



## PROCURAÇÃO AD JUDICIA E EXTRA JUDICIAL

**OUTORGANTE:** MAIKOM, brasileiro, Solteiro, Auxiliar de Mecânico, portador da Cédula de Identidade nº: 4.117.601 SSDS/PB, inscrito no CPF nº: 704.212.714-50, residente e domiciliadona Rua, Ferroviária, Nº 08,Apo. 06 c,Quarenta, Campina Grande /PB. Cep:58416-195. Fone:(83)98622-2981.

**OUTORGADO:** GERSON LUCIANO SANTOS NETTO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PB sob o nº 24.614, ambos com endereço profissional na **Rua: professora Corina Maria Rabelo, nº 28 Bairro José Américo de Almeida -, na Cidade de João Pessoa/PB, 986434993.**

**PODERES:** Poderes para o foro em geral, a fim de defender os interesses e direitos do Outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive perante esta Douta Vara, propondo Ações competentes em que o Outorgante seja autor ou reclamante, defendendo-o quando for Réu, Interessado ou Requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, acordar, recorrer, receber e dar quitação, confessar, firmar compromisso, prestar declarações, renunciar direitos, bem como substabelecer a presente com ou sem reservas de poderes, se assim lhes convier, praticarem todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, ao qual dar como firme e valioso, enfim praticar todos os atos previstos no art.105 do Novo Código de Processo Civil com redação dada pela Lei nº 8.952 de 13.12.94 e art. 5º, § 2º da Lei nº 8906, de 04.07.94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

**CONTRATO:** O Outorgante obriga-se a pagar ao outorgado, a título de verba honorária advocatícia remuneratória pelos serviços prestados, ora contratados, a importância de **30%**, calculados sobre o valor da causa, da condenação ou do acordo celebrado.

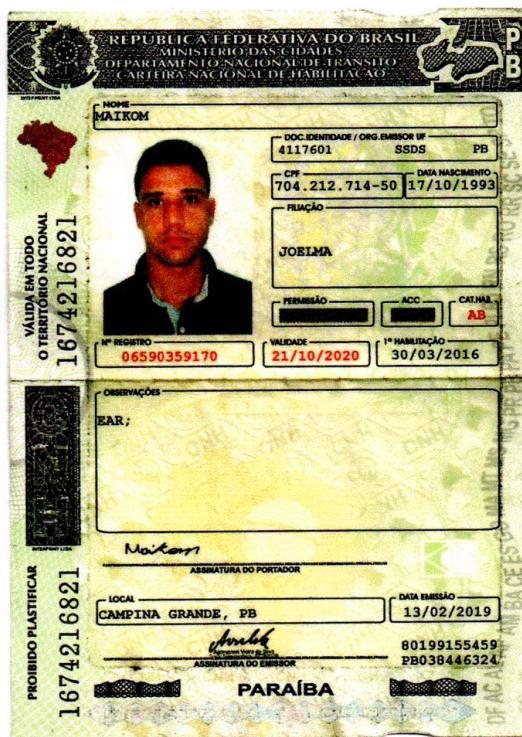
## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA DE RENDIMENTOS

A parte outorgante, conhecedora dos termos da Lei n.º 1.060/50, declara que é pobre na forma da lei e que não tem condições de dar prosseguimento à demanda judicial sem comprometimento da subsistência de sua vida e de sua família.

João Pessoa/PB, de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
Outorgante/Declarante





Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 23/08/2019 19:50:03  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082319495918500000023059687  
Número do documento: 19082319495918500000023059687

Num. 23799971 - Pág. 1

REMESSA ENTREGUE

036737

**INSS**

AG DA P.E CAMPINA GRANDE - DINAMERICA  
AV. DINAMERICA ALVES CORREIA, S/N  
SANTA ROSA  
CAMPINA GRANDE - PB  
58416-680

MUDOU-SE       RECUSADO  
 ENDEREÇO INSUFICIENTE       NÃO PROCURADO  
 NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO       AUSENTE  
 DESCONHECIDO       FALECIDO

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM: ..... / ..... / .....

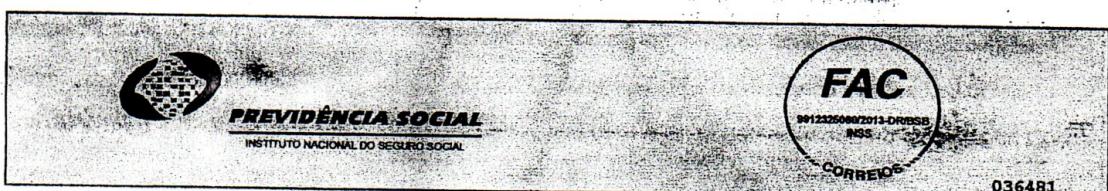
EM: ..... / ..... / .....

RESPONSÁVEL

VISTO

Impresso pela Dataprev

FORM: CON39A



MAIKOM  
FERROVIARIA 08 AP06 BLC  
QUARENTA  
CAMPINA GRANDE PB  
58416-195

5013196987420760000003648130181017





**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARAÍBA  
2º COMANDO REGIONAL DE BOMBEIRO MILITAR  
CENTRO INTEGRADO DE OPERAÇÕES POLICIAIS**

Nº 113

**C E R T I D Ã O**

Conforme Registro de Ocorrência de nº 00004 do dia 07/09/2017, às 05hs28min, CERTIFICO que a guarnição de Auto Resgate (AR-33) deslocou até a Avenida Almirante Barroso, Bairro: Liberdade, Campina Grande-PB para atender uma ocorrência de QUEDA DE MOTO. Chegando ao local, a vítima, o Sr. MAIKOM de identidade nº 4.117.601 2ª via SSP/PB, 24 anos se encontrava ao solo com uma possível fratura de fêmur no membro inferior direito. Tão logo, feito os procedimentos técnicos, a vítima foi conduzida ao Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes.

**CAUSA PROVÁVEL:** Ignorada\*\*\*\*\*

**CHEFE DA GUARNIÇÃO:** SD BM ALEXANDRE ALVES ARAÚJO \*\*\*\*\*

Quartel em Campina Grande – PB, 17 de Novembro de 2017.



GLADSTONE NOGUEIRA DA SILVA – CAP QOABM  
Chefe do CIOP do 2º BBM



GOVERNO DA PARAÍBA  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARAÍBA - 2º COMANDO REGIONAL DE BOMBEIRO MILITAR  
AV. ALMEIDA BARRETO, N° 426 – SÃO JOSÉ, CEP: 58400-028 – CAMPINA GRANDE-PB.  
TEL: (83) 3310-9239 / FAX: (83) 33109386 –  
E-MAIL: comando2crbm@hotmail.com

24/07/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

## SINISTRO 3190444687 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** MAIKOM

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIFE**

ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

**BENEFICIÁRIO** MAIKOM

**CPF/CNPJ:** 70421271450

**Posição em 02-08-2019 08:07:33**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

05/08/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50
------------	--------------	----------	--------------

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
27/07/2019	Aviso de Sinistro*	



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**

**Nº 00009.01.2018.2.00.420**

#### **OCORRÊNCIA(S)**

**Suposto(s) Autor(es):**

**Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

**Data da Ocorrência:** 07/09/2017

**Hora:** 05:28:00

**Forma da Comunicação:** Verbal

**Endereço:** Rua Almirante Barroso, Liberdade, Campina Grande, PB.

#### **PARTE(S)**

<b>VITIMA</b>	<b>Nome:</b> Maikom	<b>Identidade de Gênero:</b> masculino
	<b>Conhecido por:</b> Não informado	
	<b>Filiação:</b> Jocima e Não Declarado	
	<b>Idade:</b> 24	
<b>TESTEMUNHA</b>	<b>Data de Nascimento:</b> 17/10/1993	<b>Naturalidade:</b> Campina Grande
	<b>Nacionalidade:</b> brasileira	
	<b>Estado Civil:</b> solteiro(a)	
	<b>Escolaridade:</b> Não informado	
<b>VITIMA</b>	<b>Profissão:</b> Auxiliar de Mecânico	<b>HISTÓRICO</b>
	<b>Documentos(s) de Identificação:</b> CPF nº 704.212.714-50	
	<b>Endereço:</b> Rua Dom Manoel Pereira da Costa, 46, Quarenta, Campina Grande, PB	
	<b>Complemento:</b> Bloco, C, APTº 006	
<b>TESTEMUNHA</b>	<b>Telefone:</b> (83) 98622-2981	<b>TESTEMUNHA</b>
	<b>Nome:</b> Sheila Raquel Leite da Silva	
	<b>Conhecido por:</b> Não informado	
	<b>Filiação:</b> Josiane Brito da Silva e José Waldivan Leite da Silva	
<b>VITIMA</b>	<b>Idade:</b> 26	<b>Identidade de Gênero:</b> feminino
	<b>Data de Nascimento:</b> 08/11/1991	
	<b>Nacionalidade:</b> brasileira	
	<b>Estado Civil:</b> união estável	
<b>TESTEMUNHA</b>	<b>Profissão:</b> Estudante	<b>HISTÓRICO</b>
	<b>Documentos(s) de Identificação:</b> RG nº 3563658 SSP/PB	
	<b>Endereço:</b> Vila Ferroviária, 08, Quarenta, Campina Grande, PB	
	<b>Complemento:</b> Bloco, C, APTº 06	
<b>VITIMA</b>	<b>Telefone:</b> (83) 98622-2981	<b>TESTEMUNHA</b>
	<b>Nome:</b> Adenir de Vila Lopes	
	<b>Conhecido por:</b> Não informado	
	<b>Filiação:</b> Adenir de Vila Lopes e Maria das Graças Lopes	
<b>VITIMA</b>	<b>Idade:</b> 56	<b>HISTÓRICO</b>
	<b>Data de Nascimento:</b> 06/09/1979	
	<b>Nacionalidade:</b> brasileira	
	<b>Estado Civil:</b> casado	



