



Número: **0801578-27.2020.8.15.0371**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Mista de Sousa**

Última distribuição : **23/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 26.325,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ROBERTO DOS SANTOS (AUTOR)	JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA (ADVOGADO) FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA (ADVOGADO) DAYANE NUNES RAMOS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
31769 732	23/06/2020 15:54	Petição Inicial
31769 733	23/06/2020 15:54	ATO DECLARATORIO
31769 734	23/06/2020 15:54	B.O
31769 735	23/06/2020 15:54	COMP. RESID. VÍTIMA
31769 737	23/06/2020 15:54	DOC. MEDICA
31769 738	23/06/2020 15:54	LAUDO ROBERTO DOS SANTOS 01
31769 739	23/06/2020 15:54	LAUDO ROBERTO DOS SANTOS 02
31769 740	23/06/2020 15:54	LAUDO ROBERTO DOS SANTOS 03
31769 741	23/06/2020 15:54	LAUDO ROBERTO DOS SANTOS 04
31769 744	23/06/2020 15:54	PETIÇÃO INICIAL ROBERTO DOS SANTOS
31769 745	23/06/2020 15:54	PROCURAÇÃO JUDICIAL E DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA
31769 746	23/06/2020 15:54	Receita Federal do Brasil 2018
31769 748	23/06/2020 15:54	Receita Federal do Brasil 2019
31769 949	23/06/2020 15:54	Receita Federal do Brasil 2020
31769 950	23/06/2020 15:54	RG E CPF VÍTIMA
31769 951	23/06/2020 15:54	SUBSTABELECIMENTO FELIPE X DAYANE
31769 954	23/06/2020 15:56	Outros Documentos
31769 955	23/06/2020 15:56	GuiaCustas

31796 411	26/06/2020 12:05	<u>Despacho</u>	Despacho
33034 735	08/08/2020 00:46	<u>Expediente</u>	Expediente

Em anexo.



Assinado eletronicamente por: DAYANE NUNES RAMOS - 23/06/2020 15:53:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062315534654100000030461197>
Número do documento: 20062315534654100000030461197

Num. 31769732 - Pág. 1



PREFEITURA DE SOUSA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE SOUSA



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data <u>12/08/2018</u>	ID da Ocorrência <u>0048</u>	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe <u>02</u>	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base :	Hs	Hora de Chegada no Local :	Hs
---------------------------	---------------------------------	--	--------------------------	---	----------------------------	----	-------------------------------	----

Paciente / Usuário <u>ROBERTO DOS SANTOS</u>	Idade <u>30</u>	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Telefone
---	--------------------	---	----------

Local da Ocorrência: Aparecida Lastro Vieirópolis Marizópolis Nazarezinho São Gonçalo Outro:

Logradouro
VIA PÚBLICA Bairro SORRILANDIA I Médico Regulador
JERRASON

Quantidade de vítima(s) no local: Uma Duas Três Mais de três:
Apóio no local: USB USA Resgate / Bombeiros PM Resgate PRF BPTRAN STTRANS Outro:

QTA: Socorrido por Terceiros Socorrido pelos Bombeiros Evadiu-se do Local Trote Outro:

DESTINO DO PACIENTE: Atendido no Local e Liberado Encaminhado a Unidade Hospitalar Óbito no Local Óbito Durante o atendimento

HRS

Destino (Unidade Hospitalar)

Dr. Thales Oliveira

Médico

CRM/F: 16/683

Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

CLÍNICO PSIQUIÁTRICO GINECO-OBSTÉTRICO
Motivo: TRAUMA

TRANSFERÊNCIA

Hospital de Origem:

Responsável:

Hospital de Destino:

Responsável:

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> Doença Mental
<input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Doença Renal
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Drogas
<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores
<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios
<input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa	<input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo

Quais?

1 - DADOS VITAIS

PA: _____ FC: _____ FR: _____ HGT: _____ SpO2 - S/O2: _____ SpO2 - C/O2: _____

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) / EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

Vidente imobilizado com sangramento nasal e oral
hemotoma em olho D + corte contuso D + ferida C + cicatrizada
a USA - realizada fotocopia de RIN + PAUP + O2.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: _____

Intervenções: _____

Evolução do Enfermeiro:

Paciente inconsciente com sangramento oral e nasal
hemotoma periorbital esquerdo, foi encaminhado a UPA
que condussiu a paciente ao HRS

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

13 NOV. 2018

2 - VIA AÉREA

Livre Obstruída parcialmente Obstruída totalmente Corpo estranho Edema de glote Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:

Espontânea Assistida Ritmo irregular Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:

Normal Superficial Regular Irregular

2.3 - ACHADOS:

Crepitação Hemoptise Expectoração Enfisema subcutâneo Hálito Etílico

3 - CIRCULAÇÃO:

Fria Úmida Palidez Quente Seca Normal

3.1 - EDEMAS:

Não Sim - Local: _____

3.2 - PERFUSÃO

Normal Retardada (<2seg) Ausente

3.3 - PULSO

Regular Irregular Fino Cheio Ausente

3.4 - E.C.G.

Normal Alterado Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL: _____

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

Abortamento Hemorragia vaginal Trabalho de parto Normal _____ semanas

Encontrado: Decúbito Dorsal Lateral Venral Sentado Deambulando Outro: _____

Nível de Consciência: Consciente Orientado Inconsciente Algo Desorientado Desorientado Sonolento Agitado

PROCEDIMENTOS

Bomba de Infusão Desobstrução vias aéreas KED Adulto
 Cânula Orofaringea Drenagem torácica KED Infantil
 Colar cervical Desfibrilação / Cardioversão Massagem cardíaca externa
 Controle de hemorragia Entubação Orotраqueal Orotраqueal
 Cricotireostomia Inalação de Oxigênio (O₂) Prancha Longa
 Curativo Imobilização de membros Punção venosa
 Sonda vesical Sonda gástrica

Desfibrilação / Cardioversão Prancha Longa Sonda vesical
 Drenagem torácica Punção venosa Sedação
 Entubação Orotраqueal Sonda gástrica Talas / Tração
 Inalação de Oxigênio (O₂) VMI Ventilação mecânica (manual / automática)
 Imobilização de membros VMNI Outros: _____

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

PERTENÇES DA VÍTIMA

Não

Sim

Objetos: _____

Entregues a / Local: _____

Assinatura com Carimbo do recebedor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: _____ MATRÍCULA: _____

TEC. ENFERMAGEM: *Ricardo Oliveira* COREN: 1111-416

ENFERMEIRO(A): *Ricardo Oliveira da Costa* COREN: 705129

MÉDICO(A): _____ CRM: _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - Recusa Remoção Recusa Atendimento

NOME: _____ RG. / CPF: _____

ASSINATURA (RI/IRRCA): _____

Ocorrencias:

STUS VOL. 01

13 NOV. 2018

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Delegacia Regional de Polícia Civil
20ª Delegacia Seccional de Polícia
Delegacia Distrital de Cajazeiras - PB

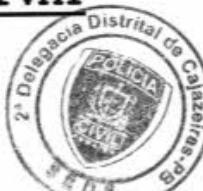


GOVERNO DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 584/2018/DPVAT

Natureza da ocorrência - **SINISTRO DE TRANSITO**
Data do fato: 18.08.2018 HORÁRIO: 18H00 MIN.
Data de notícia do fato a Depol: 19.09.2018
PRESENTE O DEL. POL. PLANTONISTA



NOTIFICANTE: ROBERTO DOS SANTOS, BRASILEIRO(A), NATURAL DE JARDIM/CE, SOLTEIRO, PINTOR, NASCIDO(A) EM 01.06.1989, FILHO DE FRANCISCA ANA DOS SANTOS, RESIDENTE RUA FRANCISCO PAULINO DA SILVA, 88, BAIRRO SORRILANDIA - SOUSA -PB. RG 3392885 SSP/PB.

VÍTIMA: O PRÓPRIO DECLARANTE.

HISTÓRICO DO FATO,

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE:** QUE no dia e horário acima descritos a vítima, ROBERTO DOS SANTOS, ao conduzir uma MOTOCICLETA HONDA NXR 160 BROS ESDD, ANO FAB/MOD 2015/2016, PLACA QFF8584/PB, CHASSI 9C2KD0810FR438549, RENAVAM 01048428890, MATRICULADO EM NOME DE ROBERTO DOS SANTOS quando trafegava em uma das ruas da cidade de Sousa-PB, quando ao passar sobre um quebra molas (redutor de velocidade), em seguida a motocicleta derrapou, vindo a perder o controle e a cair ao solo; QUE o declarante foi socorrido pelo SAMU e conduzido ao Hospital Regional de Sousa - HRS; **QUE A VÍTIMA SOFREU LESÃO NO OMBRO ESQUERDO, COM FRATURA, TENDO SUBMETIDO-SE A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA, ALÉM DE OUTROS TRAUMAS PELO CORPO, CONFORME LAUDO MÉDICO;** QUE diante dos fatos o notificante, procurador constituído, veio a esta Delegacia solicitar certidão para encaminhamentos de seguro DPVAT. EM VIRTUDE DESTE FATO VEIO A ESTA DELEGACIA PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS E CIVIS. Segundo determinação da portaria nº 352/2013/DGERAL/SEDS/PB, onde determina que os Boletins de Ocorrência sejam registradas em qualquer Delegacia deste Estado. Nada mais a consignar.

Cajazeiras-PB, 19 de setembro de 2018.



Notificante

Testemunha Arrogada

POLEGAR
DIREITO

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Elisangela N. Dantas

Mat. 155.719-0

Elisangela N. Dantas
Escrivã de Polícia
Mat. 155.719-0

13 NOV. 2018



FRANCISCA ANA DOS SANTOS
RUA FRANCISCO PAULINO DA SILVA, 88 - SORRILANDIA
SCUSA / PB CEP: 58605-110 (Ag. 177)

Emissão: 23/07/2018 Referência: Jul / 2018

Classif/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA FAZENDA MONOFÁSICO Br/200 Km/25 - Crato/RN Endereço: Rua Peixoto IFB - CEP: 58671-000 CNPJ: 09.096.182/0001-46 Ins. Est: 16.015.102-0

Ritmo: 12 - 177 - 195 - 386 Cód. medidor: 00003046788

energisa
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.096.182/0001-46 Ins. Est: 16.015.102-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°098 889 384
Cód. para Débito Automático: 00003461894

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF / CNPJ / RANI
Jul / 2018 23/07/2018 22/08/2018 489.114.342-8
Insc. Est.

