix

Pavulon amp.

Equipo de PVC

Fio de Algodão Sertix

Protigmine amp.

015

Espadrado Larco cm

Protóxido l/m

Furacim ml

Fio de Algodão Sutupak

Quelicin ml

015

Gase Pacote c/ 10 unidades

Repofen amp.

H<sub>2</sub>O ml

02

Thionembutal ml

Intracath Adul

Mononylon

Tracrium amp.

Intracath Infantil

Prolene Serfix

Qtd.

MEDICAÇÕES

01

Agua Destilada amp.

Lâmina de Bisturi nº 23

Prolene Serfix

Decadron amp.

Lâmina de Bisturi nº 11

Prolene Serfix

Dipirona amp.

Lâmina de Bisturi nº 15

Prolene Serfix

Flexitóramp

Luvas 7.5

Vicryl Serfix

Flexocortid amp.

Luvas 8.0

Vicryl Serfix

Geramicina amp.

Luvas 8.5

Vicryl Serfix

Glicose amp. Cetoglufen

Oxigênio l/m

Polifix

Glúcon de Cálcio amp.

Haemacel ml.

PVPI Degermante ml

Heparema ml.

PVPI Tópico ml.

Qtd.

Kanakion amp.

Sabão Antiséptico

SOROS

Lasix amp.

015

Saco coletor

Medrotinazol.

04

SG Normotérmico fr 500 ml

Plasil amp.

Seringa desc. 10 ml

SG Gelado fr 500 ml

Prolamina

01

SG Hipertérmico fr 500 ml

Revivan amp.

Seringa desc. 20 ml

SG Ringr fr 500 ml

Stuplanon amp.

Sonda

SG fr 500 ml

Cefalotina 1g

Sonda folley

Qtd.

01

Sonda Nasogálica

01

02

Sonda Uretral nº

Styredrem ml

Torneirinha

Torneirinha

02

MATERIAIS / SOLUÇÕES

Vaselina ml

02

Aguilha desc. 25 x 7

Gelcon 18

02

Aguilha desc. 28 x 28

Latex

02

Aguilha desc. 3 x 4,5

02

Eletrodo

Aguilha p/ raque nº

015

02

Álcool de Enfermagem

Alcool Iodado ml

02

Ataduras de Crepon

Ataduras de Gessada

02

Azul metílico amp.

Benzina ml

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

02

Nome do Paciente	José de Souza			Nº Prontuário
Data da Operação	02/02/19	Enf.	Leito	
Operador	Dr. Agnaldo		1º Auxiliar	Dr. Anne
2º Auxiliar		3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Frotine de Ocas. do			
Diagnóstico Pré-Operatório	Fractura de Ocas. do artélio + D			
Tipo de Operação	osteomartíre			
Diagnóstico Pós-Operatório	O meus			
Relatório Imediato da Patologia				
Exame Radiológico no Ato				
Acidente Durante a Operação				

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras	
1) Fazente em 20H 2) Fazente + AS + canos estóicos 3) Fazente de foleamento + dissessão por planos	
4) Reduções armante de foleamento + foleamento de aloje DCP pro-molde	
5) Fazendo sobre a ulna + dissessão por planos	
6) Reduções armante de frotine + foleamento de aloje DCP + fomoplast	
7) Sutura por planos + mastis	

Dr. Agnaldo Lima P. Junior  
 Ortopedista/Traumatologista  
 Cirurgia do Joelho  
 CRM-PB 01161 ECP-15263

### RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



02  
02  
19

14.00065 PA-110180 P-76 Poderá  
retornar os  
cc ms  
pôs. operários  
vane

Marlene de Querroz  
CUREN - PB 433.167- TE



## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

## DIAGNÓSTICO

## DIAGNÓSTICO

Paciente	Princípios do Tratamento	Alojamento:	7	Leito	9	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica			
02/02	1. Dieta <u>lata</u> <u>água</u> <u>URFA</u> 2. SRL 1500ml EV/24h <u>12/00</u> 3. Dipirona 02ML+AD EV 06/06h 4. Tilitil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 11 7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN 11 8. Clexane 40mg SC/dia <u>JU/8</u> 9. SSVV + CCGG	<u>12</u> <u>18</u> <u>21</u> <u>05</u>	<u>BFG</u> , <u>exsud</u> , <u>11/02/02</u> <u>FO</u> <u>angina</u> <u>baixa</u>			
03/02	<u>01</u> <u>reche</u> <u>lata</u> <u>02</u> <u>leftmato</u> <u>lata</u> <u>03</u> <u>recomendado</u> <u>04</u> <u>05</u> <u>06</u> <u>07</u> <u>08</u> <u>09</u> <u>010</u> <u>011</u> <u>012</u> <u>013</u> <u>014</u> <u>015</u> <u>016</u> <u>017</u> <u>018</u> <u>019</u> <u>020</u> <u>021</u> <u>022</u> <u>023</u> <u>024</u> <u>025</u> <u>026</u> <u>027</u> <u>028</u> <u>029</u> <u>030</u> <u>031</u> <u>032</u> <u>033</u> <u>034</u> <u>035</u> <u>036</u> <u>037</u> <u>038</u> <u>039</u> <u>040</u> <u>041</u> <u>042</u> <u>043</u> <u>044</u> <u>045</u> <u>046</u> <u>047</u> <u>048</u> <u>049</u> <u>050</u> <u>051</u> <u>052</u> <u>053</u> <u>054</u> <u>055</u> <u>056</u> <u>057</u> <u>058</u> <u>059</u> <u>060</u> <u>061</u> <u>062</u> <u>063</u> <u>064</u> <u>065</u> <u>066</u> <u>067</u> <u>068</u> <u>069</u> <u>070</u> <u>071</u> <u>072</u> <u>073</u> <u>074</u> <u>075</u> <u>076</u> <u>077</u> <u>078</u> <u>079</u> <u>080</u> <u>081</u> <u>082</u> <u>083</u> <u>084</u> <u>085</u> <u>086</u> <u>087</u> <u>088</u> <u>089</u> <u>090</u> <u>091</u> <u>092</u> <u>093</u> <u>094</u> <u>095</u> <u>096</u> <u>097</u> <u>098</u> <u>099</u> <u>100</u> <u>101</u> <u>102</u> <u>103</u> <u>104</u> <u>105</u> <u>106</u> <u>107</u> <u>108</u> <u>109</u> <u>110</u> <u>111</u> <u>112</u> <u>113</u> <u>114</u> <u>115</u> <u>116</u> <u>117</u> <u>118</u> <u>119</u> <u>120</u> <u>121</u> <u>122</u> <u>123</u> <u>124</u> <u>125</u> <u>126</u> <u>127</u> <u>128</u> <u>129</u> <u>130</u> <u>131</u> <u>132</u> <u>133</u> <u>134</u> <u>135</u> <u>136</u> <u>137</u> <u>138</u> <u>139</u> <u>140</u> <u>141</u> <u>142</u> <u>143</u> <u>144</u> <u>145</u> <u>146</u> <u>147</u> <u>148</u> <u>149</u> <u>150</u> <u>151</u> <u>152</u> <u>153</u> <u>154</u> <u>155</u> <u>156</u> <u>157</u> <u>158</u> <u>159</u> <u>160</u> <u>161</u> <u>162</u> <u>163</u> <u>164</u> <u>165</u> <u>166</u> <u>167</u> <u>168</u> <u>169</u> <u>170</u> <u>171</u> <u>172</u> <u>173</u> <u>174</u> <u>175</u> <u>176</u> <u>177</u> <u>178</u> <u>179</u> <u>180</u> <u>181</u> <u>182</u> <u>183</u> <u>184</u> <u>185</u> <u>186</u> <u>187</u> <u>188</u> <u>189</u> <u>190</u> <u>191</u> <u>192</u> <u>193</u> <u>194</u> <u>195</u> <u>196</u> <u>197</u> <u>198</u> <u>199</u> <u>200</u> <u>201</u> <u>202</u> <u>203</u> <u>204</u> <u>205</u> <u>206</u> <u>207</u> <u>208</u> <u>209</u> <u>210</u> <u>211</u> <u>212</u> <u>213</u> <u>214</u> <u>215</u> <u>216</u> <u>217</u> <u>218</u> <u>219</u> <u>220</u> <u>221</u> <u>222</u> <u>223</u> <u>224</u> <u>225</u> <u>226</u> <u>227</u> <u>228</u> <u>229</u> <u>230</u> <u>231</u> <u>232</u> <u>233</u> <u>234</u> <u>235</u> <u>236</u> <u>237</u> <u>238</u> <u>239</u> <u>240</u> <u>241</u> <u>242</u> <u>243</u> <u>244</u> <u>245</u> <u>246</u> <u>247</u> <u>248</u> <u>249</u> <u>250</u> <u>251</u> <u>252</u> <u>253</u> <u>254</u> <u>255</u> <u>256</u> <u>257</u> <u>258</u> <u>259</u> <u>260</u> <u>261</u> <u>262</u> <u>263</u> <u>264</u> <u>265</u> <u>266</u> <u>267</u> <u>268</u> <u>269</u> <u>270</u> <u>271</u> <u>272</u> <u>273</u> <u>274</u> <u>275</u> <u>276</u> <u>277</u> <u>278</u> <u>279</u> <u>280</u> <u>281</u> <u>282</u> <u>283</u> <u>284</u> <u>285</u> <u>286</u> <u>287</u> <u>288</u> <u>289</u> <u>290</u> <u>291</u> <u>292</u> <u>293</u> <u>294</u> <u>295</u> <u>296</u> <u>297</u> <u>298</u> <u>299</u> <u>300</u> <u>301</u> <u>302</u> <u>303</u> <u>304</u> <u>305</u> <u>306</u> <u>307</u> <u>308</u> <u>309</u> <u>310</u> <u>311</u> <u>312</u> <u>313</u> <u>314</u> <u>315</u> <u>316</u> <u>317</u> <u>318</u> <u>319</u> <u>320</u> <u>321</u> <u>322</u> <u>323</u> <u>324</u> <u>325</u> <u>326</u> <u>327</u> <u>328</u> <u>329</u> <u>330</u> <u>331</u> <u>332</u> <u>333</u> <u>334</u> <u>335</u> <u>336</u> <u>337</u> <u>338</u> <u>339</u> <u>340</u> <u>341</u> <u>342</u> <u>343</u> <u>344</u> <u>345</u> <u>346</u> <u>347</u> <u>348</u> <u>349</u> <u>350</u> <u>351</u> <u>352</u> <u>353</u> <u>354</u> <u>355</u> <u>356</u> <u>357</u> <u>358</u> <u>359</u> <u>360</u> <u>361</u> <u>362</u> <u>363</u> <u>364</u> <u>365</u> <u>366</u> <u>367</u> <u>368</u> <u>369</u> <u>370</u> <u>371</u> <u>372</u> <u>373</u> <u>374</u> <u>375</u> <u>376</u> <u>377</u> <u>378</u> <u>379</u> <u>380</u> <u>381</u> <u>382</u> <u>383</u> <u>384</u> <u>385</u> <u>386</u> <u>387</u> <u>388</u> <u>389</u> <u>390</u> <u>391</u> <u>392</u> <u>393</u> <u>394</u> <u>395</u> <u>396</u> <u>397</u> <u>398</u> <u>399</u> <u>400</u> <u>401</u> <u>402</u> <u>403</u> <u>404</u> <u>405</u> <u>406</u> <u>407</u> <u>408</u> <u>409</u> <u>410</u> <u>411</u> <u>412</u> <u>413</u> <u>414</u> <u>415</u> <u>416</u> <u>417</u> <u>418</u> <u>419</u> <u>420</u> <u>421</u> <u>422</u> <u>423</u> <u>424</u> <u>425</u> <u>426</u> <u>427</u> <u>428</u> <u>429</u> <u>430</u> <u>431</u> <u>432</u> <u>433</u> <u>434</u> <u>435</u> <u>436</u> <u>437</u> <u>438</u> <u>439</u> <u>440</u> <u>441</u> <u>442</u> <u>443</u> <u>444</u> <u>445</u> <u>446</u> <u>447</u> <u>448</u> <u>449</u> <u>450</u> <u>451</u> <u>452</u> <u>453</u> <u>454</u> <u>455</u> <u>456</u> <u>457</u> <u>458</u> <u>459</u> <u>460</u> <u>461</u> <u>462</u> <u>463</u> <u>464</u> <u>465</u> <u>466</u> <u>467</u> <u>468</u> <u>469</u> <u>470</u> <u>471</u> <u>472</u> <u>473</u> <u>474</u> <u>475</u> <u>476</u> <u>477</u> <u>478</u> <u>479</u> <u>480</u> <u>481</u> <u>482</u> <u>483</u> <u>484</u> <u>485</u> <u>486</u> <u>487</u> <u>488</u> <u>489</u> <u>490</u> <u>491</u> <u>492</u> <u>493</u> <u>494</u> <u>495</u> <u>496</u> <u>497</u> <u>498</u> <u>499</u> <u>500</u> <u>501</u> <u>502</u> <u>503</u> <u>504</u> <u>505</u> <u>506</u> <u>507</u> <u>508</u> <u>509</u> <u>510</u> <u>511</u> <u>512</u> <u>513</u> <u>514</u> <u>515</u> <u>516</u> <u>517</u> <u>518</u> <u>519</u> <u>520</u> <u>521</u> <u>522</u> <u>523</u> <u>524</u> <u>525</u> <u>526</u> <u>527</u> <u>528</u> <u>529</u> <u>530</u> <u>531</u> <u>532</u> <u>533</u> <u>534</u> <u>535</u> <u>536</u> <u>537</u> <u>538</u> <u>539</u> <u>540</u> <u>541</u> <u>542</u> <u>543</u> <u>544</u> <u>545</u> <u>546</u> <u>547</u> <u>548</u> <u>549</u> <u>550</u> <u>551</u> <u>552</u> <u>553</u> <u>554</u> <u>555</u> <u>556</u> <u>557</u> <u>558</u> <u>559</u> <u>560</u> <u>561</u> <u>562</u> <u>563</u> <u>564</u> <u>565</u> <u>566</u> <u>567</u> <u>568</u> <u>569</u> <u>570</u> <u>571</u> <u>572</u> <u>573</u> <u>574</u> <u>575</u> <u>576</u> <u>577</u> <u>578</u> <u>579</u> <u>580</u> <u>581</u> <u>582</u> <u>583</u> <u>584</u> <u>585</u> <u>586</u> <u>587</u> <u>588</u> <u>589</u> <u>590</u> <u>591</u> <u>592</u> <u>593</u> <u>594</u> <u>595</u> <u>596</u> <u>597</u> <u>598</u> <u>599</u> <u>600</u> <u>601</u> <u>602</u> <u>603</u> <u>604</u> <u>605</u> <u>606</u> <u>607</u> <u>608</u> <u>609</u> <u>610</u> <u>611</u> <u>612</u> <u>613</u> <u>614</u> <u>615</u> <u>616</u> <u>617</u> <u>618</u> <u>619</u> <u>620</u> <u>621</u> <u>622</u> <u>623</u> <u>624</u> <u>625</u> <u>626</u> <u>627</u> <u>628</u> <u>629</u> <u>630</u> <u>631</u> <u>632</u> <u>633</u> <u>634</u> <u>635</u> <u>636</u> <u>637</u> <u>638</u> <u>639</u> <u>640</u> <u>641</u> <u>642</u> <u>643</u> <u>644</u> <u>645</u> <u>646</u> <u>647</u> <u>648</u> <u>649</u> <u>650</u> <u>651</u> <u>652</u> <u>653</u> <u>654</u> <u>655</u> <u>656</u> <u>657</u> <u>658</u> <u>659</u> <u>660</u> <u>661</u> <u>662</u> <u>663</u> <u>664</u> <u>665</u> <u>666</u> <u>667</u> <u>668</u> <u>669</u> <u>670</u> <u>671</u> <u>672</u> <u>673</u> <u>674</u> <u>675</u> <u>676</u> <u>677</u> <u>678</u> <u>679</u> <u>680</u> <u>681</u> <u>682</u> <u>683</u> <u>684</u> <u>685</u> <u>686</u> <u>687</u> <u>688</u> <u>689</u> <u>690</u> <u>691</u> <u>692</u> <u>693</u> <u>694</u> <u>695</u> <u>696</u> <u>697</u> <u>698</u> <u>699</u> <u>700</u> <u>701</u> <u>702</u> <u>703</u> <u>704</u> <u>705</u> <u>706</u> <u>707</u> <u>708</u> <u>709</u> <u>710</u> <u>711</u> <u>712</u> <u>713</u> <u>714</u> <u>715</u> <u>716</u> <u>717</u> <u>718</u> <u>719</u> <u>720</u> <u>721</u> <u>722</u> <u>723</u> <u>724</u> <u>725</u> <u>726</u> <u>727</u> <u>728</u> <u>729</u> <u>730</u> <u>731</u> <u>732</u> <u>733</u> <u>734</u> <u>735</u> <u>736</u> <u>737</u> <u>738</u> <u>739</u> <u>740</u> <u>741</u> <u>742</u> <u>743</u> <u>744</u> <u>745</u> <u>746</u> <u>747</u> <u>748</u> <u>749</u> <u>750</u> <u>751</u> <u>752</u> <u>753</u> <u>754</u> <u>755</u> <u>756</u> <u>757</u> <u>758</u> <u>759</u> <u>760</u> <u>761</u> <u>762</u> <u>763</u> <u>764</u> <u>765</u> <u>766</u> <u>767</u> <u>768</u> <u>769</u> <u>770</u> <u>771</u> <u>772</u> <u>773</u> <u>774</u> <u>775</u> <u>776</u> <u>777</u> <u>778</u> <u>779</u> <u>780</u> <u>781</u> <u>782</u> <u>783</u> <u>784</u> <u>785</u> <u>786</u> <u>787</u> <u>788</u> <u>789</u> <u>790</u> <u>791</u> <u>792</u> <u>793</u> <u>794</u> <u>795</u> <u>796</u> <u>797</u> <u>798</u> <u>799</u> <u>800</u> <u>801</u> <u>802</u> <u>803</u> <u>804</u> <u>805</u> <u>806</u> <u>807</u> <u>808</u> <u>809</u> <u>810</u> <u>811</u> <u>812</u> <u>813</u> <u>814</u> <u>815</u> <u>816</u> <u>817</u> <u>818</u> <u>819</u> <u>820</u> <u>821</u> <u>822</u> <u>823</u> <u>824</u> <u>825</u> <u>826</u> <u>827</u> <u>828</u> <u>829</u> <u>830</u> <u>831</u> <u>832</u> <u>833</u> <u>834</u> <u>835</u> <u>836</u> <u>837</u> <u>838</u> <u>839</u> <u>840</u> <u>841</u> <u>842</u> <u>843</u> <u>844</u> <u>845</u> <u>846</u> <u>847</u> <u>848</u> <u>849</u> <u>850</u> <u>851</u> <u>852</u> <u>853</u> <u>854</u> <u>855</u> <u>856</u> <u>857</u> <u>858</u> <u>859</u> <u>860</u> <u>861</u> <u>862</u> <u>863</u> <u>864</u> <u>865</u> <u>866</u> <u>867</u> <u>868</u> <u>869</u> <u>870</u> <u>871</u> <u>872</u> <u>873</u> <u>874</u> <u>875</u> <u>876</u> <u>877</u> <u>878</u> <u>879</u> <u>880</u> <u>881</u> <u>882</u> <u>883</u> <u>884</u> <u>885</u> <u>886</u> <u>887</u> <u>888</u> <u>889</u> <u>890</u> <u>891</u> <u>892</u> <u>893</u> <u>894</u> <u>895</u> <u>896</u> <u>897</u> <u>898</u> <u>899</u> <u>900</u> <u>901</u> <u>902</u> <u>903</u> <u>904</u> <u>905</u> <u>906</u> <u>907</u> <u>908</u> <u>909</u> <u>910</u> <u>911</u> <u>912</u> <u>913</u> <u>914</u> <u>915</u> <u>916</u> <u>917</u> <u>918</u> <u>919</u> <u>920</u> <u>921</u> <u>922</u> <u>923</u> <u>924</u> <u>925</u> <u>926</u> <u>927</u> <u>928</u> <u>929</u> <u>930</u> <u>931</u> <u>932</u> <u>933</u> <u>934</u> <u>935</u> <u>936</u> <u>937</u> <u>938</u> <u>939</u> <u>940</u> <u>941</u> <u>942</u> <u>943</u> <u>944</u> <u>945</u> <u>946</u> <u>947</u> <u>948</u> <u>949</u> <u>950</u> <u>951</u> <u>952</u> <u>953</u> <u>954</u> <u>955</u> <u>956</u> <u>957</u> <u>958</u> <u>959</u> <u>960</u> <u>961</u> <u>962</u> <u>963</u> <u>964</u> <u>965</u> <u>966</u> <u>967</u> <u>968</u> <u>969</u> <u>970</u> <u>971</u> <u>972</u> <u>973</u> <u>974</u> <u>975</u> <u>976</u> <u>977</u> <u>978</u> <u>979</u> <u>980</u> <u>981</u> <u>982</u> <u>983</u> <u>984</u> <u>985</u> <u>986</u> <u>987</u> <u>988</u> <u>989</u> <u>990</u> <u>991</u> <u>992</u> <u>993</u> <u>994</u> <u>995</u> <u>996</u> <u>997</u> <u>998</u> <u>999</u> <u>1000</u> <u>1001</u>					