Procedimento Policial: 00009.01.2018.2.00.420

1/2

515

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



Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

TESTEMUNHA

Nome: Kelly Cristina Cardoso da Silva  
Conhecido por: Não informado  
Filiação: Ivanilda Silveira da Silva e José Ricardo Cardoso da Silva  
Idade: 33 Data de Nascimento: 14/03/1984 Identidade de Gênero: feminino  
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande  
Estado Civil: casado(a)  
Escolaridade: Não informado Profissão: Cabelereira  
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 052.992.114-65  
Endereço: Rua do Juá, 94, Tambor, Campina Grande, PB  
Complemento: Não informado  
Telefone: (83) 98719-9351

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo CG 150 JOB, tipo de veículo Motocicleta, cor Azul, ano MNW-0075, placa MNW-0075, chassi 9C2KC8308R004314, renavam 96489347

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 150 JOB, Ano/Modelo 2008/2008, cor azul, Placa MNW-0075-PB, Chassi de Nº 9C2KC8308R004314, licenciada em nome de Thiago Lemos Rodrigues, quando trafegava na rua Almirante Barroso, bairro da Liberdade, momento em que sobrou na curva e perdeu o controle de direção, vindo a cair ao solo e sofrendo fratura de Fêmur na perna direita, sendo socorrida pelo Corpo de Bombeiros 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.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 16 de janeiro de 2018.



SEVERINO DE CARVALHO LOPES

Delegado(a) de Polícia Civil

MAIKOM  
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR

Escrivão de Polícia

Procedimento Policial: 00009.01.2018.2.00.420

2/2



GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES.  
DIRETORIA GERAL  
NÚCLEO DE AUDITORIA

## CERTIDÃO CÓPIA

Certificamos para os devidos fins de direito que o paciente atendido no dia 07 de setembro de 2017 (Atendimento nº. 1500978), pelas 06:09 h, foi **MAIKOM**, brasileiro, portador da Cédula de Identidade nº. 41.17.601 SSP/PB e CPF nº. 704.212.714-50, filho de Joelma, natural de Campina Grande - PB, estando o seu prontuário médico preenchido de forma errônea. Portanto, onde lê-se **MAYCON CARDOSO DA SILVA**, leia-se **MAIKOM**.

Certificamos, ainda, que o paciente, apresentou Carteira Nacional de Habilitação original onde consta o nome correto do mesmo.

Campina Grande/PB, 29 de janeiro de 2018

**RODRIGO ARAÚJO CELINO**

Chefe do Núcleo de Auditoria do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes  
Mat.: 157.816-2 – OAB/PB 12.139  
Hospital de Emergência e Trauma  
de C. Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Pedro Mario F. A. Fernandes  
Núcleo de Auditoria/Assistente Jurídico

**PEDRO MÁRIO FREITAS ALVES FERNANDES**

Assessor Jurídico do Núcleo de Auditoria do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes  
Mat.: 210.411-3 – OAB/PB 22.160





07/09/2017



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

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - D<sup>o</sup>'S CLÍNICOS

*Exame primário clínico  
de 09/09/2017  
até 10/09/2017  
Anexo ao ato de alta*

#### ATENDIMENTO URGÊNCIA CLASS. DE RISCO VERMELHO

PRONT (B.E) Nº: 1500978 HOSPTAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Málvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 07/09/2017

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: maycon ~~es~~ CEP:

24 anos Sexo:

Endereço:

Cidade:

RG:

CPF:

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

CRM:

Data de Atendimento:

Hora: 06:09:39

Local da Lesão (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

MECANISMOS DO TRAUMA

OBS FICHA SEM DOCUMENTOS

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Acreção 15. Fratura clavicular fechada

2. Amputação 20. Fratura clavicular aberta

3. Avulsão 21. Hematoma

4. Contusão 22. Intergumentário verossimil

5. Cretanção 23. Laceração

6. Dor 24. Lesão tendinária

7. Edema 25. Luxação

8. Empalhamento 26. Mordedura

9. Enfisema subcutâneo 27. Movimento torácico parado ou mal

10. Enrumeamento 28. Objeto fixo cravado

11. Equimose 29. Otorragia

12. F. Arma branca 30. Parafusos

13. F. Arma de fogo 31. Parecia

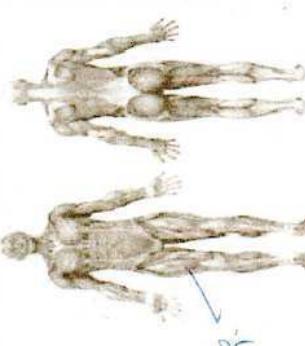
14. F. Coríntio 32. Presteisa

15. F. Contuso 33. Queimadura

16. F. Conto-contuso 34. Rincragia

17. F. Perfurado-contuso 35. Sinal de Icauemia

18. F. Perfurado-contuso 36.



OBS:

QUEIMADURA:

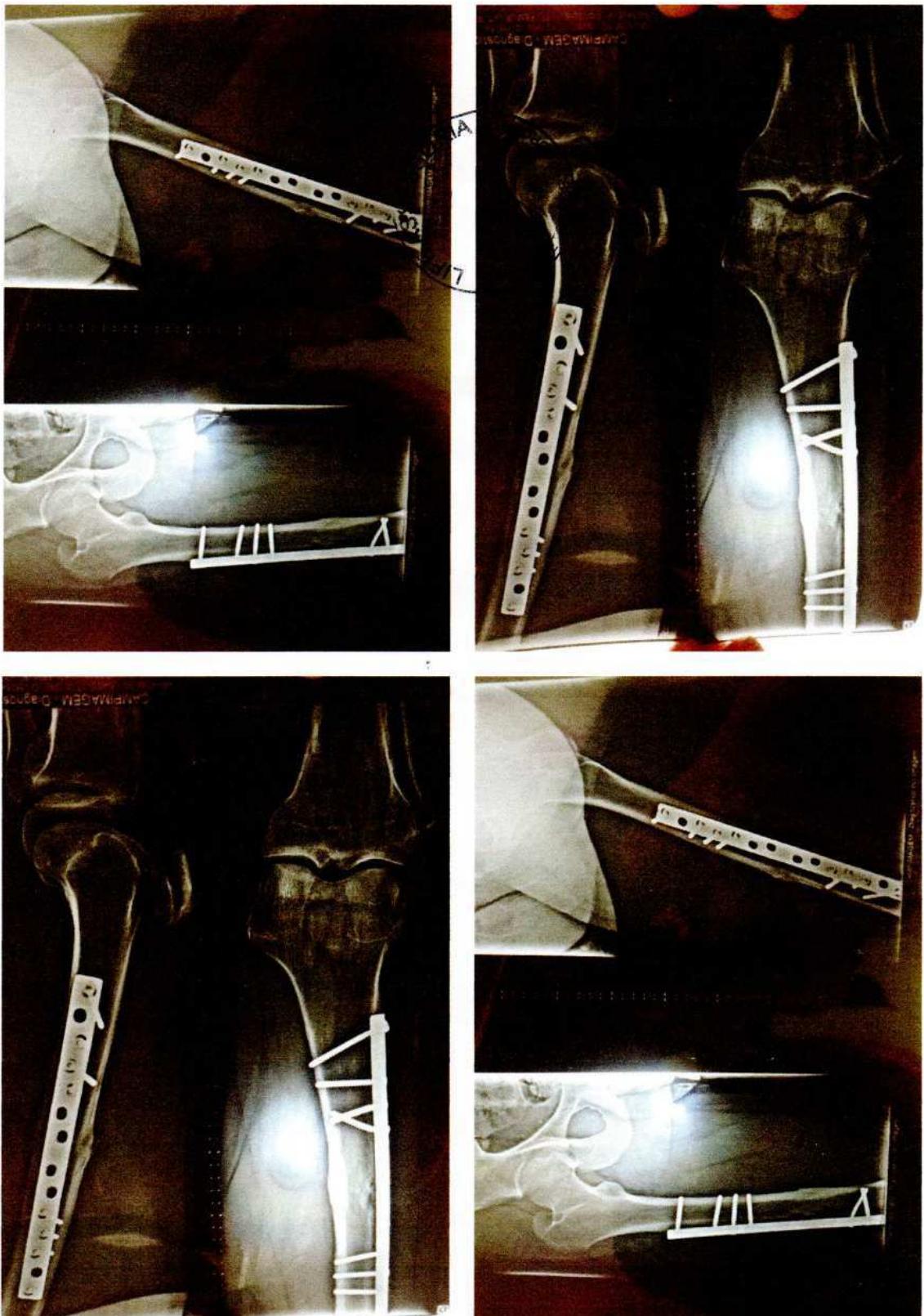
Superfície corporal lesada =   % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau  
DIAGNÓSTICO / CID: Acelerou de fundo