5/846686-4

UC (Unidade Consumidora):

Canal de contato
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

CCI	Descrição	Anterior	Data	Leratura	Atual	Data	Leratura	Constante	Consumo	Dias	Demonstrativo			
											Quantidade	Unidade	Valor Base Cál. Alc. Ims(R\$) Icms	Base Cál. Pto(R\$) Pto(Cofre(R\$))
0601	Consumo até 30MWh-BR	21/06/18	18675	23/07/18	18730			1	155	32	30.000	0.253290	7.58	7.58 27 2.06 35.93 0.08 0.38
0601	Consumo - 31 a 100MWh-BR					10.000	0.434210	30.39	30.39 27 8.20 30.99 0.33 1.62					
0601	Consumo - 101 a 230MWh-BR					85.000	0.861500	35.82	35.82 27 8.67 35.82 0.38 1.76					
0601	Adic. B Vermelha							7.60	7.60 27 2.06 7.60 0.08 0.32					
0610	Subsídio							44.72	44.72 27 12.97 44.72 0.48 2.22					
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS														
0807	CONTRIBUÇÃO IUM PÚBLICA							10.88	0.00 0 0.00 0.00 0.00 0.00					
0804	JUROS DE MORA 08/2018							0.17	0.00 0 0.00 0.00 0.00 0.00					
0805	MULTA 08/2018							2.05	0.00 0 0.00 0.00 0.00 0.00					
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018							0.31	0.00 0 0.00 0.00 0.00 0.00					
0908	Divulgação Subsídio							-29.93	0.00 0 0.00 0.00 0.00 0.00					

CCI Código de Classificação do item TOTAL 109.80 126.12 34.05 126.12 1.36 6.95

TOTAL A PAGAR
R\$ 109,60

Média últimos meses (kWh)
193

VENCIMENTO
30/07/2018

Histórico de Consumo (kWh)
175 | 196 | 218 | 238 | 188 | 202 | 221 | 217 | 188 | 189 | 122 | 189
JUN/17 Agosto/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18

TESTEIRO: f070.e6db.8656.c14b.a8a4.7c60.c2ab.bd8a.

Indicadores de Qualidade			5/2018 - Série		
Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	12.32	NOMINAL	Contratada	18.94	1.7
DIC TRIMESTRAL	24.60	0.00	Limite Inferior	27.90	1.4
DIC ANUAL	2.48	0.00	Limite Superior	54.25	1.5
FIC MENSAL	8.97	0.00	Excedente Self-consumo	55.71	0.0
FIC TRIMESTRAL	13.95	0.00	Importos Diretos e Encarregos	10.00	0.0
FIC ANUAL	2.63	0.00	Outros Serviços	Total	109.60 100.00
DPMC	12.22	0.00			
DICR					

Válida no EPGC Ref. 5/2018/R832.017

ATENÇÃO
Sua unidade foi reembolsada no valor de R\$ 109,60, dentro do prazo de 10 dias úteis.

Faturas em atraso

13 NOV. 2018





Digitized by UNIGE (see also [here](#))

ESTADO DA PARAÍBA

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO: NATUREZA DA CONSULTA

13 NOV 2018



PACIENTE ROBERTO DOS SANTOS

Nº. 87700

REQUISITANTE: DR THALES OLIVEIRA

DATA 12/08/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HELICOIDAL DE CRÂNIO

TÉCNICA:

Exame realizado no plano axial, com cortes de 4,0mm de espessura na fossa posterior, e 6,0mm de espessura na região supratentorial, sem utilização do produto de contraste endovenoso, por solicitação do médico assistente.

Obs: Paciente inquieto degradando a aquisição de algumas imagens.

RELATÓRIO:

1. Descontinuidade da cortical óssea frontal, temporal, e do processo frontal do ziomártico à esquerda.
2. Focos com densidade de gá na região frontotemporal esquerda.
3. Imagens amorfas, hiperdensas, esparsas pelo parênquima encefálico, e no mesenéfalo à direita.
4. Hipertacuação espontânea preenchendo alguns sulcos entre os giros corticais.
5. Sistema ventricular apresenta morfologia, dimensões e coeficiente de atenuação normais.
6. Não há evidência de desvio da linha média.
7. Aumento de partes moles na região frontotemporal bilateral, e periorbitária esquerda com enfisema subcutâneo regional..
8. Material com atenuação de líquido espesso ou partes moles preenchendo parcialmente o seio maxilar direito, seio esfenoidal e células etmoidais.



13 NOV. 2018

Obs.:

As informações contidas nesse resultado, representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Esse laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.



Centro de Imagem Dr. Péricles Neves - R. Genílio Vargas, 21 Centro - Ceará PB - Fone: 83 3522.2766 - pericles.neves@uol.com.br

Dr. José Péricles Rodrigues Neves - Município Touros - Cidade Branca - Rua Radialista nº 2917 - CRM 1933 PB

Dra. Marcella Contino Neves Almeida - CRM 6089 PB

Fone: 83 3522.1900





SUS
SISTEMA
ÚNICO
DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DER MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES
Sousa - PB.

29 anos -

MAT.: 130915

Name: Roberto dos Santos

Bloco: Apt.º: Leito:

D.N.: 01/06/1989

Est. Civil: Solteiro

Resp.: Francisco Ana dos Santos

Rua: Foo Pauhino da Silva

Cidade: Sousa

Est.: PB

Médico Assistente: Dr. Geraldo

Clinica: Cirúrgica Francisco Lapa

Data da Internação: 11/09/2018

Peso: Temperatura: R.A.:

ANAMNESE:

Queixa Principal:

História da Doença Atual: Sente-se + de 20 dias fácul
acident de moto (fez 7 m) e
a produtividade de sueos
espirais

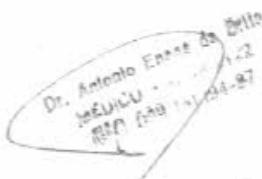
EXAME FÍSICO: Pto Rx Seta marcou claudy
Grau IV

DIAGNÓSTICO:

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO



13 NOV. 2018





HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Estado da Paraíba
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DER. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

13 NOV. 2018

Assinado eletronicamente por: DAYANE NUNES RAMOS - 23/06/2020 15:53:49
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006231553486420000030461202>
Número do documento: 2006231553486420000030461202

Num. 31769737 - Pág. 4

H.R.S

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
<i>Roseli dos Santos</i>		130915	
Data Operação	12/08/18	Enf.	Leito
Operador	<i>Dr. Júnio</i>	1.º Auxiliar	
2.º Auxiliar		3.º Auxiliar	Instrumentador
Anestesista	<i>Dr. Benicio</i>	Tipo de Anestesia <i>Bloco</i>	
Diagnóstico Pré-Operatório	<i>Sinocist保卫粘膜下囊肿</i>		
Tipo de Operação	<i>Extracirurgia e fixação</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório	<i>Oncor</i>		
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

*ret. Bloco, auxili 2 sus - sus
d' duração e 1 mês as visual
el da base de lib test afixar
hemostase. Afilar o cophle. Osteot
fixar. E do lado direito um d
sutura p flaco e cutâneo oduira*

*Dr. Antônio Enes da Brito
MÉDICO - Cirurgião
CRM-059-241.194-87*

13 NOV. 2018



Not intended for official interpretation.

ROBERTO DOS SANTOS

20180812-01-0031

M

Pelve

8/12/2018

8:43 PM

Initial Hospital Name

Operator eleva

- kV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:0.95 g:3.5 sb:2.5 eq:0 nr:0 dc:3.6 b..

Zoom 100%



13 NOV. 2018

SID mm

L 2047
W 4095



Assinado eletronicamente por: DAYANE NUNES RAMOS - 23/06/2020 15:53:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062315534864200000030461202>

Número do documento: 20062315534864200000030461202

Num. 31769737 - Pág. 6

Not intended for official interpretation.



13 NOV. 2018



Assinado eletronicamente por: DAYANE NUNES RAMOS - 23/06/2020 15:53:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062315534864200000030461202>
Número do documento: 20062315534864200000030461202

Num. 31769737 - Pág. 7

Not intended for official interpretation.



13 NOV. 2018



Assinado eletronicamente por: DAYANE NUNES RAMOS - 23/06/2020 15:53:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062315534864200000030461202>
Número do documento: 20062315534864200000030461202

Num. 31769737 - Pág. 8

Not intended for official interpretation.



13 NOV. 2018



Assinado eletronicamente por: DAYANE NUNES RAMOS - 23/06/2020 15:53:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062315534864200000030461202>
Número do documento: 20062315534864200000030461202

Num. 31769737 - Pág. 9

Not intended for official interpretation.