**Diagnóstico**

*Folia verda do  
jardim*

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

Paciente	Nome do Paciente	Alojamento	Leito	2	Convênio
----------	------------------	------------	-------	---	----------

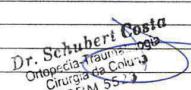
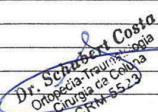
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
31/01	Dieta livre		
	Antak 150mg VO 12/12h	12/12h	
	Diphrona 1 comp VO 6/6h	12/12h	
	Diclofenaco de sódio 50mg VO 12/12h	12/12h	
	S.S.V.V. + C.C.G.G.		
01/02	1. Antak 150mg VO 8/8h	12/12h	
	2. Diphrona 1 comp VO 8/8h	12/12h	
	3. Diclofenaco 50mg VO 12/12h	12/12h	
	4. C.C.G.G.	12/12h	



## DIAGNÓSTICO

#### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ok



PA: 140x100

99  
01  
19

Pct. Consciente orientado  
Realizado SSUV medicado e PR  
Segue aos cuidados da equipe  
segundo procedimento cirúrgico.

Emanuel Sá da Silva  
TEC. DE ENFERMAGEM  
COREN-PB 959.74

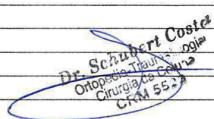
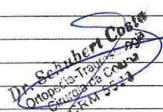


## DIAGNÓSTICO

#### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

1

Paciente	Visita do Nutricionista	Alojamento:	Leito	Convênio	Fixa dos Ossos do
Data	Prescrição Médica	Horário			Evolução Médica
29/01	1. Dieta <i>fase</i> <i>gelco</i> . 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML+ AD EV/06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV/12/12h 5. Omeprazol 40mg <i>EV/jejum</i> <i>VO</i> - 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nasedron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia <i>(Sup)</i> 9. SSVV + CCGG	C1 C1 C2 C2 C2 SIN SIN C1	18 24 26 26 26 C6		<i>Boa evolução, ofertas</i> <i>16: festejante</i>



## DIAGNÓSTICO

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO





GOVERNO SECRETARIA DE SAÚDE  
DA PARAÍBA HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

#### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO



Assinado eletronicamente por: EWERTON AUGUSTO COUTINHO PEREIRA - 13/09/2019 17:19:59  
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1909131719581110000023643164>  
Número do documento: 1909131719581110000023643164

Núm. 24420009 - Pág. 2

26/09/19 08:00 J20

90

Paciente consciente e Orientado  
medicados conforme prescrição  
medicais sem queixas  
momentos de cuidado.  
Enfermagem.

Sandra Jaqueline Henrique dos Santos  
COREN-PB 199660 TE

51022114  
8  
45522455  
20000

120225052001





GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## DIAGNÓSTICO

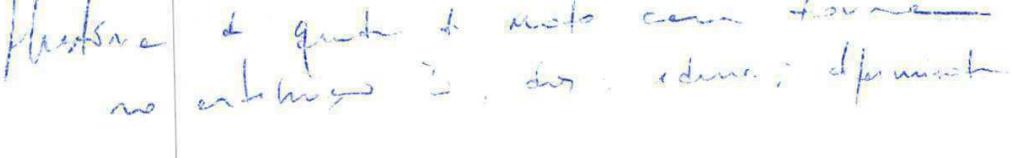
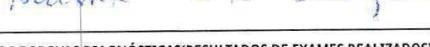
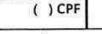
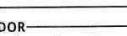
## DIAGNOSTICOS