<http://10.1.1.148/projetohtcg/impreurgencia.php?contar=1500978>

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

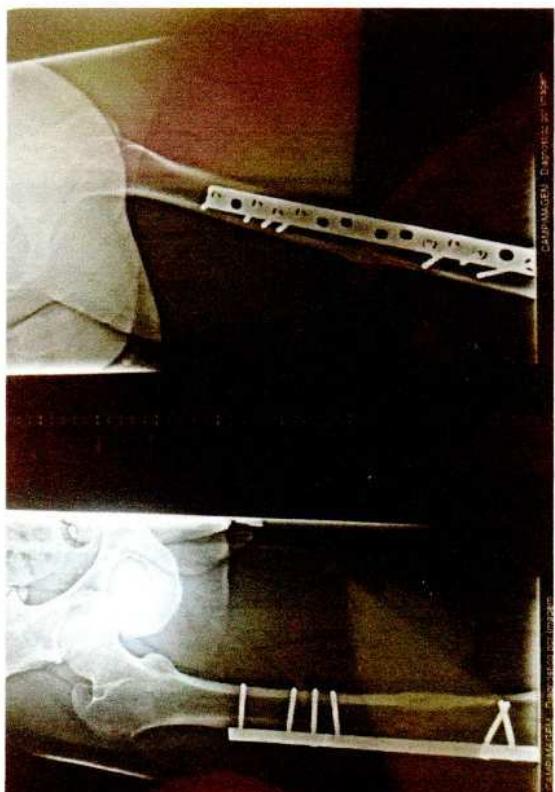
*Nelson da fundo*





Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 23/08/2019 19:50:09  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082319500703300000023059694>  
Número do documento: 19082319500703300000023059694

Num. 23799979 - Pág. 4



Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 23/08/2019 19:50:09  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082319500703300000023059694>  
Número do documento: 19082319500703300000023059694

Num. 23799979 - Pág. 5

2017-9-7

HTCG para Adminstrativo

Data da internação: 07/09/2017 Hora: 08:19:40

<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>		
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>		2 - CNES <b>2362856</b>		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>		4 - CNES <b>2362856</b>		
<b>Identificação do Paciente</b>				
5 - NOME DO PACIENTE <b>MAYCON CARDOSO DA SILVA</b>		6 - N° DO PRONTUÁRIO <b>1501014</b>		
7 - CARTÃO DO SUS <b>103 6090 4966 3232</b>		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>31/12/1969</b>		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>Joelma</b>		11 - TELEFONE DE CONTATO DDD <b>0</b> N° DE TELEFONE		
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO) <b>0 Rua do Jua 94</b>		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO <b>0</b>		15 - UF <b></b>
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Camimba Grande</b>		16 - CEP <b></b>		
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>				
<b>17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</b> <i>Pandor + infar mural</i> <i>MTC</i>				
<b>18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</b> <i>TX cir.</i>				
<b>19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)</b> <i>Rx + exame físico.</i>				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fret. suspeita de tumor</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL <i>Q</i>		22 - CID 10 SECUNDÁRIO <i>Q</i>
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <i>Q</i>				
<b>24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</b> <i>Txa 11 pse</i>				
<b>25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>				
26 - CLÍNICA		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO <b>D2</b>		28 - DOCUMENTO ( <input type="checkbox"/> ) CNS    ( <input type="checkbox"/> ) CPF
29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE)		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>FIDIAS GOMES FERREIRA BORBOREMA</b>		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>07/09/2017</b>
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		<i>GERSON LUCIANO SANTOS NETTO</i>		
<b>33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>				
36 - CNPJ DA SEGURADORA				
37 - N° DO BILHETE				
38 - SÉRIE				
<b>34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO</b>				
39 - CNPJ EMPRESA				
40 - CNAE DA EMPRESA				
41 - CBOR				
<b>35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO</b>				
<b>42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA</b> ( <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° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO ( <input type="checkbox"/> ) CNS    ( <input type="checkbox"/> ) CPF		46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <b>07/09/2019</b>		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Maiton Cardoso vda Silva 17/10/1993  
 QI LEITE CONVÉNIO IDADE REGISTRO  
 9.0.5. 23 anos 1500978



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de  
Emergência e Trauma Dom  
Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA Tratamento Cirúrgico CIRURGÃO  
 de fratura de fêmur D. Clínica Dr. Werson + Dr. Jefferson  
 ANESTESIA Ráque ANESTESIA Dr. Gislaine

INSTRUMENTADORA DATA INÍCIO FIM  
 Michele + Gustavo 24/09/17 08:40 13:40

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalinamp.	01	Calej. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazopan amp.	60	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimoreamp. 0,2mg		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoida		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	01	Dreno de sucção 4.8		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	01	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Mercapina	10ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nutrophan amp.	01	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	QS	Espadrapado Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protocolo l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	08	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca	
	Ranitidina amp.		H.O. ml	05	Mononylon 9-0	+++
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tricrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	03	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix	
04	Aqua Destilada amp.	10ml	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
	Dipirona amp.		Luvas 7.0	04	Vicryl Serfix	
	Flaxidol amp.	04	Luvas 7.5		Vicryl Serfix	
	Flabocortid amp.	04	Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
	Ceramicina amp.		Luvas 8.5			
01	Glicose amp. Nauseidon	7.20	Oxigênio l/m 2l/min			
	Glúcon de Cálcio amp.		Potiflux			
	Hemacel ml.	05	PVPI Degemerante ml			
	Reparema ml.		PVPI Tópico ml.			
	Vanakion amp.	05	Sabão Antiséptico	02	SG Normotérmico fr 500 ml	
01			Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
			Seringa desc. 10 ml	04	SG Hipertérmico fr 500 ml	
02			Seringa desc. 20 ml	04	SG Ringr fr 500 ml	
			Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
			Sonda			
			Sonda Foley			
02			Sonda Nasogástrica			
			Sonda Urtreal nº 14	01	ORTOSE E PRÓTESE	
			Steridrem ml		Concentrado de hemácias	
			Torneirinha	01	500ml	
			Vaselina ml	03	T.M cirúrgica	
04	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Gelcon 18		Placa 14F	
			Latese		Paraf. cert. 4.5	
08	Aguilha desc. 25 x 7	02				
	Aguilha desc. 28 x 28					
08	Aguilha desc. 4 x 15 40x12	02	B. silicone			
01	Aguilha p/ ráque nº 25G	05	elásticas			
	Álcool de Enfemagem	05	gel condutor			
	Álcool Iodado ml	05	descovalas			
04	Ataduras de Crepon	75				
	Ataduras de Gessada					
	Azul metílico amp.					
	Benzina ml					

## EQUIPAMENTOS

- (X) Oxímetro de Pulso ( ) Foco Auxiliar
- (X) Serra elétrica (X) Eletrocautério
- ( ) Desfibrilador ( ) Oxicapnógrafo
- (X) Foco Frontal (X) Cardiomonitor
- ( ) Fonte de Luz (X) Perfurador Elétrico

## CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Adriano Ferreira Rodrigues  
 TEC. DE ENFERMAGEM  
 COREN - PB 432.177

MOD 066



Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE  
CEP.: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com  
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 99452.1153

1<sup>a</sup> Via Cliente / 2<sup>a</sup> Via Empresa / 3<sup>a</sup> Via Fixa

Nº 3656

**PEDIDO DE FATURAMENTO**

NOME DO HOSPITAL

CIPARADE

TEL / FAX / E-MAIL

**NOME DO PACIENTE**

Nº DO RECENTE JABÔ

#### **PROCEDIMENTO REALIZADO**

**DATA DA UTILIZAÇÃO**

A circular stamp with the text "LIF-ASSESSORIA" at the top, "CORREIO" at the bottom left, "COMUNICAÇÃO" at the bottom center, and "SEGUROS" at the bottom right. The date "24 JUL. 2019" is in the center.

26 JULY 2019

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

第二章

**ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL**

Gaudí







SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM

## **REQUISIÇÃO DE EXAMES**

DADOS CLÍNICOS:

ULTRASSONOGRAFIA  
Realizada em:04/09/14

Dr. Lüher

MATERIAL A EXAMINAR:

## **EXAMES SOLICITADOS:**

A circular postmark from Brazil. The outer ring contains the text "CORREIO FEDERAL DO BRASIL" at the top and "CORREIO DO BRASIL" at the bottom. The inner circle contains the date "24 JUL. 2015".

