



Número: **0800003-34.2020.8.15.0031**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **02/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOAO MARCOS DA SILVA BRITO (AUTOR)	ISRAEL DE SOUZA FARIAS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
27290 838	02/01/2020 17:47	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
27290 839	02/01/2020 17:47	<a href="#">B.O.</a>	Outros Documentos
27290 840	02/01/2020 17:47	<a href="#">COMPROVANTE DE CONTA</a>	Outros Documentos
27290 841	02/01/2020 17:47	<a href="#">COMPROVANTE DE REQUERIMENTO ADM</a>	Outros Documentos
27290 842	02/01/2020 17:47	<a href="#">COMPROVANTE DE RESIDENCIA</a>	Outros Documentos
27290 844	02/01/2020 17:47	<a href="#">DOCUMENTO DO VEÍCULO</a>	Outros Documentos
27290 845	02/01/2020 17:47	<a href="#">DOCUMENTOS PESSOAIS</a>	Outros Documentos
27290 846	02/01/2020 17:47	<a href="#">GuiaCustas</a>	Guias de Recolhimento/ Deposito/ Custas
27290 847	02/01/2020 17:47	<a href="#">PROCURAÇÃO</a>	Procuração
27290 848	02/01/2020 17:47	<a href="#">PRONTUÁRIO MÉDICO (1)</a>	Outros Documentos
27291 049	02/01/2020 17:47	<a href="#">PRONTUÁRIO MÉDICO (2)</a>	Outros Documentos
27291 050	02/01/2020 17:47	<a href="#">PRONTUÁRIO MÉDICO (3)</a>	Outros Documentos
27291 052	02/01/2020 17:47	<a href="#">PRONTUÁRIO MÉDICO (4)</a>	Outros Documentos
27291 053	02/01/2020 17:47	<a href="#">PRONTUÁRIO MÉDICO (5)</a>	Outros Documentos
27507 790	16/01/2020 17:59	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
28736 459	03/03/2020 16:34	<a href="#">Expediente</a>	Expediente

**Excelentíssimo Senhor Doutor Juiz de Direito da Vara Única da Comarca De Alagoa Grande – PB**

**JOÃO MARCOS DA SILVA BRITO**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da cédula de identidade nº 4.154.588 – SSP/PB, inscrito no cadastro de pessoa física do Ministério da Fazenda sob o nº 120.641.764-11, residente e domiciliado na Rua Projetada, 18, Centro, Juarez Távora/PB, CEP: 58387.000, por seu advogado legalmente constituído, conforme procuração em anexo, vem, muito respeitosamente à presença de Vossa Excelência, propor

**AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT c/c REPARAÇÃO DE DANOS**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- DPVAT**, podendo ser citada através de seu representante legal na Rua Senador Dantas nº 74, 5º andar, Rio de Janeiro-RJ, CEP- 20.031.205, CNPJ: 09.248.608/0001-04, pelos motivos de fato e de direito a seguir expostos:

**1. 1. DA JUSTIÇA GRATUITA**

Inicialmente, faz-se necessário pedir o deferimento referente ao benefício da assistência judiciária gratuita, por se tratar a parte de pessoa carente de recursos financeiros para custear a demanda processual, nos moldes do artigo 98 do NCPC. Portanto, para que a Promovente goze do direito da assistência judiciária gratuita que ora lhe assiste, basta o requerimento formulado junto à exordial, ficando a cargo da parte adversa o ônus de provar que o alegado em juízo pelo autor da demanda não corresponde à verdade.



## 2. DOS FATOS

O autor foi vítima de acidente automobilístico em via terrestre na manhã do dia 10 de fevereiro de 2019, estava trafegando por uma estrada vicinal localizada no Sítio Calisto, área rural de Juarez Távora/PB - CEP 58387-000, quando perdeu o controle de direção, após passar por um buraco existente na estrada, no qual em decorrência do ocorrido levou a vítima a se acidentar. Sendo assim, veio esta cair ao solo, sofrendo ferimentos graves.

Conforme Certidão de Ocorrência Policial fornecida pela 12º Delegacia Regional de Polícia – Delegacia de Campina Grande – PB, a vítima conduzia o veículo HONDA/POP100, cor laranja, ano/modelo 2013/2013, placa OEY-5047/PB, CHASSI 9C2HB0210DR432034, licenciada em nome de Joselita da Silva A. dos Santos.

Após o acidente, o autor recebeu os primeiros socorros e, logo em seguida foi conduzida ao Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, no qual, após o atendimento médico, foi constatado que a mesma sofreu **FRATURA EXPOSTA NA TIBIA E NO TENDÃO DE AQUILIS ESQUEDO**, onde foi submetido a tratamento cirúrgico, onde foi colocado um pino e dois parafusos, cujo procedimento cirúrgico comprometeu as funções do respectivo membro.

**CID 10 - T93**   Sequelas de traumatismos do membro inferior,

## 3. DO DIREITO

O Seguro DPVAT é disciplinado pela Lei nº 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, que assegura o recebimento de indenização às vítimas de acidente de trânsito nos casos de morte, invalidez permanente, e/ou para as vítimas que recebam cuidados médicos e gastos com medicamentos.

Segue abaixo o teor do art. 3º da Lei nº 6.194/74:



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 02/01/2020 17:41:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010217413581700000026341260>  
Número do documento: 20010217413581700000026341260

Num. 27290838 - Pág. 2

“Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, **por invalidez permanente, total ou parcial**, e por despesas de assistência médica e suplementar, nos valores e conforme as regras que seguem, por pessoa vitimada”.

I – R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) no caso de morte;

II – até 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de invalidez permanente; e

III – até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais como reembolso a vítima no caso de despesas de assistências médicas e suplementares devidamente comprovadas).

De acordo com o artigo supratranscrito, a lei assegura o direito de receber a título de indenização como prêmio desse seguro o valor mencionado conforme o tipo de dano suportado pelo acidentado e neste sentido deve a seguradora ser condenada a indenizá-la pelo seguro obrigatório.

Dispõe a Lei 6.194/74, que o valor referente ao pagamento da indenização do seguro DPVAT deverá seguir o que reza no Art. 3º da referida lei que dispõe sobre o quantum deverá ser pago em caso de morte ou invalidez permanente. Logo, como o requerente ficou invalido deverá receber o valor total da indenização, e não o pagamento parcial e o art. 5º da Lei nº 6.194/94 é extremamente claro ao elencar a possibilidade de indenização.

Segue abaixo o teor do referido art. 5º da Lei nº 6.194/94:

“Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.”

É entendimento já pacificado pela jurisprudência pátria que o pagamento do referido seguro deverá ser efetuado por qualquer seguradora privada integrante do consórcio instituído pela resolução 1/75 do CNSP.

Assim estabelece o presente julgado:

#### EMENTA: FACULDADE DE ESCOLHA DA SEGURADORA FINALIDADE

DO VEICULO IRRELEVANTE. Qualquer seguradora responde pelo pagamento da indenização do seguro obrigatório, pouco importando a condição do veículo e a finalidade a que se destina, defeso tornar se a imposição – de limites por Resolução. (Acordão nº 2.115/01, proferido nos autos do Recurso nº 926/01, publicado do DJ – MA em 06/07/01).



Tornando desta forma inviável qualquer tipo de alegação da parte promovida de que não seja responsável ao pagamento da indenização do seguro obrigatório devido ao promovente, ocasionado por acidente de veículo que resultou em sua invalidez permanente.

Os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, amoldando-se perfeitamente à condição para recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:

“O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.”

**Insta salientar que o autor deu entrada administrativamente junto à Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT, tendo sido pago parcialmente no valor de R\$ 2.362,50 (dois trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), razão pela qual está requerendo via judicial.**

#### DOS JUROS MORATORIOS

A Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) aplicou o entendimento, já consolidado na Súmula 54, de que os juros moratórios fluem a partir do evento danoso, em caso de responsabilidade extracontratual.

Acontece que o valor da indenização decorrente do DPVAT, não pode ficar a critério da demandada, visto que, se existe uma norma que regula os valores da indenização estas devem ser respeitadas.

#### DA PERÍCIA

Como meio de provar todo o alegado, a requerente fica a disposição para submeter – se aos testes necessários para a devida comprovação da sua invalidez permanente decorrente do acidente de veículo. Deste modo, recorremos ao Poder Judiciário com a esperança de resolução desta causa.

**Importante salientar que se tem um convênio 15/2014 firmado entre o TJPB e a SEGURADORA LÍDER em relação a perícia médica.**

#### 4. DO PEDIDO



Diante de todo o exposto, requer a Vossa Excelência, com fundamento no art. 186 do Código Civil c/c os Art. 3º e 5º da Lei 6.196/74 a total procedência da presente ação bem como:

- 1.** Defira a assistência judiciária gratuita, nos termos do artigo 98 do NCPC, por não dispor o autor de recursos suficientes para o custeio deste processo, sem que seja comprometido o seu sustento, bem como o de sua família;
- 2.** Para que, no prazo legal, apresente, se entender, a contestação, sob pena de revelia;
- 3.** Atendendo ao disposto no artigo 319, inciso VII do NCPC, o autor **informa que não possui interesse na realização de audiência de conciliação ou mediação**
- 4.** **Protesta e requer** o deferimento de produção de todas as provas admitidas em juízo, notadamente de provas testemunhais que serão arroladas em momento oportuno e comparecerão a audiência de instrução e julgamento independentemente de intimação e, em especial, a produção de prova pericial a ser operada pelo Instituto de Medicina Legal ou equiparado, observando-se ainda o convênio 15/2014 firmado entre o TJPB e a SEGURADORA LÍDER.
- 5.** NO MÉRITO, após exaurido o devido processo legal e comprovado por prova pericial a debilidade do autor, incline-se em JULGAR PROCEDENTE o pleito para condenar a Seguradora Líder ao pagamento do Seguro Obrigatório do DPVAT no valor de **R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)** ou por parâmetro da debilidade comprovada pela perícia médica (STF. ARE 704.520/RG), tudo por ser medida de acerto e de distribuição de justiça;
- 6.** Nos termos do art. 85 § 2º DO NCPC, com estrita, arbitre os honorários advocatícios devidos ao causídico, em valor condizente ao trabalho realizado e sobre total da condenação.

Dá-se à causa o valor de **R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

Nestes termos, pede deferimento.

Alagoa Nova – PB, 02 de Janeiro de 2020.