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ok



Data da internação: 26/01/2019 Hora: 06:53:57

 <b>Sistema Único de Saúde</b>		<b>LAURO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>		
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>		2 - CNES <b>2362856</b>		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>		4 - CNES <b>2362856</b>		
<b>Identificação do Paciente</b> 5 - NOME DO PACIENTE <b>PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO</b>		6 - N.º DO PRONTUÁRIO <b>1820815</b>		
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>25/01/1987</b>		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>MARIA MARGARIDA DO NASCIMENTO</b>		11 - TELEFONE DE CONTATO DDD <b>83</b> N.º DE TELEFONE <b>991029558</b>		
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º,BAIRRO) <b>FRANCISCO INACIO , 112 , CENTRO</b>		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO <b>250400</b>		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Campina Grande</b>		15 - UF <b>PB</b>		
		16 - CEP <b>58400002</b>		
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>				
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
				23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 		
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <b>02</b>		28 - DOCUMENTO ( ) CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF
				29 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>98001628365569</b>
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>CARLOS ANTONIO DA ROCHA Cofilho</b>		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>26/01/2019</b>		
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) 				
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>				
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA 		37 - N.º DO BILHETE
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				38 - SÉRIE
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO <input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADOR		( ) AUTÔNOMO <input checked="" type="checkbox"/> DESEMPREGADO		( ) APOSENTADO <input checked="" type="checkbox"/> NÃO SEGURADO
<b>AUTORIZAÇÃO</b>				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 		44 - COD. ORGÃO EMISSOR 		
45 - DOCUMENTO ( ) CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF		46 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) 		
49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 				



*DR*

4º ofício

Ex-1-0002 Verbares

167 - 56

informe 2º ofício

informe 2º ofício 2º que: agente informou  
informe 2º ofício 2º que: agente informou



Data da internação: 26/01/2019 Hora: 06:53:57

<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUĐO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>		
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>			2 - CNES <b>2362856</b>	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>			4 - CNES <b>2362856</b>	
<b>Identificação do Paciente</b>				
5 - NOME DO PACIENTE <b>PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO</b>			6 - N.º DO PRONTUÁRIO <b>1820815</b>	
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>25/01/1987</b>	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input checked="" type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>MARIA MARGARIDA DO NASCIMENTO</b>			11 - TELEFONE DE CONTATO DDD <b>83</b> N.º DE TELEFONE <b>991029558</b>	
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) <b>FRANCISCO INACIO , 112 , CENTRO</b>		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO <b>250400</b>	15 - UF <b>PB</b>	16 - CEP <b>58400002</b>
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  <i>Histone + quente + mofo com tosse na embreagem D; dor; edema; drenos</i>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  <i>Necessite fto cirurgia</i>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  <i>PT + EP</i>				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>FRAT- ossos anteriores</b>		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <b>fto cirurgia</b>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO <b>02</b>	28 - DOCUMENTO ( <input checked="" type="checkbox"/> CNS) ( <input type="checkbox"/> CPF)	29 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>980016283655691</b>	30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>CARLOS ANTONIO DA ROCHA CFILHO</b>
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>26/01/2019</b>		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)  <i>Dr. Carlos Augusto Coutinho de Cunha 03/03/2019 Cirurgião de Cada</i>		
33 - ( <input type="checkbox"/> ) ACIDENTE DE TRÂNSITO				
34 - ( <input type="checkbox"/> ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				
35 - ( <input type="checkbox"/> ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				
36 - CNPJ DA SEGURADORA  <i>03/03/2019 03/03/2019</i>				
37 - N.º DO BICHETE <b>03/03/2019</b>				
38 - SÉRIE <b>50</b>				
39 - CNPJ EMPRESA				
40 - CNAE DA EMPRESA				
41 - CBOR				
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( <input type="checkbox"/> ) EMPREGADO      ( <input type="checkbox"/> ) EMPREGADOR      ( <input type="checkbox"/> ) AUTÔNOMO      ( <input type="checkbox"/> ) DESEMPREGADO      ( <input type="checkbox"/> ) APOSENTADO      ( <input type="checkbox"/> ) NÃO SEGURADO				
<b>AUTORIZAÇÃO</b>				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO ( <input type="checkbox"/> CNS) ( <input type="checkbox"/> CPF)		46 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <b>1/1</b>		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		



GOVERNO  
DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

**ATESTADO**

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SR. (A): Pererujo Jo  
Pererujo Condado PORTADOR (A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº: \_\_\_\_\_

SÉRIE \_\_\_\_\_ ESTEVE INTERNADO (A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 552 NO CID. DURANTE

O PERÍODO DE 26/01/19 À 03/02/19 NECESSITANDO DE

60 Segundas DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 03/03/19

Dr. Buerba Med  
Médico Ortopedia e Traumatologia  
Ass. do médico - Nº. do CRM

**AUTORIZAÇÃO**

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

Ass. do paciente ou responsável

MOD. 060





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



### ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

- fo *Decisão de descer*

foi atendido (às) hoje, às 11:36 ( )  
horas, necessitando de 60 (sessenta)  
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID 552.3 / 552.4

Campina Grande, 26/02/19

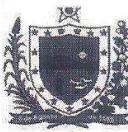
*Dr. Rodrigo Amorim*  
CRM-PB 6221 - TEL: 9 12455  
CIR. DA PROLUNA VERTEBRAL - SBC  
CIR. DA PELVE - PEDRO II N° 429  
CAMPINA GRANDE - PB