URGÊNCIA:	<input type="checkbox"/>	ROTINA:	<input type="checkbox"/>
DATA:	04/09/17		
<b>HORA DA SOLICITAÇÃO:</b>			



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

Nome do Paciente	Nº Prontuário
<i>Marco C. da Silva</i>	
Data da Operação	Leito
27 set 17	Enf.
Operador <i>Dr. Wilson</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Jefferson R3</i>
2º Auxiliar <i>Dr. Júlio M</i>	3º Auxiliar Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia
Diagnóstico Pré-Operatório	<i>Fratura colo fixa</i>
<i>Coxa D</i>	
Tipo de Operação	
Diagnóstico Pós-Operatório	
<i>Osteosíntese</i>	
Relatório Imediato da Patologia	
Exame Radiológico no Ato	
<i>N</i>	
Acidente Durante a Operação	
<i>N</i>	

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1 - Paciente em DAF, sem anestesia
- 2 - Adequado e Antisseptico
- 3 - Alinhamento e par estenose
- 4 - Incisão fac. lateral Coxas D +
- 5 - Redutor envolve fratura D
- 6 - Ossos Coxas D fixados juntos
- 7 - Sutura
- 8 - Cravado



Dr. Jefferson Libson L. A. Rocha  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RN 6657 - CRM-PB 10168

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



---

## **RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**

---



Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 23/08/2019 19:50:14  
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082319500955700000023059696>  
Número do documento: 19082319500955700000023059696

Num. 23799981 - Pág. 1

## **RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**



Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 23/08/2019 19:50:14  
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082319500955700000023059696>  
Número do documento: 19082319500955700000023059696

Num. 23799981 - Pág. 2



**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		2
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		2
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>		10

Assinatura do anestesista





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

## REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	<u>Maycon Cardoso de Lima</u>	PRONTUÁRIO:	
IDADE:		SEXO:	
		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
		<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> P
		<input type="checkbox"/> A	
PESO:		ALTURA:	
CLÍNICA:		ENF.:	
LEITO:			

### DADOS CLÍNICOS:

freio

RX do abdômen



### MATERIAL A EXAMINAR:

RX do abdômen

### EXAMES SOLICITADOS:

RX do abdômen

URGÊNCIA:	<input type="checkbox"/>	ROTEIRO:	<input type="checkbox"/>
DATA:	<u>07/08/19</u>	HORA DA SOLICITAÇÃO:	<u>07/08/19</u>

Carambo e Assinatura do Médico



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

### Ficha de Acolhimento

Nome:	Márcio Sandes da Silva	
End:	Av. 20 de Outubro, Bairro: Jardim das Rosas	
Data de Nascimento:	17-10-93	Documento de Identificação:
Queixa:	Dores no abdômen	
Acidente de trabalho?	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim	( <input type="checkbox"/> ) Não

### Classificação de Risco

LIFEA'SSESSÃO  
24 JUL. 2019

Nível de consciência:	( <input type="checkbox"/> ) Bom	( <input type="checkbox"/> ) Regular	( <input type="checkbox"/> ) Baixo
Fréquência respiratória:	Aspecto: ( <input type="checkbox"/> ) Calmo ( <input type="checkbox"/> ) Fáceis de despertar		
Pressão arterial:	Geralmente		
Dosagem de HGT:	Frequência cardíaca:		
Desambulação:	( <input type="checkbox"/> ) Livre	( <input type="checkbox"/> ) Cadeira de rodas	( <input type="checkbox"/> ) Maca

Temperatura axilar:

Mucosas: () Normocorada () Pálida

### Estratificação

MOD. 110

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

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

ENTRADA PRIMEIRA  
COREN-PB 223.352

Assinatura e carimbo do profissional





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

## Evolução Psicológica

Nome: Maycon Cardoso da Silveira  
Setor: Ula Ortopédica Leito: 1-3



07/09/2017

HTCG-Panell Administrativo

**EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO**

07094 : Conf de todo  
alma sua - alta indicativa  
para exame e tratamento  
medico



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

( ) Centro cirúrgico \_\_\_\_\_  
( ) Internação (setor) \_\_\_\_\_  
( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL \_\_\_\_\_

**SÉRVICOS REALIZADOS:**

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
( ) Alta hospitalar / ( ) revelia		
( ) Declaração Médica		
( ) Óbito		
<b>Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)</b>		





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

ORTOP  
L1101.3

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

Paciente	<b>MAYCON CARDOSO DA SILVA, 24</b>	Alojamento	Leito	Convênio	<b>LEITO 1-3</b>
----------	------------------------------------	------------	-------	----------	------------------







GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

## Diagnóstico

ORTOPI  
LEITO 13

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP:

FX DIAFISE FÉMUR D

Paciente	MAYCON CARDOSO DA SILVA, 24	Alojamento	Leito	Convênio	LEITO 1-3
----------	-----------------------------	------------	-------	----------	-----------

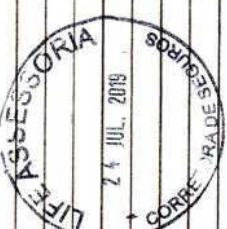
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28/09	1 DIETA LIVRE	20-21	
	2 SF 0,9% 1500ML EV/P/ 24H	20-21	21 DIH
	3 CLINDAMICINA 600MG + ABD EV/5/6H	20-21	#ORTOPEDIA
	4 GENTAMICINA 240MG + ABD EV/1XDIALLENTO	20-21	BEGA ESTÁVEL
	5 DIPRIVONA 12:ABD EV/5/6H	20-21	SOM INTENSO CRONICO
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SE EV 8/BHSN	20-21	DUREZA & EVOLUÇÕES
	7 NALESDRON 8mg/ml IFA + ABD EV/8/BHSN	SN	
	8 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV/FM/IEUM	SN	
	9 XAREFTO 450MG 1 GR VO DIA	20-21	
	10 CURATIVO 1X DIA	20-21	
	11 SSUV + CCGG	20-21	
	Qdtxx2r Axem Sucy	20-21	
	Dr. Juliano G. G. G.	20-21	
	Ortopedista e Traumatólogo	20-21	
	CRM/PE 10965	20-21	

HCD: VPM  
21/09/2019

Dr. Juliano G. G.

Ortopedista e Traumatólogo

CRM/PE 10965







GOVERNO  
DA PARAÍBA

**SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDESS**

Diagnóstico

ORTOP  
L1101.3

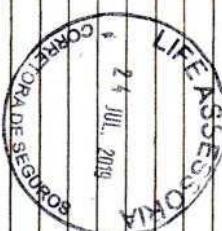
FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

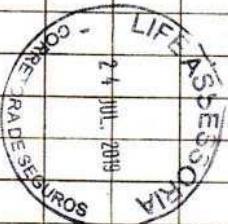
PREOP:

FX DIAFISE FEMUR D

Paciente MAYCON CARDOSO DA SILVA, 24  
Alojamento Leito Convênio  
LEITO 1-3

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
27/07	1 DIETA LIVRE		
	2 SE 0,9% 1500ML EV PI/24H		
	3 CLINDAMICINA 600MG + ABD EV 6/6H		
	4 GENTAMICINA 240MG + ABD EV 1xDIA LENTO		
	5 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H		
	6 TRAMAL 100MG + 100ML SE EV 8/8H SN		
	7 NAUSEBON 8mg/ml 1EA + ABD EV 8/8h SN		
	8 OMERBAZOL 40MG + DILUENTE EV 1xMÉIUM		
	9 XARELTO 15MG 1 CP/AD-DIA		
	10 CIBATIVO 1 X DIA		
	11 SSNL + CGG		
			29º DIH
			#ORTOPEDIA
			<i>Beta estável Sem intercorrências Durese + Encardos +</i>
			<i>19</i>
			<i>4to</i>
			<i>5to</i>
			<i>6to</i>
			<i>7to</i>
			<i>8to</i>
			<i>9to</i>
			<i>10to</i>
			<i>11to</i>
			<i>12to</i>
			<i>13to</i>
			<i>14to</i>
			<i>15to</i>
			<i>16to</i>
			<i>17to</i>
			<i>18to</i>
			<i>19to</i>
			<i>20to</i>
			<i>21to</i>
			<i>22to</i>
			<i>23to</i>
			<i>24to</i>
			<i>25to</i>
			<i>26to</i>
			<i>27to</i>
			<i>28to</i>
			<i>29to</i>
			<i>30to</i>
			<i>31to</i>
			<i>1º</i>
			<i>2º</i>
			<i>3º</i>
			<i>4º</i>
			<i>5º</i>
			<i>6º</i>
			<i>7º</i>
			<i>8º</i>
			<i>9º</i>
			<i>10º</i>
			<i>11º</i>
			<i>12º</i>
			<i>13º</i>
			<i>14º</i>
			<i>15º</i>
			<i>16º</i>
			<i>17º</i>
			<i>18º</i>
			<i>19º</i>
			<i>20º</i>
			<i>21º</i>
			<i>22º</i>
			<i>23º</i>
			<i>24º</i>
			<i>25º</i>
			<i>26º</i>
			<i>27º</i>
			<i>28º</i>
			<i>29º</i>
			<i>30º</i>
			<i>31º</i>
			<i>1º</i>
			<i>2º</i>
			<i>3º</i>
			<i>4º</i>
			<i>5º</i>
			<i>6º</i>
			<i>7º</i>
			<i>8º</i>
			<i>9º</i>
			<i>10º</i>
			<i>11º</i>
			<i>12º</i>
			<i>13º</i>
			<i>14º</i>
			<i>15º</i>
			<i>16º</i>
			<i>17º</i>
			<i>18º</i>
			<i>19º</i>
			<i>20º</i>
			<i>21º</i>
			<i>22º</i>
			<i>23º</i>
			<i>24º</i>
			<i>25º</i>
			<i>26º</i>
			<i>27º</i>
			<i>28º</i>
			<i>29º</i>
			<i>30º</i>
			<i>31º</i>
			<i>1º</i>
			<i>2º</i>
			<i>3º</i>
			<i>4º</i>
			<i>5º</i>
			<i>6º</i>
			<i>7º</i>
			<i>8º</i>
			<i>9º</i>
			<i>10º</i>
			<i>11º</i>
			<i>12º</i>
			<i>13º</i>
			<i>14º</i>
			<i>15º</i>
			<i>16º</i>
			<i>17º</i>
			<i>18º</i>
			<i>19º</i>
			<i>20º</i>
			<i>21º</i>
			<i>22º</i>
			<i>23º</i>
			<i>24º</i>
			<i>25º</i>
			<i>26º</i>
			<i>27º</i>
			<i>28º</i>
			<i>29º</i>
			<i>30º</i>
			<i>31º</i>
			<i>1º</i>
			<i>2º</i>
			<i>3º</i>
			<i>4º</i>
			<i>5º</i>
			<i>6º</i>
			<i>7º</i>
			<i>8º</i>
			<i>9º</i>
			<i>10º</i>
			<i>11º</i>
			<i>12º</i>
			<i>13º</i>
			<i>14º</i>
			<i>15º</i>
			<i>16º</i>
			<i>17º</i>
			<i>18º</i>
			<i>19º</i>
			<i>20º</i>
			<i>21º</i>
			<i>22º</i>
			<i>23º</i>
			<i>24º</i>
			<i>25º</i>
			<i>26º</i>
			<i>27º</i>
			<i>28º</i>
			<i>29º</i>
			<i>30º</i>
			<i>31º</i>
			<i>1º</i>
			<i>2º</i>
			<i>3º</i>
			<i>4º</i>
			<i>5º</i>
			<i>6º</i>
			<i>7º</i>
			<i>8º</i>
			<i>9º</i>
			<i>10º</i>
			<i>11º</i>
			<i>12º</i>
			<i>13º</i>
			<i>14º</i>
			<i>15º</i>
			<i>16º</i>
			<i>17º</i>
			<i>18º</i>
			<i>19º</i>
			<i>20º</i>
			<i>21º</i>
			<i>22º</i>
			<i>23º</i>
			<i>24º</i>
			<i>25º</i>
			<i>26º</i>
			<i>27º</i>
			<i>28º</i>
			<i>29º</i>
			<i>30º</i>
			<i>31º</i>
			<i>1º</i>
			<i>2º</i>
			<i>3º</i>
			<i>4º</i>
			<i>5º</i>
			<i>6º</i>
			<i>7º</i>
			<i>8º</i>
			<i>9º</i>
			<i>10º</i>
			<i>11º</i>
			<i>12º</i>
			<i>13º</i>
			<i>14º</i>
			<i>15º</i>
			<i>16º</i>
			<i>17º</i>
			<i>18º</i>
			<i>19º</i>
			<i>20º</i>
			<i>21º</i>
			<i>22º</i>
			<i>23º</i>
			<i>24º</i>
			<i>25º</i>
			<i>26º</i>
			<i>27º</i>
			<i>28º</i>
			<i>29º</i>
			<i>30º</i>
			<i>31º</i>
			<i>1º</i>
			<i>2º</i>
			<i>3º</i>
			<i>4º</i>
			<i>5º</i>
			<i>6º</i>
			<i>7º</i>
			<i>8º</i>
			<i>9º</i>
			<i>10º</i>
			<i>11º</i>
			<i>12º</i>
			<i>13º</i>
			<i>14º</i>
			<i>15º</i>
			<i>16º</i>
			<i>17º</i>
			<i>18º</i>
			<i>19º</i>
			<i>20º</i>
			<i>21º</i>
			<i>22º</i>
			<i>23º</i>
			<i>24º</i>
			<i>25º</i>
			<i>26º</i>
			<i>27º</i>
			<i>28º</i>
			<i>29º</i>
			<i>30º</i>
			<i>31º</i>
			<i>1º</i>
			<i>2º</i>
			<i>3º</i>
			<i>4º</i>
			<i>5º</i>
			<i>6º</i>
			<i>7º</i>
			<i>8º</i>
			<i>9º</i>
			<i>10º</i>
			<i>11º</i>
			<i>12º</i>
			<i>13º</i>
			<i>14º</i>
			<i>15º</i>
			<i>16º</i>
			<i>17º</i>
			<i>18º</i>
			<i>19º</i>
			<i>20º</i>
			<i>21º</i>
			<i>22º</i>
			<i>23º</i>
			<i>24º</i>
			<i>25º</i>
			<i>26º</i>
			<i>27º</i>
			<i>28º</i>
			<i>29º</i>
			<i>30º</i>
			<i>31º</i>
			<i>1º</i>
			<i>2º</i>
			<i>3º</i>
			<i>4º</i>
			<i>5º</i>
			<i>6º</i>
			<i>7º</i>
			<i>8º</i>
			<i>9º</i>
			<i>10º</i>
			<i>11º</i>
			<i>12º</i>
			<i>13º</i>
			<i>14º</i>
			<i>15º</i>
			<i>16º</i>
			<i>17º</i>
			<i>18º</i>
			<i>19º</i>
			<i>20º</i>
			<i>21º</i>
			<i>22º</i>
			<i>23º</i>
			<i>24º</i>
			<i>25º</i>
			<i>26º</i>
			<i>27º</i>
			<i>28º</i>
			<i>29º</i>
			<i>30º</i>
			<i>31º</i>
			<i>1º</i>
			<i>2º</i>
			<i>3º</i>
			<i>4º</i>
			<i>5º</i>
			<i>6º</i>
			<i>7º</i>
			<i>8º</i>
			<i>9º</i>
			<i>10º</i>
			<i>11º</i>
			<i>12º</i>
			<i>13º</i>
			<i>14º</i>
			<i>15º</i>
			<i>16º</i>
			<i>17º</i>
			<i>18º</i>
			<i>19º</i>
			<i>20º</i>
			<i>21º</i>
			<i>22º</i>
			<i>23º</i>
			<i>24º</i>
			<i>25º</i>
			<i>26º</i>
			<i>27º</i>
			<i>28º</i>
			<i>29º</i>
			<i>30º</i>
			<i>31º</i>
			<i>1º</i>
			<i>2º</i>
			<i>3º</i>
			<i>4º</i>
			<i>5º</i>
			<i>6º</i>
			<i>7º</i>
			<i>8º</i>
			<i>9º</i>
			<i>10º</i>
			<i>11º</i>
			<i>12º</i>
			<i>13º</i>
			<i>14º</i>
			<i>15º</i>
			<i>16º</i>
			<i>17º</i>
			<i>18º</i>
			<i>19º</i>
			<i>20º</i>
			<i>21º</i>
			<i>22º</i>
			<i>23º</i>
			<i>24º</i>
			<i>25º</i>
			<i>26º</i>
			<i>27º</i>
			<i>28º</i>
			<i>29º</i>
			<i>30º</i>
			<i>31º</i>
			<i>1º</i>
			<i>2º</i>
			<i>3º</i>
			<i>4º</i>
			<i>5º</i>
			<i>6º</i>
			<i>7º</i>
			<i>8º</i>
			<i>9º</i>
			<i>10º</i>
			<i>11º</i>
			<i>12º</i>
			<i>13º</i>
			<i>14º</i>
			<i>15º</i>
			<i>16º</i>
			<i>17º</i>
			<i>18º</i>
			<i>19º</i>
			<i>20º</i>
			<i>21º</i>
			<i>22º</i>
			<i>23º</i>
			<i>24º</i>
			<i>25º</i>
			<i>26º</i>
			<i>27º</i>
			<i>28º</i>
			<i>29º</i>
			<i>30º</i>
			<i>31º</i>
			<i>1º</i>
			<i>2º</i>
			<i>3º</i>
			<i>4º</i>
			<i>5º</i>
			<i>6º</i>
			<i>7º</i>
			<i>8º</i>
			<i>9º</i>
			<i>10º</i>
			<i>11º</i>
			<i>12º</i>
			<i>13º</i>
			<i>14º</i>
			<i>15º</i>
			<i>16º</i>
			<i>17º</i>





• pH	7,316		[ 7,300 - 7,400 ]
pCO <sub>2</sub>	47,9	mmHg	[ 32.0 - 48.0 ]
↓ pO <sub>2</sub>	25,3	mmHg	[ 83.0 - 108 ]

#### Valores de Oximetria

ctHb	13,0	g/dL	[ 12.0 - 16.0 ]
↓ sO <sub>2</sub>	43,6	%	[ 95.0 - 99.0 ]
↓ FO <sub>2</sub> Hb	42,3	%	[ 94.0 - 98.0 ]
FCOHb	1,2	%	[ 0.5 - 1.5 ]
FHHb	54,8	%	
↑ FMetHb	1,7	%	[ 0.0 - 1.5 ]

