Tribunal de Justiça da Paraíba
PJe - Processo Judicial Eletrônico

22/10/2021

Número: **0830386-70.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **14/06/2018**
Valor da causa: **R$ 4.725,00**
Assuntos: **Seguro**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EVANDRO MARCELINO DE ARRUDA (AUTOR)	HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO (ADVOGADO) MARTINHO CUNHA MELO FILHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	JOAO ALVES BARBOSA FILHO (ADVOGADO) SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
50300801	22/10/2021 12:21	Petição	Petição
50300805	22/10/2021 12:21	2728847_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
50300807	22/10/2021 12:21	2728847_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO

DOCUMENTO 2 *T2%*

DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Luciene Fernandes Leite, portador(a) do RG nº 003.035.709, expedido por SSP. PB, em 12/11/2010 CPF/CNPJ nº 789.217.324.20, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Evandro Marcelino de Arruda do sinistro de DPVAT da natureza invalidez da vítima Evandro Marcelino de Arruda, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12,declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusar Renda Mensal: R$ Recusar

Documentos comprobatórios: CPF e RG

ANGELUS seguros
02 JUL. 2016

Luciene Fernandes Leite
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

DOCUMENTO 1 *T1%*

LUCIENE FERNANDES LEITE
RUA VALDEMIRO RODE WILSON DA CUNHA, 139 - JD PAULISTANO
CAMPINA GRANDE / PB CEP 58415-180 (AG 401)

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR230 - KM 158 - Alto Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ: 09 826 566/0001-85 Insc Est 16 003 839-1

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO
Roteiro: 18 - 401 - 852 - 2100
Nº medidor C128072758II
Referência Fev / 2018
Emissão 29/02/2016

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº000 195 746
Código para Débito Automático: 000000702761

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

Conta referente a
Fev / 2016

Apresentação
29/02/2016

Data prevista da próxima leitura
30/03/2016

UC (Unidade Consumidora): 470276-1

Canal de contato

- Informamos a não efetuação da leitura por impedimento do acesso a sua unidade, resultando no faturamento pela média. Eventual diferença será compensada no próximo faturamento. Reafirmamos a necessidade de desimpedir o acesso ao local da medição. Persistindo o impedimento em fevereiro/2016 poderá ser suspenso após três dias da apresentação desta fatura (Art 171 Res 414/ANEEL)
- Redução do valor da bandeira vermelha para o patamar 1, R$ 3,00 a cada 100 kWh consumidos, vigente a partir de 01/02/2016

CPF/ CNPJ/ RANI
78921732420
Insc. Est.

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
28/01/16	43001	29/02/16	43085	1	84	32

Faturas em atraso

09/01/2016	14,36
07/12/2015	27,59

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R$)
Consumo em kWh	84	0,43111	40,52
Adic. B. Vermelha			3,08
ICMS			16,14
PIS			0,86
COFINS			3,97
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIB ILUM PUBLICA			7,85
JUROS DE MORA 01/2016			0,30
MULTA 01/2016			1,29

ANGELUS seguros
02 JUL. 2016

Histórico de Consumo (kWh)

Jan/16	88
Dez/15	0
Nov/15	30
Out/15	118
Set/15	120
Ago/15	28
Jul/15	49
Jun/15	136
Mai/15	123
Abr/15	142
Mar/15	136
Fev/15	141

Média dos últimos meses: 84 kWh

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R$
ICMS	64,57	25,00	16,14
PIS	64,57	1,3400	0,86
COFINS	64,57	6,1600	3,97

VENCIMENTO 07/03/2016 | **TOTAL A PAGAR R$ 74,01**

03c3.eaa0.e93e.203a.5070.1b48.4e00.04bd.

Indicadores de Qualidade 12/2015 - Bela Vista

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	5,40	0,00
DIC TRIMESTRAL	10,80	
DIC ANUAL	21,73	
FIC MENSAL	3,50	0,00
FIC TRIMESTRAL	6,87	
FIC ANUAL	13,85	
DMIC	3,11	0,00
DICRI	12,27	

Limite de Tensão (V)

NOMINAL	220
CONTRATADA	
LIMITE INFERIOR	202
LIMITE SUPERIOR	231

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist da Energia/BO	13,41	18,12
Compra de Energia	24,27	32,79
Serviço de Transmissão	0,99	1,34
Encargos Setoriais	4,93	6,66
Impostos Diretos e Encargos	30,41	41,09
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	74,01	100,00

Valor de EUSD (Ref 12/2015) R$ 5,78

ATENÇÃO

- AVISO: Permanecendo em atraso os "DÉBITOS ANTERIORES", já reavisados, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90(noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga
Reajuste Tarifário-Vigênc a 04/02/2018-Res ANEEL nº2 018-Alta Tensão 6,87% Médio
Reajuste Tarifário-Vigênc a 04/02/2018-Res ANEEL nº2 018-Baixa Tensão 7,47% Médio
- Imóvel fechado sem acesso ao medidor Faturado pela média

Rotei...

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

SAMU 192
CAMPINA GRANDE - PB

DOCUMENTO 2 *T2%*

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU 192 Regional - CG prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente **Evandro Marcelino de Arruda,** vítima de acidente de trânsito, no dia 01 de Outubro de 2015, aproximadamente às 03h39m, no End: R. Getúlio Vargas – Centro, sendo o paciente atendido e removido para o Hospital de Urgência e Trauma.

Campina Grande, 22 de Junho de 2016.

Paulo Alexandre B. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

ANGELUS
seguros
02 JUL. 2016

Deoclecio Francisco do Nascimento
Coordenação Administrativa

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

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

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

SUS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 00023671 — CNPJ:08-778.268/0001-60

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

Município: CAMPINA GRANDE — Estado: PARAÍBA — UF:25

PACIENTE: PRONTUÁRIO Nº: 1242539

Nome: EVANDRO MARCILINO DE ARUDA — Sexo: MASCULINO — Idade: 40

Profissão: — Documento: —

Endereço: AV. João Valique 2570 — Bairro: Saara

Município: CAMPINA GRANDE — Estado: PB — CEP: NÃO INFORMADO

Data Atendimento: 01/10/2015 04:35h — Código do Município: 250400

RAÇA/COR — DTA. NASCIMENTO: 10/00/1975 — QUEIXAS: ACIDENTE DE MOTO

( ) 1 - BRANCA ( ) 2 - PRETA ( ) 3 - PARDA
( ) 4 - AMARELA ( ) 5 - INDÍGENA ( ) 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

vítima de colisão de moto x carro. Sangramento [illegible] ativo [illegible] Glasgow 15 pupilas isocóricas e fotorreagentes [illegible]

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE — TIPO

ULTRASSONOGRAFIA Realizada em: 30/10/15

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. SOL. [illegible]
2. [illegible]
3.
4.
5.

DIAGNÓSTICO / CID: Politrauma fechado de pelve [illegible]

NATUREZA DA CONSULTA

Consulta Básica (PAB): —
Consulta Especializada: 30/10/15

PROCEDIMENTO

1. Sol. [illegible]
2. Raxx. [illegible]
3. Internação ortopedia

TIPO DE ATENDIMENTO

[X] 01 - URGÊNCIA
[ ] 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA
[ ] 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
[ ] 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
[ ] 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

CCIH Data: 06/10/15 Responsável: [illegible]

MEDICAÇÃO
[ ] 01 - PRESCRITA
[ ] 02 - APLICADA

ENCAMINHAMENTO
[ ] OBSERVAÇÃO [ ] RESIDÊNCIA [ ] INTERNAÇÃO
[ ] OUTRO HOSPITAL [ ] ÓBITO [ ] OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AIS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

Dr. Flávio [illegible] CIRURGIA GERAL CRM-PB 7609

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

X

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)

06/10

NOP_286

ATO DECLARATÓRIO

DOCUMENTO 2 *T2%*

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Evandro Marcelino de Arruda,

RG nº 2.110.362, data de expedição 02/02/16, Órgão SSP-PB,

CPF nº 026.126.324-25, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Av. João Walling
Número	2570
Apto / Complemento	
Bairro	Distrito Industrial
Cidade	Campina Grande
Estado	Paraíba
CEP	58411-170
Telefone de Contato	(83) 3322-6794 / (83) 98821-5746
E-mail	lucene.dpcat@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Campina Grande, 19 agosto 2016

Assinatura do Declarante: Evandro Marcelino de Arruda

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
67632963
REFERENCIA
MAI/2016

CONTA DE CONSUMO DE AGUA / ESGOTO E SERVICOS

MARIA MARTA M OLIVEIRA
AV JOAO WALLIG 2570
NOVO HORIZONTE 58411-170
CAMPINA GRANDE

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
018.55.045.0272	0	1	0	0	0	67632963

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
Y14N324825	11/10/2014	4	LIGADO	POTENCIAL

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
187	197	10	31	30/05/2016

HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS

NOV/2015	10	0
DEZ/2015	9	0
JAN/2016	12	0
FEV/2016	7	0
MAR/2016	21	0
ABR/2016	12	0
MEDIA(M)	10	

NUMERO DE AMOSTRAS

PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
COLIFORMES	0	0	0
COR	185	138	125
CLORO	185	139	136
TURBIDEZ	185	138	136

DADOS REFERENTES A:MAR/2016

DATA DA LEITURA: 05/05/2016 HORA DA LEITURA: 13:30:45

DESCRICAO	CONSUMO	VL AGUA	VL ESGOTO	TOTAL(R$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10	32,78		R$32,78
047-JUROS DE MORA				R$0.16
050-ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT.				R$0.74

ANGELUS seguros
02 JUL. 2016

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS. R$3.03 PIS E COFINS. LEI 12.741/12.

VENCIMENTO:	Total a Pagar:
25/05/2016	R$33,68

v.16.0 R. 1.0

CAGEPA

CONDICAO DE LEITURA:REALIZADA
CONDICAO DO FATURAMENTO:REAL TIPO DE TARIFA:NORMAL
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

INFORMACOES GERAIS:

Esta declaracao substituir a comprovacao da quitacao
das faturas mensais dos debitos ate a data de 31/12/2015
e nao abrangendo os parcelamentos pendentes de cobranca nas faturas

CAGEPA

MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
67632963	MAI/2016	25/05/2016	R$33,68

82610000000 7 33680108206 6 763296305704 7 10000000002-8

DOCUMENTO 1 *T1%*

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª Delegacia Regional de Polícia Civil
10ª Delegacia Seccional de Policia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de C. Grande/PB
Rua Raimundo Nonato de Araújo S/Nº Bairro do Catolé-C.Grande/PB Fone-3310-9319

DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS SSP/PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL, VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO.

DATA, HORA E LOCAL DO FATO: 01.10.2015,às 03:39 hs, na rua Getúlio Vargas, bairro Centro, nesta cidade.

DATA E HORA EM QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO: 22.06.2016,ás 14:20 hs.

COMUNICANTE/ VITIMA: EVADNDRO MARCELINO DE ARRUDA, brasileiro, solteiro, lanterneiro, com 40 anos de idade, nascido em 19.09.1975, natural de Campina Grande-PB, filho de José Marcelino de Arruda e de Terezinha Viana do Nascimento, residente na Avenida João Walling, 2570, bairro Distrito Industrial, nesta cidade, portador da Identidade de Nº2110362-SSP-PB, Fone- 9 8701-4367.

DAS TESTEMUNHAS: ARLETE MARQUES DE OLIVEIRA, brasileira, casada, do Lar, com 49 anos de idade, nascida em 15.02.1967, natural de Boqueirão-PB, filha de José Aragão dos Santos e de Alice Marques dos Santos, residente na rua- Farmacêutico João Nóbrega, 766, bairro Novo Horizonte, nesta cidade, portadora da Identidade de Nº1222192-SSP-PB, Fone- 9 8845-7387 **e BRUNO DOS SANTOS SILVA,** brasileiro, solteiro, montador de Móveis. Com 31 anos de idade, nascido em 10.08.1984, natural de Campina Grande-PB, filho de Cosme Silva e de Alinalda dos Santos Silva, residente na rua- João Juviniano de Medeiros,531, bairro Novo Horizonte, nesta cidade, portador da Identidade de Nº2921216-SSP-PB, Fone- 9 8848-2997.

ANGELUS
02 JUL. 2016

INFRATOR: Não Há.

DA NARRATIVA DO FATO: Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, ia na garupa do ciclomotor TRAXX, Ano/Modelo 2009/2010, de cor Preta,

5

Chassi de Nº951BXKBB0AB003702, com Nota Fiscal em nome de Paulo Roberto Silva, (Pilotada no momento do acidente por Amanda dos Santos Nascimento), quando trafegava na rua Getúlio Vargas, bairro Centro, momento em que o condutor do um veículo de sinais e condutor não identificado, adentrou num cruzamento da via e colidiu no ciclomotor em que o comunicante ia na garupa, tendo a vítima caído ao solo e sofrido fratura exposta de tíbia na perna direita, sendo socorrida por uma Unidade Móvel do SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas.Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito.Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente. O comunicante está ciente das penalidades previstas no art. 299 do Código Penal.

DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS SSP/PB

DELEGADO: **SEVERINO DE CARVALHO LOPES**

COMUNICANTE/VÍTIMA Evanildo Marcelino de Arruda

TESTEMUNHA: Adelto Marques de Oliveira

TESTEMUNHA: Bruno dos Santos silva

ESCRIVÃO:

ANGELUS seguros

02 JUL. 2016

DOCUMENTO 3 *T3%*

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Evandro Marcelino de Arruda, portador da carteira de identidade nº 2.110.362 e inscrito no CPF/MF sob o nº 026.126.324-25, residente e domiciliado na Av. João Walling, nº 2570, Distrito Industrial, e Cidade Campina Grande Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Evandro Marcelino de Arruda

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Campina Grande, 19/08/16
Local e data

DOCUMENTO 1 *T1%*

Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

Eleandro Marcelino de Arruda

IDENTIDADE(A) DO RG Nº 2.110.362 EXPEDIDO POR SSP-PB EM 02/02/16 E

CPF 02611276422-25 /CNPJ _____. PROFISSÃO Vendedor

RENDA MENSAL DE R$ Variável (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA o mesmo, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todos os segurados são obrigados a cadastrar, diretamente de todos os pagamentos envolvidos no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerão termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite da movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 028 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotérica com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou até proposta basta momento revoge-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0737 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00079539-8

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

Cajazeiras 19 de agosto de 2016 Eleandro Marcelino de Arruda
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários), obedecendo à legislação vigente no que diz respeito à indenização de até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme o grau/extensão das sequelas e do sinistro com o teto de seguro previsto na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

CAIXA
POUPANÇA
6277 8015 6203 5174
06/21
EVANDRO M DE ARRUDA
0737 013 00079539-8
elo

Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Novembro de 2016

Carta n°: 9974894

A/C: EVANDRO MARCELINO DE ARRUDA

Sinistro:	**3160608954 ASL-1005835/16**
Vitima:	**EVANDRO MARCELINO DE ARRUDA**
Data Acidente:	**01/10/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**LUCIENE FERNANDES LEITE**

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **EVANDRO MARCELINO DE ARRUDA**
Valor: **R$ 4.725,00**
Banco: **104**
Agência: **000000737**
Conta: **0000079539-8**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**4.725,00**

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R$	**4.725,00**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00525/00526 - carta_15R
00020263

Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2016

Carta n°: 9882648

A/C: EVANDRO MARCELINO DE ARRUDA

Sinistro:	**3160608954 ASL-1005835/16**
Vítima:	**EVANDRO MARCELINO DE ARRUDA**
Data Acidente:	**01/10/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**LUCIENE FERNANDES LEITE**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01137/01138 - carta_02

00060569

Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 14 de Outubro de 2016

Carta n°: 9869567

A/C: EVANDRO MARCELINO DE ARRUDA

Sinistro:	**3160608954 ASL-1005835/16**
Vitima:	**EVANDRO MARCELINO DE ARRUDA**
Data Acidente:	**01/10/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**LUCIENE FERNANDES LEITE**

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01479/01480 - carta_01
00020740

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/10/2016
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 4.725,00

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: EVANDRO MARCELINO DE ARRUDA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 00737
CONTA: 000000079539-8

Nr. da Autenticação 36F55B5B6B69D7FE

DOCUMENTO 4 *T4%*

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:
Nome: Evandro Marcelino de Arruda
Nacionalidade: Brasileiro **Est. Civil:** solteiro
Profissão: lanternagem
Identidade: 2.110.362 **CPF:** 026.126.324-25
Endereço: Av. João Walling, 2570, Distrito Industrial

PROCURADOR:
Nome: Viviane Fernandes Leite
Nacionalidade: Brasileira **Est. Civil:** casada
Profissão: autônoma
Identidade: 003.035.709 **CPF:** 789.217.324-20
Endereço: Henrique Dias, 370, Conceição

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais pararepresentar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente aoSeguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização dePagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a quetenho direito, podendo paratanto requerer o que necessário for, assinar,substabelecer esta, dar quitação e praticarenfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, davítima