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 02/01/2020 17:41:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010217413581700000026341260>  
Número do documento: 20010217413581700000026341260

Num. 27290838 - Pág. 5

ISRAEL DE SOUZA FARIAS

OAB/PB nº 25.670

**QUESITOS PARA INFORMAÇÃO SOBRE INVALIDEZ PERMANENTE**

Conforme o Código de Ética Médica nos seus artigos 59; 83; 102; 112, Para fins de perícia médico-legal e no resguardo dos interesses da Justiça e do próprio paciente, presta as seguintes informações:

PACIENTE: \_\_\_\_\_.

1) O PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ , por volta das \_\_\_\_\_ horas, apresentando ferimento produzido por ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

2) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE PERIGO DE VIDA ( ), de que forma?

---

3) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE SEQÜELAS PERMANENTES, QUANTIFICAR A INVALIDEZ DO PONTO DE VISTA FUNCIONAL? (MENCIONAR O MEMBRO, SENTIDO

ÓRGÃO OU FUNÇÃO PERMANENTEMENTE DEBILITADOS): \_\_\_\_\_

---

4 ) EXISTEM SÍQUE LAS RESIDUAIS ? :

---

---



5) SE A INVALIDEZ OU DEBILIDADE DO AUTOR É EM GRAU - MÍNIMO, MÉDIO, OU,

G R A V E ?:

---

---

Sem mais, em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

(assinatura – carimbo – CRM)





GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO  
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9319



OCORRÊNCIA N° 000245/19

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de N° 000245/19 registrada em 17/10/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos dezessete dias do mês de outubro do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 15:04 horas, compareceu o Sr. ALEXANDRO PAULINO DA SILVA, com 39 anos de idade, filho de JOSÉ APRÍGIO DOMINGOS FILHO e RITA ANÁLIA ALEXANDRINA DA CONCEIÇÃO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de JUAREZ TÁVORA - PB, Solteiro, escolaridade Não Alfabetizado, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade N° 2.714.896, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 04160644422, residindo à rua SÍTIO CAXEIRO, S/N, bairro PAREA RURAL, na cidade de JUAREZ TÁVORA - PB.

**Declarou que:**

Informa o comunicante, que na manhã do dia 26.04.2019, estava trafegando por uma estrada vicinal localizada no Sítio Caxeiro, área rural de Juarez Távora/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG125 FAN, ano/modelo 2007/2008, cor preta, chassi n° 9C2JC30708R041153, de placa MYV-7976/RN, licenciada em nome de Francisco Cassimiro da Silva Junior, quando envolveu-se em colisão com outra motocicleta de marca, placa e demais características que ignora, inclusive o condutor, que trafegava em sentido contrário, sendo que em decorrência do impacto o comunicante foi jogado ao solo, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme prontuário médico hospitalar em anexo, enquanto que o condutor da outra moto conseguiu se evadir do local sem ser identificado; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, os Policiais Militares do BPTran não compareceram ao local e portanto não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o motociclista envolvido no acidente, caso o mesmo seja identificado, pois pretende apenas receber a indenização do seguro obrigatório. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quinta-feira, 17 de Outubro de 2019



ALEXANDRO PAULINO DA SILVA

Declarante

José Alberto do Nascimento  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL  
Mat. 090.241-1

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 02/01/2020 17:41:38  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010217413791600000026341262>  
Número do documento: 20010217413791600000026341262

Num. 27290840 - Pág. 1

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, 08 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190644213**      **Vítima: ALEXANDRO PAULINO DA SILVA**

**Data do Acidente: 26/04/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ALEXANDRO PAULINO DA SILVA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: ALEXANDRO PAULINO DA SILVA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000001100**

**Conta: 000000016312-9**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

**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

## 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.: Nº 036.185.874



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

ALEXANDRO PAULINO DA SILVA  
SIT CAXEIRO S/N  
JUAREZ TAVORA

### CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1694887-9

REFERÊNCIA  
DEZ/2019

APRESENTAÇÃO  
24/12/2019

CONSUMO

65

VENCIMENTO

03/01/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 31,60

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

PAGAR PREFERENCIALMENTE NO

00190.00009 02624.912008 10092.094175 9 81230000003160

Pagador: ALEXANDRO PAULINO DA SILVA CNPJ/CPF: 041.606.444-22

SIT CAXEIRO S/N - AREA RURAL - JUAREZ TAVORA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120010092094	001694887201912	03/01/2020	R\$ 31,60	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário:



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 02/01/2020 17:41:40  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010217413947900000026341264>  
Número do documento: 20010217413947900000026341264

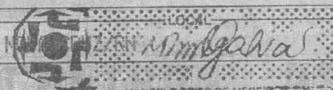
Num. 27290842 - Pág. 1

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**

DETTRAN - RN  
2002/777/2007

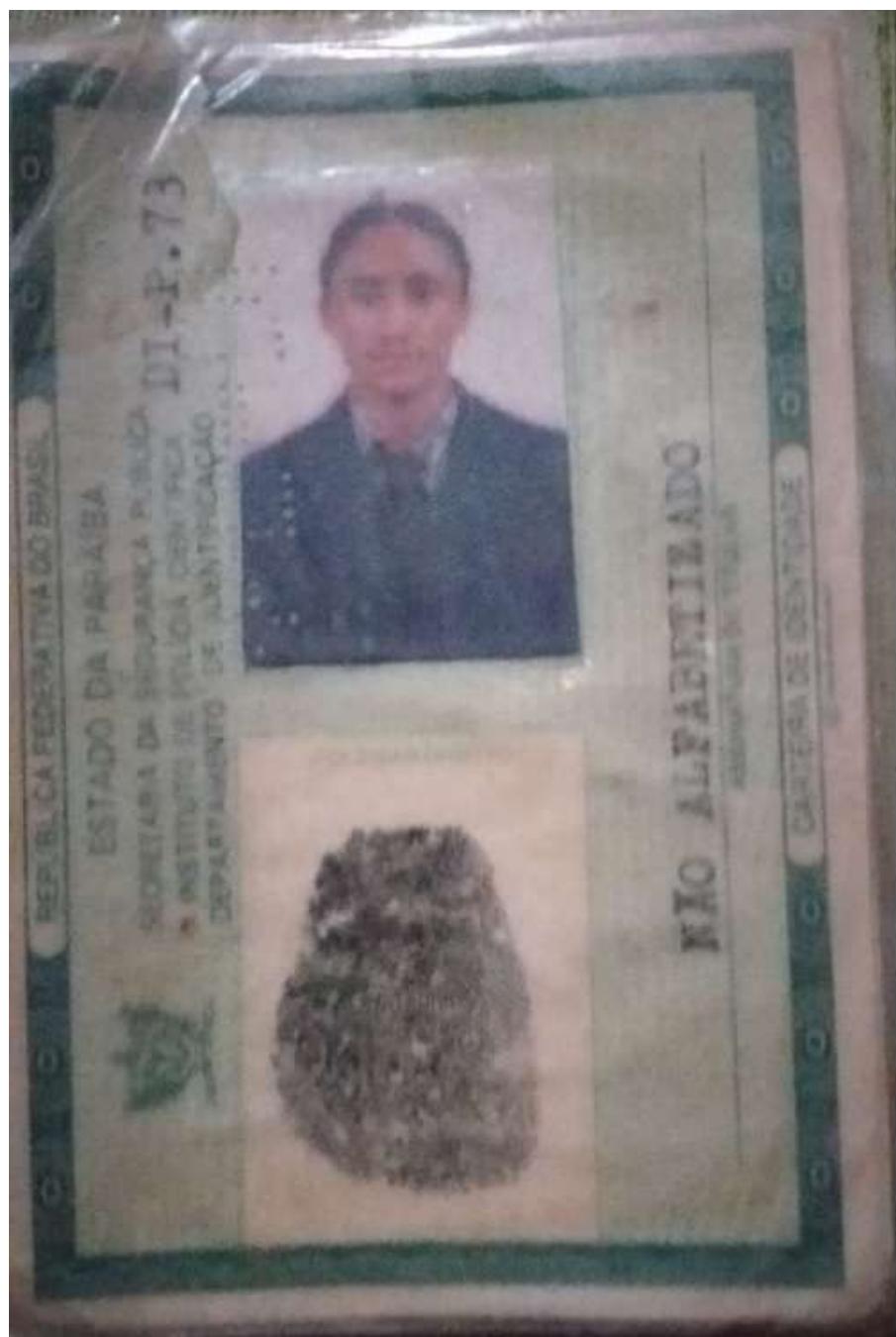
N.º 6418261830  
0999243886

**CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO**

VIA 1	COD. RENAVAM 939983117	R.T.B.	
NOME/ENDEREÇO FRANCISCO CASSIMIRO DA SILVA JUNIOR R 1 DE MAIO, 588 CENTRO 59.215-000 NOVA CRUZ/RN			
CPF/CNPJ 078.253.484-86	PLACA MIV7976		
NOME ANTERIOR BR. MOTO PEÇAS E SERVIÇOS LTDA			
PLACA ANT/UF MIV7976/RN	CHASSI 9C2JC30708R041153		
ESPECIE TIPO PASSEIROS/MOTOCICLETA/NAO APPLICAVEL		COMBUSTIVEL GASOLINA	
MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN		ANO FAB. 2007	ANO MOD. 2008
CAP/POT/CIL. 0CV/124 CILINDRADAS	CATEGORIA PARTICULAR	COR PREDOMINANTE PRETA	
OBSERVAÇÕES ALIENACAO FIDUCIARIA EM FAVOR DE: 45.441.789/0001-54 CONSORCIO NACIONAL HONDA LTDA MOTOR: JC30E78041153 LOCAL: SEGURO			
 <small>MANUEL BRITTO DE MELO COORDENADOR DE REG. VEÍCULOS / RENAVAM</small>		DATA 31/10/2007	