Assinatura do Médico - CRM N°

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

MOD.004





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

**Livro nº 001/2019**

**Ocorrência nº. 197/2019**

Aos VINTE E SETE (27) dias de MARÇO (03) de DOIS MIL E DEZENOVE (2019), nesta cidade de ALAGOA GRANDE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARIA SOLIDADE DE SOUSA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 15h:19min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA, conhecido(a) por PRISCILA, Identidade nº 3.127.038-SSDS/PB, CPF nº 067.655.964-61, nacionalidade brasileira, estado civil: separada, profissão: cuidadora de Lar, filho(a) de Antônio Silva e de Maria Margarida do Nascimento Cardoso, natural de Rio de Janeiro/RJ, nascido(a) em 25/01/1987 (32 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Francisco Inácio, 112, Conjunto Vera Cruz, tendo como ponto de referência: próximo a Antônio do Móvel, na cidade de ALAGOA GRANDE/PB, fone(s) para contato: (83) 9 9102-9558.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) Data do Fato:** 26 de janeiro de 2019;
- 3) Horário do fato:** 5h:0min;
- 4) Local do fato:** Rua Ruy Barbosa, próximo ao Campo Novo;
- 5) Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE/PB;
- 6) O comunicante/vítima conduzia o veículo? SIM;**
- 7) Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado? NÃO;**
- 8) O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com sua obrigações tributárias? NÃO**
- 6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:**

HONDA POP 1101, DE COR PRETA, ANO/MODELO 2017/2017, PLACA QFT 9894/PB, CHASSI 9C2JB0100HR272371, LICENCIADO EM NOME DA COMUNICANTE.

- 7) Testemunha(s) do fato/acidente:**

**NÃO**

- 8) Breve resumo do fato:**

Que a comunicante compareceu a esta unidade de Polícia Civil para informar que na data, hora e local acima mencionados fora vítima de ACIDENTE DE TRÂNSITO, ocasião esta em que a comunicante conduzia uma moto HONDA POP 1101, DE COR PRETA à rua Ruy Barbosa, próximo ao campo novo; Que a comunicante vinha na rua Ruy Barbosa, momento em que tentou desviar de um buraco; Que segundo a comunicante ela deve ter apertado o freio dianteiro, fazendo com que fosse arremessada por cima da moto, caindo ao solo; Que a comunicante chegou a se levantar, momento em que viu que tinha sofrido uma lesão no antebraço direito; Que a comunicante ligou para um primo, que chegou logo em seguida, levando a comunicante para o HOSPITAL MUNICIPAL DE ALAGOA GRANDE, sendo medicada e encaminhada para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE/PB; Que a comunicante passou por cirurgia, ficando internada por nove dias, recebendo alta em seguida.

**OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:**

Nada Consta.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

*Priscila do Nascimento Cardoso Silva*

PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA

Comunicante

*Priscila do Nascimento Cardoso Silva*

Escrivã(o)/Agente

Matrícula nº 182.235-7

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB N° 013747024903  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA COD. RENAVAM FAB. EXERCÍCIO  
1 0112801084-1 00/00000000 2017

NOME  
PRISCILA DO NASCIMENTO C SILVA

CPF/CNPJ 06765596461 PLACA QFT9894/PB  
PLACA ANT/UF NOVO PB CHASSI 9C2JB0100HR272371

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO AFLIC COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/POP 110I ANO FAB 2017 ANO MOD 2017

CAP/POT/CIL 2 P/109 /CI CATEGORIA PARTIC COR PRÉ DOMINANTE PRETA

I P COTA UNICA IFVA PAGO EM 00/00/0000 1<sup>a</sup>  
P V FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO/COTAS 2<sup>a</sup>  
A \*\*\*\*\* 0 3<sup>a</sup>

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURADO PAGO 31/08/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DATA 06/09/2017  
LOCAL ALAGOA GRANDE-PB  
99999999 31054

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

PB N° 013747024903 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 06/09/2017

VIA 1 CPF / CNPJ 06765596461 PLACA QFT9894/PB  
RENAVAM 01128010841 MARCA / MODELO HONDA / POP 110I

ANO FAB 2017 CAT. FABRICANTE 9 Nº CHASSI 9C2JB0100HR272371

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNIS (R\$) *****	DENATRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	IOF (R\$) SEGURADO	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$) PAGO
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO 31/08/2017
COTA ÚNICA		PARCELA DO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.240.600/0001-04

31054-0848492-20170906

AGO-2017

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB      N.º 013747024903

E9835271951

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

FRT 20170500006903-4

VIA 1	CÓD. RENAVAM 0112801084-1	INSCRIÇÃO 00/00000000	
NOME/ENDERECO PRISCILA DO MASCIMENTO C SILVA RUA FRANCISCO INACIO 112 VERA CRUZ 58388000 ALAGOA GRANDE - PB			
OPC/CNPJ 06765596461	PLACA QFT9894 / PB		
NOME ANTERIOR PARENTE MUNIZ FILHO E CIA LTDA			
PLACA ANTES/UF NOVO PB	CHASSI 9C2JB0100HR272371		
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC		COMBUSTIVEL GASOLINA	
MARCA/MODELO HONDA/ POP 110I		ANO FAB 2017	ANO MOD 2017
CAP/POT/CL 2 P/109 / CT	CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE FRETA	
OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
N. Motor : JB01E0H272386			
VALOR 9999999	LOCAL ALAGOA GRANDE - PB	DATA 06/09/2017	31054