ROBERTO DOS SANTOS

20180812-01-0031

M

Tórax

8/12/2018

8:44 PM

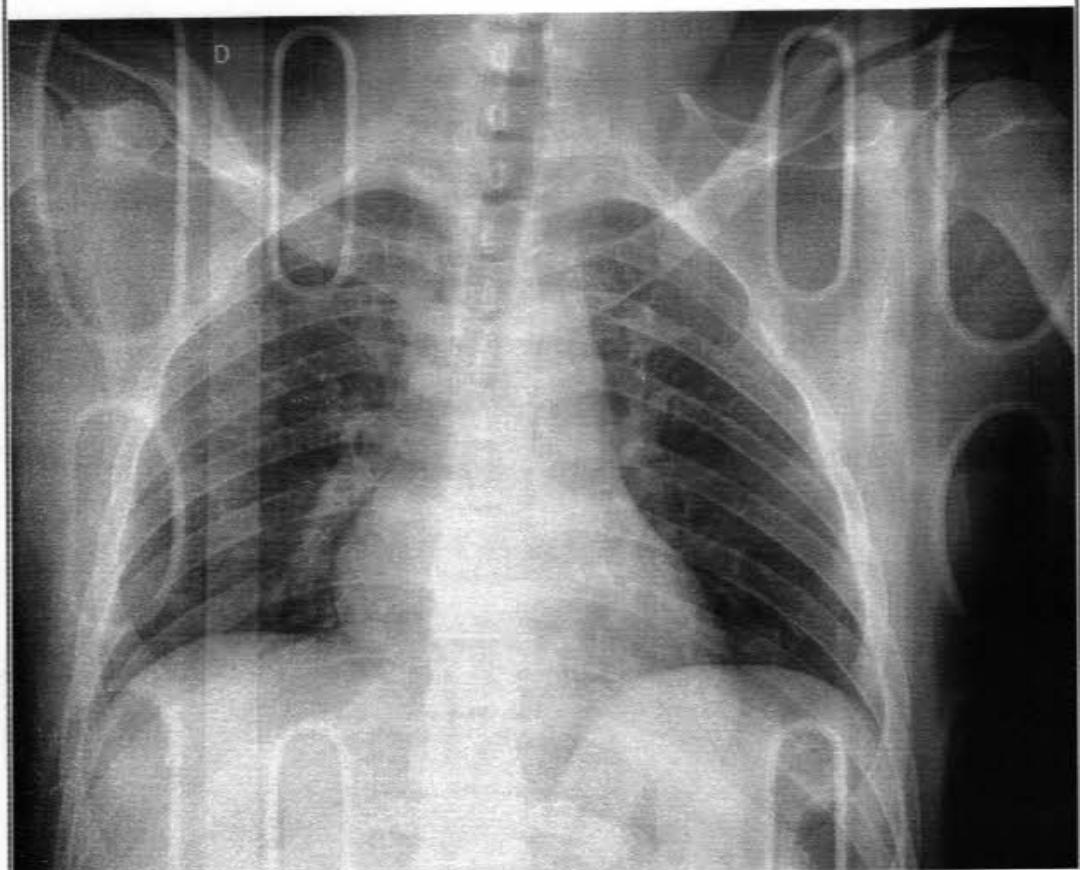
Initial Hospital Name:

Operator eleva

- kV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:1,38 g:2,6 sb:6,01 eq:0,7 nr:0,65 dc...

Zoom 100%



13 NOV. 2018

800 mm

L 2047
W 4095



Assinado eletronicamente por: DAYANE NUNES RAMOS - 23/06/2020 15:53:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062315534864200000030461202>

Número do documento: 20062315534864200000030461202

Num. 31769737 - Pág. 10



GOVERNO
DA PARÁBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TUTAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Roberto da Silva		
End:	Av. Tancredo Neves		
Data de Nascimento:	01-06-89		
Queixa:	Dor de cabeça		
Acidente de trabalho?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	
Pressão arterial:	
Dosagem de HGT:	
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

- Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

MOD. 110

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

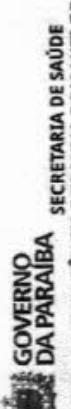
Eduardo F.C.N. Barbosa

Enfermeiro 30.725

Assinatura e carimbo profissional

13 NOV. 2018





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



**ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº:1712869**

CLASS: DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Makhinas, Campina Grande - PB, CEP: 58032-809 Data: 13/08/2018

Bolema de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Marcella Cristina De Melo Pereira
Nascimento:01/06/1989

PACIENTE: ROBERTO DOS SANTOS CEP:58225000

Endereço:FRANCISCO PAULINO DA SILVA Sexo:M
Idade:029

Cidade: Solânea RG: 3392885

Nome da Mae: FRANCISCA ANA DOS SANTOS CPF: 07906163435

Estado Civil:Sóteiro(a)

Data de Atend:13/08/2018

Motivo: QUIDADA DE MOTO CNS:700001452961500

Hora: 23:26:58 CONVÉNIOS/SUS

Médico:

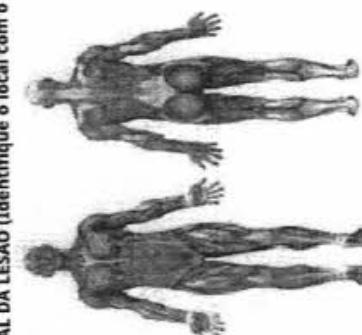
CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abraçado
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfimema subcutâneo
10. Errugamento
11. Equimose
- 12.F. Arma branca
- 13.F. Arma de fogo
- 14.F. Cortiça
- 15.F. Contusão
- 16.F. Corte-contusão
- 17.F. Perfurado-contusão
- 18.F. Perfuro-contusão
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinária
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parasita
32. Parastasia
33. Queloidadura
34. Rinorréia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____ %
DIAGNÓSTICO / CID:

Grau: () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

16/08/18
6

16/08/18
5

16/08/18
4

16/08/18
3

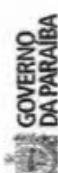
16/08/18
2

16/08/18
1

16/08/18

13 NOV. 2018





SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Ferri

13 NOV. 2018



18108/18~08hs. ~PA: 130x80 mmhg ~Apeios SVT; medicação corpos
m prescrição médica; realizados exames gerais

Camila Adelaide Volney
REC. ENFERMEIRAGEM
COREN/PR 831.249

13 NOV. 2018



Assinado eletronicamente por: DAYANE NUNES RAMOS - 23/06/2020 15:53:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062315534864200000030461202>
Número do documento: 20062315534864200000030461202

Num. 31769737 - Pág. 14



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Roberto dos Santos | Registro: | Leito: 32 | Setor Atual: Clínica

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:

+CE

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

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

Mobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local:

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

Abs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: Espontânea Cateter Nasal Venturi % l/min Traqueostomia Ayre/Tubo T
 VMNI VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O
 Eupnéia; Taquipnéia Bradipnéia Dispnéia Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: Diminuídos D E

Ruídos adventícios: () Roncos Sibilos Estridor Outros:

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS 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.

13 NOV. 2018

ANEDOCTICAO DE ENFERMAGEM

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

13 NOV. 2018



PREScrição MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1712873 Paciente: ROBERTO DOS SANTOS Idade: 029

Nome da Mãe: FRANCISCA ANA DOS SANTOS Data de Nascimento: 01/06/1989 Sexo: M

Clinica: AREA VERMELHA Enfermaria: AREA VERMELHA Leito: 12 Diagnóstico: TCE

DIA 14/08/2018

MÉDICO(A): Alfredo Daniel Sousa Neto /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	06/11/2006 24/06/2006
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	06/12/2006
	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
	SE VOMITOS	
4	OMEPRAZOL INJ 40MG E.V. IFRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h)	(06)FF
	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	(06)FF
5	SE DOR REFRATARIA	
6	GLICOSE A 50% 10 ML E.V. 2AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	Cte
	SE HGT<70MG/DL	
7	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP, FAZER SE NECESSARIO	Cte
	SE PA>180X110MMHG	
8	DECUBITO ELEVADO	Cte
	DECUBITO ELEVADO A 30 GRAUS	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	Cte
10	GLICEMIA CAPILAR A CRITERIO 6h/6h	
	CORRIGIR CONFORME PROTOCOLO	24/06

13 NOV 2018



ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - DIURNO

15.08.18 15:00 Reunião admínistrativa realizada com o Dr. Dayane Nunes Ramos.

ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - NOTURNO

13 NOV. 2018

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:**TÉCNICO DE ENFERMAGEM:****SONDAS, CATETERES E DRENOS**

SVD	AVP	AVC	PIA	PAM	TOT	TQT	SNE	SNG	DRENOS

ÚLTIMA EVACUAÇÃO:

ASPECTO:

BALANÇO HÍDRICO ATUAL:

BALANÇO HÍDRICO ANTERIOR:

BALANÇO HÍDRICO ACUMULADO:

FERIDAS / LESÕES**CURATIVOS / COBERTURAS / PRODUTOS UTILIZADOS**

ENFERMEIRO:

ENFERMEIRO:





Ribeiro Júnior Gomatos

FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

SETOR:

HD:

LEITO: 12 DATA: 15/08/18

HORÁRIO	7	8	9	10	11	(12)	13	14	15	(16)	17	18	12H
P. ARTERIAL	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87
PULSO/FC	86	86	86	86	86	86	86	86	86	86	86	86	86
TEMPERATURA	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5
RESPIRAÇÃO	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
SAT. 02	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
PVC	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
PIA	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
HGT	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
SF 0,9%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
SPL	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
SG 5%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
SORO EXTRA	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
SEDACÃO	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ANALGESIA	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
MEDICAÇÕES	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
NORA	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
DORA	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
HEMODERIVADOS	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
NPT	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
DIETA	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
ÁGUA	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
MEDICAÇÕES	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
SNGL/VÔMITOS	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
FESSES	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
DIURESE	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
HEMODIALISE	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
DRENO TÓRAX D	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
DRENO TÓRAX E	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
DRENO SUCCÃO	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
D. CAVITARIO	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
DVE	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

GANHOS 12H D/A=

PERDAS 12H D/A=

BH D/A=

PERDAS 12H NOTE=

GANHOS 12H NOTE=

BH NOITE=

GANHOS 24H D/A=

PERDAS 24H =

BH 24H=

ASSINATURA:

13 NOV 2018

Num. 31769737 - Pág. 19



Assinado eletronicamente por: DAYANE NUNES RAMOS - 23/06/2020 15:53:49

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062315534864200000030461202

Número do documento: 20062315534864200000030461202



Data: 15/08/2018
Horas: 09:40:05
Médico (a) Diarista : Alfredo Daniel Sousa Neto

3
OK

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1712873 Paciente: ROBERTO DOS SANTOS Idade: 029

Nome da Mãe: FRANCISCA ANA DOS SANTOS Data de Nascimento: 01/06/1989 Sexo: M

Clinica: AREA VERMELHA Enfermaria: AREA VERMELHA Leito: 12 Diagnóstico: TCE

DIA 15/08/2018

MÉDICO(A): Alfredo Daniel Sousa Neto /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA BRANDA	09-12-15-18-25-06
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	11-12-06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12-18-24-06
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	OK
	SE VOMITOS	
5	OMEPRAZOL INJ 40MG E.V, 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h)	06-08
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	OK
	SE DOR REFRATARIA	
7	GLICOSE A 50% 10 ML E.V, 2AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	OK
	SE HGT<70MG/DL	
8	CAPTOPRIL 25 MG V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO	OK
	SE PA>180X110MMHG	
9	DECUBITO ELEVADO	OK
	DECUBITO ELEVADO A 30 GRAUS	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	OK
11	GLICEMIA CAPILAR A CRITERIO 6h/6h	OK
	CORRIGIR CONFORME PROTOCOLO	

Pronta Sigan Sigan 13,
RTEN, Mahrzuk 14 mahr.