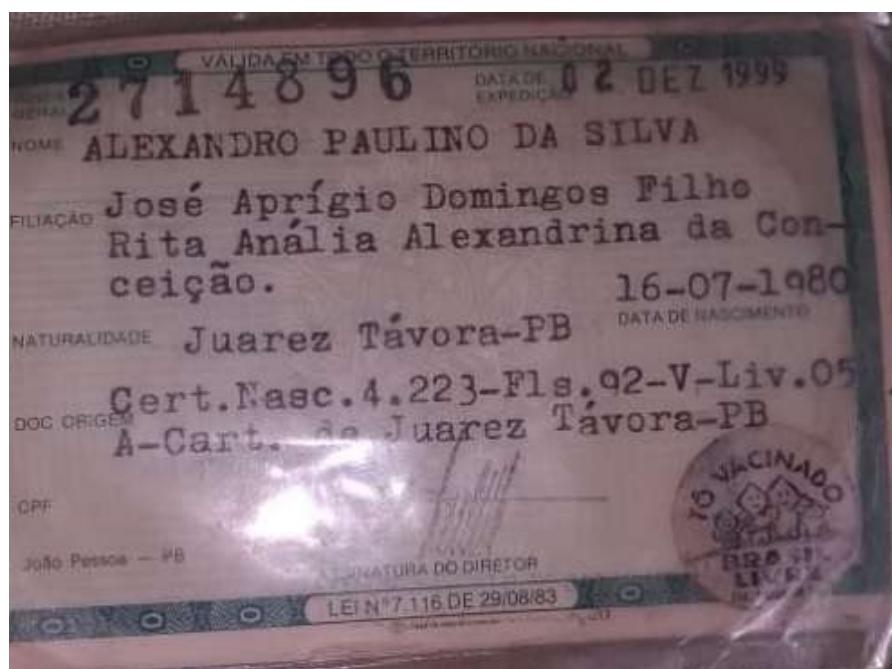
Alecardo





Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 02/01/2020 17:41:41  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010217414104600000026341267>  
Número do documento: 20010217414104600000026341267

Num. 27290845 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 02/01/2020 17:41:41  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010217414104600000026341267>  
Número do documento: 20010217414104600000026341267

Num. 27290845 - Pág. 2

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

ALEXANDRO PAULINO DA SILVA

Nº de Inscrição

041606444-22

Data do Nascimento

16/07/80



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 02/01/2020 17:41:41  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010217414104600000026341267>  
Número do documento: 20010217414104600000026341267

Num. 27290845 - Pág. 3

 <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><b>Número do boleto:</b> 003.2.19.02019/01</p> <p><b>Data de emissão:</b> 27/12/2019</p> <p><b>Nº do Processo:</b> Comarca: Alagoa Grande <b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - 7</p> <p><b>Data de vencimento:</b> 31/12/2019</p>
<p><b>Número da guia:</b> 003.2019.602019 <b>Tipo da Guia:</b> Custas Prévias</p> <p><b>Detalhamento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Custas Processuais: R\$ 506,60</li> <li>- Taxa Judiciária: R\$ 116,44</li> <li>- Taxa bancária: R\$ 1,35</li> </ul> <p><b>Promovente:</b> ALEXANDRO PAULINO DA SILVA  <b>Promovido:</b> SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS-</p> <p><b>Observações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.</li> <li>- O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.</li> </ul>			<p><b>UFR vigente:</b> R\$ 50,66</p> <p><b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6</p> <p><b>Parcela:</b> 1/1</p> <p><b>Valor total:</b> R\$ 624,39</p> <p><b>Desconto total:</b> R\$ 0,00</p>
<p>866600000065 243909283182 520191231007 321902019017</p> 			<p><b>Valor final:</b> R\$ 624,39</p>

 <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><b>Número do boleto:</b> 003.2.19.02019/01</p> <p><b>Data de emissão:</b> 27/12/2019</p> <p><b>Nº do Processo:</b> Comarca: Alagoa Grande <b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - 7</p> <p><b>Data de vencimento:</b> 31/12/2019</p>
<p><b>Número da guia:</b> 003.2019.602019 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias</p> <p><b>Promovente:</b> ALEXANDRO PAULINO DA SILVA <b>Promovido:</b> SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- DPVAT</p> <p><b>Detalhamento:</b></p>			<p><b>UFR vigente:</b> R\$ 50,66</p> <p><b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6</p> <p><b>Parcela:</b> 1/1</p> <p><b>Valor total:</b> R\$ 624,39</p> <p><b>Desconto total:</b> R\$ 0,00</p> <p><b>Valor final:</b> R\$ 624,39</p>

 <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><b>Número do boleto:</b> 003.2.19.02019/01</p> <p><b>Data de emissão:</b> 27/12/2019</p> <p><b>Nº do Processo:</b> Comarca: Alagoa Grande <b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - 7</p> <p><b>Data de vencimento:</b> 31/12/2019</p>
<p><b>Número da guia:</b> 003.2019.602019 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias</p> <p><b>Detalhamento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Custas Processuais: R\$ 506,60</li> <li>- Taxa Judiciária: R\$ 116,44</li> <li>- Taxa bancária: R\$ 1,35</li> </ul> <p><b>Promovente:</b> ALEXANDRO PAULINO DA SILVA  <b>Promovido:</b> SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS-</p> <p><b>Observações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.</li> <li>- O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.</li> </ul>			<p><b>UFR vigente:</b> R\$ 50,66</p> <p><b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6</p> <p><b>Parcela:</b> 1/1</p> <p><b>Valor total:</b> R\$ 624,39</p> <p><b>Desconto total:</b> R\$ 0,00</p> <p><b>Valor final:</b> R\$ 624,39</p>
<p>866600000065 243909283182 520191231007 321902019017</p> 			





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

**Guia de Custas Prévias**

**Nº Guia:** 003.2019.602019

**Data Vencimento:** 31/12/2019

**Data Emissão:** 27/12/2019

**Comarca:** Alagoa Grande

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

**Promovente:** ALEXANDRO PAULINO DA SILVA

**Promovido:** SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- DPVAT

**Valor da Causa:** R\$ 7.762,50

**Despesas Processuais:** R\$ 0,00

**Custas:** R\$ 506,60

**Taxa:** R\$ 116,44

**Total da Guia:** R\$ 623,04

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: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 02/01/2020 17:41:42  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010217414197400000026341268>  
Número do documento: 20010217414197400000026341268

Num. 27290846 - Pág. 2



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL  
AV. ADALBERTO PEREIRA DE MELO  
JUAREZ TÁVORA – ESTADO DA PARAÍBA  
COMARCA DE ALAGOA GRANDE  
IVONE ALVES DE MELO E MELO  
ESCRIVÃ  
Fone (83) 3267-1005 e 98646-1678

---

Registro Nascimento e Óbito – Procurações – Reconhecimentos – Autenticações , etc.

---

LIVRO: 34  
Fls. 105  
Traslado: Primeiro

Procuração bastante que faz (em) **ALEXANDRO PAULINO DA SILVA**, para o fim que adiante se ver;

S A I B A M os que este Público Instrumento de Procuração bastante virem, que no ano do Nascimento de Nosso Senhor Jesus Cristo de dois mil e dezenove (2019), aos quatro (04) dias do mês de dezembro (12), nesta cidade de Juarez Távora, Comarca de Alagoa Grande, Estado da Paraíba, em meu Cartório, perante mim Escrivã compareceu (ram) como outorgante (s), **ALEXANDRO PAULINO DA SILVA**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG nº. 2714896-SSP/PB e CPF nº. 041.606.444-22, residente e domiciliado no Sítio Caxeiro, neste município, reconhecido (s) como o(s) próprio(s) de mim Escrivã e pelas testemunhas abaixo mencionadas, do que dou fé, perante as quais, por ele(s) outorgante(s) me foi dito que, por este Público Instrumento e na melhor forma de direito nomeava(m) e constituía(m) seu bastante procurador (a), **ISRAEL DE SOUZA FARIAS**, brasileiro, advogado inscrito na OAB/PB sob nº 25.670, com escritório profissional na Rua Manoel Araújo, nº 70, centro, Alagoa Nova-PB, CEP: 58125-000, endereço eletrônico: [israelfariasadv@gmail.com](mailto:israelfariasadv@gmail.com), a quem confere poderes gerais, especiais e ilimitados para defender os interesses do outorgante, perante o foro em geral, com a cláusula **ad judicia et extra**, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer Juízo, instância ou tribunal, repartições públicas federal, estadual ou municipal, ficando o mesmo investindo no poder para o foro em geral, usando de todos os recursos legais e acompanhando-a até decisão final. Confere ainda ao outorgado os poderes especiais para requerer, desistir, transacionar, conciliar, assinar termo de denuncia e conciliação, renunciar, desistir, transigir, em juízo ou fora dele, bem como substabelecer com ou sem reservas de poderes. Certifico ainda que a qualificação da outorgante e a descrição do objeto do presente mandato, foram devidamente declarados pela outorgante, sendo deste toda responsabilidade civil e criminal por sua inteira veracidade, devendo a prova destas declarações ser exigida diretamente pelos órgãos ou pessoas a quem este instrumento público interessar. E de como assim o disse do que dou fé. Lavrei este Instrumento que sendo-lhe lido em voz alta, aceitou(ram) e assina(m) com as testemunhas que são: João Paulo Silva de Macêdo, residente no Sítio Caxeiro deste município e Francisco Cassimiro da Silva Júnior, autônomo, residente nesta cidade, minhas conhecidas, presentes a leitura desta, que são: dispensadas as testemunhas de acordo com o Provimento 03/87 de 19.05.87 do Corregedor Geral da Justiça deste Estado. E assina Simone de Oliveira, agricultora, residente no Sítio Caxeiro, neste município, a rogo do outorgante por ser analfabeto, deixando o mesmo, a impressão digital do polegar direito. Emolumentos R\$ 49,53. Taxa do FEPJ R\$ 9,10. Taxa do MP R\$ 0,79. Taxa do



FARPEN R\$ 5,37. Eu, Ivone Alves de Melo e Melo, Escrivã, digitei e assino: Ivone Alves de Melo e Melo. Juarez Távora, 04 de dezembro de 2019. Selo digital: AIY24837-3M8P.  
Está conforme o original; dou fé. Em test. Ivone Alves de Melo e Melo da verdade.

*Ivone Alves de Melo e Melo*  
IVONE ALVES DE MÉLO E MÉLO - ESCRIVÃ

Cartório do Registro Civil  
Ivone Alves de Melo e Melo  
ESCRIVÃ  
JUAREZ TÁVORA - PB

Assinado eletronicamente em 02/01/2020 às 17:41:43, no endereço eletrônico <http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010217414291500000026341269>.  
O documento contém 1 assinatura.

Assinado eletronicamente em 02/01/2020 às 17:41:43, no endereço eletrônico <http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010217414291500000026341269>.  
O documento contém 1 assinatura.