#### Valores dos Electrólitos

cK <sup>+</sup>	3,6	mmol/L	[ 3,4 - 4,5 ]
cNa <sup>+</sup>	137	mmol/L	[ 136 - 146 ]
↓ cCa <sup>2+</sup>	0,88	mmol/L	[ 1,15 - 1,29 ]
↑ cCl <sup>-</sup>	113	mmol/L	[ 98 - 106 ]

#### Valores dos Metabolitos

↑ cGlu	118	mg/dL	[ 70 - 105 ]
cLac	1,6	mmol/L	[ 0.5 - 1.6 ]
cCrea	82	μmol/L	[ 53 - 106 ]
ctBil	23	μmol/L	

#### Valores Corrigidos pela Temperatura

pH(T)	7,316	
pCO <sub>2</sub> (T)	47,9	mmHg
pO <sub>2</sub> (T)	25,3	mmHg

#### Estado de Oxigenação

ctO <sub>2</sub> C	7,7	Vol%
p50C	27,90	mmHg

#### Estado Ácido-Base

cBase(Ecf)C	-1,6	mmol/L
cHCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> (P.st)C	21,5	mmol/L

#### Valores Calculados

cBase(B)C	-2,2	mmol/L
cBase(Ecf)C	-1,6	mmol/L
cHCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> (P)C	23,7	mmol/L



• pH	7,310		[ 7,300 - 7,400 ]
↑ pCO <sub>2</sub>	48,4	mmHg	[ 32,0 - 48,0 ]
↓ pO <sub>2</sub>	27,8	mmHg	[ 83,0 - 108 ]

#### Valores de Oximetria

cHb	13,0	g/dL	[ 12,0 - 16,0 ]
↓ sO <sub>2</sub>	53,5	%	[ 95,0 - 99,0 ]
↓ FO <sub>2</sub> Hb	51,9	%	[ 94,0 - 98,0 ]
FCOHb	1,3	%	[ 0,5 - 1,5 ]
FHHb	45,2	%	
↑ FMetHb	1,6	%	[ 0,0 - 1,5 ]

#### Valores dos Electrólitos

cK <sup>+</sup>	3,6	mmol/L	[ 3,4 - 4,5 ]
cNa <sup>+</sup>	138	mmol/L	[ 136 - 146 ]
↓ cCa <sup>2+</sup>	0,88	mmol/L	[ 1,15 - 1,29 ]
↑ cCl <sup>-</sup>	113	mmol/L	[ 98 - 106 ]

#### Valores dos Metabolitos

↑ cGlu	121	mg/dL	[ 70 - 105 ]
↑ cLac	1,7	mmol/L	[ 0,5 - 1,6 ]
cCrea	81	μmol/L	[ 53 - 106 ]
ctBil	20	μmol/L	

#### Valores Corrigidos pela Temperatura

pH(T)	7,310	
pCO <sub>2</sub> (T)	48,4	mmHg
pO <sub>2</sub> (T)	27,8	mmHg

#### Estado de Oxigenação

ctO <sub>2</sub> C	9,5	Vol%
p50C	26,35	mmHg



#### Estado Ácido-Base

cBase(Ecf)C	-1,8	mmol/L
cHCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> (P.st)C	21,5	mmol/L

#### Valores Calculados

cBase(B)C	-2,5	mmol/L
cBase(Ecf)C	-1,8	mmol/L
cHCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> (P)C	23,6	mmol/L



**PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

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

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):

Márcia Beatriz  
ENFERMEIRA  
CNPJ: 23.309828

Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:

CNPJ: 23.309828

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



## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Maycon Lendoso da Silveira* | Registro: 1 | Leito: 3 | Setor Atual: Outeiro I

#### 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: () Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

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

Obs:

##### OXIGENAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

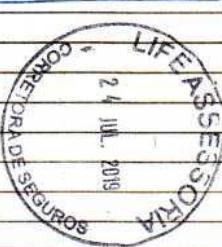
##### SEGURANÇA FÍSICA

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

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" 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"/> Precordalgia <input type="checkbox"/>	
Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <b>MSD</b> Data da punção <b>10/09/14</b>	
Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.	
Dentição: <input checked="" type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrografia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: ___/___/___	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros:	
Abdômen: <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:	
RHA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há dias <input type="checkbox"/> Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input type="checkbox"/> Íntegra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica   Turgor da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas   Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>	
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: ___/___/___	
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ___/___/___	
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: ___/___/___	
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória   Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.	
Limitação física: <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono Interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada   Sentimentos e comportamentos: <input 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>	
Continua aguardando cirurgia em MIO, fog uso de traçado no sepeido membro. Não refre queivas.	
	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <b>Maria José (Natalia)</b> DATA: <b>11/09/14</b> HORA: <b>14:00 h</b>	
Assinatura: <b>Milena Delima Silva</b> ENFERMEIRA CREF/PR 309428	

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: Maycon Cerdoso da Silva | Registro: | Leito: J-3 | Setor Atual: Interno

#### 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 PSÍCOBIOLOGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência:  Consciente  Orientado  Confuso  Letárgico  Torporoso  Comatoso  Outro

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

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

Mobilidade Física:  Preservada  Paresia  Plegia  Parestesia Local:

Linguagem:  Qual?  Disfonia  Afasia  Disfasia  Disartria.

Obs:

##### OXIGENAÇÃO

Respiração:  Espontânea  Cateter Nasal  Venturi % l/min  Traqueostomia  Ayre/Tubo T  
 VMNI  VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH<sub>2</sub>O

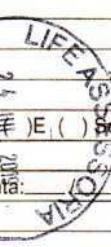
Eupnéia;  Taquipnéia  Bradipnéia  Dispnéia  Outros:

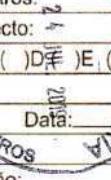
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente:  Diminuídos  D  E

Ruidos adventícios:  Roncos  Sibilos  Estridor  Outros:

Tosse:  Improdutiva  Produtiva | Expectoração:  Quantidade e aspecto:

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

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

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

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração:  Visão  Audição  Tato  Olfato  Paladar Observação:

##### SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo  Agitado  Agressivo.  Risco de queda. Observação:

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso:  Regular  Irregular  Impalpável  Filiforme  Cheio.



Pele:	<input checked="" type="checkbox"/> Corada	<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					
Ausculta cardíaca:	<input type="checkbox"/> Ritmica					
Cateter vascular:	<input checked="" type="checkbox"/> Periférico					
Edema:	<input type="checkbox"/> MMSS					
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)						
Tipo somático:	<input checked="" type="checkbox"/> Nutrido					
Dentição:	<input type="checkbox"/> Completa					
Alimentação:	<input checked="" type="checkbox"/> VO					
Alterações:	<input type="checkbox"/> Inapetência					
Abdômen:	<input type="checkbox"/> Normotensão					
RHA:	<input type="checkbox"/> Normoativos					
Eliminação intestinal:	<input type="checkbox"/> Normal					
Eliminação urinária:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea					
Aspecto:	<input type="checkbox"/> Outros:					
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA						
Condição da pele:	<input type="checkbox"/> Integra					
Coloração da pele:	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada					
Condições das mucosas:	<input checked="" type="checkbox"/> Úmidas					
Incisão cirúrgica:	<input type="checkbox"/> Local/Aspecto: <u>Aguardada MID</u>					
Dreno:	<input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: <u>Débito:</u> <u>Retirado em:</u>					
Úlcera de pressão:	<input type="checkbox"/> Estágio: <u>Local:</u> <u>Descrição:</u> <u>Curativo:</u>					
CUIDADO CORPORAL						
Cuidado corporal:	<input type="checkbox"/> Independente					
Higiene corporal:	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória					
Limitação física:	<input checked="" type="checkbox"/> Acamado					
SONO E REPOUSO						
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado	<input type="checkbox"/> Insônia					
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS						
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL						
Comunicação:	<input checked="" type="checkbox"/> Preservada					
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS						
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE						
Tipo:	<input type="checkbox"/> Praticante					
INTERCORRÊNCIAS						
<u>Continua aguardando cirurgia em MID, faz uso de furocina no reprodutor masculino. Relatório sangue para exames laboratoriais.</u>						

#### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉:  Regular



Pele:	<input checked="" type="checkbox"/> Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.
Tempo de enchimento capilar:	( ) ≤ 3 segundos; ( ) >3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )
Drogas vasoativas:	( ) Quais? Precordialgia ( )
Ausculta cardíaca:	( ) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo
Cateter vascular:	<input checked="" type="checkbox"/> Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: NSG Data da punção 07/09/12
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"/> VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data: / /
Alterações:	( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:
Abdômen:	( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:
RHA:	( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados
Eliminação intestinal:	( ) Normal ( ) Líquida ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Constipado há 2 dias ( ) Outros:
Eliminação urinária:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD: Débito ml/h;
Aspecto:	( ) Outros: Observações:
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele:	( ) Integra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Outro:
Coloração da pele:	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica   Turgor da pele: ( ) Preservado
Condições das mucosas:	<input checked="" type="checkbox"/> Úmidas ( ) Secas   Manifestações de sede: ( ).
Incisão cirúrgica:	( ) Local/Aspecto: Aguarda MID Curativo em: / /
Dreno:	( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /
Úlcera de pressão:	( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal:	( ) Independente ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:
Higiene corporal:	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória ( ) Insatisfatória   Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.
Limitação física:	<input checked="" type="checkbox"/> Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado ( ) Ansiedade ( ) 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>	
Continua aguardando cirurgia em MID, faz uso de fraco no gabinete membro. Relatório pronto para exames laboratoriais!	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA: 9/9/12 HORA: 18 h