HGT = 44 (M)

DS (M)

Dr. Alfredo Daniel
NEUROLOGIA
031-9122007-21-134436-56

CD: - Transfiri P/ enfermaria,

Admitido na Área Amarela às 12:35hrs.

13 NOV. 2018

1/1



conforme prescrição médica.

PA 130 + 80

17/08
20.00h
PA: 120 x 80

13 NOV. 2018

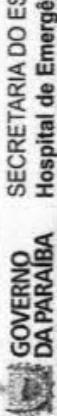
sample, estimate code obtained



NOME				GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE																																					
IDADE		ENFERMARIA		LEITO:		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes																																					
H. D.		ADMISSÃO		HORA																																							
FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS																																											
PROCEDÊNCIA:																																											
<p>MOTIVO INTERNAÇÃO: <input type="checkbox"/> DVM <input type="checkbox"/> IRpA <input type="checkbox"/> Choque <input type="checkbox"/> I.R. Renal <input type="checkbox"/> Coma Neuro <input type="checkbox"/> ICO <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> PNM</p> <p>ANTECEDENTES: <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> ICO <input type="checkbox"/> Cirurgia</p> <p>HDA: <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Outros:</p>																																											
<p>DRENOS: <input type="checkbox"/> Pleural D <input type="checkbox"/> Pleural E <input type="checkbox"/> Mediastinal <input type="checkbox"/> Oscilante <input type="checkbox"/> Borbulhante. Débito _____</p> <p>Perfusão: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Deficiente</p> <p>Edema: Regiões: _____</p> <p>Cáculos _____</p>																																											
<p>CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE</p> <table border="0"> <tr> <td>CD:</td> <td><input type="checkbox"/> THB</td> <td><input type="checkbox"/> TEP <small>pasiva</small></td> <td><input type="checkbox"/> TEP <small>ativa</small></td> <td><input type="checkbox"/> VNI</td> <td><input type="checkbox"/> O₂</td> </tr> <tr> <td>Aspiração</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> TMV</td> <td><input type="checkbox"/> Decanulação</td> <td><input type="checkbox"/> Cinesioterapia</td> <td><input type="checkbox"/> MRP</td> </tr> <tr> <td>Treino de Marcha</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Orientações</td> <td><input type="checkbox"/> Treino equilíbrio</td> <td><input type="checkbox"/> Transferências</td> <td><input type="checkbox"/> Sedestação</td> </tr> <tr> <td>Ortoestatismo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Marcha</td> <td><input type="checkbox"/> Estimulação sensorial</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Posicionamento:</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>Outros:</td> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> Treino Musc. Pré decanulação</td> </tr> </table>								CD:	<input type="checkbox"/> THB	<input type="checkbox"/> TEP <small>pasiva</small>	<input type="checkbox"/> TEP <small>ativa</small>	<input type="checkbox"/> VNI	<input type="checkbox"/> O ₂	Aspiração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TMV	<input type="checkbox"/> Decanulação	<input type="checkbox"/> Cinesioterapia	<input type="checkbox"/> MRP	Treino de Marcha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Orientações	<input type="checkbox"/> Treino equilíbrio	<input type="checkbox"/> Transferências	<input type="checkbox"/> Sedestação	Ortoestatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Marcha	<input type="checkbox"/> Estimulação sensorial			Posicionamento:						Outros:	<input type="checkbox"/> Treino Musc. Pré decanulação				
CD:	<input type="checkbox"/> THB	<input type="checkbox"/> TEP <small>pasiva</small>	<input type="checkbox"/> TEP <small>ativa</small>	<input type="checkbox"/> VNI	<input type="checkbox"/> O ₂																																						
Aspiração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TMV	<input type="checkbox"/> Decanulação	<input type="checkbox"/> Cinesioterapia	<input type="checkbox"/> MRP																																						
Treino de Marcha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Orientações	<input type="checkbox"/> Treino equilíbrio	<input type="checkbox"/> Transferências	<input type="checkbox"/> Sedestação																																						
Ortoestatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Marcha	<input type="checkbox"/> Estimulação sensorial																																								
Posicionamento:																																											
Outros:	<input type="checkbox"/> Treino Musc. Pré decanulação																																										
Observações:																																											
SV:	FC	Bpm	FR	Ipm	PA:	SpO ₂	% T ec																																				
ESTADO GERAL: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Gravíssimo																																											
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Comatoso Glasgow																																											
Tônus: <input type="checkbox"/> Hipo <input type="checkbox"/> Hiper <input type="checkbox"/> Normal																																											
Reflexos: <input type="checkbox"/> Aumentos <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Normal Força muscular: (Grau): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5																																											
Bloqueios Articulares (Regiões)																																											
SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR																																											
<p><input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Saím alterações</p> <p>SUporte VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Com TQT <input type="checkbox"/> Sem TQT <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> VMI</p> <p>O₂ SUPLEMENTAR: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> CEN <input type="checkbox"/> Aerosol <input type="checkbox"/> Másc. Simples <input type="checkbox"/> Másc. Sistema de Venturi %</p> <p><input type="checkbox"/> Másc. Reinaleração parc. <input type="checkbox"/> Másc. não Reinaleração <input type="checkbox"/> Másc. de Reservatório. Fluxo _____ l/min</p> <p>DESCONFORTO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> BAN <input type="checkbox"/> Irritantes suprachavículares <input type="checkbox"/> Tragens intercostais <input type="checkbox"/> Trigêns subcostais</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de musc. acessórios Insp./Exp. <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Estridor _____ /4+</p>																																											
OBSTRUÇÃO DE VAS: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____																																											
PADRÃO VENTILATORIO: <input type="checkbox"/> Costal <input type="checkbox"/> Diafragmático <input type="checkbox"/> Mistº <input type="checkbox"/> Paradoxal <input type="checkbox"/> Superficial																																											
EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Simétrica <input type="checkbox"/> Assimétrica _____																																											
<p>Auscultação Pulmonar: _____ Ralo X Tórax: _____</p> <p>Campina Grande, _____ / _____ / _____</p>																																											
DIAGNÓSTICO FISIOTERAPEUTICO:																																											
<p>TOSSE: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Não produtiva <input type="checkbox"/> Eficaz <input type="checkbox"/> Deglute <input type="checkbox"/> Expectorada <input type="checkbox"/> Ineficaz</p> <p>SECREÇÃO: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, QUANTIDADE: <input type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Grande.</p> <p>COMPOSIÇÃO: <input type="checkbox"/> Hialina <input type="checkbox"/> Mucóide <input type="checkbox"/> Mucopurulenta <input type="checkbox"/> Purulenta <input type="checkbox"/> Sanguinolenta</p> <p>COR SECREÇÃO: <input type="checkbox"/> Incolor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Marrom <input type="checkbox"/> Rosada <input type="checkbox"/> Vermelha</p>																																											

Folha de avaliação/REPITO

NOME	Roberto dos Santos		
IDADE	29 a	ENFERMARIA	1
H. D.	+ Cé	ADMISSÃO	20.08.18
LEITO:	4	HORA	7



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

PROCEDÊNCIA:

Hemorragia

Outras:

Motivo Internação: DVM IRpA Choque I. Renal Coma Neuro ICO Trauma PNM

Antecedentes: DPOC AVC HAS DM RM ICO Cirurgia

HDA: *Roberto dos Santos, alcoolizado, alergico a medicamentos, hipertensão arterial, sensibilidade generalizada, A.P., hiperlipidemia, A.H.T.A./A.*

Motivo Consulta: *Alcoolizado, alergico a medicamentos, hipertensão arterial, sensibilidade generalizada, A.P., hiperlipidemia, A.H.T.A./A.*

Exames:

DRENOS: Pleural D. Pleural E. Mediastinal Oscilante Borbullante. Débito _____

Perfusion: Normal Deficiente

Edema, Regulares:

Cacicos

Edema, Regulares;

CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE

CD: THB TEP VNI TEP VNI

Aspiração TMV

Decanulação

O2

Treino de Marcha Orientações

Treino equilíbrio

Transferências

Sudorelação

Marcha Estimulação sensorial

Positionamento:

Treino Musc. Pré decanulação

Outros:

Observações:

SV: FC bpm FR Irmn Pa: SpO2 % T °C

ESTADO GERAL: Bom Regular Grave Gravíssimo

NIVEL DE CONSCIÊNCIA: Accordado Sonolento Torporoso Comatoso Glasgow *5*

Tônus: Hipo Hiper Normal

Trofismo: Hipo Hiper Normal

Reflexos: Aumentos Diminuídos Normal

Força Muscular: (Grau): 1 2 3 4 5

Bloqueios Articulares (Regiões)

SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR

Eupneico Sem alterações

SUPORTE VENTILATÓRIO: Éspontâneo Com TQT Sem TQT DVNI *_____* DVMV

O2 SUPLEMENTAR: Não O2CEN Aerosol Másc. Simples Másc./Sistema de Venturi *_____*

Másc. Reinalação parc. Másc. não Reinalação Másc. de Reservatório. Fluxo *_____* l/min

DESCONFORTO VENTILATÓRIO: BAN Tragens supraclaviculares Tragens intercostais Tragens subcostais

Uso de musc. acessórios insp./Exp. Cianose Taquipnéia Bradipnéia Resp. paradoxal Estridor *_____*/4+

OBSTRUÇÃO DE VAS: Não Sim *_____*

PADRÃO VENTILATÓRIO: Costal Diafragmático Misto Paradoxal Superficial

EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: Normal Diminuída Simétrica Assimétrica *_____*

Ausculta Pulmonar *_____* Ralo X Tórax: *_____*

TOSSE: Sim Não Produtiva Não produtiva Eficaz Deglute Expectora Ineficaz

SECREÇÃO: Sim Quantidade: Pequena Média Grande.