Assinado eletronicamente por: EWERTON AUGUSTO COUTINHO PEREIRA - 13/09/2019 17:20:00  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091317195924800000023643168>  
 Número do documento: 19091317195924800000023643168

Num. 24420013 - Pág. 3



Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOZO SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 3127038

EXPEDIDO POR

EM 18/06/03 E

CPF 067655964-61 /CNPJ 0000000000-0000-00, PROFISSÃO CUIDADORA  
E RENDA MENSAL DE R\$ 998,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA PRISCILA DO NASCIMENTO C. SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3488 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 10338-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Magia grande de julho de 2019 Priscila do Nascimento Carbozo Silva  
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



### ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



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

---

**Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190312902**

**Vítima: PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA**

**Data do Acidente: 26/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

**Recebedor: PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 104**

**Agência: 3488**

**Conta: 0000010338-6**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Pag. 01659/01660 - carta\_15R - INVALIDEZ



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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



 <p><b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b>  Guia de Recolhimento de Custas e Taxas  Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			<p>Número do boleto: 003.1.19.01178/01</p> <p>Data de emissão: 13/09/2019</p>
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Data de vencimento: 30/09/2019
Nº do Processo: 003.2019.601178 Comarca: Alagoa Grande Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - 7			UFR vigente: R\$ 50,58 Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6 Parcela: 1/1 Valor total: R\$ 1.202,93 Desconto total: R\$ 0,00
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 1.011,60 - Taxa Judiciária: R\$ 189,98 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Promovente: PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA Promovido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			
866900000120 029309283181 520190930005 311901178013 			Valor final: R\$ 1.202,93

 <p><b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b>  Guia de Recolhimento de Custas e Taxas  Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			<p>Número do boleto: 003.1.19.01178/01</p> <p>Data de emissão: 13/09/2019</p>
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Data de vencimento: 30/09/2019
Nº do Processo: 003.2019.601178 Comarca: Alagoa Grande Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - 7			UFR vigente: R\$ 50,58 Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6 Parcela: 1/1 Valor total: R\$ 1.202,93 Desconto total: R\$ 0,00
<b>Detalhamento:</b> Promovente: PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA Promovido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.			
			Valor final: R\$ 1.202,93

 <p><b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b>  Guia de Recolhimento de Custas e Taxas  Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			<p>Número do boleto: 003.1.19.01178/01</p> <p>Data de emissão: 13/09/2019</p>
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Data de vencimento: 30/09/2019
Nº do Processo: 003.2019.601178 Comarca: Alagoa Grande Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - 7			UFR vigente: R\$ 50,58 Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6 Parcela: 1/1 Valor total: R\$ 1.202,93 Desconto total: R\$ 0,00
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 1.011,60 - Taxa Judiciária: R\$ 189,98 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Promovente: PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA Promovido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			
866900000120 029309283181 520190930005 311901178013 			Valor final: R\$ 1.202,93





Poder Judiciário do Estado da Paraíba  
Tribunal de Justiça  
Sistema de Custas Online

**Guia de Custas Prévias**

**Nº Guia:** 003.2019.601178      **Data Vencimento:** 30/09/2019      **Data Emissão:** 13/09/2019

**Comarca:** Alagoa Grande

**Classe:** PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

**Promovente:** PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA

**Promovido:** SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

**Valor da Causa:** R\$ 12.665,25

**Despesas Processuais:** R\$ 0,00      **Custas:** R\$ 1.011,60      **Taxa:** R\$ 189,98

**Total da Guia:** R\$ 1.201,58

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

---

Servidor

**APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLOAMENTO DA AÇÃO.**



Assinado eletronicamente por: EWERTON AUGUSTO COUTINHO PEREIRA - 13/09/2019 17:20:00  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091317200012400000023643170>  
Número do documento: 19091317200012400000023643170

Num. 24420015 - Pág. 2



**Poder Judiciário da Paraíba  
Vara Única de Alagoa Grande**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0801246-47.2019.8.15.0031

**DESPACHO**

Vistos etc.

Inicialmente, defiro o pedido de justiça gratuita a parte autora (art. 98 do CPC).

Outrossim, deixo de determinar a realização da audiência prevista no art. 334 do CPC, tendo em vista especificidade da demanda, que sempre reclama a produção de prova pericial para o seu deslinde, e ainda a circunstância de que a parte demandada, de modo recorrente, em centenas de processos análogos a este, não demonstra interesse na autocomposição, determino a sua CITAÇÃO para, querendo, oferecer contestação no prazo de 15 dias.

Providências necessárias.

Alagoa Grande, 16 de SETEMBRO de 2019

**JOSÉ JACKSON GUIMARÃES**

Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: JOSE JACKSON GUIMARAES - 17/09/2019 08:14:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091622443755500000023696169>  
Número do documento: 19091622443755500000023696169

Num. 24475942 - Pág. 1