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1883440 Paciente: ALEXANDRO PAULINO DA SILVA Idade: 038 Sexo: M

Nome da Mãe: RITA ANALIA ALEXANDRINA CONCEICAO Data de Nascimento: 16/07/1980 Admissão: 26/04/2019

Clinica:ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL E

DIA 03/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Eldiman Soares De Araujo / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE ORAL APÓS RPA	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 1000ML E.V, 1FRASCO , 12h/12h	
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h 1D/2D Diluir em 50 ML SF	
4	JELCO SALINIZADO	
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	
6	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
8	CURATIVOS	

### EVOLUÇÃO

DATA:03/05/2019 HORA:10:36:12

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, AFEBRIL EM BEG

MSE: MEMBRO BEM PERFUNDIDO, PULSOS PALPÁVEIS, SEM FERIMENTO

CD: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, ORIENTAÇÕES ORTOPÉDICAS E LIMPEZA DE FO, ATESTADO MEDICO, CONSULTAS AMBULATORIAIS, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, PRESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H, ARFLEX 200MG VO 1X AO DIA POR 06 DIAS

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner Luiz Egito De Araujo  
CRM - PB 8926



03/05/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

Data: 03/05/2019

NOME : Wagner Luiz Egito De Araujo



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: ALEXANDRO PAULINO DA SILVA

Data da Internação: 26/04/2019

Data da Alta: 03/05/2019

Registro: 1883440

Tempo de Permanência: -18013

Diagnóstico Inicial: 0408020245

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAME FÍSICO + EXAME DE IMAGEM + EXAMES LABORATORIAIS

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data: 02/05/2019

Equipe:

Cirurgião: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Infecção F.O:

Coleta de Material:

Microbiologia:

Anatomopatológico:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM PUNHO ESQUERDO, FOI REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SEM INTERCORRÊNCIAS.

Orientações: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, ORIENTAÇÕES ORTOPÉDICAS E LIMPEZA DE FO, ATESTADO MEDICO, CONSULTAS AMBULATORIAIS, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR

Dieta:

Medicações para Casa: PRESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H, ARFLEX 200MG VO 1X AO DIA POR 06 DIAS

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Retorno ao Ambulatório de : em : para retirada de pontos

<http://projetohtcg/impreresumoalta.php?contar=1883440>

1/2



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 02/01/2020 17:41:44

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001021741438800000026341270>

Número do documento: 2001021741438800000026341270

Num. 27290848 - Pág. 2

ao Ambulatório de : em: para revisão Repouso0dias

Condições de Alta: Melhorado

Data 03/05/2019

Assinatura/Carimbo  
Wagner Luiz Egito De Araujo

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo  
M.R. ORTOPEDIA - CRM - 4701061  
CRM - PB 8926



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Alexandro Paulino Registro: \_\_\_\_\_ Leito: 10-2 Setor Atual: Orto

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 ( ) Ou  
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 cmH<sub>2</sub>O

( ) 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 ( ) Filiforme ( ) Cheio.



Pele:  Corada  Hipocorada  Cianose  Sudorese  Fria  Aquecida.  
 Tempo de enchiamento capilar:  ≤ 3 segundos;  >3 segundos.  Turgência jugular:   
 Drogas vasoativas:  Quais?  
 Ausculta cardíaca:  Rítmica  Arrítmica  Sopro  Outro. Marcapasso:  Transitório  Definitivo  
 Cateter vascular:  Periférico  Central  Dissecção. Localização: *MSP* Data da punção *29/04*  
 Edema:  MMSS  MMII  Face  Anasarca. Observações:  
**ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)**  
 Tipo somático:  Nutrido  Emagrecido  Caquético  Obeso.  
 Dentição:  Completa  Incompleta  Prótese.  
 Alimentação:  VO  SNG  SNE  Gastrostomia  Jejunostomia  NPT; Hora: Data: */ /*  
 Alterações:  Inapetência  Disfagia  Intolerância alimentar  Vômito  Pirose  Outros:  
 Abdômen:  Normotônico  Distendido  Tensão  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:  
**INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA**  
 Condição da pele:  Intacta  Ressecada  Equimoses  Hematomas  Escoriações  Outro:  
 Coloração da pele:  Normocorada  Hipocorada  Ictérica  Cianótica Turgor da pele:  Preservado  
 Condições das mucosas:  Umidas  Secas Manifestações de sede:   
 Incisão cirúrgica:  Local/Aspecto: Curativo em: */ /*  
 Dreno:  Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: */ /*  
 Ulcera de pressão:  Estágio: Local: Descrição: Curativo: */ /*  
**CUIDADO CORPORAL**  
 Cuidado corporal:  Independente  Dependente  Parcialmente dependente. Observações:  
 Higiene corporal:  Satisfatória  Insatisfatória Higiene Corporal:  Satisfatória  Insatisfatória.  
 Limitação física:  Acamado  Cadeira de rodas  Outro:  
**SONO E REPOUSO**  
 Preservado  Insônia  Dorme durante o dia  Sono interrompido. Observações:  
**VALORIZAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS**  
**COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL**  
 Comunicação:  Preservada  Prejudicada Sentimentos e comportamentos:  Cooperativo  Medo:  
 Ansiedade  Ausência de familiares/visita  Outros:  
**REFLEXOES SOBRE OS PSICOESPIRITUAIS**  
**RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE**  
 Tipo:  Praticante  Não praticante. Observações:  
**INTERCORRÊNCIAS**  
 Carimbo é Assinatura do Enfermeiro: *Jamila S. Cruz Gondim* DATA: *01/05/19* HORA: *10:35*  
 ENFERMEIRA  
 COREN PB 508.880  
 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: Alexandre Paulino | Registro: | Leito: 10.2 | Setor Atual: OKT 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  Ou

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 cmH<sub>2</sub>O

Eupnêia;  Taquipnêia  Bradipnêia  Dispneia  Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente:  Diminuídos  D  E

Ruidos adventícios:  Roncos  Sibilos  Estridor  Outros:

Tosse:  Improdutiva  Produtiva | Expectorado:  Quantidade e aspecto:

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

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

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

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração:  Visão  Audição  Tato  Olfato  Paladar Observação:

##### SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo  Agitado  Agressivo.  Risco de queda. Observação:

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉:  Regular  Irregular  Impalpável  Filiforme  Cheio.



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipócorada <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"/>	Precordialgia <input type="checkbox"/>	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais?		
Ausculta cardíaca: <input checked="" 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: HS D	Data da punção 29/04	
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 sómático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.		
Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.		
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____	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"/> Normotônico <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:		
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoátivos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados		
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há dias <input type="checkbox"/> Outros:		
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h;		
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:		
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>		
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Outro:		
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado		
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>		
Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: Curativo em: ____/____/____		
Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____		
Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: Local: Descrição: Curativo: ____/____/____		
<b>CUIDADO CORPORAL</b>		
Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:		
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.		
Limitação física: <input 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>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>NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>		
Religião / Religiosidade e/oupiritualidade		
tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:		
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>		
Paciente com fratura de radio (E), segue as cuidados de enfermagem.		
Carimbo é Assinatura do Enfermeiro:	DATA: 30/04/19	HORA: _____
Janefer de Abreu M. Alves COREN-PB 288.555-ENF		

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: Alexandre Paulino | Registro: | Leito: 10-2 | Setor Atual: 01/01

#### 2. AVAIIAÇÃO 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. AVAIIAÇÃO DAS NECESSIDADES FISIOPATOLOGICAS

##### 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  
( ) VMI  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

Ruídos adventícios:  Roncos  Sibilos  Estridor  Outros:

Tosse:  Improdutiva  Produtiva Expectorado:  Quantidade e aspecto:

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

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

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

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração:  Visão  Audição  Tato  Olfato  Paladar Observação:

##### SEGURANÇA FÍSICA

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

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉:  Regular  Irregular  Impalpável  Filiforme  Cheio.



Pele:  Corada  Hipocorada  Cianose  Sudorese  Fria  Aquecida.

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

Precordialgia

Drogas vasoativas:  Quais?

Ausculta cardíaca:  Rítmica  Arrítmica  Sopro  Outro. Marcapasso:

Transitório  Definitivo

Cateter vascular:  Periférico  Central  Dissecção. Localização: **MSD** Data da punção **26/04**

Edema:  MMSS  MMII  Face  Anasarca. Observações:

#### ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático:  Nutrido  Emagrecido  Caquético  Obeso.

Dentição:  Completa  Incompleta  Prótese.

Alimentação:  VO  SNG  SNE  Gastronomia  Jejunostomia  NPT; Hora: Data: / /

Alterações:  Inapetência  Disfagia  Intolerância alimentar  Vômito  Pirose  Outros:

Abdômen:  Normotensão  Distendido  Tenso  Ascítico  Outros:

RHA:  Normoátivos  Ausentes  Diminuídos  Aumentados

Eliminação intestinal:  Normal  Líquida  Constipado há dias  Outros:

Eliminação urinária:  Espontânea  Retenção  Incontinência  Hematuria  SVD: Débito ml/h

Aspecto:  Outros: Observações:

#### INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele:  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: / /

#### CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal:  Independente  Dependente  Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal:  Satisfatória  Insatisfatória Higiene Corporal:  Satisfatória  Insatisfatória

Limitação física:  Acamado  Cadeira de rodas  Outro:

#### SONO E REPOUSO

*TOP OK*  Preservado  Insônia  Dorme durante o dia  Sono interrompido. Observações:

*R. N*  
*C.N*

#### VALORES CORÓNARIOS NECESSIDADES PSICOSOCIAIS

#### COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação:  Preservada  Prejudicada Sentimentos e comportamentos:  Cooperativo  Med

Ansiedade  Ausência de familiares/visita  Outros:

#### NECESSIDADES PSICOSPIRITUAIS

#### RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo:  Praticante  Não praticante. Observações:

#### INTERCORRÊNCIAS

Carimbo é Assinatura do Enfermeiro:

*Janiela S. Cruz Gondim*  
ENFERMEIRA  
CREN PB 508.860

DATA: **29/04/19**

HORA:

**9:00**

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

www.legis.ufsc.br



Data: 02/05/2019  
 Horas: 10:32:00  
 Médico (a) Diarista : Eldiman Soares De Araujo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1883440 Paciente: **ALEXANDRO PAULINO DA SILVA** Idade: 038

Nome da Mãe: RITA ANALIA ALEXANDRINA CONCEICAO Data de Nascimento: 16/07/1980 Sexo: M

Clinica:ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL E

**DIA 02/05/2019**

**MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo /**

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE ORAL APÓS RPA	<i>16/05/2019</i>
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 1000ML E.V. 1FRASCO , 12h/12h	<i>16/05/2019</i>
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h 0D/2D Diluir em 50 ML SF	<i>16/05/2019</i>
4	JELCO SALINIZADO	
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, 6h/6h	<i>17/05/2019</i>
6	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	<i>17/05/2019</i>
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
8	CURATIVOS	

CRM-PB, 8981, 15011162  
 ORTOPEDIA/ORTOPEDIA  
 ELDO... GOMES de Araujo  
 48/projetohtcg/enviarprescri.php?datasai=2019-05-02&contar=1883440



DATA - 02 - 05 - 19

HORA - 09:00

P.A - 120 x 80

Paciente consciente  
orientado medicado  
Pós - operatório imediato  
sem intercorrência e  
mesmo segue aos  
cuidados de enfer-  
magem.