COMPOSIÇÃO: Hialina Mucóide Mucopurulenta Purulenta Sanguinolenta

COR SECREÇÃO: Incolor Branca Amarela Verde Marrom Rosada Vermelha

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO: *TCE*

Sebastião Coutinho Tavares
FISIOTERAPÉUTA
CREFTO 15344-E

Campina Grande,

20/08/2018



Dra. Danyelle Dias Nobre Cartaxo

Graduada pela Faculdade Santa Maria.
Formação em Perícia e Assistência Técnica Judicial para Fisioterapeutas.

Atestado Fisioterapêutico

Trata-se do Paciente **Roberto dos Santos**, 29 anos, vítima de acidente com moto no município de Sousa— PB no dia 12/08/2018 com BO de número 584/2018.

Apresentava, em decorrência do acidente, luxação acrômio-clavicular do ombro esquerdo, trauma com fratura na região fronto-occipital do crânio (TCE moderado) e escoriações pelo o corpo.

Foi submetido a internação na UTI por um período de 15 dias, em seguida o mesmo foi submetido a imobilização no **MSE** com uso de tipoia por um período de 15 dias, posteriormente o mesmo foi submetido a procedimento cirúrgico para tratamento da luxação acrômio clavicular esquerdo com redução + colocação de fixação com 02 fios de Kirschner por um período de 60 dias, em seguida o mesmo submeteu-se a novo procedimento cirúrgico para a retirada dos 02 fios de Kirschner e tratamento conservador para o TCE com uso de anti-inflamatório, analgésico e repouso. O mesmo relata que realizou 10 sessões de fisioterapia e recebeu alta definitiva em 27/11/2018.

Ao exame:

Observo presença de cicatrizes pelo o corpo.

Luxação acrômio clavicular esquerda apresenta, 01 cicatriz plana com cerca de 05cm localizado na face anterior do ombro esquerdo (Cicatriz de acesso cirúrgico), edema residual muito importante, parestesia no **MSE**, dor a palpação, dor a mobilização passiva e ativa, bloqueio ativo dos movimentos de elevação e abdução, diminuição de força muscular dos movimentos de flexão, extensão, adução, abdução horizontal e rotação (externa e interna) e diminuição da ADM do **MSE** para as AVDs.

Dra Danyelle Cartaxo

Fisioterapeuta

CREFI TO 01777-7

COFFITO, Resolução nº, 381, de 03 de novembro de 2010, Dispõe em seu artigo 1º que o fisioterapeuta no âmbito de sua atuação profissional é competente para elaborar e emitir parecer, atestado ou laudo pericial.

26 DEZ. 2018



Região fronto-occipital do crânio apresenta dor a palpação.

O mesmo relata presença de episódios de cefaleia com grande intensidade, vertigens frequentes, distúrbios do sono, distúrbios da memória remota e recente e parestesia.

Do exposto, concluo que há debilidade permanente e limitação em 75% da capacidade funcional do MSE e que há sequelas de TCE, considerando comprometimento funcional permanente para as atividades laborativas e/ou da vida diária.

Sousa, 18.12.2018

Dra Danyelle Cartaxo

Fisioterapeuta

CREFITO 191777-7

Danyelle Dias Nobre Cartaxo

CREFITO: 191777-7

FISIOTERAPIA

126 DEZ. 2018

COFFITO, Resolução nº. 381, de 03 de novembro de 2010, Dispõe em seu artigo 1º que o fisioterapeuta no âmbito de sua atuação profissional é competente para elaborar e emitir parecer, atestado ou laudo pericial.



RESOLUÇÃO N°. 381/2010

**CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
RESOLUÇÃO n°. 381, DE NOVEMBRO DE 2010.**

Dispõe sobre a elaboração e emissão pelo Fisioterapeuta de atestados, pareceres e laudos periciais.

O Plenário do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, no exercício de suas atribuições e regimentais, em sua 208º Reunião Plenária Ordinária, realizada no dia 03 de novembro de 2010, em sua subsede, situada na Rua Napoleão de Barros, nº. 471, Vila Clementino, São Paulo-SP:

CONSIDERANDO suas prerrogativas legais dispostas na Lei Federal 6.316 de 17/12/1975; CONSIDERANDO o disposto na norma do parágrafo 1º do artigo 145, da Lei 5.869/73 e suas alterações;

CONSIDERANDO o disposto na norma da Resolução COFFITO nº 80, de 09 de maio de 1987; CONSIDERANDO o disposto na norma do artigo 5º da Resolução COFFITO nº 123 de 19 de março de 1991;

CONSIDERANDO o disposto na norma da Resolução COFFITO nº 259, de 18 de dezembro de 2003;

CONSIDERANDO o disposto na norma da Resolução do Conselho Nacional de Educação/CES nº 4 de 19/02/2002, que estabelece as diretrizes curriculares para a formação profissional do Fisioterapeuta;

Resolve:

Artigo 1º- O Fisioterapeuta no âmbito da sua atuação profissional é competente para elaborar e emitir parecer, atestado, ou laudo pericial indicando o grau de capacidade ou incapacidade funcional, com vistas a apontar competências ou incompetências laborais (transitórias ou definitivas), mudanças ou adaptações nas funcionalidades (transitórias ou definitivas) e seus defeitos no desempenho laboral em razão das seguintes solicitações:

- a) demanda judicial;
- b) readaptação no ambiente de trabalho;
- c) afastamento do ambiente de trabalho para a eficácia do tratamento fisioterapêutico;
- d) instrução de pedido administrativo ou judicial de aposentados por invalidez (incompetência laboral definitiva);
- e) instrução de processos administrativo ou sindicâncias no setor público (em conformidade com a Lei 9.784/99) ou no setor privado e
- f) e onde mais se fizerem necessários os instrumentos referidos neste artigo.

*** É de suma importância ressaltar que as perícias judiciais ou assistenciais técnicas não devem ser efetivadas, exclusivamente, por profissionais médicos, mas por pessoas graduadas que tenham conhecimento científico a respeito daquilo que está sendo periciado. **In casu, o Fisioterapeuta é profissional com conhecimento científico suficiente para atender e proferir um laudo sobre fisiologia, anatomia ou semiologia do corpo humano, baseado na biofísica, bioquímica, cinesiologia, biomecânica e em outras ciências básicas, até porque trata de doenças comprometedoras de movimentos ou funções orgânicas e suas consequências, mediante promoção de movimento ativo ou passivo dos próprios doentes, usado recursos diversos, como: massagem, ginástica e reeducação funcional.**

26 DEZ. 2018

Atenciosamente, Danyelle Dias Nobre Cartaxo

FISIOTERAPEUTA CREFITO 1: 191777-7
e-mail: danyfisiocz@hotmail.com





PREFEITURA DE SOUSA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE SOUSA



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data 12/08/2018	ID da Ocorrência 0048	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe 02	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base : HS	Hora de Chegada no Local : HS
Paciente / Usuário ROBERTO DOS SANTOS			Idade 30	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Telefone	
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Aparecida <input type="checkbox"/> Lastro <input type="checkbox"/> Vieirópolis <input type="checkbox"/> Marizópolis <input type="checkbox"/> Nazarezinho <input type="checkbox"/> São Gonçalo <input type="checkbox"/> Outro:						
Logradouro VIA PUBLICA			Bairro SORRILUNDIA I	Médico Regulador JERRASSON		
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apóio no local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
HRS				Dr. Thales Oliveira Medico CREMEC 16.683		
Destino (Unidade Hospitalar)				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Motivo:			Hospital de Origem: _____
► CAUSAS EXTERNAS <ul style="list-style-type: none"> ► Acidente de Trânsito <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input checked="" type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: _____ <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro: _____ 		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Responsável: _____ <input type="checkbox"/> Hospital de Destino: _____ <input type="checkbox"/> Responsável: _____ 	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: _____ <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro: _____ 		ANTECEDENTES <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo 	
<p>Quais?</p>			

1 - DADOS VITAIS

P.A.: **FC:** **FR:** **HGT:** **SnO₂ + S/O₂:** **SnO₂ / S/O₂:**

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) / EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente portador de amigdala e hérnia de diafragma, com quadro de hemorragia em olho direito e cefaleia intensa. Foi submetido a cirurgia e o paciente permaneceu intubado e ventilado.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem:

Intervenções:

Evolução do Enfermeiro:

Paciente inconsciente com sangramento oral e nasal
sem tempo periorbital eritematoso, foi encaminhado a URG
e foi constatada a lesão de 1º grau.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

26 DEZ 2018



26 DEZ 2018





SUS
SISTEMA
ÚNICO
DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DER MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

SOUSA - PB.

29 anos

MAT.: 1300915

Nome: Roberto dos Santos

Bloco: Apt.º: Leito:

D.N.: 01/06/1989 Est. Civil: Solteiro Resp.: Francisco Ana dos Santos

Rua: Fco. Pauhno da Silva Cidade: João Pessoa Est.: PB.

Médico Assistente: Dr. Cruz

Clinica: Cirurgica Francisco Bezerra

Data da Intervenção: 11/09/2018 Peso: Temperatura: P.A.:

ANAMNESE:

Queixa Principal:

História de Doença Atual: Paciente de 29 anos de idade com antecedentes de náuseas e vômitos desde a prolação de um cálculo biliar óptico.