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





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Evolução de Enfermagem

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Maycon Carvalho da Silva* | Registro: | Leito: *1-3* | Setor Atual: *Ortop. I*

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

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

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



#### 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: *Fx Femur*

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: () Diminuidos () D () E

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

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

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

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

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

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

##### SEGURANÇA FÍSICA

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

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Corada ( <input type="checkbox"/> ) Hipocorada ( <input type="checkbox"/> ) Cianose ( <input type="checkbox"/> ) Sudorese ( <input type="checkbox"/> ) Fria ( <input type="checkbox"/> ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) ≤ 3 segundos; ( <input type="checkbox"/> ) >3 segundos. ( <input type="checkbox"/> ) Turgência jugular: ( <input type="checkbox"/> )	
Drogas vasoativas: ( <input type="checkbox"/> ) Quais? _____ Precordialgia ( <input type="checkbox"/> )	
Ausculta cardíaca: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Rítmica ( <input type="checkbox"/> ) Arritmica ( <input type="checkbox"/> ) Sopro ( <input type="checkbox"/> ) Outro. Marcapasso: ( <input type="checkbox"/> ) Transitório ( <input type="checkbox"/> ) Definitivo	
Cateter vascular: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Periférico ( <input type="checkbox"/> ) Central ( <input type="checkbox"/> ) Dissecção. Localização: _____ Data da punção: / /	
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 checked="" type="checkbox"/> ) Completa ( <input type="checkbox"/> ) Incompleta ( <input type="checkbox"/> ) Prótese.	
Alimentação: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) VO ( <input type="checkbox"/> ) SNG ( <input type="checkbox"/> ) SNE ( <input type="checkbox"/> ) Gastronomia ( <input type="checkbox"/> ) Jejunostomia ( <input type="checkbox"/> ) NPT; Hora: _____ Data: / /	
Alterações: ( <input type="checkbox"/> ) Inapetência ( <input type="checkbox"/> ) Disfagia ( <input type="checkbox"/> ) Intolerância alimentar ( <input type="checkbox"/> ) Vômito ( <input type="checkbox"/> ) Pirose ( <input type="checkbox"/> ) Outros:	
Abdômen: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normotensão ( <input type="checkbox"/> ) Distendido ( <input type="checkbox"/> ) 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"/> ) Hematuria ( <input type="checkbox"/> ) SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: ( <input type="checkbox"/> ) Outros: _____ Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: ( <input type="checkbox"/> ) Integra ( <input type="checkbox"/> ) Ressecada ( <input type="checkbox"/> ) Equimoses ( <input type="checkbox"/> ) Hematomas ( <input type="checkbox"/> ) Escoriações ( <input type="checkbox"/> ) Outro:	
Coloração da pele: ( <input 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 checked="" type="checkbox"/> ) Dependente ( <input type="checkbox"/> ) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Satisfatória ( <input type="checkbox"/> ) Insatisfatória   Higiene Corporal: ( <input type="checkbox"/> ) Satisfatória ( <input type="checkbox"/> ) Insatisfatória.	
Limitação física: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Acamado ( <input type="checkbox"/> ) Cadeira de rodas ( <input type="checkbox"/> ) Outro:	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
( <input checked="" type="checkbox"/> ) Preservado ( <input type="checkbox"/> ) Insônia ( <input type="checkbox"/> ) Dorme durante o dia ( <input type="checkbox"/> ) Sono interrompido. Observações:	
<b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
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>	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: ( <input type="checkbox"/> ) Praticante ( <input type="checkbox"/> ) Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<p><i>Bonita, ótima, estável, sem queixas. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.</i></p> <p><i>Raimunda Mariana O Aquino S Paiva</i>  <i>ENFERMEIRA</i>  <i>COREN-PB: 456559</i></p>	
	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____ Raimunda Mariana O Aquino S Paiva DATA: <u>01/04/17</u> HORA: _____ h ENFERMEIRA COREN-PB: 456559	

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





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



SUS  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

Sr(a): MAYCON CARDOSO DA SILVA      Protocolo: 0000360507      RG: NÃO INFORMADO  
Dr(a): JULIO CESAR CASTRO      Data: 30-09-2017 05:29      Origem: CLINICA ORTOPEDICA I  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES      Idade: 23 anos      Destino: ENF 01 - L 03

HEMOGLOBINA ..... 9.4

[DATA DA COLETA: 30/09/2017 05:56 ]  
Material: Sangue  
Método: Sandmeyerhemoglobina

Valores de Referência:  
VR: Feminino: 11,5 - 16,0 g/dl  
Masculino: 13,5 - 18,0 g/dl

HEMATOCRITO, DETERMINACAO DE ..... 27.5 %

[DATA DA COLETA: 30/09/2017 05:57 ]  
Material: Sangue  
Método: Cintube

Valores de Referência:  
37 - 47 % (Wintrobe)

Ana Cássia Miguel Agra  
Biomédica  
CRBM 5411

Emissão : 30/09/2017 07:52 - Página 1 de 1



PNCQ  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 23/08/2019 19:50:21  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082319501880100000023059701>  
Número do documento: 19082319501880100000023059701

Num. 23799986 - Pág. 4



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



**SUS**  
**Sistema**  
**Único**  
**de**  
**Saúde**

Sr(a): **MAYCON CARDOSO DA SILVA** Protocolo: **0000360263** RG: **NÃO INFORMADO**  
Dr(a): **JULIO CESAR CASTRO** Data: **28-09-2017 14:49** Origem: **CLINICA ORTOPEDICA I**  
Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES** Idade: **23 anos** Destino: **ENF 01-L 03**

**HEMOGRAMA**

[DATA DA COLETA: 28/09/2017 15:24 ]

**Resultados**

Valores de Referências

**SÉRIE VERMELHA**

Eritrócitos.....	<b>2.9 milhões/mm<sup>3</sup></b>	4,2 à 6,0 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina.....	<b>8,0 g/dL</b>	13,5 a 16,7 g/dL
Hematócrito.....	<b>24 %</b>	40,0 a 52,5 %
V.C.M.....	<b>83 fL</b>	82,0 a 92,7 fL
H.C.V.....	<b>28 pg</b>	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.....	<b>33 g/dL</b>	32,0 a 36,0 g/dL

**SÉRIE BRANCA**

Leucócitos.....	<b>7.900 /mm<sup>3</sup></b> (%)	<b>5.000 a 10.000 /mm<sup>3</sup></b> (/mm <sup>3</sup> )
Neutrófilos.....		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	2,0	0
Segmentados.....	74,0	158
Eosinófilos.....	0	5.846 40 a 70 % = 1.800 a 8.500 / mm <sup>3</sup>
Basófilos.....	0	0 0,5 a 5,0 % = até 500 / mm <sup>3</sup>
Timóцитos.....		
Tipicos.....	21,0	1.659 20 a 45 % = 1.000 a 3.500 / mm <sup>3</sup>
Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	3,0	237 2,0 a 10 % = até 1.000 / mm <sup>3</sup>
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	<b>210.000 mm<sup>3</sup></b>	140.000 a 400.000 mm <sup>3</sup>

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

**Geraldo R. Fonseca Neto**  
Biomédico  
CRBM 5010



**PNCQ**  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade



 <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>			(Via da parte)
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b>	<b>Classe Processual:</b>	<b>Número do boleto:</b> 001.5.19.12434/01
	Campina Grande	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de emissão:</b> 23/08/2019
<b>Número da guia:</b> 001.2019.612434 <b>Tipo da Guia:</b> Custas Prévias			<b>Data de vencimento:</b> 31/08/2019
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 1.009,60 <b>Promovente:</b> MAIKOM - Taxa Judiciária: R\$ 167,06 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,48
			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 1.190,01
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
 <p>866800000113 900109283185 520190831005 151912434017</p>			<b>Valor final:</b> R\$ 1.190,01

 <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>			(Via do processo)
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b>	<b>Classe Processual:</b>	<b>Número do boleto:</b> 001.5.19.12434/01
	Campina Grande	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de emissão:</b> 23/08/2019
<b>Número da guia:</b> 001.2019.612434 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<b>Data de vencimento:</b> 31/08/2019
<b>Promovente:</b> MAIKOM <b>Promovido:</b> SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,48
<b>Detalhamento:</b> - Despesas processuais postais: - Cartas			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 1.190,01
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
			<b>Valor final:</b> R\$ 1.190,01

 <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>			(Via do banco)
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b>	<b>Classe Processual:</b>	<b>Número do boleto:</b> 001.5.19.12434/01
	Campina Grande	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de emissão:</b> 23/08/2019
<b>Número da guia:</b> 001.2019.612434 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<b>Data de vencimento:</b> 31/08/2019
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 1.009,60 <b>Promovente:</b> MAIKOM - Taxa Judiciária: R\$ 167,06 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,48
			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 1.190,01
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
 <p>866800000113 900109283185 520190831005 151912434017</p>			<b>Valor final:</b> R\$ 1.190,01





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

**Guia de Custas Prévias**

**Nº Guia:** 001.2019.612434

**Data Vencimento:** 31/08/2019

**Data Emissão:** 23/08/2019

**Comarca:** Campina Grande

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

**Promovente:** MAIKOM

**Promovido:** SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT

**Valor da Causa:** R\$ 11.137,50

**Despesas Processuais:** R\$ 12,00

**Custas:** R\$ 1.009,60

**Taxa:** R\$ 167,06

**Total da Guia:** R\$ 1.188,66

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: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 23/08/2019 19:50:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082319502194000000023059703>  
Número do documento: 19082319502194000000023059703

Num. 23799988 - Pág. 2



**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PODER JUDICIÁRIO**  
**COMARCA DE CAMPINA GRANDE**  
**2ª VARA CÍVEL**

Vistos etc.