Juciene dos Santos Silva  
COREN-PB 958.700-TE

02.05.2019

20°hs

P.A: 120x70mmHg

T: 37°

Paciente evolui bem sem intercorrências  
Até o momento, H.E.P. N. segue  
aos cuidados da Enfermeira.

Jaci Ferreira Lima  
Técnico de Enfermagem  
COREN 820035





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1883440    Paciente: ALEXANDRO PAULINO DA SILVA    Idade: 038    Sexo: M

Nome da Mãe: RITA ANALIA ALEXANDRINA CONCEICAO    Data de Nascimento: 16/07/1980    Admissão: 26/04/2019

Clinica:ORTOPEDIA 1    Enfermaria: 10    Leito: 2    Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL E

**DIA 01/05/2019**
**MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /**

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA NORMAL HIPOSSODICA ( Dieta zero a partir de 00:00h )	
2	JELCO SALINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	18/05/2019
4	DICLOFENACO SODICO 75 MG/3ML IM, LAMPOLA, 12h/12h SE NECESSARIO	
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

**EVOLUÇÃO**

DATA:01/05/2019    HORA:10:25:56

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, AFEBRIL EM BEG

MSE: MEMBRO BEM PERFUNDIDO, PULSOS PALPÁVEIS, SEM FERIMENTO

CD: VPM

**ASSINATURA + CARIMBO**

Wagner Luiz Egito De Araujo

18:48 h - Paciente com cirurgia prevista para 02/05/19.  
Zero dieta a partir de 00:00h.

Dra. Ana Maria da S. Anselmo  
MR. Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PB 7825



DATA - 01 - 05 - 19

HORA 09:45

P.A - 110 x 70

Paciente consciente  
orientado medido  
aguarda exame  
e segue aos cuidados de enfermeira.

Jucilene dos Santos Silva  
COREN-PB 338.700-TE

DATA - 01 - 05 - 19

HORA - 20:00

P.A - 110 x 70

Paciente medido  
e continuo aos cuidados de enfermeira.

Jucilene dos Santos Silva  
COREN-PB 338.700-TE





CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 30/04/2019

Horas: 10:55:56

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA OK

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1883440    Paciente: ALEXANDRO PAULINO DA SILVA    Idade: 038    Sexo: M

Nome da Mãe: RITA ANALIA ALEXANDRINA CONCEICAO    Data de Nascimento: 16/07/1980    Admissão: 26/04/2019

Clinica:ORTOPEDIA 1    Enfermaria: 10    Leito: 2    Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL E

**DIA 30/04/2019**

**MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /**

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA NORMAL HIPOSSODICA	
2	JELCO SALINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	<i>X2/8 2/10/19</i>
4	DICLOFENACO SODICO 75 MG/3ML I.M, 1AMPOLA, 12h/12h SE NECESSARIO	
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

### EVOLUÇÃO

**DATA:30/04/2019    HORA:10:54:35**

**PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, AFEBRIL EM BEG**

**MSE: MEMBRO BEM PERFUNDIDO, PULSOS PALPÁVEIS, SEM FERIMENTO**

**CD: VPM**

ASSINATURA + CARMIM  
Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo  
M.R. ORTOPEDIA  
CRM - PB 8026



30/04/19 10:00hs Paciente aguarda procedimento cirúrgico,  
medicado e.p.m, segue as cuidados da  
enfermagem.  
P.A 180x80

Débora  
Débora Silva Lima  
Téc. de Enfermagem  
COREN-PB 602532

30  
04  
19 22hs PA: 100x60 T10: ~~monossil~~  
Monalisa Fortunato Soares  
COREN-PB 843.811-75





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1883440 Paciente: ALEXANDRO PAULINO DA SILVA Idade: 038 Sexo: M

Nome da Mãe: RITA ANALIA ALEXANDRINA CONCEICAO Data de Nascimento: 16/07/1980 Admissão: 26/04/2019

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 10 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL E

**DIA 29/04/2019**
**MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /**

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA NORMAL HIPOSSODICA	
2	JELCO SALINIZADO	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	<i>10/18 24/06</i>
4	DICLOFENACO SODICO 75 MG/3ML I.M, 1AMPOLA, 12h/12h SE NECESSARIO	<i>SN</i>
	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

**EVOLUÇÃO**

DATA: 29/04/2019 HORA: 10:25:55

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, AFEBRIL EM BEG

MSE: MEMBRO BEM PERFUNDIDO, PULSOS PALPÁVEIS, SEM FERIMENTO

CD: VPM

 ASSINATURA + CARIMBO  
 Wagner Luiz Egito De Araujo


DATA = 29-04-19

HORA = 08:40

P.A - 110 x 70

Paciente consciente  
orientado medicado  
desse tocado,  
aguarda cirurgia  
e segue aos  
enfados da enfermagem.

DATA = 29-04-19

HORA = 20:00

P.A - 100 x 70

Paciente medicado  
e continua aos  
enfados da enfer-  
magem

José Luiz dos Santos Silva  
COREN-PB 958.700-TE







CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 28/04/2019

Horas: 07:21:39

Médico (a) Diarista : Wagner De Melo Falcao

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1883440 Paciente: ALEXANDRO PAULINO DA SILVA Idade: 038 Sexo: M 01C

Nome da Mãe: RITA ANALIA ALEXANDRINA CONCEICAO Data de Nascimento: 16/07/1980 Admissão: 26/04/2019

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL

DIA 28/04/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner De Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA NORMAL HIPOSSODICA	<i>et.</i>
2	JELCO SALINIZADO	<i>et.</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	<i>ADM 8h-20h 06</i>
4	DICLOFENACO SODICO 75 MG/3ML I.M, 1AMPOLA, 12h/12h SE NECESSARIO	<i>et.</i>
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 8h)	<i>06</i>
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>et.</i>

### EVOLUÇÃO

DATA: 28/04/2019 HORA: 07:21:14

BEG, ESTÁVEL

NV: OK

PRÉ-OP: OK

CD: AGUARDA CIRURGIA

*Dr. Wagner Falcao*  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 8643

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner De Melo Falcao



28-01-19  
pt - 20180

15,40 horas  
paciente, mulher, sem  
queixas, éas cidadas  
de Araguara.

Josane Cristina de Araújo  
COREN-PB 174.938-TE

28/04. 20.00h. P.A; 110x70. Paciente fui consciente  
orientado, não referiu queixas.  
Isabel



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

<b>HUECG</b>		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
<b>FOLHA DE ANESTESIA</b>		NOME <i>Abraadus Paulus</i>			IDADE	SEXO	COR	
DATA <i>2/5</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO		ALTURA	
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA		OUTROS	
	URINA							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO			<i>fast radio fibro</i>		ESTADO FÍSICO		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA	ÀS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS	O <sup>2</sup>						INDUÇÃO	
							Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____	
LÍQUIDOS		<i>u = sool</i>					Laringo espamto: _____ Lenta: _____	
							Náuseas: _____ Vômitos: _____	
CÓDIGOS VP. ARTER. AX. A.	O <sup>2</sup>						Outros: _____	
							MANUTENÇÃO	
						<i>retolar sul</i>		
						<i>descendendo</i>		
						<i>depois 2</i>		
						<i>el solue 2</i>		
						<i>funçao 1</i>		
						<i>retolar sul</i>		
						ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____		
						Não, por quê? <i>anuid oxp</i>		
DESPERTAR								
Reflexos na SO:								
Obstr.: _____ Co <sub>2</sub> : _____ Excit: _____								
Náuseas: _____ Vômitos: _____								
Outros: _____								
Com cânula:								
Paro o Leito Sim _____ Não _____								
CONDIÇÕES:								
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES								
POSIÇÃO								
AGENTES								
TÉCNICA		<i>retolar cl funçao fast radio</i>					CÂNLULAS	
OPERAÇÃO		<i>retolar cl funçao fast radio</i>						
CIRURGIÓES		<i>cl funçao</i>						
ANESTESISTAS		<i>de fast radio</i>						
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGUÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 02/01/2020 17:41:46

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010217414574300000026341272>

Número do documento: 20010217414574300000026341272

Num. 27291050 - Pág. 7

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Alexandro Rebolho da Silveira - DN: 16.07.1980