EXAME FÍSICO: 120 Ls Setae mucos clarey Grau IV

DIAGNÓSTICO:

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Antônio Enes da Costa
Intervenção
TGP 1300915 / 2018-09-11

26 DEZ. 2018





Estado da Paraíba

1000 JOURNAL OF CLIMATE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

26 DEZ 2018

Assinado eletronicamente por: DAYANE NUNES RAMOS - 23/06/2020 15:53:49
<http://pjeb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062315534924100000030461203>
Número do documento: 20062315534924100000030461203

Num. 31769738 - Pág. 7



Nome do Paciente		Hospital	130915
Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Data Operação	12/08/18	Enl:	Leito
Operador	Dr. Geraldo	1º Auxiliar	
2º Auxiliar		2º Auxiliar	Instrumentador
Anestesiista	Dr. Benicio	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório			
Suturas paracostais e fixas			
Tipo de Operação			
Redutor vaginal e fixas			
Diagnóstico Pós Operatório			
O desem			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico na Ata			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

ret. Blafastio, drenagem cist. urin.
d'urino é 1 mms acima
el do piso da bala test. Aperte
hemostat. Afilar a sonda. Osteos
fixado e fixar fixando no 2º
sutura a flancos + centro ocluindo

Dr. Antonio Enes da Silveira
MEU 01
CIC 059-24-184-21

26 DEZ 2018



Not intended for official interpretation.

ROBERTO DOS SANTOS

20180812-01-0031

M

Pélvis

08/12/2018

08:43 PM

Initial Hospital Name

Operator eleva

- kV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:0.95 g:3.5 sb:2.5 eq:0 nr:0 dc:3.6 b...

Zoom 100%



26 DEZ 2018⁷

580 mm

L 2047
W 4095



Not intended for official interpretation.

ROBERTO DOS SANTOS
20180812-01-0031

M
Joelho
8/12/2018
8:40 PM

UNIQUE: S200 L:4.9 FB:10.68 s:2.25 sb:4.92 eq:1 nr:0 dc:3.2
Zoom 100%

Initial Hospital Name
Operator eleva
- kV, - mAs



26 DEZ. 2018



Assinado eletronicamente por: DAYANE NUNES RAMOS - 23/06/2020 15:53:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062315534924100000030461203>
Número do documento: 20062315534924100000030461203

Num. 31769738 - Pág. 10

Not intended for official interpretation.



26 DEZ. 2018



Assinado eletronicamente por: DAYANE NUNES RAMOS - 23/06/2020 15:53:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062315534974500000030461204>
Número do documento: 20062315534974500000030461204

Num. 31769739 - Pág. 1

Not intended for official interpretation.

ROBERTO DOS SANTOS

20180812-01-0031

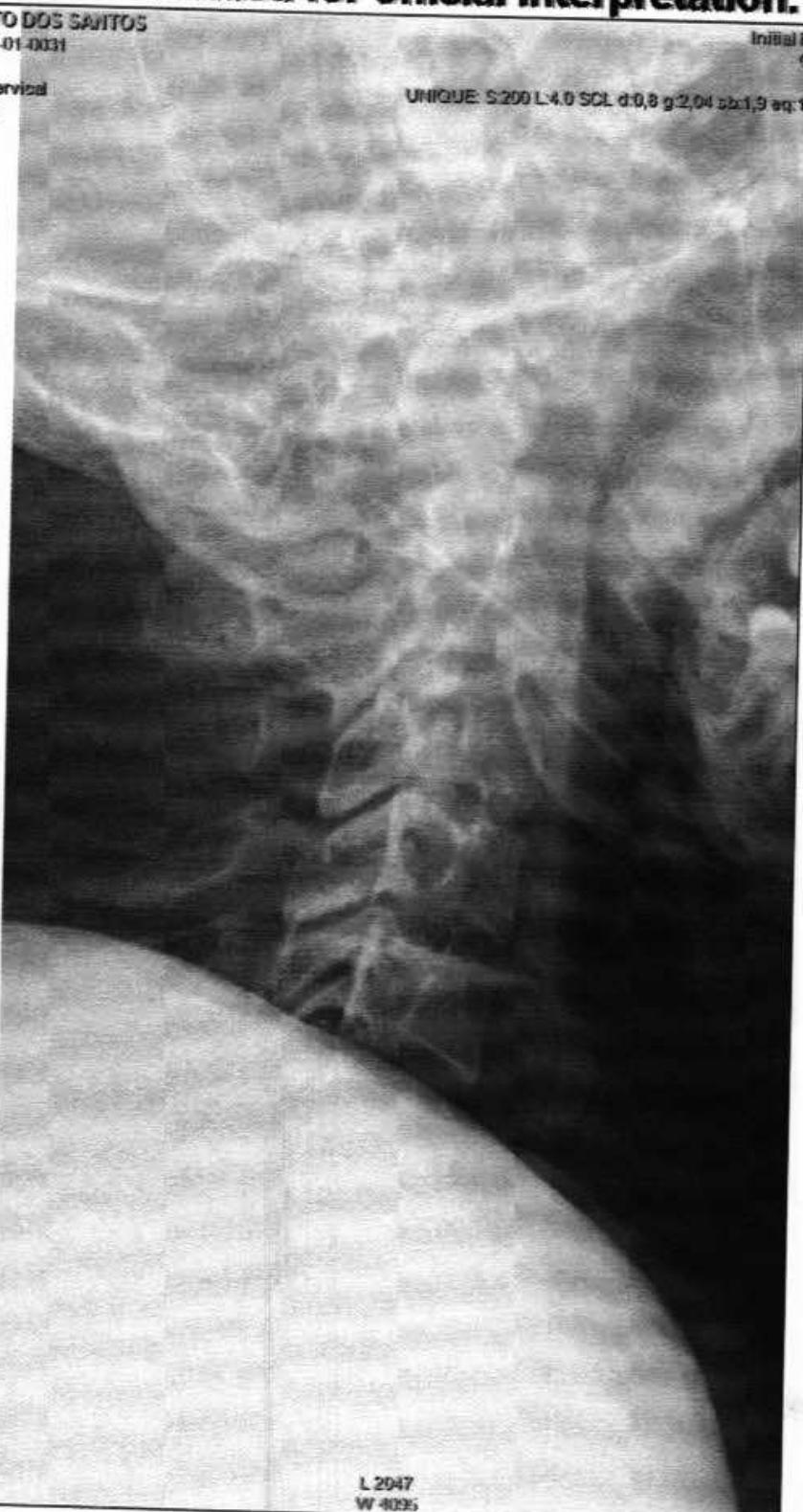
M

Coluna Cervical

8/12/2018

8:38 PM

UNIQUE: S200 L:4.0 SCL d:0.8 g:2.04 sb:1.9 eq:1
Initial Hospital Name:
Operator eleva
- KV, - mAs
mR:0 dc:2.6 ...
Zoom 100%



500 mm

L 2947
W 4096

26 DEZ. 2018



Assinado eletronicamente por: DAYANE NUNES RAMOS - 23/06/2020 15:53:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062315534974500000030461204>
Número do documento: 20062315534974500000030461204

Num. 31769739 - Pág. 2

Not intended for official interpretation.

ROBERTO DOS SANTOS

20180812-01-0031

M

Tórax

8/12/2018

8:44 PM

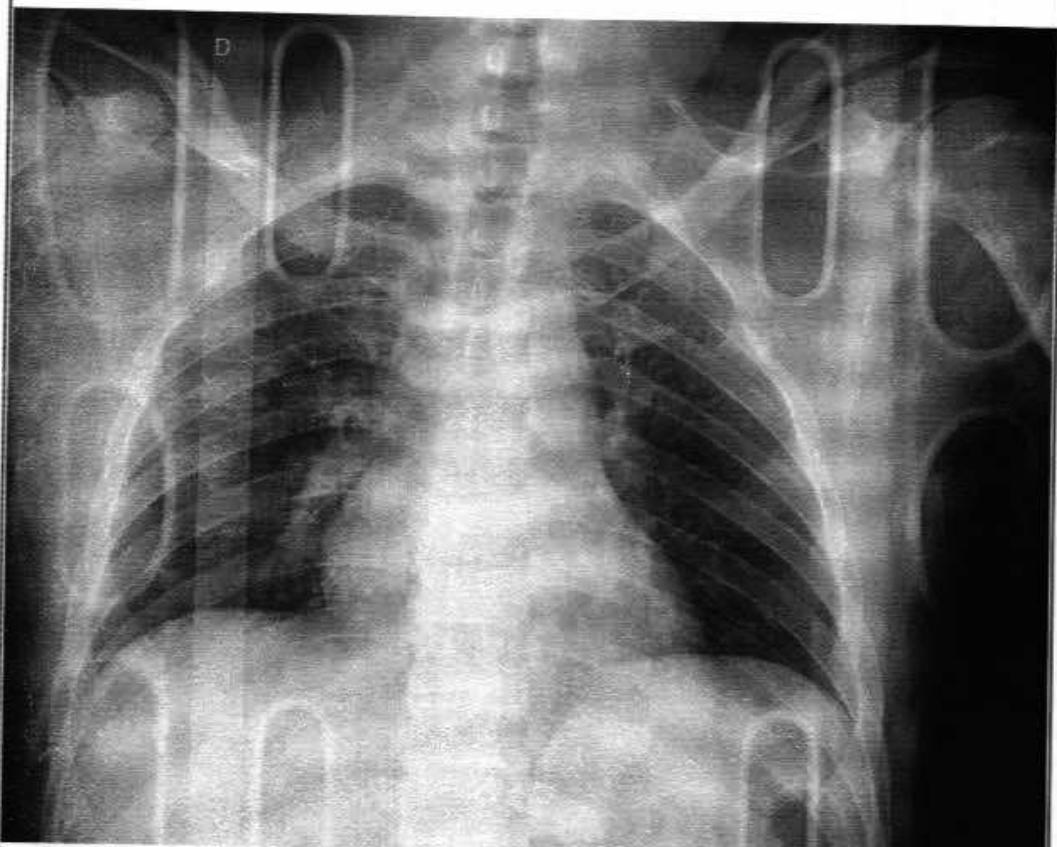
Initial Hospital Name

Operator eleva

- kV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:1,38 g:2,6 sb:6,01 eq:0,7 nr:0,65 dc...