2º CARTÓRIO

Campina Grande 10/08/16
Local e data

Evandro Marcelino de Arruda
Assinatura do Beneficiario/Vitima
(reconhecer firma por autenticidade)

2º Cartório de Notas de Campina Grande - PB
Tabeliã: Maria de Fátima Leitão Carneiro
Praça da Bandeira, 185, Centro - C.Grande - PB
(83) 3321-4899 - 3088-4899
2cartorionotas@gmail.com
Tabelionato de Notas
Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
EVANDRO MARCELINO DE ARRUDA
Dou fé. Campina Grande/PB - 10/08/2016.
Escrevente: VIVIANE CLEVIDIA DE SOUSA CAITANO
Selo Digital:ADT35990-ZVE0
Acesse o site https://selodigital.tjpb.jus.br

2º CARTÓRIO DE NOTAS CAMPINA GRANDE-PB

Viviane Clevidia de Sousa Caitano
Escrevente Autorizada

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): ***EVANDRO MARCELINO DE ARRUDA*** **Sinistro:** ***3160608954*** **Data:** ***01/10/2015***

Endereço do(a) Examinado(a): ***Avenida João Wallig, 2570 - NOVO HORIZONTE - Campina Grande - PB - CEP 58411-170***

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***ssp /PB***] ***2110362***

Data local do exame: [***25/10/2016***] ***Campina Grande*** [***PB***]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Fratura exposta da tíbia direita. Ao exame apresenta cicatrizes cirúrgicas diversas em face medial da perna direita. Deambula com auxílio de muletas. Déficit no arco de movimentos do joelho direito e tornozelo direito em graus moderado e leve, respectivamente. Sem déficit neuro-vascular. Refere dor ocasional.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [***X***] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [***X***] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Vítima de fratura exposta grave dos ossos da perna direita, após acidente de moto, em 01/10/2015. Submetido a tratamento cirúrgico ,em caráter de urgência, e realizada fixação externa da tíbia. Evoluiu com sofrimento de pele e infecção de partes moles, necessitando de duas limpezas cirúrgicas. Recebeu alta em 27/11/2015. Evoluiu com pseudartrose da tíbia e foi submetido a nova cirurgia após 7 meses. Não fez fisioterapia.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [***X***] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do membro inferior direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opçõe no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31o da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

( ) "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente" *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Membro inferior direito

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
(***X***) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Ricardo Amorim Guedes Filho - CRM: 5628 - PB

ANGELUS seguros
02 JUL. 2016

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome: Evandro Marcelino de Arruda

End: Bairro:

Data de Nascimento: 19.09.1975 Documento de Identificação:

Queixa: acidente de moto Data do Atend.: 01/10/15 Hora: 04:35 Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo Aspecto: ( ) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente

Frequência respiratória: Frequência cardíaca:

Pressão arterial: Temperatura axilar:

Dosagem de HGT: Mucosas: ( ) Normocorada ( ) Pálida

Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca

DOCUMENTO 4 *T496*

MOD. 190

Estratificação

(✓) Vermelho - atendimento imediato
( ) Verde - atendimento até 4 horas
( ) Amarelo - atendimento até 1 hora
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Dr. [illegible] ENFERMEIRA CREN-PB 223-352

Assinatura e carimbo do profissional

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

SUS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 00023671 — CNPJ:08-778.268/0001-60
Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS
Município: CAMPINA GRANDE — Estado: PARAÍBA — UF:25

PACIENTE: PRONTUÁRIO Nº:1242539
Nome: EVANDRO MARCILINO DE ARUDA — Sexo: MASCULINO — Idade: 40.1
Profissão: — Documento:
Endereço: AV. João Vallique - 2570 — Bairro: Saara
RG: NÃO INFORMADO — Estado: PB — CEP: NÃO INFORMADO
Município: CAMPINA GRANDE — Código do Município: 250400
Data Atendimento: 01/10/2015 04:59h
DTA. NASCIMENTO: 19/09/1975 — QUEIXAS: ACIDENTE DE MOTO

RAÇA/COR
( ) 1 - BRANCA ( ) 2 - PRETA ( ) 3 - PARDA
( ) 4 - AMARELA ( ) 5 - INDÍGENA ( ) 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS
vítima de colisão de moto e carro. Sem [illegible]

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE — **TIPO**

ULTRASSONOGRAFIA Realizada em: 30/10/15

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS
1. SAL 1000 ml
2. Fixatic 20 + fan IV
3.
4.
5.

DIAGNÓSTICO / CID: POLITRAUMA. Fratura de [illegible]

NATUREZA DA CONSULTA
Consulta Básica (PAB):
Consulta Especializada: 30/10/15

PROCEDIMENTO
01 Sutura
02 Exc. cpl bx
03 Tamponamento de estupidio

TIPO DE ATENDIMENTO
[X] 01 - URGÊNCIA
[ ] 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA
[ ] 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
[ ] 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
[ ] 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

CCIH Data: 06/10/15 Responsável: [illegible]

MEDICAÇÃO
[ ] 01 - PRESCRITA
[ ] 02 - APLICADA

ENCAMINHAMENTO
[ ] OBSERVAÇÃO [ ] RESIDÊNCIA [ ] INTERNAÇÃO
[ ] OUTRO HOSPITAL [ ] ÓBITO [ ] OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AIS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)
Dr. Danilo [illegible] CIRURGIÃO-DENTISTA CRO-PB 7609

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

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)
06/10

HOD.004

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Nome do Paciente: Eduardo Marcelino	Nº Prontuário
Data da Operação: 24.10.2015	Enf. / Leito
Operador: Dr. Dinaci	1.º Auxiliar
2.º Auxiliar / 3.º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia: Dr. Almir	Tipo de Anestesia: Raquea
Diagnóstico Pré-Operatório: - Necrose de pele pós trauma MIE	
Tipo de Operação: Debridamento cirúrgico	
Diagnóstico Pós-Operatório: o mesmo	
Relatório Imediato da Patologia	
Exame Radiológico no Ato	
Acidente Durante a Operação	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Vísceras

Assepsia e clausura
Desbridamento de pele necrosada MIE
Curativo e gaze vaselinada.

ANGELUS seguros
02 JUL. 2016

Dr. Dinaci M. Carvalho
CIRURGIA PLÁSTICA
CRM - 4970

ANGELUS seguros
02 JUL. 2016

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Idade: 40
Cliente: Leandro Maximiano Amadu
Data: 01/10/15
Convênio: SUS
Procedimento: TB cirurgia + fixação de pratina
Exposto de tibia
Cirurgião: Dr. Paulton
Auxiliar:
Anestesista: Dr. Alfredo
Início: 06:00
Término: 08:00
Anestesia: Raqui

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Conciência
9:30	—	101	95%	Brenda	—	consciente

Medicamentos / Materiais	Qauntidade
Fut. SAT, FM, conforme prescrit. às 09:30	

ANGELUS seguros
02 JUL. 2016

Observações:
Pt. consciente e orientado, movimentando voluntariamente MMI.
Mantém sua queixa de DOR.

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operações

MOD. 138

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

TARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ECG HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA | LEITO | Nº PRONTUÁRIO

FOLHA DE ANESTESIA

NOME: E. Vanclio Mancelino Alvarado | IDADE | SEXO | COR

1/10/17

PRESSÃO ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | ALTURA

SANGUÍNEO | HEMÁCIAS | HEMOGLOBINA | HEMATÓCRITO | GLICEMIA | URÉIA | OUTROS

LIPÍDIA

CARDIOVASCULAR | ASMA | MAUVAITS

RESPIRATÓRIO | ELETROCARDIOGRAMA

CIRCULATÓRIO | AP. URINÁRIO

DIGESTIVO | DENTES | PESCOÇO

SISTEMA NERVOSO CENTRAL | ATARAXICOS | CORTICOIDES | ALERGIA | HIPOTENSORES

ESTADO VENTAL | ESTADO FÍSICO | PESO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Prol de Tibia

CIRURGIAS ANTERIORES

INDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA | APLICADA | ÀS | HORA

ASSISTÓLICOS | LÍQUIDOS | VOLUME | PULSO: O - HIDRATAÇÃO | ANESTESIA: O - OPERATÓRIO | VIA AÉREA

INDUÇÃO

Satisf.: ____ Excit.: ____ Tosse: ____

Laringo espasmo: ____ Lenta: ____

Náuseas: ____ Vômitos: ____

Outros: ____

MANUTENÇÃO

ANESTESIA SATISF.: Sim ____ Não ____

Não, por quê? ____

DESPERTAR

Reflexos na SO: ____

Odor: ____ CO_2: ____

Náuseas: ____ Vômitos: ____

Outros: ____

ANGELUS seguros

02 JUL. 2016

Com cânula

Para o Leito: Sim ____ Não ____

CONDIÇÕES:

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO: Decúbito dorsal

AGENTES: Medicina + Fentanil

CÂNULAS

TÉCNICA: Raquianestesia

OPERAÇÃO: Red. Fratura de tíbia

CIRURGIÕES: Dr. Raileyan

ANESTESISTAS: Alberto Lucena

OBSERVAÇÕES

PERDA SANGUÍNEA

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS

FOLHA DE ANESTESIA - SHPS

Num. 50300805 - Pág. 24

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Nome do Paciente [illegible]	Nº Prontuário
Data da Operação 01.10.15	Enf. Leito
Operador [illegible]	1.º Auxiliar
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar / Instrumentador
Anestesia [illegible]	Tipo de Anestesia
Diagnóstico Pré-Operatório [illegible]	
Tipo de Operação [illegible]	
Diagnóstico Pós-Operatório —	
Relatório Imediato da Patologia —	
Exame Radiológico no Ato —	
Acidente Durante a Operação —	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

[illegible]

ANGELUS Seguros

02 JUL. 2016

Mod. 010

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

GOVERNO DA PARAÍBA

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

ANGELUS SEGUROS 02 JUL 2016

Diagnóstico

Pnt. exposta em para-D

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Cláudio Martins	Alojamento		Leito	3-3	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
01/06 06:30	(1) Dieta oral livre de 1ª ordem		01/06 07:30 Curativo o paciente c/ exposição A.L. e Flexo Cirúrgico. Col. Vita
	(2) S.F.0,9 200ml (EV) 20dn.	~~00 06 12 18 24 06~~	
	(3) Ranitidina 02ml (1a) (EV) 6/6h.	~~18 24 06~~	
	(4) Tenoxicam 20mg + SF (EV) 12/12h	~~18 06~~	
	(5) Clindamicina 600mg + SF (EV) 6/6h	~~18 24 06~~	
	(6) SAT 01 amp (IM) (NÍVEL I) Feito às 09:30		
	(7) Omeprazol 40mg + SF (EV) 12/12h	~~06~~	
	(8) Curativo	06	
	(9) CCGB = SSW 6/6h	12 18 24 06	

Dr. Eduardo Filho Morais
CRM-PB 6588

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES — 2 - CNES: 2 3 6 2 8 5 6

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES — 4 - CNES: 2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Rosiando Maximino de Brito — 6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 241.022

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): — 8 - DATA DE NASCIMENTO: 19/9/1975 — 9 - SEXO: Masc. X Fem.

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Terezinha Vieira do Nascimento — 11 - TELEFONE DE CONTATO: (83) 8710 1413 17

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Av. Mal Wallig 1570 Solânea

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Campina Grande — 14 - COD. IBGE MUNICÍPIO — 15 - UF — 16 - CEP: 58.108-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Paciente vítima de acidente moto x car, deformidade e ferimento M.I. (D)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: pós cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Ex. / Rx

ANGELUS seguros

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura exposta perna (D) — 21 - CID 10 PRINCIPAL: S828 — 22 - CID 10 SECUNDÁRIO — 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

02 JUL. 2016

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: Tratamento cirúrgico de fratura — 25 - COD. DO PROCEDIMENTO: 0408060500

26 - CLÍNICA — 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO — 28 - MODALIDADE: 1 SUS 2 SUPL. — 29 - Nº DOCUMENTO CONSELHO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 028065 — 196001

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE — 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/10/15 — 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Eduardo Bezerra Morais CRM-PB 6548

Dr. Eduardo Bezerra Morais CRM-PB 6548

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - 1 ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - 1 ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - 1 ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA — 37 - Nº DO BINÓMIO — 38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPREGADOR — 40 - CNAE DA EMPRESA — 41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA: 1 EMPREGADO 2 EMPREGADOR 3 AUTÔNOMO 4 DESEMPREGADO 5 APOSENTADO 6 NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR — 44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR — 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO: 1 CRM 2 CRM — 48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / / — 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

GOVERNO DA PARAÍBA

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

ANGELUS SEGUROS 12 JUL. 2016

Diagnóstico

Prof Ossos do Pesa

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Fernando Ribeiro	Alojamento	3	Leito	3	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário					Evolução Médica
16/10	1- Dipirona						Ortopedia
	2- SF 500ml EV 12/12	500	500				
	3- Dipirona 2ml EV 8/8						Paciente em quinto
	4- Tramal 2mg EV 12/12						pós-op
	5- Omeprazol 40mg EV 1x dia						
	6- CC 60						Aguardo exames
	7- Cefadroxilo 500mg EV 6/6						
	8- Cefotaxima 2g EV 1x dia						
	9- Curativo						

Dr. Gilberto Costa
Ortopedista Traumatologista
Fratura de Coluna
CRM 5525

Dr. Gilberto Costa
Ortopedista Traumatologista
Fratura de Coluna
CRM 5525

GOVERNO DA PARAÍBA

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

ANGELUS SEGUROS 02 JUL 2016

Diagnóstico

Fratura osso longo
QUE PERNA?

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Leandro Marcelino	Alojamento	3	Leito	3	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
19/10	1- Dieta livre Dieta zero à partir da 1/meia		Ortopedia
	2- SF 500ml Ev 12/12	12	
	3- Dipirona 2ml EV 8/8		Paciente sem queixas
	4- Tenoxicam 20mg Ev 12/12		
	5- Omeprazol 40mg Ev 1x dia		Hgdrat. e enxuito
	6- CC-GG		
	7- Ceftriaxona 400mg Ev 12/12		
	8- Cefalexina 500mg Ev 1x dia (suspensa)		
	9- Clindamicina 600mg Ev 6/6 (suspensa)		
	10- Curativo		

Dr. Cicero Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO-CRM 3945

Dr. Cicero Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO-CRM 3945

Ferida em fases DIRETA.
Opção conservadora

Dr. Cicero Rodrigues da Silva
CRM 3945

MOD. 035

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
20/10/15	10:15	36°	43	20	130/80	x	Paciente evoluindo bem sem intercorrência aos cuidados da enfermagem	
20/10/15	20:15	36°	43	20	130/80	x	Paciente estável P/ melhora auxiliar s/ intercorrência aos cuidados da equipe	
21/10	13:00	36.1	74	21	100/70	+	Paciente evolui bem sem queixas, reduzido curativo de F.O em zona aperto, com presença de crosta, aguardo limpeza, pelo cuidado das gran + medicações conforme PM	ANGELUS seguros 02 JUL 2016
21/10/15	20h	36,5	76	20	100/70	+	Paciente evolui sem queixas, sem intercorrências aos cuidados da equipe.	