QI	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO
		SUS	38anos	188346

CIRURGIA Tumor - Cervixico fraterno  
radice distal esquerda

CIRURGIÃO

Dr. Edimilson, MR: Everlen

ANESTESIA

Geral

ANESTESIA

Dr. Ana Delce

INSTRUMENTADORA

André

DATA

02-05-19

INÍCIO

10:30

FIM

10:35

GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de  
Emergência e Trauma Dom  
Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalinha amp.	01		Bolsa Colostoma	
	Calep. p/ Óxg.			Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.			Catgut cromado Sertix	
	Catet. De Urinar Sist. Fech.			Catgut cromado Sertix	
	Diazepan amp.	01		Compressa Grande Pacote	
	Compressa Pequena			Catgut Simples	
	Dimore amp.			Cotonoide	
	Dolantina amp.			Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml			Dreno	
	Fenegam amp.			Catgut Simples Sertix	
	Dreno Kerr n°			Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml			Dreno Penrose n°	
	Inova ml			Ethibond	
	Ketalar ml			Equipo de Macrogotas	
	Mercaina % ml			Equipo de Macrogotas	
	Nubahin amp.			Equipo de Sangue	
	Pavulon amp.			Equipo de PVC	
	Protigmine amp.	Q15		Espadrado Larco cm	
	Protocolo l/m			Furacim ml	
	Quelicin ml	L		Gase Pacote c/ 10 unidades	
	Rapifen amp.			Fila cardíaca	
	H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ml			Mononylon	
	Thionembutal ml			Intracath Adulto	
	Intracath Infantil			Mononylon	
	Tracrium amp.			Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01		Lâmina de Bisturi n° 23	
	Agua Destilada amp.			Lâmina de Bisturi n° 11	
	Decadron amp.			Lâmina de Bisturi n° 15	
	Dipirona amp.			Luvas 7.0	
	Flaxidol amp.	L		Luvas 7.5	
	Flebotortid amp.			Luvas 8.0	
	Geramicina amp.	□		Luvas Procedimento	
	Glicose amp.			Oxigênio l/m SL	
	Glucon de Cálcio amp.			Poliflix	
	Haemacel ml.			PVPI Degemante ml	
	Heparema ml.			PVPI Tópico ml.	Qtd.
	Kanakion amp.			Sabão Antiséptico	SOROS
	Lasix amp.			Saco coletor	
	Medrotinazol.	1		Seringa desc. 10 ml	
	Plasil amp.	1		Seringa desc. 20 ml	Qtd.
	Prolamina	1		Seringa desc. 05 ml	
	Revivan amp.			Sonda	
	Stupitanon amp.			Sonda Foley	Qtd.
	Cefalotina 1g			Sonda Nasogástrica	ORTESE E PRÓTESE
	Probolol			Sonda Uretral n°	
	Dormohid			Steridrem ml	
				Torneirinha	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES			Vaseline ml	
	Aglilha desc. 25 x 7			Gelcon 18	
	Aglilha desc. 28 x 28			Latese	EQUIPAMENTOS
	Aglilha desc. 3 x 4,5	05		Eletrodo das escovas	
	Aglilha p/ raque n°	02			
	Álcool de Enfermagem			(+) Oxímetro de Pulso	(+) Foco Auxiliar
	Álcool Iodado ml			( ) Serra	( ) Eletrocautério
	Ataduras de Crepon	30cm		( ) Desfibrilador	( ) Oxicapiógrafo
	Ataduras de Gessada			( ) Foco Frontal	(+) Cardiomonitor
	Azul metíleno amp.			( ) Fonte de Luz	( ) Perfurador Elétrico
	Benzina ml				

## EQUIPAMENTOS

- (+) Oxímetro de Pulso
- ( ) Serra
- ( ) Desfibrilador
- ( ) Foco Frontal
- ( ) Fonte de Luz
- (+) Foco Auxiliar
- ( ) Eletrocautério
- ( ) Oxicapiógrafo
- (+) Cardiomonitor
- ( ) Perfurador Elétrico

## CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Marinalva C. da Silva  
TÉC. ENFERMAGEM  
COREN-PB 32851

MOD 066



وَمَنْ يَعْمَلْ مِنْ حَسَنَةٍ يُرَأَدْهُ إِنْ هُوَ إِلَّا بِنَفْسِهِ  
وَمَنْ يَعْمَلْ مِنْ سُوءٍ يُرَأَدْهُ إِنْ هُوَ إِلَّا بِنَفْسِهِ  
وَمَنْ يَعْمَلْ مِنْ حَسَنَةٍ يُرَأَدْهُ إِنْ هُوَ إِلَّا بِنَفْسِهِ  
وَمَنْ يَعْمَلْ مِنْ سُوءٍ يُرَأَدْهُ إِنْ هُوَ إِلَّا بِنَفْسِهِ

28 Oct 1998 11:26:46 2000

三

۹۴

10

1

16

1

17

1

1

1

0 253

1

Digitized by srujanika@gmail.com

جیلیک

卷之二

4

Net cost 20  
per cent

५१३

2025

240 *Journal of Health Politics*





# PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE :**

Nº do prontuário: 1883440 Paciente: ALEXANDRO PAULINO DA SILVA Idade: 038 Sexo: M

Nome da Mãe: RITA ANALIA ALEXANDRINA CONCEICAO Data de Nascimento: 16/07/1980 Admissão: 26/04/2019

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: EXTRA Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL

**DIA 27/04/2019**
**MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner De Melo Falcao /**

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA NORMAL HIPOSSODICA	07.
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 01FRASCO, 24h/24h (ADM AS 8h)	08 recusa
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	08 18 21 06
4	DICLOFENACO SODICO 75 MG/3ML I.M, 1AMPOLA, 12h/12h SE NECESSARIO	07.
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 8h)	08
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	07

**EVOLUÇÃO**

DATA:27/04/2019 HORA:07:53:51

BEG, ESTÁVEL

CD: AGUARDA CIRURGIA

  
 Dr. Wagner Falcao  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 CRM-PB 8643

**ASSINATURA + CARÍMBO**  
 Wagner De Melo Falcao



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 02/01/2020 17:41:46  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010217414574300000026341272  
Número do documento: 20010217414574300000026341272

Num. 27291050 - Pág. 11



## DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1883440 Paciente: ALEXANDRO PAULINO DA SILVA Idade: 038

Nome da Mãe: RITA ANALIA ALEXANDRINA CONCEICAO Data de Nascimento: 16/07/1980 Sexo: M

Clinica:AMARELA Enfermaria: 0 Leito: 0 Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL

DIA 26/04/2019

Extra 2

MÉDICO(A): Bruno da Costa Lima /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA NORMAL HIPOSSODICA	CT
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 01FRASCO, 24h/24h (ADM AS 8h)	10
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, 6h/6h	18
4	DICLOFENACO SODICO 75 MG/3ML I.M, 1AMPOLA, 12h/12h SE NECESSARIO	24
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 8h)	06
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	OK



## DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: ALEXANDRO PAULINO

---

Diagnóstico Pré-Operatório: 0408020245 FRATURA / LUXACAO NO PUNHO E

---

Diagnóstico Pós-Operatório: FRATURA / LUXACAO NO PUNHO E

---

Cirurgia: FIXACAO PERCUTANEA

Data da Cirurgia: 11/04/2019

Equipe:

Cirurgião: DR ELDIMAN

Aux 1: DR EVERLAN

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista: DRA ANA DULCE

---

Tipo de anestesia: SEDAÇÃO

---

Relatório Imediato do Patologista: 0

---

Exame Radiológico no Ato: SIM

---

Acidente Durante Operação: NÃO

---

Descrição da Operação:

1- PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

2- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

3- CAMPOS ESTÉREIS

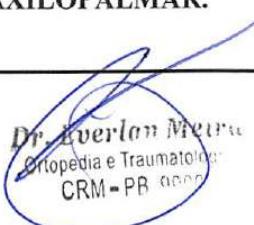
4- REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA RÁDIO DISTAL E COM AUXÍLIO DE ESCOPIA

5- FIXAÇÃO PERCUTÂNEA COM 2 FIOS K N° 2,0 RADIO E

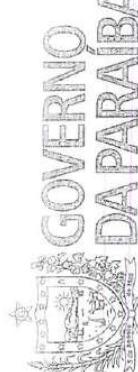
6- CURATIVO + TALA AXIOPALMAR.

---

DATA: 02/05/2019

  
Dr. Everlan Meira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 00000





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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÉUTICA

Paciente	Prontuário		Ala ORTOPEDIA 1		Leito		Enfermaria	
	Data	Hora	PACIENTE EM EGERS, CONSCIENTE, ORIENTADO,		Data	Hora		
ALEXANDRO PAULINO DA SILVA	29/04/19	TARDE	EUPNÉSICO, NORMOLÓGICO, AFEZERIL AO TOQUE					
			PACIENTE RELATA DUE SOFREU UM ACIDENTE DE					
			TÔNUS (MOTO), RELATANDO NA FRACTURA.					
			CONDITA: FLEXO DE MOLHOS BILATERAL SIMULTÂNEA EM SUBLATÂNCIA (3x12), DORSIFLEXO + FLEXO -					
			PANTAS DE TORNOS BILAT. EM POSIÇÃO ORTOPÓDICA					
			CA BILATERAL SIMULTÂNEO (3x15), ABDUÇÃO DE					
			QUADRIS BILATERAL ALTERNADA (3x12), CIRUN-					
			DUN(5) DE TORNOS BILAT (2x10), ALONGAMENTO					
			DE CERVICAL E MMS (20 SEGS), FLEXO DE OM- BRO DIREITO (3x12), NOTAÇÕES MEDIAL DE OM- BROS BILATERAL ALTERNADA (3x12), CIRUNDUN-					
			GOS DE PUNHO DIREITO (2x10) EXERCÍCIO DE					
			PHEMOS PALMAR BILATERAL SIMULTÂNEA (3x12)					
			FLEXO-EXTENSO HORIZONTAL DE OMBROS BILATE- RAL ALTERNADA (3x12), ABDUÇÃO DE OMBROS BI- LATERAL SIMULTÂNEA COM CÔNTORES A 90° (3x10)					
			AGD-UEPB: WENSON DÍAS SOUTO					
			<i>(Assinatura)</i>					
			Dr. Bruno Felipe de L. Mendonça					
			FISIOTERAPEUTA					
			CREFI TO-1 8485-LTF					

MOD. 012





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

**PRONT (B.E) Nº:1883416 CLASS. DE RISCO: AMARELO**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 26/04/2019

Atendente : Daniela Dos Santos Limeira

Nascimento:16/07/1980

CRM: M

Sexo: M

Idade:038

Bairro: ZONA RURAL

Nº:0

Profissão: AGRICULTOR

RG: 2714896

CPF:

CNS:708701101497096

Data de Atend:26/04/2019

CONVÉNIO/SUS:

Hora: 11:49:48

Especialidade:

CRM:

Médico:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão	15. Fratura óssea fechada
2. Amputação	20. Fratura óssea aberta
3. Avulsão	21. Hemotoma
4. Contusão	22. Ingurgitamento Venoso
5. Crepitação	23. Laceração
6. Dor	24. Lesão tendinosa
7. Edema	25. Luxação
8. Empalhamento	26. Mordedura
9. Enfisema e subcutâneo	27. Movimento torácico paradoxal
10. Estmagamento	28. Objeto Enravarado
11. Equimose	29. Otorragia
12. F. Arma branca	30. Paralisia
13. F. Arma de Fogo	31. Paresia
14. F. Córitho	32. Paratesia
15. F. Contante	33. Queimadura
16. F. Contato-contuso	34. Rinorragia
17. F. Perfuro-contuso	35. Sinal de Isquemia
18. F. Perfuro-contante	36.

OBS:

QUEIMADURA:  
Superfície corporal lesada = \_\_\_\_\_ %  
DIAGNÓSTICO / CD: Trauma muscular esquelético.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Jarbas Fonseca  
CIRURGIA GERAL  
CRM-PB 10300 CRM-PE 23727

1/2

10.1.1.148/projetohtcg/impreurgencia.php?contar=1883416

1/2

CRM-PB 10300 CRM-PE 23727

**EXAME PRIMÁRIO - E DS CLÍN**

Paciente fêmea de trauma por queda de moto, de 0, colisão no tor-moto frontal. Motociclista ciclista de 0, de consciência e urinosa e urinante. Pode não ter utilizado capacete.