Zoom 100%



26 DEZ. 2018

510 mm

L 2047

W 4096



Assinado eletronicamente por: DAYANE NUNES RAMOS - 23/06/2020 15:53:50

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062315534974500000030461204>

Número do documento: 20062315534974500000030461204

Num. 31769739 - Pág. 3

Data 19/12
Hora 8hs.
P.A. 100
/ 80

Saíndo comum orientado
Muito comuns queixas
Sobre nos auxiliados da
equipe de enfermagem

Técnico de Enfermagem
DIRETÓRIO
010735

20 min

PA 120/80 mmHg, P. 60

Paciente comumente e
orientado, sem queixas
negativas, fui as
mudanças da equipe

Inscritas

26 DEZ. 2018



PACIENTE ROBERTO DOS SANTOS

Nº 87700

REQUISITANTE DR THALES OLIVEIRA

DATA 12/08/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HELICOIDAL DE CRÂNIO

TÉCNICA:

Exame realizado no plano axial, com cortes de 4,0mm de espessura na fossa posterior, e 6,0mm de espessura na região supratentorial, sem utilização do produto de contraste endovenoso, por solicitação do médico assistente.

Obs: Paciente inquieto degradando a aquisição de algumas imagens.

RELATÓRIO:

1. Descontinuidade da cortical óssea frontal, temporal, e do processo frontal do ziomático a esquerda.
2. Focos com densidade de gá na região frontotemporal esquerda.
3. Imagens amorfas, hiperdensas, esparsas pelo parênquima encefálico, e no mesencéfalo à direita.
4. Hipertrofia espongiosa preenchendo alguns sulcos entre os giros corticais.
5. Sistema ventricular apresenta morfologia, dimensões e coeficiente de atenuação normais.
6. Não há evidência de desvio da linha média.
7. Aumento de partes moles na região frontotemporal bilateral, e periorbitária esquerda com enfisema subcutâneo regional.
8. Material com atenuação de líquido espesso ou partes moles preenchendo parcialmente o seio maxilar direito, seio esfenoidal e celulas etmoidais.



26 DEZ. 2018

Obs.:

As informações contidas nesse resultado representam a impressão diagnóstica. Somente a interpretação finalizada pelo médico radiologista do exame atua finalmente na investigação médica. As patologias são assintomáticas e determinações das normas pode-se modificar de acordo com a história.

Centro de Imagem Dr. Péricles Naves - R. Getúlio Vargas, 22 Centro - João Pessoa PB - Fone: 83 3572-2786 - pericles.naves@uol.com.br
Dr. Ismael Rodrigues Naves - Hospital Regional Teixeira Soárez - Região Industrial - João Pessoa - Fone: 83 3572-1900 CRM: 1933 PB
Dr. Mauro César Naves (Belo) - Fone: 8069-3333 Fone: 83 3572-1900



PACIENTE ROBERTO DOS SANTOS

Nº: 87700

REQUISITANTE: DR THALES OLIVEIRA

DATA: 12/08/2018

Conclusão:

- Fratura frontal, temporal, e do processo frontal do zigomático à esquerda ✓
- Focos de pneumocéfalo, focos hemorrágicos intraparenquimatosos, e hemorragia subaracnoide.
- Edema/hematoma subgaleal frontotemporal bilateral, e edema de partes moles periorbitário esquerdo.
- Hemossinhas.

26 DEZ. 2018

SOUZA-PB 12 de agosto de 2018

Dr(a). MARCELLI CARTAXO NEVES

Medico(a) Radiologista

CRM Nº 6089

As informações contidas nesse resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do sistema aliado. Esse laudo não deve ser considerado como assinado e definitivo, já que as patologias são evolutivas e identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.



Centro de Imagem Dr. Péricles Neves - R. General José de Freitas, 1000 - Centro - João Pessoa PB - Fone: 83 3512 2766 - pericles.neves@uol.com.br
Dr. Jônio Péricles Neves - CRM: 1933 PB - Fone: 83 3522 1900
Dr. Marcelli Cartaxo - CRM: 6089 PB - Fone: 83 3522 1900



HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

NOME: Roberto dos Santos

IDADE: 30 anos

DATA: 12/08/2018

ULTRA-SONOGRAFIA DO ABDÔMEN TOTAL

Figado de dimensões, contornos e ecoflexura normais. Distribuição vascular preservada, com calibre normal da veia porta e supra-hepáticas. Vesícula biliar com boa distensão, de dimensões normais, paredes finas e sem imagens calculosas.

Não há dilatação das vias biliares intra ou extra-hepáticas.

Baço de dimensões e textura normais. Veia esplênica de calibre normal.

Pâncreas de dimensões, contornos e padrão ecogênico normais.

Não há dilatação do Wirsung.

Aorta e cava inferior de calibre e topografia normais.

Não se observa adenomegalia parietal ou visceral.

Não há líquido livre na cavidade peritoneal.

Rins de topografia habitual, contornos regulares e dimensões simétricas dentro dos limites normais.

Relação e delimitação córtico-medular normais, com textura do parênquima renal preservada.

Não há hidronefrose ou imagens calculosas.

Bexiga em boa fase de repleção, de paredes finas e conteúdo anecóide.

CONCLUSÃO:

Aspecto ecográfico normal.

► Ao retornar, trazer exame anterior.

Dr. Domingos Sávio Antunes Rocha
CRM – 4505/PB

26 DEZ. 2018





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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Roberto dos Santos		
End:	Av. Francisco Paulino da Silveira		
Data de Nascimento:	21-06-89		
Quieixa:	Dolor		
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Cle No 70			

Classificação de Risco

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

Estratificação

MOD. 110

- Cle No 70
 Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

- Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

Eduardo C. N. Bandeira
Emissor: 310-176

Assinatura e carimbo do profissional

26 DEZ. 2018





ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº1712869 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Matrizes, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 13/08/2018

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Marcia Cristina De Melo Pereira

PACIENTE: ROBERTO DOS SANTOS CEP:58225000

Endereço:FRANCISCO PAULINO DA SILVA

Cidade: Solânea

Nome da Mãe: FRANCISCA ANA DOS SANTOS RG: 3392885

CPF: 07906163435

Idade: 029

Sexo:M

Bairro:JARDIM SONILANDIA

Nº:68

Profissão:

CNS:700001452961500

Data de Atend:13/08/2018

CONVÉNIO:SEUS

Motivo: QUEDA DE MOTO

Hora: 23:26:58

Médico:

CRM:

Especialidade:

EXAMES SOLICITADOS:

()Laboratoriais

()Gasometria arterial

()Tomografia Computadorizada

()Ultrassonografia

()Radiografias

()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

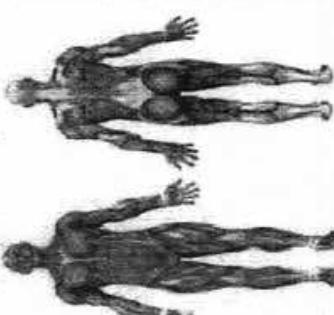
Especialista: _____ / _____ hs _____ Dia _____ / _____

Especialista: _____ / _____ hs _____ Dia _____ / _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

1. Abraçado
2. Amputação
3. Anusílio
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Empalhamento subcutâneo
10. Enxugamento
11. Equimose
- 12.F. Arma branca
- 13.F. Arma de fogo
- 14.F. Cortiço
- 15.F. Contusão
- 16.F. Contuso-contuso
- 17.F. Perfurado-contuso
- 18.F. Perfuro-contusão
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Inurgicament Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordida de roedor
27. Movimento torácico paradoxa
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parásita
32. Parastasia
33. Queloidadura
34. Rinserragia
35. Sinalis de Isquemia
- 36.



26 DEZ. 2018

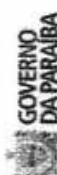
OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____ %
DIAGNÓSTICO / CID:

_____ %
_____ / _____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:
_____ / _____





SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Ferri

26 DEZ. 2018



NOME Roberto dos Santos				IDADE 29 a				LEITO: 4				H. D. H. Cé				ADMISSÃO 20.08.18				HORA 7				
GOVERNO DA PARAÍBA												SECRETAIA DO ESTADO DE SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes												
FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS																								
PROCEDÊNCIA: <p>MOTIVO DE INTEGRAÇÃO: <input type="checkbox"/> DVM <input type="checkbox"/> IRPA <input type="checkbox"/> Choque <input type="checkbox"/> I. Renal <input type="checkbox"/> Coma Neuro <input type="checkbox"/> ICO <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> PNM</p> <p>ANTECEDENTES: <input type="checkbox"/> DPOC <input checked="" type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> ICO <input type="checkbox"/> Cirurgia</p> <p>HDA: <i>Roberto dos Santos é GR, alergico a banan, alergico a frutas, alergico a banana, A. P. seu A/H A/1a.</i></p> <p>OBST: <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Outros:</p> <p>CD: <input type="checkbox"/> THB <input type="checkbox"/> TEP <input type="checkbox"/> VNI</p> <p>CONDUTA PROPOSTA INICIALMENTE</p> <p><input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> TMV <input type="checkbox"/> Decanulação <input type="checkbox"/> Cinesioterapia <input type="checkbox"/> MRP</p> <p><input type="checkbox"/> Treino de Marcha <input checked="" type="checkbox"/> Orientações <input type="checkbox"/> Transferências <input type="checkbox"/> Sondostagio</p> <p><input type="checkbox"/> Ontostimulo <input type="checkbox"/> Marcha <input type="checkbox"/> Estimulação sensorial <input type="checkbox"/> Treino Musc. Pré decanulação</p> <p><input type="checkbox"/> Posicionamento: <input type="checkbox"/> Outros:</p> <p>Observações:</p>																								
SV: <input type="checkbox"/> FC <input type="checkbox"/> Ipm FR <input type="checkbox"/> Imp PA: <input type="checkbox"/> SpO2 <input type="checkbox"/> % T <input type="checkbox"/> %																								
<p>ESTADO GERAL: <input type="checkbox"/> Bom <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Gravíssimo</p> <p>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Comatoso Glasgow <i>5,5</i></p> <p>Tônus: <input type="checkbox"/> Hipo <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hipotonia <input type="checkbox"/> Hipér <input type="checkbox"/> Normal</p> <p>Reflexos: <input type="checkbox"/> Aumentos <input type="checkbox"/> Diminuidos <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Força muscular: (Grau): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Bloquios Articulares (Regrides)</p>																								
SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR																								
<p>SUporte VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Com TQT <input type="checkbox"/> Sem TQT <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> VMI</p> <p>O2 SUPLEMENTAR: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O2EN <input type="checkbox"/> Aerosol <input type="checkbox"/> Másc. Simples <input type="checkbox"/> Másc. Sistema de Venturi <input type="checkbox"/> %</p> <p><input type="checkbox"/> Másc. Reinaltação parc. <input type="checkbox"/> Másc. não Reinaltação <input type="checkbox"/> Másc. de Reservatório. Fluxo <input type="checkbox"/> l/min</p> <p>DESENFORTE VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> BAN <input type="checkbox"/> Tragans suprachilectores <input type="checkbox"/> Tragans intercostais <input type="checkbox"/> Tragans subcostais</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de musc. acesoria Insp./Exp. <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Estridor <input type="checkbox"/> /4*</p> <p>OBSTRUÇÃO DE VAS: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>PARBÃO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> Costal <input checked="" type="checkbox"/> Diafragmático <input type="checkbox"/> Misto <input type="checkbox"/> Paradoxal <input type="checkbox"/> Superficial</p> <p>EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuida <input type="checkbox"/> Simétrica <input type="checkbox"/> Assimétrica</p> <p>Ausculta Pulmonar <i>Roberto dos Santos</i>: <input type="checkbox"/> Ralo X Tórax: <input type="checkbox"/></p> <p>TOSSE: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Não produtiva <input type="checkbox"/> Eficaz <input type="checkbox"/> Deglutez <input type="checkbox"/> Expectora <input type="checkbox"/> Ineficaz</p> <p>SECREÇÃO: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, QUANTIDADE: <input type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Grande.</p> <p>COMPOSIÇÃO: <input type="checkbox"/> Hialina <input type="checkbox"/> Mucoide <input type="checkbox"/> Mucopurulenta <input type="checkbox"/> Purulenta <input type="checkbox"/> Sanguinolenta</p> <p>COR SECREÇÃO: <input type="checkbox"/> Incolor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Marrom <input type="checkbox"/> Rosada <input type="checkbox"/> Vermelha</p>																								
DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO: *Tce																								
26 DEZ 2018												Sébastião Cecílio Tavares FISIOTERAPEUTA CREFI TO 15344-E <i>Sébastião Cecílio Tavares</i>												