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

ANGELUS Segurança 02 JUL 2016

Paciente	Evandro Marcelino	Alojamento	3	Leito	5	Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário				Evolução Médica
15/10	1- Dieta livre							1º pós-op
	2- SF 500mg Ev 12/12	500	500					
	3- Dipirona 2ml Ev 8/8	1/2	1/2					Paciente sem queixas
	4- Tiofal 20mg Ev 18/12	1/2	1/2					
	5- Omeprazol 40mg Ev 1x dia	1/2						Aplicado, queixas, mas mantém
	6- CC 60							pacente
	7- Cimetadina 60mg Ev 6/6	13	18	23	03	L.E		
	8- Clexane 40mg SC 1x dia	1/2						
	9- Curativo	ok						

Dr. Schubert Costa
Ortopedia Traumatologia
Coluna
CRM 5623

Dr. Schubert Costa
Ortopedia Traumatologia
Coluna
CRM 5623

MOD. (3)

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

AVALIAÇÃO DIÁRIA - SAE (UTQ)
(Sistematização da Assistência e Enfermagem)

Nome: Edanobro Marcelino | Enfer: 3 | Leito: 3

AVALIAÇÃO GERAL

Sinais Vitais: Tax: 36,3°C; P/FC: 78 bpm; FR: 20 irpm; PA: 110/70 mmHg. HGT:_____mg/dl

Peso:_____ Kg; Altura:_____cm; Dor (X)S ( )N Local:_____

Exames Laboratoriais alterados:

Necessidade de Regulação neurológica

Nível de consciência: (X)Consciente ( )Orientado ( )Confuso ( )Letárgico ( )Torporoso ( )Desorientado

GLASGOW:_____ Drogas (Sedação/Analgesia):_____

Pupilas: (X)Isocóricas ( )Anisocóricas ( )D>E ( )E>D Fotoreagentes ( )S ( )N ( )Mióticas ( )Midriáticas

Mobilidade física: MMSS: ( )Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local:_____

MMII: ( )Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local:_____

Necessidade de Percepção Visual, Auditiva e sensitiva

Acuidade Visual: (X)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Acuidade Auditiva: (X)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Dor: (X)Expressão facial de dor ( )Relato verbal de dor ( )Dor a estimulação Tátil Local:_____

Necessidade de Comunicação

( )Preservada ( )Prejudicada ( )Outro:_____

( )Comunicação não-verbal ( )Afasia ( )Disfasia ( )Disartria ( )Dislalia

Necessidade de Regulação Respiratória

Respiração: (X)Espontânea ( )Cateter nasal ( )Venturi___%___l/min ( )Traqueostomia

(X)Eupnéia ( )Traquipnéia ( )Bradipnéia ( )Dispnéia ( )Outro_____

Ausculta pulmonar: MV presente ( )D ( )E Diminuídos: ( )D ( )E

Ruídos adventícios:( )Roncos ( )Sibilos ( )Creptos ( )Estridor ( )Outro:_____

Tosse: ( )S (X)N ( )Improdutiva ( )Produtiva

Expectoração: ( )S ( )N Quantidade e aspecto:_____

Queimaduras de vias aéreas: ( )S ( )N Permeabilidade das vias aéreas: ( )S ( )N

Necessidade de Regulação Cardiovascular

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

Pele: (X)Corada ( )Hipocorada ( )Cianose ( )Sudorese ( )Fria ( )Aquecida

Tempo de enchimento capilar: ( )≤ 3 segundos ( )>3 segundos Turgência Jugular ( )S ( )N

Drogas vasoativas: ( )S ( )N | Precordialgia: ( )S ( )N

Ausculta Cardíaca: ( )Rítmica ( )Arrítmica ( )Sopro ( )Outro

Punção Venosa: ( )Periférico ( )Central ( )Dissecção Localização:_____

Edema: (X)N ( )S ( )MMSS:_____ ( )MMII_____ ( )Anasarca

Observações:

ANGELUS seguros 02 JUL. 2016

Necessidade de Regulação Gastrointestinal

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

Dentição: ( )Completa ( )Incompleta ( )Uso de próteses

Alimentação: (X)VO. ( )SNG ( )SOG ( )SNE ( )Gastrostomia ( )Jejunostomia

Alterações: ( )Inapetência ( )Disfagia ( )Intolerância alimentar ( )Pirose ( )Náusea

( )Vômito ( )Outros:_____

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

RHA: ( ) Normoativos ( )Hipoativos ( )Hiperativos

Necessidade de Eliminação

Eliminação Intestinal: ( )Líquida (X)Normal ( )Constipado há_____dias ( )Outros:_____

Observações:

Eliminação urinária: (X)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência

VD: Volume:_____ml de_____horas Aspecto: ( )Clara ( )Concentrada ( )Outros:_____

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

Necessidade de Integridade Física e Cutâneo-Mucosa

Condição da pele: ( )Úmida ( )Pegajosa ( )Ressecada ( )Cicatriz ( )Equimose ( )Manchas ( )Hematoma ( )Rash ( )Prurido ( )Descamativa ( )Lesões:

Coloração da pele: ( )Normocorada ( )Hipocorada ( )Hipercorada ( )Ictérica ( )Cianótica

Condições das mucosas: ( )Úmidas ( )Secas Turgor da pele: ( )Preservado ( )Diminuído

Manifestações de sede: ( )S ( )N

Incisão cirúrgica: ( )S ( )N Local/Aspecto:

Úlcera de pressão: ( )S ( )N Estágio:_____ Local:_____ Descrição:

Necessidade do cuidado corporal

( )Independente ( )Dependente ( )Parcialmente dependente

Higiene Corporal: ( )Satisfatória ( )Insatisfatória ( )Presença de odor

Higiene Bucal: ( )Satisfatória ( )Insatisfatória

Necessidade de ajuda para auto-cuidado: ( )S ( )N

Limitação Física: ( )Acamado ( )Bengala ( )Cadeira de rodas ( )Outro:

Necessidade de sono e repouso

Preservado: ( )S ( )N ( )Insônia ( )Dorme durante o dia ( )Sono interrompido

Observações:

Necessidade de Segurança e Gregária

Sentimentos e Comportamentos: ( )Cooperativo ( )Ansiedade ( )Medo ( )Aprensão ( )Agitação ( )Ausência de familiares/visita

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Segue com CGR, no 1º DPO de desbridamento, realizado curativo oclusivo pois o curativo se encontrava muito sujo, HGAD e aos cuidados da equipe de enfermagem.

ANGELUS seguros

02 JUL 2016

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

DATA: 25/10/15 HORA: 13:00

Tereza Cristina da Silva
ENFERMEIRA
COREN-PB 231.173

FONTE: BORBOLINHÃO, R. C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Pato Ativo.2009

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

AVALIAÇÃO DIÁRIA - SAE (UTO)
(Sistematização da Assistência e Enfermagem)

Nome: Evanilho Manuel | Enfer: 3 | Leito: 3

AVALIAÇÃO GERAL

Sinais Vitais: Tax: 36 °C; P/FC: 80 bpm; FR: 20 Irpm; PA: 12x8 mmHg. HGT: _____ mg/dl

Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm; Dor ( )S ( )N Local: _____

Exames Laboratoriais alterados:

Necessidade de Regulação neurológica

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

GLASGOW: _____ Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: (✓)Isocóricas ( )Anisocóricas ( )D>E ( )E>D Fotorreagentes ( )S ( )N ( )Mióticas ( )Midriáticas

Mobilidade física: MMSS: (✓)Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local: _____

MMII: ( )Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local: _____

Necessidade de Percepção Visual, Auditiva e sensitiva

Acuidade Visual: (✓)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Acuidade Auditiva: (✓)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Dor: (✓)Expressão facial de dor ( )Relato verbal de dor ( )Dor a estimulação Tátil Local: _____

Necessidade de Comunicação

(✓)Preservada ( )Prejudicada ( )Outro: _____

( )Comunicação não-verbal ( )Afasia ( )Disfasia ( )Disartria ( )Dislalia

Necessidade de Regulação Respiratória

Respiração: (✓)Espontânea ( )Cateter nasal ( )Venturi ___% ___l/min ( )Traqueostomia

(✓)Eupnéia ( )Taquipnéia ( )Bradipnéia ( )Dispnéia ( )Outro _____

Ausculta pulmonar: MV presente ( )D ( )E Diminuídos: ( )D ( )E

Ruídos adventícios: ( )Roncos ( )Sibilos ( )Creptos ( )Estridor ( )Outro: _____

Tosse: ( )S (✓)N ( )Improdutiva ( )Produtiva

Expectoração: ( )S (✓)N Quantidade e aspecto: _____

Queimaduras de vias aéreas: ( )S (✓)N Permeabilidade das vias aéreas: ( )S ( )N

Necessidade de Regulação Cardiovascular

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

Pele: (✓)Corada ( )Hipocorada ( )Cianose ( )Sudorese ( )Fria ( )Aquecida

Tempo de enchimento capilar: ( )≤ 3 segundos ( )>3 segundos Turgência Jugular ( )S ( )N

Drogas vasoativas: ( )S (✓)N | Precordialgia: ( )S ( )N

Ausculta Cardíaca: (✓)Rítmica ( )Arrítmica ( )Sopro ( )Outro

Punção Venosa: (✓)Periférico ( )Central ( )Dissecção Localização: _____

Edema: (✓)N ( )S ( )MMSS: _____ ( )MMII _____ ( )Anasarca

Observações:

ANGELUS seguros 02 JUL. 2016

Necessidade de Regulação Gastrointestinal

Tipo somático: (✓)Nutrido ( )Emagrecido ( )Obeso ( )Caquético

Dentição: ( )Completa ( )Incompleta ( )Uso de próteses

Alimentação: (✓)VO ( )SNG ( )SOG ( )SNE ( )Gastronomia ( )Jejunostomia

Alterações: ( )Inapetência ( )Disfagia ( )Intolerância alimentar ( )Pirose ( )Náusea

( )Vômito ( )Outros: _____

Abdômen: (✓)Normotenso ( )Distendido ( )Tenso ( )Ascítico ( )Outros: _____

RHA: ( )Normoativos ( )Hipoativos ( )Hiperativos

Necessidade de Eliminação

Eliminação intestinal: ( )Líquida (✓)Normal ( )Constipado há _____ dias ( )Outros: _____

Observações:

Eliminação urinária: (✓)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência

( )SVD: Volume: _____ ml de _____ horas Aspecto: ( )Clara ( )Concentrada ( )Outros: _____

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

AVALIAÇÃO DIÁRIA - SAE (UTQ)
(Sistematização da Assistência e Enfermagem)

Nome: Evandro Fernandes | Enfer: 3 | Leito: 3

AVALIAÇÃO GERAL

Sinais Vitais: Tax:_____°C; P/FC:_____ bpm; FR:_____ irpm; PA:_____ mmHg. HGT:_____mg/dl

Peso:_____ Kg; Altura:_____cm; Dor ( )S ( )N Local:_____

Exames Laboratoriais alterados:

Necessidade de Regulação neurológica

Nível de consciência: (X)Consciente ( )Orientado ( )Confuso ( )Letárgico ( )Torporoso ( )Desorientado

GLASGOW:_____ Drogas (Sedação/Analgesia):_____

Pupilas: (X)Isocóricas ( )Anisocóricas ( )D>E ( )E>D Fotorreagentes ( )S ( )N ( )Mióticas ( )Midriáticas

Mobilidade física: MMSS: ( )Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local:_____

MMII: ( )Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local:_____

Necessidade de Percepção Visual, Auditiva e sensitiva

Acuidade Visual: (X)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Acuidade Auditiva: (X)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Dor: ( )Expressão facial de dor ( )Relato verbal de dor ( )Dor a estimulação Tátil Local:_____

Necessidade de Comunicação

(X)Preservada ( )Prejudicada ( )Outro:_____

( )Comunicação não-verbal ( )Afasia ( )Disfasia ( )Disartria ( )Dislalia

Necessidade de Regulação Respiratório

Respiração: (X)Espontânea ( )Cateter nasal ( )Venturi___%___l/min ( )Traqueostomia

(X)Eupnéia ( )Traquipnéia ( )Bradipnéia ( )Dispnéia ( )Outro_____

Ausculta pulmonar: MV presente ( )D ( )E Diminuídos: ( )D ( )E

Ruídos adventícios:( )Roncos ( )Sibilos ( )Crepitos ( )Estridor ( )Outro:_____

Tosse: ( )S (X)N ( )Improdutiva ( )Produtiva

Expectoração: ( )S ( )N Quantidade e aspecto:_____

Queimaduras de vias aéreas: ( )S ( )N Permeabilidade das vias aéreas: ( )S ( )N

Necessidade de Regulação Cardiovascular

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

Pele: (X)Corada ( )Hipocorada ( )Cianose ( )Sudorese ( )Fria ( )Aquecida

Tempo de enchimento capilar: ( )≤ 3 segundos ( )>3 segundos Turgência Jugular ( )S ( )N

Drogas vasoativas: ( )S (X)N | Precordialgia: ( )S ( )N

Ausculta Cardíaca: (X)Rítmica ( )Arrítmica ( )Sopro ( )Outro

Punção Venosa: ( )Periférica ( )Central ( )Dissecção Localização:_____

Edema: (X)N ( )S ( )MMSS:_____ ( )MMII_____ ( )Anasarca

Observações:

ANGELUS seguros
02 JUL. 2016

Necessidade de Regulação Gastrointestinal

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

Dentição: ( )Completa ( )Incompleta ( )Uso de próteses

Alimentação: (X)VO ( )SNG ( )SOG ( )SNE ( )Gastronomia ( )Jejunostomia

Alterações: ( )Inapetência ( )Disfagia ( )Intolerância alimentar ( )Pirose ( )Náusea

( )Vômito ( )Outros:_____

Abdômen: (X)Normalenso ( )Distendido ( )Tenso ( )Ascítico ( )Outros:_____

RHA: (X) Normoativos ( )Hipoativos ( )Hiperativos

Necessidade de Eliminação

Eliminação intestinal: ( )Líquida (X)Normal ( )Constipado há_____dias ( )Outros:_____

Observações:

Eliminação urinária: (X)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência

( )SVD: Volume:_____ml de_____horas Aspecto: ( )Clara ( )Concentrada ( )Outros:_____

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

Necessidade de Integridade Física e Cutâneo-Mucosa
Condição da pele: (X)Úmida ( )Pegajosa ( )Ressecada ( )Cicatriz ( )Esquimose ( )Manchas ( )Hematoma
( )Rash ( )Prurido ( )Descamativa ( )Lesões:
Coloração da pele: (X)Normocorada ( )Hipocorada ( )Hipercorada ( )Ictérica ( )Cianótica
Condições das mucosas: ( )Úmidas ( )Secas Turgor da pele: ( )Preservada ( )Diminuída
Manifestações de sede: ( )S (✓)N
Incisão cirúrgica: ( )S (✓)N Local/Aspecto:
Úlcera de pressão: ( )S (✓)N Estágio: Local: Descrição:
Necessidade do cuidado corporal
( )Independente (X)Dependente ( )Parcialmente dependente
Higiene Corporal: (✓)Satisfatória ( )Insatisfatória ( )Presença de odor
Higiene Bucal: (✓)Satisfatória ( )Insatisfatória
Necessidade de ajuda para auto-cuidado: ( )S ( )N
Limitação Física: ( )Acamado ( )Bengala ( )Cadeira de rodas ( )Outro:
Necessidade de sono e repouso
Preservado: (✓)S ( )N ( )Insônia ( )Dorme durante o dia ( )sono interrompido
Observações:
Necessidade de Segurança e Gregária
Sentimentos e Comportamentos: (✓)Cooperativo ( )Ansiedade ( )Medo ( )Apreensão
( )Agitação ( )Ausência de familiares/visita

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente evoluiu sem intercorrências no plantão, segue [illegible] febre, [illegible], realizado [illegible], foi mantido [illegible] aos cuidados da enfermagem.

Paciente segue em [illegible] 07/11/15

[illegible] ENFERMEIRA COREN [illegible]

ANGELUS seguros 02 JUL 2016

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: [illegible] ENFERMEIRA COREN-PB [illegible]

DATA: 06/11/15 HORA:

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

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

Bio Implants

MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento 4012

Hospital: [illegible] Código:

Procedimento: [illegible] Cód. Procedimento:

Paciente: [illegible]

Data da Cirurgia: 01/12/15 Nº prontuário: [illegible] Convênio:

Cirurgião: [illegible] Código:

( ) Reposição ( ) Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
1	[illegible]			
	[illegible]			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

									Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº									
	Qtd.									
	Cód.									
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº									
	Qtd.									
	Cód.									
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº									
	Qtd.									
	Cód.									
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº									
	Qtd.									
	Cód.									
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº									
	Qtd.									
	Cód.									
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº									
	Qtd.									
	Cód.									