No momento queixava-se apertos de dor que pulhou e segue da dor: Álgido, consciente e orientado. PR: MUC: 0 em AHT, SIDA, ACV: BCR em 2T, SÍ: Abdome: Bloco simétrico, non-motil, algíres, difressivo e indolente; Extraabdominal: Estômaco, bexiga e genitais.

ALÉRIA: Nigra

MEDICAMENTOS: Nigra

PATOLOGIAS: Nigra

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocônicas ( ) Anisocônicas ( )  
Glasgow 15 PA HGT: Sat02

RAIO-X REALIZADO EM: 26/04/15

EXAMES SOLICITADOS: ( ) Ultrassonografia: ( ) Radiografias: ( )

( ) Laboratoriais ( ) Gasometria arterial ( ) Tomografia Computadorizada ( )

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *Ortopedia*, às : dia / /

Especialista: / às : dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS HORÁRIO REALIZADO

1. Alta da cirurgia genal.

2. Diprofondol 500mg/12h - 01 amp, EV, inj.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

13.

14.

15.

16.

17.

18.

19.

20.

21.

22.

23.

24.

25.

26.

27.

28.

29.

30.

31.

32.

33.

34.

35.

36.

37.

38.

39.

40.

41.

42.

43.

44.

45.

Ortoped  
Belchior  
Respirató  
Sobr. Irmão

Fractura  
Colo de  
costela  
Portaria  
Centro  
de  
Reabilitação  
CRM: 5279/PB  
C.R.M: 17982/PE

União  
Brasileira  
de  
Ortopedia  
e  
Traumatologia

## SERVIÇOS REALIZADOS:

DESTINO DO PACIENTE	DATA	HS	CÓDIGO/PROCEDIMENTO	IDADE
<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico			<input type="checkbox"/> Alta hospitalar / <input type="checkbox"/> Revelia	_____
<input type="checkbox"/> Internação (setor)			<input type="checkbox"/> Decisão Médica	_____
<input type="checkbox"/> Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL			<input type="checkbox"/> Óbito	_____
<input checked="" type="checkbox"/> Sindicato Médico				
			Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)	





## Ficha de Acolhimento

Nome: <u>Alexandre</u>	Paulo de S. Ribeiro
End: <u>565</u>	<u>Bochecho</u>
Data de Nascimento: <u>16.01.90</u>	Documento de Identificação:
Queixa: <u>ACD</u>	Data do Atend.: <u>26.04.19</u>
Acidente de trabalho?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

## 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:	
Pressão arterial:	
Dosagem de HGT:	
Deambulação: <input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

## Estratificação

Fratura na Coluna

- MOD. 110
- Vermelho - atendimento imediato  
 Verde - atendimento até 4 horas
- Amarelo - atendimento entre 4h e 24h da S/ia  
 Azul - atendimento ambulatorial PRIMEIRA  
COREN-PB 223.352

*Assinatura e carimbo do profissional*





Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 02/01/2020 17:41:47  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010217414659600000026341274>  
Número do documento: 20010217414659600000026341274

Num. 27291052 - Pág. 5

REQUISIÇÃO DE EXAME

N.C.	ALEXANDRO PAULINO DA SILVA			PRONTUÁRIO:		
DE:	38	SEXO:	M	COR:	B	PESO:
						ALTURA:
						CLÍNICA:
						ENF.:
						LEITO:

OS CLÍNICOS:

Trauma muscular desquelítico

ERIAL A EXAMINAR:

RES SOLICITADOS:

- Radiografia de punho AP e perfil

ÊNCIA:	ROTTINA:
26/04/19	HORA DA SOLICITAÇÃO:

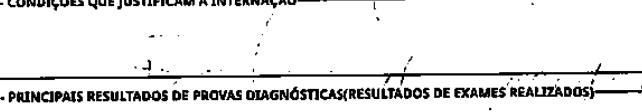
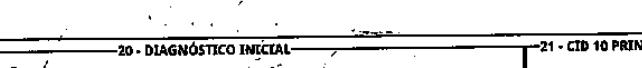
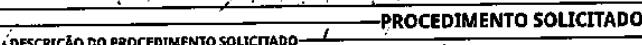
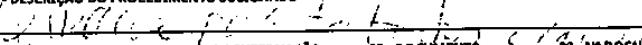
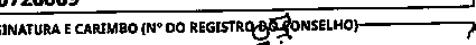
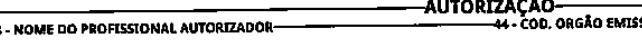
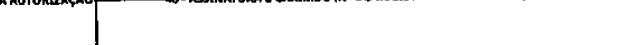
26/04/19  
GAM-PE 0300/GRM-PE 2371  
Dr. Jairles Henrique  
Cirurgia Geral



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 02/01/2020 17:41:47  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010217414659600000026341274>  
Número do documento: 20010217414659600000026341274

Num. 27291052 - Pág. 7

Data da internação: 26/04/2019 Hora: 12:36:48

 Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
<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>ALEXANDRO PAULINO DA SILVA</b> 6 - N.º DO PRONTUÁRIO <b>1883440</b> 7 - CARTÃO DO SUS <b>708701101497096</b> 8 - DATA DE NASCIMENTO <b>16/07/1980</b> 9 - SEXO <b>Masc (X) Fem ( )</b> 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>RITA ANALIA ALEXANDRINA CONCEICAO</b> 11 - TELEFONE DE CONTACTO <b>DDD 83 N.º DE TELEFONE</b> 12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, Bairro) <b>SITIO CACHEIRO , 0 , ZONA RURAL</b> 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Campina Grande</b> 14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 15 - UF <b>250400 PB 58400002</b> 16 - CEP				
<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 <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>203834510720009</b>	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>BRUNO DA COSTA LIMA</b>		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>26/04/2019</b>	32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) 	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) 33 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO 35 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - N.º DO BILHETE 38 - SÉRIE 34 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNAE DA EMPRESA 41 - CBOR 35 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 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 SEGURO				
AUTORIZAÇÃO 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  44 - COD. ORGÃO EMISSOR  45 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input 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) 				



LAVADO PARA SOLICITACAO DE AUTORIZACAO		DE INTERNACAO HOSPITALAR	
Sistema Ministro da Saude		SUS	
Data da Internacao: 26/04/2019 Hora: 12:36:48			
HTCG-Painel Administrativo			
26/04/2019			
<p>Identificacao do Estabelecimento de Saude</p> <p>HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</p> <p>2362856</p> <p>2 - CNES</p> <p>1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</p> <p>HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</p> <p>2362856</p> <p>2 - CNES</p> <p>3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</p> <p>ALEXANDRO PAULINO DA SILVA</p> <p>1883440</p> <p>6 - N. DO PRONTO-URG</p> <p>7 - Cartao do SUS</p> <p>708701101497096</p> <p>10 - NOME DA MAE DE RESPONSAVEL</p> <p>RITA ALEXANDRINA CONCEICAO</p> <p>3363</p> <p>11 - TELEFONE DE CONTATO</p> <p>012-5520-0000</p> <p>12 - ENDERECO (rua, n. bairro)</p> <p>SITIO CACHERO, 0, ZONA RURAL</p> <p>13 - MUNICIPIO DE RESIDENCIA</p> <p>Camplina Grande</p> <p>14 - CODIGO MUNICIPAL</p> <p>15 - UF</p> <p>16 - CEP</p> <p>250400</p> <p>PB</p> <p>5840002</p> <p>20 - DIANOSTICO INICIAL</p> <p>21 - CID 10 PRINCIPAL</p> <p>22 - CID 10 SECUNDARIO</p> <p>23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</p> <p>24 - DESENVOLVIMENTO SOLICITADO</p> <p>25 - CODIGO DE PROCEDIMENTO</p> <p>26 - CLINICA</p> <p>27 - CENTRO DE INTERNACAO</p> <p>28 - DOCUMENTO (CNS / CEP)</p> <p>29 - N. DO DOCUMENTO (CNS / CEP) DO PROFISSIONAL DE INTERNACAO / ASSISTENTE</p> <p>30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE</p> <p>31 - DIA DA SOLICITACAO - 32 - ASSINATURA E CARMIM (N. DO REGISTRO DA CARMIM)</p> <p>BRUNO DA COSTA LIMA</p> <p>26/04/2019</p> <p>33 - ( ) ACIDENTE DE TRANSITO</p> <p>34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TIPO C</p> <p>35 - ( ) CNEP</p> <p>36 - CNPJ DA SEGUARDIA</p> <p>37 - N. DO REGISTRO DA CARMIM</p> <p>38 - SERIE</p> <p>39 - CNPJ EMPRESA</p> <p>40 - CNNE DA EMPRESA</p> <p>41 - CBO</p> <p>42 - VINCULO COM A PREVIDENCIA</p> <p>43 - ( ) EMPREGADO</p> <p>44 - COD. DRAGO EMISSOR</p> <p>45 - N. DA AUTORIZACAO DE INTERNACAO HOSPITALAR</p> <p>46 - N. DO DOCUMENTO / CEP DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</p> <p>47 - DATA DA AUTORIZACAO</p> <p>48 - ASSINATURA E CARMIM (N. DO REGISTRO DO CONSELHO)</p>			





**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):: ALEXANDRO PAULINO DA SILVA      Protocolo: 0000463136      RG: NÃO INFORMADO  
 Dr(a):: EULER FABRICIO A. CRUZ      Data: 26-04-2019 15:55      Origem: ÁREA VERDE  
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES      Idade: 38 anos      Destino: GERAL

**HEMOGRAMA**

[DATA DA COLETA: 26/04/2019 15:50 ]

**Resultados**

Valores de Referências

**SÉRIE VERMELHA**

Brutrócitos.....	6.20 milhões/mm <sup>3</sup>	4,2 à 6,0 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina.....	13,0 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	39,0 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	93 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	31 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

**SÉRIE BRANCA**

Leucócitos.....	10.400 /mm <sup>3</sup> (%)	5.000 à 10.000 /mm <sup>3</sup> (/mm <sup>3</sup> )	
Neutrofílos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	3,0	312	
Segmentados.....	77,0	8.008	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm <sup>3</sup>
Eosinófilos.....	0	0	0 à 6,0 % - até 500 / mm <sup>3</sup>
Basófilos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm <sup>3</sup>
Linfócitos			
Típicos.....	17,0	1.768	20 a 45 % - 1.000 à 3.500 / mm <sup>3</sup>
Atípicos ou Reativos.....	0	0	
Monocitos.....	3,0	312	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm <sup>3</sup>
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	275.000 mm <sup>3</sup>		140.000 a 400.000 mm <sup>3</sup>