Demonstrada, em um juízo de cognição sumária, a hipossuficiência econômica da parte autora, **defiro o pedido de justiça gratuita**, nos termos dos artigos 98 e 99 do Código de Processo Civil.

1. A atual sistemática adotada pelo Código de Processo Civil estabelece, como regra, a designação de audiência de conciliação ou de mediação como ato subsequente ao recebimento da petição inicial das ações de procedimento comum, nos termos do art. 334, *caput*, do Código de Processo Civil;
2. Nada obstante, o § 4º do mesmo dispositivo legal traz duas hipóteses em que a sobredita audiência não será realizada, a saber:
  - a) se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual; b) quando não se admitir a autocomposição;
3. Assim sendo, **excepcionalmente, a sessão conciliatória poderá ser dispensada pelo juízo**, caso se enquadre em uma das duas hipóteses elencadas acima, ou, ainda, em casos de procedimentos especiais, regidos por legislações específicas e pelo próprio Código de Processo Civil;
4. A presente demanda se insere nos casos em que, de acordo com a nova orientação do NUPEMEC, deve-se procurar evitar remeter aos CEJUSC's "feitos que demandem ações repetitivas, conhecidamente sem chance de conciliação, tais como revisionais de contrato, DPVAT, em que se tem conhecimento que as empresas tradicionalmente não fazem acordos" (Des. Leandro dos Santos, Ofício Circular 003/2018).
5. Desse modo, ainda que se tratem de direitos disponíveis, observa-se de outros processos análogos em tramitação nas varas cíveis desta comarca que **a designação da audiência de conciliação em ações envolvendo a empresa promovida vem se revelando como ato processual inútil**;
6. Por tais fundamentos, e ainda tendo por base os princípios da celeridade e da efetividade processual, insculpidos nos arts. 4º e 6º do Código de Processo Civil, e, ainda, utilizando por analogia o art. 334, § 4º, do mesmo código, **deixo, por ora, de designar a audiência de conciliação no presente caso**;
7. Ressalte-se, por oportuno, que a não designação da audiência nesta fase processual não impede que uma sessão conciliatória seja marcada em momento posterior, a requerimento das partes ou até mesmo de ofício por este juízo, caso as circunstâncias do caso demonstrem haver utilidade na sua realização, nos termos do art. 139, V, do Código de Processo Civil;
8. Diante do exposto, **intime-se a parte autora do teor deste despacho** e, em seguida, **cite-se a parte demandada para oferecer contestação**, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, cujo termo inicial será a data prevista no art. 231 do Código de Processo Civil, de acordo com o modo como for feita a citação, conforme determina o art. 335, *caput* e inciso III, do mesmo diploma;



9. Advirta-se que caso a parte ré não ofereça contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiros os fatos alegados pela parte autora (art. 344 do CPC), salvo as exceções previstas no art. 345 do Código de Processo Civil;

10. Apresentada a contestação, e caso esta venha instruída com prova documental e/ou se alegue quaisquer das matérias constantes dos arts. 350 e 351 do Código de Processo Civil, intime-se a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar impugnação.

11. Por fim, intime-se para especificação de provas que pretendam produzir, ou requerimento de julgamento antecipado, no prazo comum de 15 (quinze) dias.

Campina Grande, data e assinatura do Sistema.



Assinado eletronicamente por: ELY JORGE TRINDADE - 06/09/2019 12:05:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090611095879200000023433328>  
Número do documento: 19090611095879200000023433328

Num. 24197515 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: SANDRA MARIA BARBOSA - 06/02/2020 18:44:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020618443309800000027060747>  
Número do documento: 20020618443309800000027060747

Num. 28054518 - Pág. 1



**PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA  
2ª VARA CÍVEL – COMARCA DE CAMPINA GRANDE**

## **MANDADO DE INTIMAÇÃO**

Processo nº 0821223-18.2019.8.15.0001

AUTOR: MAIKOM

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Advogado: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO OAB: PB24614 Endereço:  
desconhecido

Em cumprimento a determinação proferida no processo supra indicado, **INTIMO** o(a) parte **promovente** na pessoa de seu procurador(a) e advogado(a) acima nominado(a), do teor do despacho/decisão abaixo transrito:

Vistos etc.

Demonstrada, em um juízo de cognição sumária, a hipossuficiência econômica da parte autora, **defiro o pedido de justiça gratuita**, nos termos dos artigos 98 e 99 do Código de Processo Civil.

1. A atual sistemática adotada pelo Código de Processo Civil estabelece, como regra, a designação de audiência de conciliação ou de mediação como ato subsequente ao recebimento da petição inicial das ações de procedimento comum, nos termos do art. 334, *caput*, do Código de Processo Civil;

2. Nada obstante, o § 4º do mesmo dispositivo legal traz duas hipóteses em que a sobredita audiência não será realizada, a saber: a) se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual; b) quando não se admitir a autocomposição;

3. Assim sendo, **excepcionalmente, a sessão conciliatória poderá ser dispensada pelo juízo**, caso se enquadre em uma das duas hipóteses elencadas acima, ou, ainda, em casos de procedimentos especiais, regidos por legislações específicas e pelo próprio Código de Processo Civil;

4. A presente demanda se insere nos casos em que, de acordo com a nova orientação do NUPEMEC, deve-se procurar evitar remeter aos CEJUSC's "feitos que demandem ações repetitivas, conhecidamente sem chance de conciliação, tais como revisionais de contrato, DPVAT, em que se tem conhecimento que as empresas tradicionalmente não fazem acordos" (Des. Leandro dos Santos, Ofício Circular 003/2018).

5. Desse modo, ainda que se tratem de direitos disponíveis, observa-se de outros processos análogos em tramitação nas varas cíveis desta comarca que **a designação da audiência de conciliação em ações envolvendo a empresa promovida vem se revelando como ato processual inútil**;



Assinado eletronicamente por: SANDRA MARIA BARBOSA - 06/02/2020 18:44:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020618443309800000027060747>  
Número do documento: 20020618443309800000027060747

Num. 28054518 - Pág. 2

6. Por tais fundamentos, e ainda tendo por base os princípios da celeridade e da efetividade processual, insculpidos nos arts. 4º e 6º do Código de Processo Civil, e, ainda, utilizando por analogia o art. 334, § 4º, do mesmo código, **deixo, por ora, de designar a audiência de conciliação no presente caso;**

7. Ressalte-se, por oportuno, que a não designação da audiência nesta fase processual não impede que uma sessão conciliatória seja marcada em momento posterior, a requerimento das partes ou até mesmo de ofício por este juiz, caso as circunstâncias do caso demonstrem haver utilidade na sua realização, nos termos do art. 139, V, do Código de Processo Civil;

8. Diante do exposto, **intime-se a parte autora do teor deste despacho** e, em seguida, **cite-se a parte demandada para oferecer contestação**, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, cujo termo inicial será a data prevista no art. 231 do Código de Processo Civil, de acordo com o modo como for feita a citação, conforme determina o art. 335, *caput* e inciso III, do mesmo diploma;

9. Advirta-se que caso a parte ré não ofereça contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiros os fatos alegados pela parte autora (art. 344 do CPC), salvo as exceções previstas no art. 345 do Código de Processo Civil;

10. Apresentada a contestação, e caso esta venha instruída com prova documental e/ou se alegue quaisquer das matérias constantes dos arts. 350 e 351 do Código de Processo Civil, intime-se a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar impugnação.

11. Por fim, intime-se para especificação de provas que pretendam produzir, ou requerimento de julgamento antecipado, no prazo comum de 15 (quinze) dias.

Campina Grande, data e assinatura do Sistema.

Assinado eletronicamente por: **ELY JORGE TRINDADE**

**06/09/2019 12:05:11**

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

ID do documento: **24197515**



19090611095879200000023433328

Campina Grande-PB, 6 de fevereiro de 2020

De ordem, **SANDRA MARIA BARBOSA**

ANALISTA/TÉCNICO JUDICIÁRIO

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



Assinado eletronicamente por: SANDRA MARIA BARBOSA - 06/02/2020 18:44:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020618443309800000027060747>  
Número do documento: 20020618443309800000027060747

Num. 28054518 - Pág. 3