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

ANGELUS Seguros 02 JUL. 2016

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento:

Faturar N.F para:

Cód. do consultor: Total:

Cód. Instrumentador:

Anotações do Médico

CRM: [illegible] TEOT 13188

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 2458 - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05
Fone/Fax: (88) 3521.4801 www.biolmplants.com.br

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

AVALIAÇÃO DIÁRIA - SAE (UTQ)
(Sistematização da Assistência e Enfermagem)

Nome: Orondro Moreira de Arruda | Enfer: 3 | Leito: 3

AVALIAÇÃO GERAL

Sinais Vitais: Tax:_____°C; P/FC:_____ bpm; FR:_____ irpm; PA:_____ mmHg. HGT:_____mg/dl

Peso:_____ Kg; Altura:_____cm; Dor ( )S (✓)N Local:_____

Exames Laboratoriais alterados:

Necessidade de Regulação neurológica

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

GLASGOW:_____ Drogas (Sedação/Analgesia):_____

Pupilas: (✓)Isocóricas ( )Anisocóricas ( )D>E ( )E>D Fotorreagentes ( )S ( )N ( )Mióticas ( )Midriáticas

Mobilidade física: MMSS: (✓)Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local:_____

MMII: ( )Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local: Pé MSD

Necessidade de Percepção Visual, Auditiva e sensitiva

Acuidade Visual: (✓)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Acuidade Auditiva: (✓)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Dor: ( )Expressão facial de dor ( )Relato verbal de dor ( )Dor a estimulação Tátil Local:_____

Necessidade de Comunicação

(✓)Preservada ( )Prejudicada ( )Outro:_____

( )Comunicação não-verbal ( )Afasia ( )Disfasia ( )Disartria ( )Disfonia

Necessidade de Regulação Respiratória

Respiração: (✓)Espontânea ( )Cateter nasal ( )Venturi___%___l/min ( )Traqueostomia

( )Eupnéia ( )Taquipnéia ( )Bradipneia ( )Dispnéia ( )Outro_____

Ausculta pulmonar: MV presente (✓)D (✓)E Diminuídos: ( )D ( )E

Ruídos adventícios:( )Roncos ( )Sibilos ( )Crepitos ( )Estridor ( )Outro:_____

Tosse: ( )S (✓)N ( )Improdutiva ( )Produtiva

Expectoração: ( )S (✓)N Quantidade e aspecto:_____

Queimaduras de vias aéreas: ( )S (✓)N Permeabilidade das vias aéreas: (✓)S ( )N

Necessidade de Regulação Cardiovascular

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

Pele: (✓)Corada ( )Hipocorada ( )Cianose ( )Sudorese ( )Fria ( )Aquecida

Tempo de enchimento capilar: (✓)≤ 3 segundos ( )>3 segundos Turgência Jugular ( )S ( )N

Drogas vasoativas: ( )S (✓)N | Precordialgia: ( )S ( )N

Ausculta Cardíaca: (✓)Rítmica ( )Arrítmica ( )Sopro ( )Outro

Punção Venosa: (✓)Periférica ( )Central ( )Dissecção Localização: MSD

Edema: (✓)N ( )S ( )MMSS:_____ ( )MMII_____ ( )Anasarca

Observações:

ANGELUS seguros
02 JUL 2016

Necessidade de Regulação Gastrointestinal

Tipo somático: (✓)Nutrido ( )Emagrecido ( )Obeso ( )Caquético

Dentição: (✓)Completa ( )Incompleta ( )Uso de próteses

Alimentação: (✓)VO ( )SNG ( )SOG ( )SNE ( )Gastronomia ( )Jejunostomia

Alterações: ( )Inapetência ( )Disfagia ( )Intolerância alimentar ( )Pirose ( )Náusea

( )Vômito ( )Outros:_____

Abdômen: (✓)Normotenso ( )Distendido ( )Tenso ( )Ascítico ( )Outros:_____

RHA: (✓)Normoativos ( )Hipoativos ( )Hiperativos

Necessidade de Eliminação

Eliminação intestinal: ( )Liquida (✓)Normal ( )Constipado há_____dias ( )Outros:_____

Observações:

Eliminação urinária: (✓)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência

Volume:_____ml de_____horas Aspecto: ( )Claro ( )Concentrada ( )Outros:_____

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

AVALIAÇÃO DIÁRIA - SAE (UTQ)
(Sistematização da Assistência e Enfermagem)

Nome: Brendo Izquedrio de Brito | Enfer: 3 | Leito: 3

AVALIAÇÃO GERAL

Sinais Vitais: Tax:_____°C: P/FC:_____ bpm: FR:_____ Irpm; PA:_____ mmHg. HGT:_____mg/dl

Peso:_____ Kg: Altura:_____cm: Dor ( )S ( )N Local:_____

Exames Laboratoriais alterados:

Necessidade de Regulação neurológica

Nível de consciência: (X)Consciente (✓)Orientado ( )Confuso ( )Letárgico ( )Torporoso ( )Desorientado

GLASGOW:_____ Drogas (Sedação/Analgesia):_____

Pupilas: (X)Isocóricas ( )Anisocóricas ( )D>E ( )E>D Fotorreagentes ( )S ( )N ( )Mióticas ( )Midriáticas

Mobilidade física: MMSS: ( )Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local:_____

MMII: ( )Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia , Local:_____

Necessidade de Percepção Visual; Auditiva e sensitiva

Acuidade Visual: (✓)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Acuidade Auditiva: (✓)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Dor: ( )Expressão facial de dor ( )Relato verbal de dor ( )Dor a estimulação Tátil Local:_____

Necessidade de Comunicação

(X)Preservada ( )Prejudicada ( )Outro:_____

( )Comunicação não-verbal ( )Afasia ( )Disfasia ( )Disartria ( )Disfalia

Necessidade de Regulação Respiratória

Respiração: (✓)Espontânea ( )Cateter nasal ( )Venturi___%___l/min ( )Traqueostomia

(✓)Eupnéia ( )Taquipnéia ( )Bradipnéia ( )Dispnéia ( )Outro_____

Ausculta pulmonar: MV presente ( )D ( )E Diminuídos: ( )D ( )E

Ruídos adventícios:( )Roncos ( )Sibilos ( )Creptos ( )Estridor ( )Outro:_____

Tosse: ( )S (X)N ( )Improdutiva ( )Produtiva

Expectoração: ( )S ( )N Quantidade e aspecto:_____

Queimaduras de vias aéreas: ( )S (✓)N Permeabilidade das vias aéreas: ( )S ( )N

Necessidade de Regulação Cardiovascular

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

Pele: (X)Corada ( )Hipocorada ( )Cianose ( )Sudorese ( )Fria ( )Aquecida

Tempo de enchimento capilar: ( )≤ 3 segundos ( )>3 segundos Turgência Jugular ( )S ( )N

Drogas vasoativas: ( )S (✓)N | Precordialgia: ( )S ( )N

Ausculta Cardíaca: (X)Rítmica ( )Arrítmica ( )Sopro ( )Outro

Punção Venosa: (✓)Periférica ( )Central ( )Dissecção Localização:_____

Edema: (✓)N ( )S ( )MMSS:_____ ( )MMII_____ ( )Anasarca

Observações:

ANGELUS seguros
02 JUL. 2016

Necessidade de Regulação Gastrointestinal

Tipo somático: (✓)Nutrido ( )Emagrecido ( )Obeso ( )Caquético

Dentição: ( )Completa ( )Incompleta ( )Uso de próteses

Alimentação: (✓)VO ( )SNG ( )SOG ( )SNE ( )Gastronomia ( )Jejunostomia

Alterações: ( )Inapetência ( )Disfagia ( )Intolerância alimentar ( )Pirose ( )Náusea

( )Vômito ( )Outros:_____

Abdômen: (✓)Normotenso ( )Distendido ( )Tenso ( )Ascítico ( )Outros:_____

RHA: (✓)Normoativos ( )Hipoativos ( )Hiperativos

Necessidade de Eliminação

Eliminação Intestinal: ( )Líquida (✓)Normal ( )Constipado há_____dias ( )Outros:_____

Observações:

Eliminação urinária: (✓)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência

( )SVD: Volume:_____ml de_____horas Aspecto: ( )Clara ( )Concentrada ( )Outros:_____

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

Necessidade de Integridade Física e Cutâneo-Mucosa

Condição da pele: (X)Úmida ( )Pegajosa ( )Ressecada ( )Cicatriz ( )Esquimose ( )Manchas ( )Hematoma
( )Rash ( )Prurido ( )Descamativo ( )Lesões:

Coloração da pele: (X)Normocorada ( )Hipocorada ( )Hipercorada ( )Ictérica ( )Cianótica

Condições das mucosas: ( )Úmidas ( )Secas Turgor da pele: ( )Preservada ( )Diminuída

Manifestações de sede: ( )S (X)N

Incisão cirúrgica: ( )S (X)N Local/Aspecto:

Úlcera de pressão: ( )S (X)N Estágio: Local: Descrição:

Necessidade do cuidado corporal

( )Independente (X)Dependente ( )Parcialmente dependente

Higiene Corporal: (X)Satisfatória ( )Insatisfatória ( )Presença de odor

Higiene Bucal: (X)Satisfatória ( )Insatisfatória

Necessidade de ajuda para auto-cuidado: ( )S ( )N

Limitação Física: ( )Acamado ( )Bengala ( )Cadeira de rodas ( )Outro:

Necessidade de sono e repouso

Preservado: (X)S ( )N ( )Insônia ( )Dorme durante o dia ( )sono interrompido

Observações:

Necessidade de Segurança e Gregária

Sentimentos e Comportamentos: (X)Cooperativo ( )Ansiedade ( )Medo ( )Apreensão
( )Agitação ( )Ausência de familiares/visita

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

[illegible]

ANGELUS seguros

02 JUL 2016

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: HORA:

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

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

Pele: (✓) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.

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

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

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

Cateter vascular: (✓) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data da punção ___/___/___

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: (✓) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.

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

Alimentação: (✓) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data: ___/___/___

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

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

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

Eliminação intestinal: ( ) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:

Eliminação urinária: (✓) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito ml/h:

Aspecto: ( ) Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) 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

(✓) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (✓) Preservada ( ) Prejudicada | Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo:

( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Marcia R. Joaquim Enfermeira COREN-PB 220512 DATA: 21/11/15 HORA: _____ h

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

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

AVALIAÇÃO DIÁRIA - SAE (UTQ)
(Sistematização da Assistência e Enfermagem)

Nome: Evandro Marcelino de Arruda | Enfer: 3 | Leito: 3

AVALIAÇÃO GERAL

Sinais Vitais: Tax: 36 °C; P/FC: 80 bpm; FR: 22 irpm; PA: ____ mmHg, HGT: ____ mg/dl

Peso: ____ Kg; Altura: ____ cm; Dor ( )S ( )N Local: ____

Exames Laboratoriais alterados:

Necessidade de Regulação neurológica

Nível de consciência: (✓)Consciente ( )Obnubilado ( )Confuso ( )Letárgico ( )Torporoso ( )Desorientado

GLASGOW: ____ Drogas (Sedação/Analgesia): ____

Pupilas: (✓)Isocóricas ( )Anisocóricas ( )D>E ( )E>D Fotorreagentes ( )S ( )N ( )Mióticas ( )Midriáticas

Mobilidade física: MMSS: ( )Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local: ____

MMII: ( )Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local: ____

Necessidade de Percepção Visual, Auditiva e sensitiva

Acuidade Visual: (✓)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Acuidade Auditiva: (✓)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Dor: (✓)Expressão facial de dor ( )Relato verbal de dor ( )Dor a estimulação Tátil Local: ____

Necessidade de Comunicação

(✓)Preservada ( )Prejudicada ( )Outro: ____

( )Comunicação não-verbal ( )Afasia ( )Disfasia ( )Disartria ( )Disfonia

Necessidade de Regulação Respiratória

Respiração: (✓)Espontânea ( )Cateter nasal ( )Venturi ___% ___l/min ( )Traqueostomia

( )Eupnéia ( )Taquipnéia ( )Bradipnéia ( )Dispnéia ( )Outro ____

Ausculta pulmonar: MV presente ( )D ( )E Diminuídos: ( )D ( )E

Ruídos adventícios: ( )Roncos ( )Sibilos ( )Crepitos ( )Estridor ( )Outro: ____

Tosse: ( )S ( )N ( )Improdutiva ( )Produtiva

Expectoração: ( )S (✓)N Quantidade e aspecto: ____

Queimaduras de vias aéreas: ( )S (✓)N Permeabilidade das vias aéreas: ( )S ( )N

Necessidade de Regulação Cardiovascular

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

Pele: (✓)Corada ( )Hipocorada ( )Cianose ( )Sudorese ( )Fria ( )Aquecida

Tempo de enchimento capilar: ( )≤ 3 segundos ( )>3 segundos Turgência Jugular ( )S ( )N

Drogas vasoativas: ( )S (✓)N | Precordialgia: ( )S ( )N

Ausculta Cardíaca: (✓)Rítmica ( )Arrítmica ( )Sopro ( )Outro

Punção Venosa: (✓)Periférico ( )Central ( )Dissecção Localização: ____

Edema: (✓)N ( )S ( )MMSS: ____ ( )MMII ____ ( )Anasarca

Observações:

Necessidade de Regulação Gastrointestinal

Tipo somático: (✓)Nutrido ( )Emagrecido ( )Obeso ( )Caquético

Dentição: ( )Completa ( )Incompleta ( )Uso de próteses

Alimentação: (✓)VO ( )SNG ( )SOG ( )SNE ( )Gastronomia ( )Jejunostomia

Alterações: ( )Inapetência ( )Disfagia ( )Intolerância alimentar ( )Pirose ( )Náusea

( )Vômito ( )Outros: ____

Abdômen: ( )Normotenso ( )Distendido ( )Tenso ( )Ascítico ( )Outros: ____

RHA: ( ) Normoativos ( )Hipoativos ( )Hiperativos

Necessidade de Eliminação

Eliminação intestinal: ( )Líquida (✓)Normal ( )Constipado há ____ dias ( )Outros: ____

Observações:

Eliminação urinária: (✓)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência

( )SVD: Volume: ____ ml de ____ horas Aspecto: ( )Clara ( )Concentrada ( )Outros: ____

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Eduardo Alcelino Andrade | Alojamento: 3 | Leito: 3 | Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
05/11/15	1) Dieta livre 2) Vit C 500g ho 12/12/24 3) Dipirona 500g ho 6/6/24		05/11/15 Paciente clínico grau de risco zero após cafe para anestesia ok Dr. Vasconcelos
06/11/15	1) Dieta livre, zero p/ meia-noite 2) Vit C 500g ho 12/12/24 3) Dipirona 500g ho 6/6/24 4) Cefalotina		06/11/15 Paciente pós-operatório ok amanhã
07/11/15	1) Dieta livre após acordar 2) Dipirona 30 gotas VO SOS 3) Cuidados gerais		Operado muito bem e assintomático [illegible]

7

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

AVALIAÇÃO DIÁRIA - SAE (UTQ)
(Sistematização da Assistência e Enfermagem)

Nome: Lucimeno [illegible] Pereira | Enfer: 3 | Leito: 3

AVALIAÇÃO GERAL

Sinais Vitais: Tax:_____ °C; P/FC:_____ bpm; FR:_____ irpm; PA:_____ mmHg. HGT:_____ mg/dl

Peso:_____ Kg; Altura:_____ cm; Dor ( )S ( )N Local:_____

Exames Laboratoriais alterados:

Necessidade de Regulação neurológica

Nível de consciência: (X)Consciente (X)Orientado ( )Confuso ( )Letárgico ( )Torporoso ( )Desorientado

GLASGOW:_____ Drogas (Sedação/Analgesia):_____

Pupilas: (X)Isocóricas ( )Anisocóricas ( )D>E ( )E>D Fotorreagentes ( )S ( )N ( )Mióticas ( )Midriáticas

Mobilidade física: MMSS: ( )Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local:_____

MMII: ( )Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local:_____

Necessidade de Percepção Visual, Auditiva e sensitiva

Acuidade Visual: (X)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Acuidade Auditiva: (X)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Dor: ( )Expressão facial de dor ( )Relato verbal de dor ( )Dor a estimulação Tátil Local:_____

Necessidade de Comunicação

(X)Preservada ( )Prejudicada ( )Outro:_____

( )Comunicação não-verbal ( )Afasia ( )Dislasia ( )Disartria ( )Dislalia

Necessidade de Regulação Respiratória

Respiração: (X)Espontânea ( )Cateter nasal ( )Venturi ___% ___l/min ( )Traqueostomia

(X)Eupnéia ( )Taquipnéia ( )Bradipnéia ( )Dispnéia ( )Outro_____

Ausculta pulmonar: MV presente ( )D ( )E Diminuídos: ( )D ( )E

Ruídos adventícios:( )Roncos ( )Sibilos ( )Crepitos ( )Estridor ( )Outro:_____

Tosse: ( )S (X)N ( )Improdutiva ( )Produtiva

Expectoração: ( )S ( )N Quantidade e aspecto:_____

Queimaduras de vias aéreas: ( )S ( )N Permeabilidade das vias aéreas: ( )S ( )N

Necessidade de Regulação Cardiovascular

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

Pele: (X)Corada ( )Hipocorada ( )Cianose ( )Sudorese ( )Fria ( )Aquecida

Tempo de enchimento capilar: ( )≤ 3 segundos ( )>3 segundos Turgência Jugular ( )S ( )N

Drogas vasoativas: ( )S (X)N | Precordialgia: ( )S ( )N

Ausculta Cardíaca: (X)Rítmica ( )Arrítmica ( )Sopro ( )Outro

Punção Venosa: (X)Periférico ( )Central ( )Dissecção Localização:_____

Edema: ( )N ( )S ( )MMSS:_____ ( )MMII_____ ( )Anasarca

Observações:

Necessidade de Regulação Gastrointestinal

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

Dentição: ( )Completa ( )Incompleta ( )Uso de próteses

Alimentação: (X)VO ( )SNG ( )SOG ( )SNE ( )Gastronomia ( )Jejunostomia

Alterações: ( )Inapetência ( )Disfagia ( )Intolerância alimentar ( )Pirose ( )Náusea

( )Vômito ( )Outros:_____

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

RHA: (X)Normoativos ( )Hipoativos ( )Hiperativos

Necessidade de Eliminação

Eliminação intestinal: ( )Líquida (X)Normal ( )Constipado há_____dias ( )Outros:_____

Observações:

Eliminação urinária: (X)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência

Volume:_____ml de_____horas Aspecto: ( )Clara ( )Concentrada ( )Outros:_____

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

Necessidade de Integridade Física e Cutâneo-Mucosa

Condição da pele: (X)Úmida ( )Pegajosa ( )Ressecada ( )Cicatriz ( )Equimose ( )Manchas ( )Hematoma
( )Rash ( )Prurido ( )Descamativa ( )Lesões:

Coloração da pele: (X)Normocorada ( )Hipocorada ( )Hipercorada ( )Ictérica ( )Cianótica

Condições das mucosas: ( )Úmidas ( )Secas Turgor da pele: ( )Preservada ( )Diminuída

Manifestações de sede: ( )S (X)N

Incisão cirúrgica: ( )S (X)N Local/Aspecto:

Úlcera de pressão: ( )S (X)N Estágio: Local: Descrição:

Necessidade do cuidado corporal

( )Independente (X)Dependente ( )Parcialmente dependente

Higiene Corporal: (X)Satisfatória ( )Insatisfatória ( )Presença de odor

Higiene Bucal: (X)Satisfatória ( )Insatisfatória

Necessidade de ajuda para auto-cuidado: ( )S ( )N

Limitação Física: ( )Acamado ( )Bengala ( )Cadeira de rodas ( )Outro:

Necessidade de sono e repouso

Preservado: (X)S ( )N ( )Insônia ( )Dorme durante o dia ( )sono interrompido

Observações:

Necessidade de Segurança e Gregária

Sentimentos e Comportamentos: (X)Cooperativo ( )Ansiedade ( )Medo ( )Apreensão
( )Agitação ( )Ausência de familiares/visita

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente evolui bem, aberto enxerto com pega total, mantido curativo, recebeu alta fisioterapia. Segue em andador, ortopedia.