**OBSEVAÇÕES.....** Contagens revisadas e confirmadas.

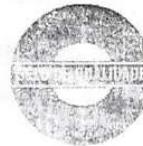
Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCÓPIA

Ana Claudia Barroso

Biomédica  
 CRBM - 5793

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: B52B-24B1-E98F-A1CE-8B66-5EFE-63AA-10E1



**PNCQ**  
 Programa Nacional  
 de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 02/01/2020 17:41:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010217414659600000026341274>

Número do documento: 20010217414659600000026341274

Num. 27291052 - Pág. 10



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



SUS  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

Sr(a): ALEXANDRO PAULINO DA SILVA  
Protocolo: 0000463136  
RG: NÃO INFORMADO  
Dr(a): EULER FABRICIO A. CRUZ  
Data: 26-04-2019 15:55  
Origem: ÁREA VERDE  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES  
Idade: 38 anos  
Destino: GERAL

**URÉIA**

[DATA DA COLETA: 26/04/2019 15:53 ]

Resultado..... 32 mg/dL

VALOR DE REFERENCIA  
17 a 43 mg/dL

Resultados anteriores:

Material: SORO

Método: AUTOMATIZADO WIENER, METROLAB 2300

**CREATININA**

[DATA DA COLETA: 26/04/2019 15:53 ]

Resultado..... 1,1 mg/dL

Homens:  
Recém-nascidos até 4 dias: 0,30 a 1,00  
mg/dL  
5 dias a 3 anos.....: 0,20 a 0,40  
mg/dL  
4 a 11 anos.....: 0,30 a 0,70  
mg/dL  
12 a 17 anos.....: 0,50 a 1,00  
mg/dL  
18 a 60 anos.....: 0,30 a 1,30  
mg/dL  
61 a 90 anos.....: 0,80 a 1,30  
mg/dL  
Acima de 90 anos.....: 1,00 a 1,70  
mg/dL

Mulheres:  
Recém-nascidos até 4 dias: 0,30 a 1,00  
mg/dL  
5 dias a 3 anos.....: 0,20 a 0,40  
mg/dL  
4 a 11 anos.....: 0,30 a 0,70  
mg/dL  
12 a 17 anos.....: 0,50 a 1,00  
mg/dL  
18 a 60 anos.....: 0,40 a 1,10  
mg/dL  
61 a 90 anos.....: 0,60 a 1,20  
mg/dL  
Acima de 90 anos.....: 0,60 a 1,30  
mg/dL

Resultados anteriores:

Material: SORO

Método: Automatizado WIENER, METROLAB 2300

Ana Claudia Barroso  
Biomédica  
CRBM - 5793

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: B110-6197-1360-28F6-FCDS-5044-A2A4-B421



PNCQ  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 02/01/2020 17:41:47  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010217414659600000026341274>  
Número do documento: 20010217414659600000026341274

Num. 27291052 - Pág. 11



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):: ALEXANDRO PAULINO DA SILVA      Protocolo: 0000463136      RG: NÃO INFORMADO  
Dr(a): EULER FABRICIO A. CRUZ      Data: 26-04-2019 15:55      Origem: ÁREA VERDE  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES      Idade: 38 anos      Destino: GERAL

**TEMPO DE SANGRAMENTO** ..... 1'33''

[DATA DA COLETA: 26/04/2019 15:54 ]      Valores de Referência:  
Material: sangue      DE 1 A 3 MINUTOS.

Método: Duke

**TEMPO DE COAGULACAO** ..... 6' 205''

[DATA DA COLETA: 26/04/2019 15:54 ]      Valores de Referência:  
Material: Sangue      DE 5 A 10 MINUTOS

Método: Lee-White

Ana Claudia Barroso  
Biomédica  
CRBM - 5793

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 7358-E880-E8C8-4637-6B25-1F1A-DA63-E2F1



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 02/01/2020 17:41:47  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010217414659600000026341274>  
Número do documento: 20010217414659600000026341274

Num. 27291052 - Pág. 12

SET	NOM	A
PROC	BANH	RETIR
	ENCAR	TER
	RES	ENFER



## ERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Evolução de Enfermagem

02/05/19

#### IDENTIFICAÇÃO

Nome: Alexandre Paulino da Silva | Registrado: | Leito: 30-2 | Setor Atual: ort |

#### 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:

\* Realizada cirurgia

#### 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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 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

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? _____	
Ausculta cardíaca: <input checked="" 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: _____	
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 checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há _____ dias <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: _____ Observações: _____	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Resssecada <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"/> Gianótica   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 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>3 - AVAIIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada   Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo: _____	
<input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visita <input type="checkbox"/> Outros: _____	
<b>5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações: _____	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<p>Paciente _____ foi encaminhado hoje para o centro _____          orientado, globalizado, procedimentalmente, não conseguindo.          expunendo, seguindo as orientações da equipe.</p>	

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

Thayse Torres M. de Oliveira  
 ENFERMEIRA  
 COREN-PP 500.322

DATA: 22/05/2019 HORA: 13:00

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





Ministério da Saúde

505

## REQUISIÇÃO DE EXAMES

8|2|6|8|0|0|3|8|5|2|

CPF | 2 | 0 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

**ENDERECO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700**

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICIPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB (25)

EV. M. 10

**PACIENTE:**

---

**ENDERECO:**

BAIRRO:

## TIPO DO ATENDIMENTO:

## DADOS CLÍNICOS:

### EXAMES SOUVENTE FEITOS:

**Nº DA SOLICITAÇÃO:**

## MATERIAL A EXAMINAR:

XAMES SOLICITADOS:	Q.M. P.M.H. FQ + P
Médico: <u>DR. GILBERTO LIMA</u>	
Data: 01/05/2019	
Local: Campina Grande - PB	

[http://projetoibica/enviarrenu/1lab.php?2solicitacao=44881&usuari=Antonio\\_Bidoo&conilar=1885847&idp=137379](http://projetoibica/enviarrenu/1lab.php?2solicitacao=44881&usuari=Antonio_Bidoo&conilar=1885847&idp=137379)

1/1

Num. 27291053 - Pág. 3



## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Alexandru Paulina de Silva</u>	Idade: <u>38</u>	
Convênio: <u>SUS</u>	Data: <u>02/05/19</u>	
Procedimento: <u>Fratura rádio distal E</u>		
Cirurgião: <u>Dr. Oldman</u>	Auxiliar:	Anestesista: <u>Dr. Ana Dulce</u>
Início: <u>10120</u>	Término: <u>10135</u>	Anestesia <u>General</u>

Observações:  
celta de RPA às 12h

### Assinatura Anestesista

Circulante

*Relatório de Operação*

MOD 103



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

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
Nenhum Movimento = 0		
Movimenta 2 membros = 1		
Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0		
Respiração Limitada, Dispneia = 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



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA**

**COMARCA DE ALAGOA GRANDE**

**Juízo do(a) Vara Única de Alagoa Grande**

Residencial Ernesto Cavalcante, S/N, Centro, ALAGOA GRANDE - PB - CEP: 58388-000

Tel.: ( ) ; e-mail:

Telefone do Telejudiciário: (83) 3216-1440 ou (83) 3216-1581

---

v.1.00

**DESPACHO**

**Nº do Processo: 0800003-34.2020.8.15.0031**

Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assuntos: [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: JOAO MARCOS DA SILVA BRITO

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

Vistos, etc.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Deixo de determinar a realização da audiência prevista no art. 334 do CPC, tendo em vista que a parte demandada não tem interesse na autocomposição, conforme dezenas de processos análogos, de modo que determino a sua CITAÇÃO, para, querendo, oferecer contestação no prazo de 15 dias.

Cumpra-se. Intimações e Diligências necessárias.

ALAGOA GRANDE-PB, em 16 de janeiro de 2020

**JOSE JACKSON GUIMARAES**

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: JOSE JACKSON GUIMARAES - 16/01/2020 17:59:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011617362768200000026544374>  
Número do documento: 20011617362768200000026544374

Num. 27507790 - Pág. 1



ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO  
VARA ÚNICA DA COMARCA DE ALAGOA GRANDE

0800003-34.2020.8.15.0031

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: JOAO MARCOS DA SILVA BRITO

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

EXPEDIENTE DE CITAÇÃO

Fica a parte promovida, através de sua Procuradoria, devidamente citado para apresentação de contestação, no prazo de 15 dias. A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial.

Alagoa Grande-PB, 3 de março de 2020

GILVAN LINO DOS SANTOS  
Analista/Técnico(a) Judiciário(a)

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:

Documentos associados ao processo

Título	Tipo	Chave de acesso**
Petição Inicial	Petição Inicial	20010217413581700000026341260
B.O.	Outros Documentos	20010217413711000000026341261
COMPROVANTE DE CONTA	Outros Documentos	20010217413791600000026341262



Assinado eletronicamente por: GILVAN LINO DOS SANTOS - 03/03/2020 16:34:33  
[http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030316343217200000027699516](https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030316343217200000027699516)  
Número do documento: 20030316343217200000027699516

Num. 28736459 - Pág. 1

COMPROVANTE DE REQUERIMENTO ADM	Outros Documentos	20010217413871200000026341263
COMPROVANTE DE RESIDENCIA	Outros Documentos	20010217413947900000026341264
DOCUMENTO DO VEÍCULO	Outros Documentos	20010217414025400000026341266
DOCUMENTOS PESSOAIS	Outros Documentos	20010217414104600000026341267
GuiaCustas	Guias de Recolhimento/ Deposito/ Custas	20010217414197400000026341268
PROCURAÇÃO	Procuração	20010217414291500000026341269
PRONTUÁRIO MÉDICO (1)	Outros Documentos	20010217414388000000026341270
PRONTUÁRIO MÉDICO (2)	Outros Documentos	20010217414472700000026341271
PRONTUÁRIO MÉDICO (3)	Outros Documentos	20010217414574300000026341272
PRONTUÁRIO MÉDICO (4)	Outros Documentos	20010217414659600000026341274
PRONTUÁRIO MÉDICO (5)	Outros Documentos	20010217414743700000026341425



Assinado eletronicamente por: GILVAN LINO DOS SANTOS - 03/03/2020 16:34:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030316343217200000027699516>  
 Número do documento: 20030316343217200000027699516

Num. 28736459 - Pág. 2