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: HORA:

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

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

AVALIAÇÃO DIÁRIA - SAE (UTQ)
(Sistematização da Assistência e Enfermagem)

Nome: Cardro Horulino de Arruda | Enfer: 3 | Leito: 3

AVALIAÇÃO GERAL

Sinais Vitais: Tax:____ °C; P/FC:____ bpm; FR:____ irpm; PA: 110x80 mmHg. HGT:____ mg/dl

Peso:____ Kg; Altura:____ cm; Dor (✓)S ( )N Local: Perna

Exames Laboratoriais alterados:

Necessidade de Regulação neurológica

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

GLASGOW:____ Drogas (Sedação/Analgesia):____

Pupilas: (✓)Isocóricas ( )Anisocóricas ( )D>E ( )E>D Fotorreagentes ( )S ( )N ( )Mióticas ( )Midriáticas

Mobilidade física: MMSS: (✓)Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local:____

MMII: ( )Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local: Fx HSD

Necessidade de Percepção Visual, Auditiva e sensitiva

Acuidade Visual: (✓)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Acuidade Auditiva: (✓)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Dor: ( )Expressão facial de dor ( )Relato verbal de dor ( )Dor a estimulação Tátil Local:____

Necessidade de Comunicação

(✓)Preservada ( )Prejudicada ( )Outro:____

( )Comunicação não-verbal ( )Afasia ( )Disfasia ( )Disartria ( )Dislalia

Necessidade de Regulação Respiratória

Respiração: (✓)Espontânea ( )Cateter nasal ( )Venturi___%___l/min ( )Traqueostomia

(✓)Eupnéia ( )Traquipnéia ( )Bradipneia ( )Dispnéia ( )Outro____

Ausculta pulmonar: MV presente (✓)D (✓)E Diminuídos: ( )D ( )E

Ruídos adventícios:( )Roncos ( )Sibilos ( )Crepitos ( )Estridor ( )Outro:____

Tosse: ( )S (✓)N ( )Improdutiva ( )Produtiva

Expectoração: ( )S (✓)N Quantidade e aspecto:____

Queimaduras do vias aéreas: ( )S (✓)N Permeabilidade das vias aéreas: (✓)S ( )N

Necessidade de Regulação Cardiovascular

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

Pele: (✓)Corada ( )Hipocorada ( )Cianose ( )Sudorese ( )Fria ( )Aquecida

Tempo de enchimento capilar: (✓)≤ 3 segundos ( )>3 segundos Turgência Jugular ( )S ( )N

Drogas vasoativas: ( )S (✓)N | Precordialgia: ( )S ( )N

Ausculta Cardíaca: (✓)Rítmica ( )Arrítmica ( )Sopro ( )Outro

Punção Venosa: ( )Periférico ( )Central ( )Dissecção Localização:____

Edema: (✓)N ( )S ( )MMSS:____ ( )MMII____ ( )Anasarca

Observações:

Necessidade de Regulação Gastrointestinal

Tipo somático: (✓)Nutrido ( )Emagrecido ( )Obeso ( )Caquético

Dentição: (✓)Completa ( )Incompleta ( )Uso de próteses

Alimentação: (✓)VO ( )SNG ( )SOG ( )SNE ( )Gastronomia ( )Jejunostomia

Alterações: ( )Inapetência ( )Disfagia ( )Intolerância alimentar ( )Pirose ( )Náusea

( )Vômito ( )Outros:____

Abdômen: (✓)Normotenso ( )Distendido ( )Tenso ( )Ascítico ( )Outros:____

RHA: (✓)Normoativos ( )Hiperativos ( )Hipoativos

Necessidade de Eliminação

Eliminação intestinal: ( )Líquida (✓)Normal ( )Constipado há____ dias ( )Outros:____

Observações:

Eliminação urinária: (✓)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência

( )SVD: Volume:____ ml de____ horas Aspecto: ( )Clara ( )Concentrada ( )Outros:____

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1.IDENTIFICAÇÃO

Nome: Evandro Moraleno | Registro: | Leito: 3-3 | Setor Atual:

2.AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3.AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorrengentes ( ) 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_2 PO_2 HCO_3 EB SpO_2 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.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

Pele: (✓)Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.

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

Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )

Ausculta cardíaca: (✓)Rítmica ( ) Arritmia ( ) Sopro ( ) Outro. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo

Cateter vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Jugular Data da punção __/__/__

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

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: (✓)Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.

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

Alimentação: (✓)VO ( )SNG ( )SNE ( )Gastronomia ( )Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data: __/__/__

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

Abdômen: (✓)Normotenso ( )Distendido ( )Tenso ( )Ascítico ( )Outros:

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

Eliminação intestinal: (✓)Normal ( )Líquida ( )Constipado há dias ( )Outros:

Eliminação urinária: (✓)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência ( )Hematúria ( )SVD: Débito ml/h:

Aspecto: ( )Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: (✓)Íntegra ( ) 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

(✓)Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (✓)Preservada ( ) Prejudicada | Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo:

( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

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

INTERCORRÊNCIAS

Paciente evolui com / oriente
dieta suspensa
dreno (+)
curativo (+)
deambula acompanhado.
Acesso: 1 M. esq.
Cirurgia: 10/10 Alg. obstrução pós cirurgia.
Quimio: 5/ quinzenal
Fono: presente.

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 11/11/15 HORA: ____ h

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

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: | Enfermaria: | Leito: | Data: / /

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

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

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

Assinatura do Enfermeiro(a): _____

Assinatura do Técnico de Enfermagem: _____

FONTE: NIC 2013; CHAVES; LUSOLAVO; SAE 2 ed

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: Fernando Marcelino | Enfermaria: 3 | Leito: 3 | Data: 14/11/15

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

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

AVALIAÇÃO DIÁRIA - SAE (UTQ)
(Sistematização da Assistência e Enfermagem)

Nome: Sandra Horubuo | Enfer: 3 | Leito: 3

AVALIAÇÃO GERAL

Sinais Vitais: Tax: 36,4 °C; P/FC: 80 bpm; FR: 18 irpm; PA: ____ mmHg, HGT: ____ mg/dl

Peso: ____ Kg; Altura: ____ cm; Dor ( )S ( )N Local: ____

Exames Laboratoriais alterados:

Necessidade de Regulação neurológica

Nível de consciência: (X)Consciente (X)Orientado ( )Confuso ( )Letárgico ( )Torporoso ( )Desorientado

GLASGOW: ____ Drogas (Sedação/Analgesia): ____

Pupilas: (X)Isocóricas ( )Anisocóricas ( )D>E ( )E>D Fotorreagentes ( )S ( )N ( )Mióticas ( )Midriáticas

Mobilidade física: MMSS: ( )Preservada ( )Paresia ( ) Plegia ( )Parestesia Local: ____

MMII: ( )Preservada ( )Paresia ( ) Plegia ( )Parestesia Local: ____

Necessidade de Percepção Visual, Auditiva e sensitiva

Acuidade Visual: (X)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Acuidade Auditiva: (X)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Dor: ( )Expressão facial de dor ( )Relato verbal de dor ( )Dor a estimulação Tátil Local: ____

Necessidade da Comunicação

(X)Preservada ( )Prejudicada ( )Outro: ____

( )Comunicação não-verbal ( )Afasia ( )Disfasia ( )Disartria ( )Disfalia

Necessidade de Regulação Respiratória

Respiração: (X)Espontânea ( )Cateter nasal ( )Venturi ___ % ___ l/min ( )Traqueostomia

(X)Eupnéia ( )Taquipnéia ( )Bradipneia ( )Dispnéia ( )Outro ____

Ausculta pulmonar: MV presente ( )D ( )E Diminuídos: ( )D ( )E

Ruídos adventícios: ( )Roncos ( )Sibilos ( )Crepitos ( )Estridor ( )Outro: ____

Tosse: ( )S (X)N ( )Improdutiva ( )Produtiva

Expectoração: ( )S ( )N Quantidade e aspecto: ____

Queimaduras de vias aéreas: ( )S ( )N Permeabilidade das vias aéreas: ( )S ( )N

Necessidade da Regulação Cardiovascular

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

Pele: (X)Corada ( )Hipocorada ( )Cianose ( )Sudorese ( )Fria ( )Aquecida

Tempo de enchimento capilar: (X)≤ 3 segundos ( )>3 segundos Turgência Jugular ( )S ( )N

Drogas vasoativas: ( )S (X)N | Precordialgia: ( )S ( )N

Ausculta Cardíaca: ( )Rítmica ( )Arrítmica ( )Sopro ( )Outro

Punção Venosa: ( )Periférico ( )Central ( )Dissecção Localização: ____

Edema: ( )N ( )S ( )MMSS: ____ ( )MMII ____ ( )Anasarca

Observações:

Necessidade de Regulação Gastrointestinal

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

Dentição: ( )Completa ( )Incompleta ( )Uso de próteses

Alimentação: (X)VO ( )SNG ( )SOG ( )SNE ( )Gastronomia ( )Jejunostomia

Alterações: ( )Inapetência ( )Disfagia ( )Intolerância alimentar ( )Pirose ( )Náusea

( )Vômito ( )Outros: ____

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

RHA: (X)Normoativos ( )Hipoativos ( )Hiperativos

Necessidade de Eliminação

Eliminação intestinal: ( )Líquida (X)Normal ( )Constipado há ____ dias ( )Outros: ____

Observações:

Eliminação urinária: (X)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência

( )SVD: Volume: ____ ml de ____ horas Aspecto: ( )Clara ( )Concentrada ( )Outros: ____

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

Necessidade de Integridade Física e Cutâneo-Mucosa

Condição da pele: (X)Úmida ( )Pegajosa ( )Ressecada ( )Cicatriz ( )Equimose ( )Manchas ( )Hematoma ( )Rash ( )Prurido ( )Descamativa ( )Lesões:

Coloração da pele: (X)Normocorada ( )Hipocorada ( )Hipercorada ( )Ictérica ( )Cianótica

Condições das mucosas: (X)Úmidas ( )Secas Turgor da pele: ( )Preservado ( )Diminuída

Manifestações de sede: ( )S (X)N

Incisão cirúrgica: ( )S (X)N Local/Aspecto:

Úlcera de pressão: ( )S (X)N Estágio: Local: Descrição:

Necessidade do cuidado corporal

( )Independente ( )Dependente (X)Parcialmente dependente

Higiene Corporal: (X)Satisfatória ( )Insatisfatória ( )Presença de odor

Higiene Bucal: (X)Satisfatória. ( )Insatisfatória

Necessidade de ajuda para auto-cuidado: (X)S ( )N

Limitação Física: (X)Acamado ( )Bengala ( )Cadeira de rodas ( )Outro:

Necessidade de sono e repouso

Preservado: (X)S ( )N ( )Insônia ( )Dorme durante o dia ( )sono interrompido

Observações:

Necessidade de Segurança e Gregária

Sentimentos e Comportamentos: (X)Cooperativo ( )Ansiedade ( )Medo ( )Apreensão ( )Agitação ( )Ausência de familiares/visita

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

13/11/15

Equipe, acamado, orientado, não refere queixas, RCPM, quadro de dieta, eliminações preservadas, sono e repouso preservados, segue aos cuidados da equipe

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: HORA:

FONTE: BOPRONIHÃO, R. C. Coleta de dados por meio do grupo focal. Porto Alegre,2009

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

Necessidade de Integridade Física e Cutâneo-Mucosa

Condição da pele: (X)Úmida ( )Pegajosa ( )Ressecada ( )Cicatriz ( )Equimose ( )Manchas ( )Hematoma
( )Rash ( )Prurido ( )Descamativa ( )Lesões.
Coloração da pele: (X)Normocorada ( )Hipocorada ( )Hipercorada ( )Ictérica ( )Cianótica
Condições das mucosas: (X)Úmidas ( )Secas Turgor da pele: ( )Preservada ( )Diminuída
Manifestações de sede: ( )S (X)N
Incisão cirúrgica: ( )S (X)N Local/Aspecto:
Úlcera de pressão: ( )S (X)N Estágio: Local: Descrição:

Necessidade do cuidado corporal

( )Independente (X)Dependente ( )Parcialmente dependente
Higiene Corporal: (X)Satisfatória ( )Insatisfatória ( )Presença de odor
Higiene Bucal: (X)Satisfatória ( )Insatisfatória
Necessidade de ajuda para auto-cuidado: (X)S ( )N
Limitação Física: (X)Acamado ( )Bengala ( )Cadeira de rodas ( )Outro:

Necessidade do sono e repouso

Preservado: (X)S ( )N ( )Insônia ( )Dorme durante o dia ( )Sono interrompido
Observações:

Necessidade de Segurança e Gregária

Sentimentos e Comportamentos: (X)Cooperativo ( )Ansiedade ( )Medo ( )Apreensão
( )Agitação ( )Ausência de familiares/visita

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

04/10/15

Lúcido, orientado, quarto, HCPM, queixa de diarreia, segue aos cuidados da equipe. [illegible]

04/10/15

Lúcido, orientado, HCPM, queixa de diarreia, já informado a enfermeira, segue aos cuidados da equipe. [illegible]

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	DATA:	HORA:

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

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Prof. exp. tórax +
lesão de pele

Paciente: Geraldo Marcelino | Alojamento: 3 | Leito: 3 | Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
17/11	(1) Dieta livre (2) Retirar semi-dist (3) Alta hospitalar		41 DIH Pt. evolui com ferida exposta dos seios da face submetido a enxer- tia de pele há cerca de 7 dias. CP: Alta para cicatrização de outras áreas. Retornar para apresentar melhor condição de pele p/ osteomioplastia

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

pós-op fratura tíbia

Paciente: Leandro Heráclino | Alojamento: 3 | Leito: 3 | Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
6/11	(1) Dieta livre		40 DIA
	(2) Dipirona - 30 gotas, V.O.		
	6/6 SIV		
	(3) Cefazolina 2g, V.O.		paciente evoluindo
	oxiteína		estável sem
	(4) Curativo		intercorrências
	(5) SSN + CC66		
			estável

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fratura em perna direita

Paciente: Elionetes Monteiro Antas | Alojamento: 03 | Leito: 03 | Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
8/11/15	1) Dieta livre 2) Dipirona 30 gts VO SOS 3) Não fazer curativo		1º DIA de P.O. de osteossíntese de perna direita. Permanece sem fazer curativo
9/11/15	1) Dieta livre 2) Dipirona 30 gts VO 6/6h 3) Não fazer curativo		09/11/15 2º DPO de osteossíntese de perna. Sem queixas.
10/11/15	1) Dieta livre 2) Dipirona 30 gts VO 6/6h 3) Não fazer curativo		10/11/15 3º DPO de osteossíntese de perna. Sem intercorrências
11/11/15	1) Dieta livre 2) Dipirona 30 gts VO 6/6h Ibuprofeno 1 cp VO 12/12h		11/11/15 Refere dor na área cirúrgica

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Evando Francelino Arnde | Alojamento | Leito 3 | Convênio 3

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
02/11/15	1) Dieta livre 2) Dipirona 30 gts no 6/6h 3) Vit C 500mg no 12/12h 4) Curativo cirurgia geral 5) Soro		02/11/15 Apresenta queixas de ferida na face. Em tempo bom, orientado, consciente, com febre ainda
03/11/15	1) Dieta livre ZERO a partir de meia noite 2) Vit C 500mg no 12/12h 3) Curativo cirurgia geral 4) Soro		03/11/15 Paciente deverá ser submetida à sutura de ferida hoje. Paciente não foi operado por falta de C.C. no C.C.
04/11/15	1) Dieta 25% 2) Curativo		04/11/15 Paciente de alta hoje.

Diagnóstico

Ferida na face direita.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

GOVERNO DA PARAÍBA

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes
Av. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas - Campina Grande - PB
CNPJ: 08.778.268/0001-60

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: Lucas Marques

PRONTUÁRIO Nº:

CARTÃO SUS Nº:

ANDAR/SERVIÇO	ENFERMARIA:	LEITO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:	ALERGIAS:
	3	3				

ITEM	PRESCRIÇÃO	QUANTIDADE	OBSERVAÇÕES
21	Dieta livre		3/1 dias
10	Vitamina C 500 mg ⊙ 12/12 h	12/ 22	Se aceitar [illegible]
13	Dipirona 30 gts ⊙ 11/11 h Se	12	Desconhecido [illegible]
	Enoxaparina 40 mg	1	[illegible]
	Soro a livre	1	

IDENTIFICAÇÃO DO PRESCRITOR	DATA	DISPENSADOR POR
ASSINATURA	/ /	HORA:
		VISTO FARMACÊUTICO:

MOD.016

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: [redacted] Alojamento: 3 Leito: 3 Convênio:

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
20/10	1 - Dieta livre			
	2 - SF 500 ml Ev 12/12	Suspenso		
	3 - Dipirona 2ml Ev 6/6			
	4 - Metoclopramida Ev 12/12			
	5 - Omeprazol 40mg Ev 1x/dia			
	6 - CC 6/6			
	7 - Cefalotina 500mg Ev 6/6	SUSPENSO		
	8 - Gentamicina 240mg Ev 1x/dia			
	9 - Ciprofloxacina 400mg Ev 12/12			
	10 - Curativo			
	CI			
21	Diet livre			
10	BUUCCG	SIN		
10	Dipirona - 30 gotas			
10	Curativo			

Dr. Dirceu Carvalho
Cirurgia-Plástica
CRM 4968-PE

Diagnóstico

[redacted]

HAUSTURA
TI CANAGA
FURATIM
VISTO DA VISTA
DIANO

Dr. Dirceu Carvalho
Cirurgia-Plástica

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fx ossos de perna

Paciente: Evandro Monteiro | Alojamento: 3 | Leito: 3 | Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário				Evolução Médica
21/10	Dieta livre					Atopico
	SF 500ml EV 12/12h	500	500			Paciente [illegible], estável, [illegible]
	Dipirona 2ml EV 8/8h	14	22	06		
	Tilatil 30mg EV 12/12h	12		24		
	Omeprazol 40mg EV 1x/dia		06			
	Dimetpraline 60mg EV 6/6h	12	18	24	06	
	Levotemiceine 250mg EV 1x/dia		18			
	Ciprofloxacino 400mg EV 12/12h	12		24		
	Curativo					

Jaylla Dinorá de Melo
Médica
Residente 3 anos
CRM-PB 9233

Jaylla Dinorá de Melo
Médica
Residente 3 anos
CRM-PB 9233

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

IX [illegible] de pena

Paciente: Eduardo Marcelino | Alojamento: 3 | Leito: 3 | Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário				Evolução Médica
8/10	(1) Dieta livre					Ortopedia
	(2) SF 500ml EV 12/12h					Paciente [illegible]
	(3) Dipirona 2ml EV 8/8h					[illegible]
	(4) Tilatil 20mg EV 12/12h					Abdômen cirúrgico
	(5) Omeprazol 40mg EV 1x/dia					
	(6) Ondansetrona 8mg EV 6/6h					
	(7) Gentamicina 240mg IV 1x/dia					
	(8) Curativo					

Falha hoje

Jaylla Duarte Melo
Médica
Urologia e Transplantes
CRM-PB 9233

ITU

Jaylla Duarte Melo
Médica
Urologia e Transplantes
CRM-PB 9233

Ciprofloxacino 400mg, IV, 12/12h

Jaylla Duarte Melo
Médica
Urologia e Transplantes
CRM-PB 9233

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fratura Osso [illegible]

Paciente: Leonardo Moreira | Alojamento: 3 | Leito: 3 | Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
16/10	1- Dipirona [illegible]	[illegible]	Ortopedia
	2- SF 0,9% [illegible]	[illegible]	Paciente [illegible]
	3- Cefalexina [illegible]	[illegible]	Higiene
	4- Dipirona [illegible]	[illegible]	Aguardo [illegible]
	5- Tenoxicam [illegible]	[illegible]	[illegible]
	6- Omeprazol [illegible]		
	7- CF 0,9%		
	8- Cefalexina [illegible]	22/06	
	9- Paracetamol [illegible]		
	10- Cetoprofeno		

Dr. Seldibert Costa
Ortopedia-Traumatologia
Coluna da Cabeça
CRM 5523

Dr. Seldibert Costa
Ortopedia-Traumatologia
Coluna da Cabeça
CRM 5523

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

GOVERNO DA PARAÍBA

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes
Av. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas - Campina Grande - PB
CNPJ: 08.778.268/0001-60

PRESCRIÇÃO MÉDICA

6

3-3

PACIENTE: Lucia Maria

PONTUÁRIO Nº:

CARTÃO SUS Nº:

ANDAR/SERVIÇO:	ENFERMARIA:	LEITO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:	ALERGIAS:

ITEM	PRESCRIÇÃO	QUANTIDADE	OBSERVAÇÕES
20	1) Dieta livre		30/10/21
20			
21	2) Dipirona 3g ev 6/6h s/n		8 em 8 horas
			intravenosa alternada
	3) Vitamina C 500mg ev 12/12h		C.d. vez
			Dipirona gerada
	4) Curativo com hidrogel		2x ao dia
	5) Soro 1 L SF		

IDENTIFICAÇÃO DO PRESCRITOR:

ASSINATURA

DATA: / /

DISPENSADOR POR:

HORA:

VISTO FARMACÊUTICO:

MOD. 010

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
23.10.15	10:h	36,2°C	75	23	120/70	+	Paciente evolui estável, medicado + curativo segue aos cuidados da equipe	[illegible]
23/10/15	20h	36,8°C	75	23	120x70	+	Consciente orientado queixa-se de dor no membro inferior e segue sob os cuidados da equipe.	[illegible]
24/10	14h	37,8°C	80	20	120x80		Pct internado mantém sondinha.	
24/10	20h	36°C	78	18	120/70	+	Paciente [illegible]	[illegible]
25/10/15	14h	36,3°C	78	20	110x70	+	Consciente orientado, medicado e sob os cuidados da equipe o paciente segue no leito.	[illegible]
	20h	36,8°C	22		120x70		Pct segue estável sl quadrilátero mantém sondinha.	

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Paciente: Evandro Marcelino | Alojamento: 3 | Leito: 3 | Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
23/10/2015	① Dieta livre ② SSVV CLCG ③ Dipirona 30 gts VO SIN ④ Curativo diário		
	Dr. Dirceu Carvalho Cirurgia-Plástica CRM 4965 - PE		Dr. Dirceu Carvalho Cirurgia-Plástica CRM 4965 - PE
24/10/2015	Dieta livre SSVV CLCG Dipirona + ADB IM SN	19:00	Dirceu Carvalho Dr. Dirceu M. Carvalho CIRURGIA PLÁSTICA CRM 4978
	Dr. Dirceu M. Carvalho CIRURGIA PLÁSTICA CRM 4978		Evolução feita, sem intercorrências Dr. Dirceu M. Carvalho CIRURGIA PLÁSTICA CRM 4978
25/10/2015	Dieta livre SSVV CLCG Dipirona 30 gts VO SN Sem intercorrências		

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

Sala 01

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

PACIENTE: Eduardo Marcelino de Souza DN. 19.09.1975
LEITE: 01
CONVÊNIO: SUS
IDADE: 40 anos
REGISTRO: 1142539
CIRURGIA: Pediculectomia
CIRURGIÃO: Dr. Gurgel
ANESTESIA: Raqui
ANESTESIA: Dr. Amin
INSTRUMENTADORA:
DATA: 14.10.15
INÍCIO: 09:40
FIM: 10:00

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS
	Acrenalina amp.
	Atropina amp.
	Diazepan amp.
01	Dimetor amp.
	Decortino amp.
	Lasix ml
	Fenegan amp
	Cetoxal ml
	Nova ml
	Sedatron
	Neoiara 0,50 ml
	Nesdon amp.
	Polaryn amp.
	Prolgine amp.
	Prolxido amp.
	Quelicin ml
	Raplen amp
	Thiopen 5,0 ml
	Tramon amp.

Qtd.	MEDICAÇÕES
	Água Destilada amp
	Decadron amp
02	Dipirona amp.
	Dolvito amp.
	Fortacomb amp.
	Geramicina amp.
	Glicose amp.
	Gluconato de Cálcio amp.
	Haemacel ml
	Heparina ml
	Kefol de amp.
	Lasix amp
	Metoclopramida
	Plasil amp.
	Ranitidina amp.
	Tenoxan amp.
	Staticin amp
02	Solu Medrol
02	Tramadol
01	Dexametasona
01	Dramin

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES
01	Agulha desc. 25x7 40x12
	Agulha desc. 23 x 78
	Agulha desc. 3 x 4,5
02	Agulha raqui nº 25
05	Agulha Enfermagem
	Algodão ml
02	Ataduras de Crepon
	Ataduras de Gessada
	Avamotylens amp.
	Benzina ml

Qtd.	
	Betadine
	Gaze p/ Oxo.
	Gaze. De Algod. Sist. Fech.
	Compressa Grande
	Compressa Pequena
	Cotonete
	Creme
	Dreno Kerr nº
	Dreno Penrose nº
	Dreno Pezzer nº
	Equipo de Microgotas
	Equipo de Macrogotas
	Equipo de Sangue
	Equipo de PVC
05	Esparadrapo Largo cm
	Furacin ml
05	Gase Pacote c/ 10 unidades
	H.C. ml
	Intracath Adulto
	Intracath Infantil
01	Lâmina de Bisturi nº 23
	Lâmina de Bisturi nº 11
	Lâmina de Bisturi nº 15
	Luvas 7,0
02	Luvas 7,5
	Luvas 8,0
05	Betadine
	Cateter ml
05	Fita Cirúrgica
	PVP Degermante ml
	PVP Tópico ml
	Sabão Antisséptico
01	Saco coletor p/ lixo
01	Seringa desc. 10 ml
	Seringa desc. 20 ml
01	Seringa desc. 05 ml
	Sonda
	Sonda Foley
	Sonda Nelaton nº
	Sonda Uretral nº
	Stevorcin ml
	Iotroxina
	Vaselina ml
	Betadine
	Latex
05	Eletrodos
05	Sulfadiazina

Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Catgut cromado Sertix	
	Catgut cromado Sertix	
	Catgut cromado Sertix	
	Catgut Simples	
	Catgut Simples Sertx	
	Catgut Simples Sertx	
	Catgut Simples Sertx	
	Cera p/ osso	
	Ethibond	
	Ethibond	
	Ethibond	
	Fio de Algodão Sertx	
	Fio de Algodão Sertx	
	Fio de Algodão Sulupak	
	Fio de Algodão Sulupak	
	Fita cirúrgica	
	Mersilene	
	Mersilene	
	Prolene Sertix	
	Prolene Sertix	
	Prolene Sertix	
	Prolene Sertix	
	Vicryl Sertix	
	Vicryl Sertix	
	Vicryl Sertix	

Qtd.	SOROS
	SG Normotônico fr 500 ml
	SG Gelado fr 500 ml
	SG Hipertônico fr 500 ml
	SG Ringer fr 500 ml
01	SG fr 500 ml Fisiológico

Qtd.	ORTESE E PRÓTESE

EQUIPAMENTOS

- (X) Oximetro de Pulso
- ( ) Serra
- (X) Desfibrilador
- (X) Foco Frontal Cirúrgico
- ( ) Fonte de Luz
- ( ) Foco Auxiliar
- ( ) Eletrocautério
- ( ) Oxicapnógrafo
- ( ) Condicionador
- ( ) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Silvonat Gilliane

VDC026

GOVERNO DA PARAÍBA

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

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

Critério para alta de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 < 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS		

Assinatura Anestesista

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

RETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG — HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA | LEITO | Nº PRONTUÁRIO

IDADE | SEXO 19 | COR

FOLHA DE ANESTESIA

NOME: KUMPRO MARCELINO

DATA: 24/10/2016 | PRESSÃO ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | ALTURA

TIPO SANGUÍNEO | HEMÁCIAS | HEMOGLOBINA | HEMATÓCRITO | GLICEMIA | GRÉIA | OUTROS

URIZIA | ALMA | BIOVOLATE

AP. RESPIRATÓRIO | ELETROCARDIOGRAMA

AP. CIRCULATÓRIO | AP. URINÁRIO

AP. DIGESTIVO | DENTES | PESCOÇO

ESTADO VENTAL | ANEMICOS | CORTICOIDES | ALERGIA | HIPOTENSORES

DIAGNÓSTICO PRÉ-CIRURGICO: NECROSE DE PELE POR TRAUMA

ANTIBIOSE ANTERIORES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA | APLICADA AS | EFEITO

ACESSOS ACESSO SCOS

LÍQUIDOS

CÓDIGOS: VP - ARTERIAL - O PULSO O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA O - OPERAÇÃO

INDUÇÃO

Satisf.: ____ Exci.: ____ Tosse: ____

Laringo espasmo: ____ Lenta: ____

Náuseas: ____ Vômitos: ____

Outros: ____

MANUTENÇÃO

ANESTESIA SATISF.: Sim ____ Não ____

Não, por que?: ____

DESPERTAR

Reflexos na SO: ____

Obstr.: ____ CO_2: ____ Excit.: ____

Náuseas: ____ Vômitos: ____

Outros: ____

Com cânula:

Para o Leito Sim ____ Não ____

CONDIÇÕES:

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO

AGULHAS | CÂNULAS

TÉCNICA: RAQUIA

OPERAÇÃO: DESBRIDAMENTO CANUDÁRIO

CIRURGIÕES: DINGU

ANESTESISTAS: ALMIR

OBSERVAÇÕES

ANOTAR, NO VERSO AS CONDIÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.

PERDA SANGUÍNEA

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Nº Prontuário

Nome do Paciente: Luciano Marcim

Leito

Data da Operação: 24.10.2005 | Enf.

1.º Auxiliar

Operador: Dr. Dracer

Instrumentador

2.º Auxiliar | 3.º Auxiliar

Tipo de Anestesia: Raquea

Anestesia: Dr. Almir

Diagnóstico Pré-Operatório: - Hernia de parede por trauma M.I.E

Tipo de Operação: Debridamento cirurgico

Diagnóstico Pós-Operatório: o mesmo

Relatório Imediato da Patologia

Exame Radiológico no Ato

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Vísceras

Anestesia de elevação
- Debridamento pele revitalizada M.I.E.
- Curativo de gaze vaselinada.

Dr. Dracer M. Carvalho
CRM-PB

Mod 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente

Alojamento | Leito | Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário

Diagnóstico

Evolução Médica

Dr. Clemente Rabelo de Sá
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM 1235

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fratura Ossos da face

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Evandro Marcelino	3	3	

Data	Prescrição Médica	Horário	
12/10	1- Dieta livre		
	2- SF 0,9% 500ml EV 12/12	500 60	
	3- Dipirona 2ml EV 8/8	14 8/8	
	4- Tramadol 50mg EV 12/12	12 8/8	
	5- Omeprazol 40mg EV 1vez		
	6- CF 6G "		
	7- Oxacilina 500mg EV 6/6	18 12 18	
	8- Clindamicina 600mg EV 6/6		
	9- Curativo	14	
	10- Elevar o membro afetado		

Evolução Médica

PO Ortopedia

Paciente em quarto

Hipótese diagnóstica

Nomes

Nomes

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
4/10/15	12h	36,5	98	20	100x70	+	Paciente [illegible] bem, [illegible] Curativo [illegible] gais [illegible] medicado conforme prescrição.	
11/10/15	22,00	37,8	80	20	110/70	+	[illegible] SSVV [illegible] realizado [illegible] enfermagem — [illegible]	

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Paciente: Fernando Marcelino | Alojamento: | Leito: 3 | Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
4/1/10	1- Dieta livre 2- Soro [illegible] 24h 500 ml 3- Dipirona [illegible] 2g EV 6/6h 4- Dipirona [illegible] 2g EV 6/6h 5- Omeprazol [illegible] EV 1x/dia 6- [illegible] 7- Cloxacilina [illegible] 1x/dia 8- Tilatil [illegible] 1x/dia 9- Curativo 10- [illegible] 11- Acompanhamento [illegible]		Paciente [illegible]

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fratura Ortopedica

Paciente: Fernando Marcelino | Alojamento: 2 | Leito: 3 | Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	
10/10	1 - Dieta livre		
	2 - SF 0,9% 100ml EV 12/12	10/10	
	3 - Dipirona 2ml EV 8/8	10/10	
	4 - Tramadol 50mg EV 12/12	10/10	
	5 - Dexametasol 04mg EV 12/12	06	
	6 - Omeprazol 40mg EV 12/12		
	7 - Clindamicina 300mg EV 8/8	10/10	06 LE
	8 - Enoxaparina 0,4ml 12/12	10/10	06
	9 - Cimalgex		
	10 - CC 06		

Evolução Médica

Ortopedia

Paciente [illegible]

[illegible]

[illegible]

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fratura exp. ossos perna

Paciente	Emilio Moreira	Alojamento	3	Leito	5	Convênio	

Data	Prescrição Médica			Horário	
	1- Dipirona	ok			
	2- SF 0,9% 500ml EV 12/12h	12	24		
	3- Dipirona 2ml EV 8/8h	12	22	06	
	4- Tilatil 40mg EV 12/12h	12	24		
	5- Omeprazol 40mg EV 1x ao dia	ok			
	6- Clexane 40mg SC 1x ao dia	ok			
	7- Clindamicina 600mg EV 6/6h	14	22	06	
	8- Flagyl 500mg EV 12/12h	14	22	06	
	9- Curativo	ok			
	10- CC 06	ok			

Evolução Médica

Ortopedia

Pacente estável, sem queixas.

Aplicar, enfermeira

Dr. Crozzios Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM 5335

Dr. Crozzios Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM 5335

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fratura exp. Ossos Perna

Paciente	Evandro Marcelino	Alojamento	3	Leito	3	Convênio	

Data	Prescrição Médica		Horário				Evolução Médica
02/10	1. Dieta livre Cardíaca						Ortopedia
	2. SFA 3L 50ml Ev 12/12h						Paciente estável, sem
	3. Cloridrato de Tramadol Ev 6/6h						queixas.
	4. Dipirona 2ml Ev 8/8h						Nega dor.
	5. Fitoterápico Ev 12/12h						Negativo, aguardo
	6. Omeprazol 40mg Ev 1x dia						vaga UTI.
	7. CC 60						
	8. Curativo						
	9. Oxacilina 40mg Sc 1x dia						
	10. Heparina 7.000 UI 8/8h						
	11. CC pesar						

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fratura exp. Ossos Perna.

Paciente: Eurides Marcelina | Alojamento: 3 | Leito: 3 | Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
06/10	1. Dieta livre		Ortopedia
	2. SF 0,9% 500ml EV 12/12h	06	Paciente evolui sem queixas
	3. Dipirona 2ml EV 8/8h	14 22 06	Negados
	4. Tramadol 50mg EV 12/12h	12 24	Afebril, eupneico
	5. Omeprazol 40mg EV 1x dia	06	
	6. Ondansetrona 8mg EV 8/8h	14 22 06	
	7. Curativo		
	8. Enoxaparina 40mg SC 1x dia	22	
	9. CC GG		

Dr. Guilherme Rodrigues da Silva
MÉDICO - CRM 3335

Dr. Guilherme Rodrigues da Silva
MÉDICO - CRM 3335

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

Fx Exposta de Ossos da Perna

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente: Evandro Marcelino | Alojamento: 3 | Leito: 3 | Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
04/10/15	1) Dieta livre 2) SG 5%ml EV 12/12 3) Clindamicina 600 mg EV 6/6h 4) Dipirona 2ml EV 6/6h SLV 5) Tenoxicam 20mg EV 12/12h 6) Omeprazol 40mg EV 1x/dia 7) Curativo 8) SSVV + CC6G Olavo Maia, SC, 1x/dia	10 / 14 / 18 / 22 / 06 12 / 24 06 18 18	Osteopenia Paciente estável, s/ queixas Abdut. movimentos + ed: melhora clínica

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

Fx Exposta de ossos da Perna

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente	Evandro Marcelino	Alojamento	3	Leito	3	Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário						Evolução Médica
								Ortopedia
03/10/15	1) Dieta livre	7	8					
	2) SF 500 ml EV 12/12h	12	13	14				Paciente estável, sem queixas
	3) Clindamycina 600 mg EV 6/6h	18						
	4) Dipirona 2 ml EV 6/6h S/N	19		20				
	5) Tenoxicam 20 mg EV 12/12h							Leito VA
	6) Omeprazol 40 mg EV 1x/dia							
	7) Omeprazol							
	8) SSVV + CCGG.							

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

GOVERNO DA PARAÍBA

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

PACIENTE: Wandra Marcelino de Araújo DN 19/09/1995

LEITO	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
Sala 03	SUS	40 anos	1242539

CIRURGIA: Cirurgia Exérese Tumoro

CIRURGIÃO: Dr. Railton

ANESTESIA: Dr. Alfredo

ANESTESIA: Geral

INSTRUMENTADORA: Davis

DATA: 01/10/2015

INÍCIO: 08:00

FIM: 09:00

MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Qtd.
Adrenalina amp.	03
Atropina amp.	30
Diazepan amp.	
Dimin amp.	
Dopamina amp.	
Efedrina ml	
Fenergan amp.	
Fentanil ml	
Heparina ml	
Relaxin ml	
Manitol 20% ml	
Ketamina amp.	
Fenobarbital amp.	
Efedrina	
Fentanil ml	
Cloridrato ml	
Reoflen amp.	
Thiopental ml	
Bicarbonato de Sódio ml	

MEDICAÇÕES	Qtd.
Água Destilada amp.	
Decadron amp.	
Dipirona amp.	
Finadal amp.	03
Fisiostigmina amp.	01
Gentamicina amp.	
Glicose amp.	
Gluconato de Cálcio amp.	
Hidrocortisona	
Heparina ml	
Ranitidina amp.	
Lasix amp.	
Metoclopramida	
Plasmol amp.	
Profenan amp.	
Novalgina amp.	
Solucortef amp.	
Solucortef 1g	02
Tenoxicam	02
Ondansetrona	01
Dexametasona	01

MATERIAIS / SOLUÇÕES	Qtd.
Agulha desc. 25 x 7	
Agulha desc. 25 x 25	
Agulha desc. 3 x 15	
Agulha de injeção nº 25	07
Aço de Enfermagem	05
Aço Inoxidável ml	
Algodão de Crepom	05
Algodão de Gessado	
Algodão hidrófilo amp.	
Bicarbonato ml	

	Qtd.
Bolsa Coletora ml	
Calot de Óleo	
Calot De Urina Sist. Fech.	
Compressa Grande	
Compressa Pequena	
Coloneco	
Dreno	
Dreno Kehr nº	
Dreno Penrose nº	
Dreno Penrose nº	
Equipo de Macrogotas	
Equipo de Microgotas	
Equipo de Sangue	
Equipo de PVC	
Esparadrapo Largo cm	
Furacin ml	
Gaze Pacote c/ 10 unidades	30
Fio cm	
Intracath Adulto	
Intracath Infantil	
Lâmina de Bisturi nº 23	
Lâmina de Bisturi nº 11	
Lâmina de Bisturi nº 15	
Luvas 7.0	
Luvas 7.5	
Luvas 8.0	
Luvas 8.5	
Oxigênio lm	
Pomada	
PVPI Degermante 10 %	
PVPI Tópico ml	
Sabão Antisséptico	
Saco coletor Eliza	05
Seringa desc. 10 ml	02
Seringa desc. 20 ml	02
Seringa desc. 05 ml	07
Sonda	
Sonda Foley	
Sonda Nasogástrica	
Sonda Uretral nº	
Sterifrem ml	
Torneirinha	
Vaselina ml	
Gelcam 18	
Lateks	05 elétrodos

FIOS	CÓDIGO
Catgut cromado Serix	
Catgut cromado Serix	
Catgut cromado Serix	
Catgut Simples	
Catgut Simples Serix	
Catgut Simples Serix	
Catgut Simples Serix	
Cera p/ osso	
Lubcan	
Ethibond	
Ethibond	
Fio de Algodão Serix	
Fio de Algodão Serix	
Fio de Algodão Suturpak	
Fio de Algodão Suturpak	
Fio cirúrgico	
Monofilon 2-0	
Monofilon	
Prolene Serix	
Prolene Serix	
Prolene Serix	
Prolene Serix	
Vicryl Serix	
Vicryl Serix	
Vicryl Serix	

SOROS	Qtd.
SG Normotérmico 500 ml	
SG Gelado 500 ml	
SG Hipertérmico 500 ml	
SG Hipotérmico 500 ml	
SG 500 ml	06
SF 0,9 Lavar 100 ml	02

ORTESE E PRÓTESE	Qtd.
[illegible]	
[illegible]	01

EQUIPAMENTOS

- (X) Ostótomo de Pulso
- ( ) Serra
- ( ) Desbridador
- (X) Foco Fixo
- ( ) Foco Auxiliar
- ( ) Eletrocautério
- ( ) Osciloscópio
- ( ) Cardiomonitor
- ( ) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL: Flávio

VOO 004

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

Bio Implants

MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento 4012

Hospital: de Emergência e Trauma de Cuiaba Código:

Procedimento: Trat. Cir. Aff. de Fat. Exp. de Tíbia Cód. Procedimento:

Paciente: Evandro Marcelino de Paula

Data da Cirurgia: 01/12/15 Nº prontuário: 142.539 Convênio:

Cirurgião: Dr. Paulo Código: (X) Reposição ( ) Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
1	Placa Lisa p/ Tíbia			
	Pin 4,5 Haste 200mm			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

									Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº									
	Qtd.									
	Cód.									
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº									
	Qtd.									
	Cód.									
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº									
	Qtd.									
	Cód.									
Parafuso Esponjoso 6.5 mm 3/16 Curta	Nº									
	Qtd.									
	Cód.									
Parafuso Esponjoso 6.5 mm 3/32 Longa	Nº									
	Qtd.									
	Cód.									
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº									
	Qtd.									
	Cód.									

OBS.: O RECONHECIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento:

Faturar N.F para:

Cód. do consultor: Total:

Cód. Instrumentador:

Anotações do Médico

Paulo Ricardo da Costa
CRM-PE 9355 / RQE 9356-PE
TEOT 12188

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

GOVERNO DA PARAÍBA

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

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

ltério para alta de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
nhum Movimento = 0 vimenta 2 membros = 1 vimenta 4 membros = 2		
néia - 0 spiração Limitada, Dispnéia = 1 spiração profunda e tosse = 2		
+ ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
at 02 < 90 com oxigênio = 0 at 02 > 90 com oxigênio = 1 at 02 < 92% sem oxigênio = 2		
ão responde ao chamado = 0 Despertado no chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS		

Assinatura Anestesista

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

AVALIAÇÃO DIÁRIA - SAE (UTQ)
(Sistematização da Assistência e Enfermagem)

Nome: Eurindo Araújo | Enfer: 3 | Leito: 3

AVALIAÇÃO GERAL

Sinais Vitais: Tax:____°C; P/FC:_____ bpm; FR:_____ irpm; PA:_____ mmHg. HGT:_____mg/dl

Peso:_____Kg; Altura:_____cm; Dor ( )S ( )N Local:_____

Exames Laboratoriais alterados:

Necessidade de Regulação neurológica

Nível de consciência: (X)Consciente (X)Orientado ( )Confuso ( )Letárgico ( )Torporoso ( )Desorientado

GLASGOW:_____ Drogas (Sedação/Analgesia):_____

Pupilas: ( )Isocóricas ( )Anisocóricas ( )D>E ( )E>D Fotorreagentes ( )S ( )N ( )Miótica ( )Midriáticas

Mobilidade física: MMSS: ( )Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local:_____

MMII: ( )Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local:_____

Necessidade de Percepção Visual, Auditiva e sensitiva

Acuidade Visual: (X)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Acuidade Auditiva: (X)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Dor: ( )Expressão facial de dor ( )Relato verbal de dor ( )Dor à estimulação Tátil Local:_____

Necessidade de Comunicação

(X)Preservada ( )Prejudicada ( )Outro:_____

( )Comunicação não-verbal ( )Afasia ( )Disfasia ( )Disartria ( )Dislalia

Necessidade de Regulação Respiratória

Respiração: (X)Espontânea ( )Cateter nasal ( )Venturi___%___l/min ( )Traqueostomia

(X)Eupnéia ( )Taquipnéia ( )Bradipneia ( )Dispnéia ( )Outro_____

Ausculta pulmonar: MV presente ( )D ( )E Diminuídos: ( )D ( )E

Ruídos adventícios:( )Roncos ( )Sibilos ( )Creptos ( )Estridor ( )Outro:_____

Tosse: ( )S (X)N ( )Improdutiva ( )Produtiva

Expectoração: ( )S (X)N Quantidade e aspecto:_____

Secreções de vias aéreas: ( )S ( )N Permeabilidade das vias aéreas: ( )S ( )N

Necessidade de Regulação Cardiovascular

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

Pele: (X)Corada ( )Hipocrômica ( )Cianose ( )Sudoreica ( )Fria ( )Aquecida

Tempo de enchimento capilar: ( )≤ 3 segundos ( )>3 segundos Turgência Jugular ( )S ( )N

Drogas vasoativas: ( )S (X)N | Precordialgia: ( )S ( )N

Ausculta Cardíaca: (X)Rítmica ( )Arrítmica ( )Sopro ( )Outro

Punção Venosa: (X)Periférica ( )Central ( )Dissecção Localização:_____

Edema: (X)N ( )S ( )MMSS:_____ ( )MMII_____ ( )Anasarca

Observações:

Necessidade de Regulação Gastrointestinal

Tipo somático (X)Nutrido ( )Emagrecido ( )Obeso ( )Caquético

Dentição: (X)Completa ( )Incompleta ( )Uso de próteses

Alimentação: (X)VO ( )SNG ( )SOG ( )SNE ( )Gastronomia ( )Jejunostomia

Alterações: ( )Inapetência ( )Disfagia ( )Intolerância alimentar ( )Pirose ( )Náusea

( )Vômito ( )Outros:_____

Abdômen: ( )Normotenso ( )Distendido ( )Tenso ( )Ascítico ( )Outros:_____

RHA: (X)Normoativos ( )Hipoativos ( )Hiperativos

Necessidade de Eliminação

Eliminação intestinal: ( )Líquida (X)Normal ( )Constipado há_____dias ( )Outros:_____

Observações:

Eliminação urinária: (X)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência

Aspecto: ( )Claro ( )Concentrado ( )Outros:

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

[redacted]

Condição da pele: (✓)Úmida ( )Pegajosa ( )Ressecada ( )Cicatriz ( )Esquimose ( )Manchas ( )Hematoma
( )Rash ( )Pruriido ( )Descamativa ( )Lesões:

Coloração da pele: (✓)Normocorada ( )Hipocorada ( )Hipercorada ( )Ictérica ( )Cianótica

Condições das mucosas: (✓)Úmidas ( )Secas Turgor da pele: ( )Preservada ( )Diminuida

Manifestações de sede: ( )S (✓)N

Incisão cirúrgica: ( )S (✓)N Local/Aspecto:

Úlcera de pressão: ( )S (✓)N Estágio: Local: Descrição:

[redacted]

( )Independente ( )Dependente ( )Parcialmente dependente

Higiene Corporal: (✓)Satisfatória ( )Insatisfatória ( )Presença de odor

Higiene Bucal: (✓)Satisfatória ( )Insatisfatória

Necessidade de ajuda para auto-cuidado: ( )S ( )N

Limitação Física: (✓)Acamado ( )Bengala ( )Cadeira de rodas ( )Outro:

[redacted]

Preservado: (✓)S ( )N ( )Insônia ( )Dorme durante o dia ( )sono interrompido

Observações:

[redacted]

Sentimentos e Comportamentos: (✓)Cooperativo ( )Ansiedade ( )Medo ( )Aprensão
( )Agitação ( )Ausência de familiares/visita

[redacted]

Quarto passa bem, qui mutanda
medicação banho e curativo
Segue cos cuidados de enfermagem

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: HORA:

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

AVALIAÇÃO DIÁRIA - SAE (UTQ)
(Sistematização da Assistência e Enfermagem)

Nome: Edamolro Marcelino | Enfer: 3 | Leito: 3

AVALIAÇÃO GERAL

Sinais Vitais: Tax: 36,3 °C; PIFC: 18 bpm; FR: 20 irpm; PA: 110/70 mmHg; HGT: ____ mg/dl

Peso: ____ Kg; Altura: ____ cm; Dor (X) S ( ) N Local: ____

Exames Laboratoriais alterados:

Necessidade de Regulação neurológica

Nível de consciência: (X) Consciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Desorientado

GLASGOW: ____ Drogas (Sedação/Analgesia): ____

Pupilas: (X) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D Fotorreagentes ( ) S ( ) N ( ) Mióticas ( ) Midriáticas

Mobilidade física: MMSS: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local: ____

MMII: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local: ____

Necessidade de Percepção Visual, Auditiva e sensitiva

Acuidade Visual: (X) Preservada ( ) Diminuída ( ) Ausente

Acuidade Auditiva: (X) Preservada ( ) Diminuída ( ) Ausente

Dor: (X) Expressão facial de dor ( ) Relato verbal de dor ( ) Dor a estimulação Tátil Local: ____

Necessidade de Comunicação

( ) Preservado ( ) Prejudicada ( ) Outro: ____

( ) Comunicação não-verbal ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria ( ) Distafia

Necessidade de Regulação Respiratória

Respiração: (X) Espontânea ( ) Cateter nasal ( ) Venturi ___ % ___ l/min ( ) Traqueostomia

(X) Eupnéia ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outro ____

Ausculta pulmonar: MV presente ( ) D ( ) E Diminuídos: ( ) D ( ) E

Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Creptos ( ) Estridor ( ) Outro: ____

Tosse: ( ) S (X) N ( ) Improdutiva ( ) Produtiva

Expectoração: ( ) S ( ) N Quantidade e aspecto: ____

Queimaduras de vias aéreas: ( ) S ( ) N Permeabilidade das vias aéreas: ( ) S ( ) N

Necessidade de Regulação Cardiovascular

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

Pele: (X) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida

Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos ( ) >3 segundos Turgência Jugular ( ) S ( ) N

Drogas vasoativas: ( ) S ( ) N Precordialgia: ( ) S ( ) N

Ausculta Cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arítmica ( ) Sopro ( ) Outro

Função Venosa: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção Localização: ____

Edema: (X) N ( ) S ( ) MMSS: ____ ( ) MMII ____ ( ) Anasarca

Observações:

Necessidade de Regulação Gastrointestinal

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

Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Uso de próteses

Alimentação: (X) VO ( ) SNG ( ) SOG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia

Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Pirose ( ) Náusea

( ) Vômito ( ) Outros: ____

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

RHA: ( ) Normoativos ( ) Hipoativos ( ) Hiperativos

Necessidade de Eliminação

Eliminação intestinal: ( ) Líquida (X) Normal ( ) Constipado há ____ dias ( ) Outros: ____

Observações:

Eliminação urinária: (X) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência

( ) Disúria ( ) Concentrada ( ) Outros: ____

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

Necessidade de Integridade Física e Cutâneo-Mucosa

Condição da pele: ( )Úmida ( )Pegajosa ( )Ressecada ( )Cicatriz ( )Esquimose ( )Manchas ( )Hematoma ( )Rash ( )Prurido ( )Descamativa ( )Lesões:

Coloração da pele: ( )Normocorada ( )Hipocorada ( )Hipercorada ( )Ictérica ( )Cianótica

Condições das mucosas: ( )Úmidas ( )Secas Turgor da pele: ( )Preservado ( )Diminuído

Manifestações de sede: ( )S ( )N

Incisão cirúrgica: ( )S ( )N Local/Aspecto:

Úlcera de pressão: ( )S ( )N Estágio: Local: Descrição:

Necessidade do cuidado corporal

( )Independente ( )Dependente ( )Parcialmente dependente

Higiene Corporal: ( )Satisfatória ( )Insatisfatória ( )Presença de odor

Higiene Bucal: ( )Satisfatória ( )Insatisfatória

Necessidade de ajuda para auto-cuidado: ( )S ( )N

Limitação Física: ( )Acamado ( )Bengala ( )Cadeira de rodas ( )Outro:

Necessidade de sono e repouso

Preservado: ( )S ( )N ( )Insônia ( )Dorme durante o dia ( )sono interrompido

Observações:

Necessidade de Segurança e Gregária

Sentimentos e Comportamentos: ( )Cooperativo ( )Ansiedade ( )Medo ( )Apreensão ( )Agitação ( )Ausência de familiares/visita

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente Evolui com quadro
clínico ativo
diurese (+) / disúria.
evacuações (+)
Acuso Avp USC 12/30
Queixa em MMII. Fr devido Acidente de Moto.
Sono perturbado.
deambulação prejudicada.
Queixas - dorsal

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

DATA: 14/10/15 HORA:

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

AVALIAÇÃO DIÁRIA - SAE (UTQ)
(Sistematização da Assistência e Enfermagem)

Nome: Geovaldo Marcelino de Morais | Enfer: 3 | Leito: 3

AVALIAÇÃO GERAL

Sinais Vitais: Tax:____ °C; P/FC:____ bpm; FR____ irpm; PA:____ mmHg. HGT:____ mg/dl

Peso:____ Kg; Altura:____ cm; Dor ( )S (✓)N Local:____

Exames Laboratoriais alterados:

Necessidade de Regulação neurológica

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

GLASGOW:____ Drogas (Sedação/Analgesia):____

Pupilas: (✓)Isocóricas ( )Anisocóricas ( )D>E ( )E>D Fotorreagentes ( )S ( )N ( )Mióticas ( )Midriáticas

Mobilidade física: MMSS: (✓)Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local:____

MMII: ( )Preservada ( )Paresia ( ) Plegia( )Parestesia Local: Fratura H.S.D

Necessidade de Percepção Visual, Auditiva e sensitiva

Acuidade Visual: (✓)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Acuidade Auditiva: (✓)Preservada ( )Diminuída ( )Ausente

Dor: ( )Expressão facial de dor ( )Relato verbal de dor ( )Dor a estimulação Tátil Local:____

Necessidade de Comunicação

(✓)Preservada ( )Prejudicada ( )Outro:____

(✓)Comunicação não-verbal ( )Afasia ( )Disfasia ( )Disartria ( )Dislalia

Necessidade de Regulação Respiratória

Respiração: (✓)Espontânea ( )Cateter nasal ( )Venturi ____% ____l/min ( )Traqueostomia

(✓)Eupnéia ( )Taquipnéia ( )Bradipnéia ( )Dispnéia ( )Outro____

Ausculta pulmonar: MV presente (✓)D (✓)E Diminuídos: ( )D ( )E

Ruídos adventícios: ( )Roncos ( )Sibilos ( )Crepitos ( )Estridor ( )Outro:____

Tosse: ( )S (✓)N ( )Improdutiva ( )Produtiva

Expectoração: ( )S (✓)N Quantidade e aspecto:____

Oxigenoterapia de vias aéreas: ( )S (✓)N Permeabilidade das vias aéreas: (✓)S ( )N

Necessidade de Regulação Cardiovascular

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

Pele: (✓)Corada ( )Hipocorada ( )Cianose ( )Sudorese ( )Fria ( )Aquecida

Tempo de enchimento capilar: (✓)≤ 3 segundos ( )>3 segundos Turgência Jugular ( )S ( )N

Drogas vasoativas: ( )S (✓)N Precordialgia: ( )S ( )N

Ausculta Cardíaca: (✓)Rítmica ( )Arrítmica ( )Sopro ( )Outro

Punção Venosa: (✓)Periférico ( )Central ( )Dissecção Localização: HSC

Edema: (✓)N ( )S ( )MMSS:____ ( )MMII____ ( )Anasarca

Observações:

Necessidade de Regulação Gastrointestinal

Tipo somático: (✓)Nutrido ( )Emagrecido ( )Obeso ( )Caquético

Dentição: (✓)Completa ( )Incompleta ( )Uso de próteses

Alimentação: (✓)VO ( )SNG ( )SOG ( )SNE ( )Gastronomia ( )Jejunostomia

Alterações: ( )Inapetência ( )Disfagia ( )Intolerância alimentar ( )Pirose ( )Náusea

( )Vômito ( )Outros:____

Abdômen: (✓)Normotenso ( )Distendido ( )Tenso ( )Ascítico ( )Outros:____

RHA: (✓)Normoativos ( )Hipoativos ( )Hiperativos

Necessidade de Eliminação

Eliminação intestinal: ( )Líquida (✓)Normal ( )Constipado há____ dias ( )Outros:____

Observações:

Eliminação urinária: (✓)Espontânea ( )Retenção ( )Incontinência

( )SVD: Volume:____ ml de____ horas Aspecto: ( )Clara ( )Concentrada ( )Outros:____

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

Necessidade de Integridade Física e Cutâneo-Mucosa

ndição da pele: (X)Úmida ( )Pegajosa ( )Ressecada ( )Cicatriz ( )Esquimose ( )Manchas ( )Hematoma
)Rash ( )Prurido ( )Descamativa ( )Lesões:
oloração da pele: (X)Normocorada ( )Hipocorada ( )Hipercorada ( )Icterica ( )Cianótica
ondições das mucosas: (X)Úmidas ( )Secas Turgor da pele: ( )Preservada ( )Diminuída
anifestações de sede: ( )S ( )N
cisão cirúrgica ( )S ( )N Local/Aspecto:
ferida de pressão: ( )S (X)N Estágio: Local: Descrição:

Necessidade do cuidado corporal

)Independente (X)Dependente ( )Parcialmente dependente
giene Corporal: (X)Satisfatória ( )Insatisfatória ( )Presença de odor
giene Bucal: (X)Satisfatória ( )Insatisfatória
ecessidade de ajuda para auto-cuidado: ( )S ( )N
mutação Física: (X)Acomodado ( )Bengala ( )Cadeira de rodas ( )Outro:

Necessidade de sono e repouso

reservado: (X)S ( )N ( )Insônia ( )Dorme durante o dia ( )Sono interrompido
)bservações:

Necessidade de Segurança e Gregária

Sentimentos e Comportamentos: (X)Cooperativo ( )Ansiedade ( )Medo ( )Apreensão
( )Agitação ( )Ausência de familiares/visita

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente evolui bem, orientado, consciente, eupneico normocorado, aceita a dieta, durante presente, queixa de evacuações líquidas (Diarréia), n.e.p.m. e segue cuidados de enfermagem.

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: ENFERMEIRA COREN - PB. 37573

ANGELUS seguros

02 JUL. 2016

DATA: 03/10/15 HORA: 12:50

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: ENFERMEIRA COREN - PB. 37573

FONTE: BORBOLINHÃO, R. C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre.2003

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160608954 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: EVANDRO MARCELINO DE ARRUDA **Data do acidente:** 01/10/2015 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta da tíbia direita

Descrição do exame médico pericial: Ao exame apresenta cicatrizes cirúrgicas diversas em face medial da perna direita. Deambula com auxílio de muletas. Déficit no arco de movimentos do joelho direito e tornozelo direito em graus moderado e leve, respectivamente. Sem déficit neuro-vascular. Refere dor ocasional.

Resultados terapêuticos: Vítima de fratura exposta grave dos ossos da perna direita, após acidente de moto, em 01/10/2015. Submetido a tratamento cirúrgico ,em caráter de urgência, e realizada fixação externa da tíbia. Evoluiu com sofrimento de pele e infecção de partes moles, necessitando de duas limpezas cirúrgicas. Recebeu alta em 27/11/2015. Evoluiu com pseudartrose da tíbia e foi submetido a nova cirurgia após 7 meses. Não fez fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/10/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ricardo Amorim Guedes Filho

CRM do médico: 5628

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R$ 4.725,00
		Total	**35 %**	**R$ 4.725,00**

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

RUA MINISTRO JOSE AMERICO DE ALMEIDA Nº 41, SANTO ANTONIO, CAMPINA GRANDE-PB 58103-380
FONE (83)33223525

Nota Fiscal E
0- ENTRADA
1- SAÍDA
Nº 000.00 .176
SÉRIE 1
FOLHA 1

1

CHAVE DE ACESSO
2509 1207 8731 8800 0121 5500 1000 0001 7692 9429 2571

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
325090004863168 09/12/2009 15:57:44

NATUREZA OPERAÇÃO: VEND.VEIC.NOV.D/E

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 161478948

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO:

CNPJ: 07.873.188/0001-21

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL: PAULO ROBERTO SILVA

CNPJ/CPF: 021.904.424-43

DATA DA EMISSÃO: 09/12/2009

ENDEREÇO: RUA: ANTONIO FIGUEIREDO AGRA 36

BAIRRO/DISTRITO: NOVO CRUZEIRO

CEP: 58100-00

DATA DA SAÍDA/ENTRADA:

MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE

FONE/FAX: (83)87907954

UF: PB

INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENTO

HORA DE SAÍDA:

FATURA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO O ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	4.000,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.000,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA: 0-EMITENTE 1-DESTINATÁRIO 9

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1				0,000	0,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓD.PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	V.UNITÁRIO	V.DESC.	V.TOTAL	B.C.ICMS	V.ICMS	V.IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
951BXKB80 AB003702	STAR Veículo: NOVO Marca: TRAXX Tipo: MOTONETA Modelo: STAR Comb. : GASOLINA Ano Fab: 2009 Ano Mod.: 2010 Chassi : 951BXKB80AB003702 Motor : JL1P59FMB10T003708 49cc 0 Hp Cor : PRETA Renavam: 19421 NF Origem : 1354 Especie: PASSAGEIROS	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1,00	4.000,00	0,00	4.000,00	0,00	[illegible]	0,00	0,00	0,00

DOCUMENTO 6 *T6%*

ANGELUS seguros

02 JUL. 2016

07.873.188/0001-21
JC Comércio de Veículos Ltda.
Rua Ministro José Américo de Almeida, 411
SANTO ANTONIO - CEP 58103-380
CAMPINA GRANDE - PB

Inscrição no CCICMS
15.147.894-1
J. C. Comércio de Veículos Ltda
Rua Ministro José Américo de Almeida, 411, S/o. Antonio
Campina Grande - PB - CEP 58103-38
CNPJ: 07.873.188/0001-21

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR TOTAL DO ISSQN
	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PEDIDO: VN-612 PRE-VENDA: 829 VENDEDOR: SAULO FORMA PGTO: CARTAO HIPERCARD PARCELADO

RESERVADO AO FISCO

Desenvolvido por SIG-SFS

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 09/12/2009 15:57

[redacted]

10 DEZ 2009
FECHINE SERVIÇO NOTARIAL 4º OFÍCIO
ANTONIO HAMILTON FECHINE DANTAS TABELIÃO
SARAH DA SILVA FECHINE TABELIÃ
R. Marquês do Herval, 40 - Centro - 58.400-020 Campina Grande - Paraíba - Telefone 83 3321 3002
AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé.
Art. 365 - III do CPC)

DECLARAÇÃO

EU, Elvandro Marcelino de Araújo, solteiro, brasileiro, lavrador PORTADOR DO RG: 2.110.362 E CPF: 026.126.324-25 DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE NA OCASIÃO DO ACIDENTE AUTOMOBILISTICO DO QUAL FUI VITIMA FUI SOCORRIDO AO HOSPITAL POR POPULARES.

O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ

REQUERENTE: Elvandro Marcelino de Araújo

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212128055000000477155 28
Número do documento: 21102212212805500000047715528

DOCUMENTO 3 *T3%*

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 883.835.789 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/11/2010

NOME LUCIENE FERNANDES LEITE

FILIAÇÃO LUIZ FERNANDES
JOSEFA CARLOS FERNANDES

DATA DE NASCIMENTO 21/09/1966

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE PB

DOC. ORIGEM CERT. DE CASAMENTO L-B 21 F-218 RG-11439
CAMPINA GRANDE PB-1 CARTORIO

CPF 789.217.324-20

3a. VIA

CRISTIANO [illegible] ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ANGELUS seguros

02 JUL. 2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

Luciene Fernandes Leite
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

DOCUMENTO 5 *T5%*

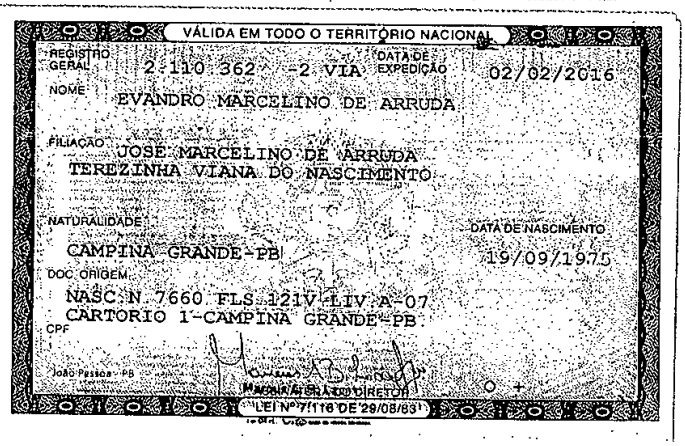
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-234

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 2.110.362 -2 VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO: 02/02/2016

NOME: EVANDRO MARCELINO DE ARRUDA

FILIAÇÃO: JOSÉ MARCELINO DE ARRUDA
TEREZINHA VIANA DO NASCIMENTO

NATURALIDADE: CAMPINA GRANDE-PB

DATA DE NASCIMENTO: 19/09/1975

DOC ORIGEM: NASC N.7660 FLS 121V LIV A-07 CARTORIO 1-CAMPINA GRANDE-PB

CPF:

João Pessoa - PB

MACIANA BRITO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ANGELUS
seguros

02 JUL. 2016

Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **026.126.324-25**

Nome da Pessoa Física: **EVANDRO MARCELINO DE ARRUDA**

Data de Nascimento: **19/09/1975**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **04/11/1995**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **08:24:41** do dia **28/07/2016** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **DC45.0403.04CC.EFB7**
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

ANGELUS
seguros
02 JUL. 2016

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212805500000047715528
Número do documento: 21102212212805500000047715528

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08303867020188152001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EVANDRO MARCELINO DE ARRUDA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**.**

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 20 de outubro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:30
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212991600000047715530
Número do documento: 21102212212991600000047715530

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2021 12:21:30
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21102212212991600000047715530
Número do documento: 21102212212991600000047715530