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico

三七

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Roberto dos Santos da C

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
16/05/18	① Dieta Geral VO		x NRE
	② 50.9% 500mg IV 818h		
	③ Dipirona 500mg + Adm IV 616h		
	④ Cetophenox 400mg + Adm 30ml SP IV 1212h		
	⑤ Termal 100g + Água 500ml SE IV 818h S/A		
	⑥ Ranitidina 50 mg + Adm IV 818h		
	⑦ Neuraxidon 875 mg + Adm IV 818h S/A		
	⑧ Captegrip 125 mg + Adm IV 818h S/A		
	⑨ Solutio 500 ml de infuso		
	⑩ Conferência		
			Uma vez ao dia Nefrotoxicidade Cetophenox 10.218
			26 DEZ. 2018

Linh m



and about + short wind = fast
short
335 .15
e 11.32 min) ab >
335
335
. constant

26 DEZ. 2018



Data da internação: 13/08/2018 Hora: 23:51:26

Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			2 - CNES 2362856		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			4 - CNES 2362856		
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE ROBERTO DOS SANTOS			6 - N° DO PRONTUÁRIO 1712873		
7 - CARTÃO DO SUS 700001452961500		8 - DATA DE NASCIMENTO 01/06/1989		9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL FRANCISCA ANA DOS SANTOS			11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 N° de Telefone 94002131		
12 - ENDEREÇO (NÚM, Nº, BAIRRO) FRANCISCO PAULINO DA SILVA , 68 , JARDIM SONILANDIA					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Solânea			14 - CÓDIGO DE MUNICÍPIO	15 - UF	16 - CEP
			251600	PB	58225000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
<i>+CE + Meningite Frust + Fratura braço Fractura</i>					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
<i>Trauma CE</i>					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
<i>+CE de rimis + tra. frust</i>					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL TCF		21 - CID 10 PRINCIPAL 3.06	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Lata aero.</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (<input checked="" type="checkbox"/> CNS) (<input type="checkbox"/> CPF)	29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016288022859	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE ALFREDO DANIEL DE SOUSA NETO		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 13/08/2018	32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
33 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	35 - (<input checked="" type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE	
38 - SÉRIE	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA (<input type="checkbox"/>) EMPREGADO (<input type="checkbox"/>) EMPREGADOR	43 - AUTÔNOMO	44 - DESEMPREGADO	45 - APOSENTADO	46 - NÃO SEGURO	
AUTORIZAÇÃO					
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	48 - COD. ORGÃO EMISSOR	49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
50 - DOCUMENTO (<input type="checkbox"/> CNS) (<input checked="" type="checkbox"/> CPF)	51 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	53 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)				

26 DEZ. 2018



Data da internação: 13/08/2018 Hora: 23:51:26

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 LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2 - CNES- 2362856		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES- 2362856		
Identificação do Paciente						
5 - NOME DO PACIENTE ROBERTO DOS SANTOS				6 - N° DO PRONTUÁRIO- 1712873		
7 - CARTÃO DO SUS 700001452961500				8 - DATA DE NASCIMENTO- 01/06/1989		9 - SEXO- Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL FRANCISCA ANA DOS SANTOS				11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 Nº TELEFONE 94002131		
12 - ENDEREÇO (RUA; N°,BAIRRO) FRANCISCO PAULINO DA SILVA , 68 , JARDIM SONILANDIA						
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA- Solânea				14 - CÓD.IGRE MUNICÍPIO- 251600	15 - UF- PB	16 - CEP- 58225000
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>+1E + Manobra Frank + Fratura hum Frank</i>						
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>+1E +1C</i>						
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>+C de Crina - Ex. /1.0</i>						
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>+C de Crina - Ex. /1.0</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL <i>5.06</i>		22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Intervenç.</i>						
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO						
26 - CLÍNICA 02		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 980016288022859		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE ALFREDO DANIEL DE SOUSA NETO		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 13/08/2018		32 - ASSINATURA E CARIMBO [Nº DO REGISTRO DO CONSELHO]		
33 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)						
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE		38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO						
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR		() AUTÔNOMO		() DESEMPREGADO		() APOSENTADO () NÃO SEGURO
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - COD. ORGÃO EMISSOR		
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF				46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				48 - ASSINATURA E CARIMBO [Nº DO REGISTRO DO CONSELHO]		
11						

26 DEZ 2018





Data: 15/08/2018
Horas: 09:40:05
Médico (a) Diarista : Alfredo Daniel Sousa Neto ✓

(3)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1712873 Paciente: ROBERTO DOS SANTOS Idade: 029

Nome da Mãe: FRANCISCA ANA DOS SANTOS Data de Nascimento: 01/06/1989 Sexo: M

Clinica: AREA VERMELHA Enfermaria: AREA VERMELHA Leito: 12 Diagnóstico: TCE

DIA 15/08/2018

MÉDICO(A): Alfredo Daniel Sousa Neto /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA BRANDA	09.18.18.05.05
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO. 8h/8h	09.18.06.06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12.18.24.06
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	OK
	SE VOMITOS	
5	OMEPRAZOL INJ 40MG E.V. IFRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h)	09.18.05.05
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	OK
	SE DOR REFRATARIA	OK
7	GLICOSE A 50% 10 ML E.V. 2AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	OK
	SE HGT<70MG/DL	
8	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP, FAZER SE NECESSARIO	OK
	SE PA>180X110MMHG	
9	DECUBITO ELEVADO	OK
	DECUBITO ELEVADO A 30 GRAUS	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	OK
11	GLICEMIA CAPILAR A CRITERIO 6h/6h	OK
	CORRIGIR CONFORME PROTOCOLO	OK

Polana Siqueira Siqueira 13,
PTF, Mambucaba - PB.

HGT = 44 (m)

06 (m)

cd: - Transfiri P/ U. farmac.

Alfredo Daniel Sousa Neto
CUR1553503820000030461205
CNPJ: 11.333.776/0001-56



26 DEZ. 2018

17/08
20.00
24.120



NOME				GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE	
IDADE	ENFERMARIA	LEITO:		DPOC	AVC	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes	
H. D.	ADMISSÃO	HORA		Antecedentes:	HDA:		
FICHA DE AVALIAÇÃO - FISIOTERAPIA - ALAS							
PROCEDÊNCIA:		<p>DRENOS: <input type="checkbox"/> Pleural D <input type="checkbox"/> Pleural E <input type="checkbox"/> Mediastinal <input type="checkbox"/> Oscilante <input type="checkbox"/> Borbulhante. Débito _____</p> <p>Perfusão: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Deficiente</p> <p><input type="checkbox"/> Edema. Reações: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cacílos</p>					
MOTIVO INTERNAÇÃO:		<input type="checkbox"/> DVM <input type="checkbox"/> IRpA <input type="checkbox"/> Choque <input type="checkbox"/> I. Renal <input type="checkbox"/> Coma Neuro <input type="checkbox"/> ICO <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> PNM					
Hemorrágia <input type="checkbox"/> Outros: _____							
ANTECEDENTES:		<p>CD: <input type="checkbox"/> THB <input type="checkbox"/> TEP <small>passiva</small> <input type="checkbox"/> TEP <small>ativa</small> <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> O2</p> <p><input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> TMV <input type="checkbox"/> Decanulação <input type="checkbox"/> Cinesioterapia <input type="checkbox"/> MRP</p> <p><input type="checkbox"/> Treino de Marcha <input type="checkbox"/> Orientações <input type="checkbox"/> Treino equilíbrio <input type="checkbox"/> Transferências <input type="checkbox"/> Sedestação</p> <p><input type="checkbox"/> Ortopatismo <input type="checkbox"/> Marcha <input type="checkbox"/> Estimulação sensorial</p> <p><input type="checkbox"/> Posicionamento: <input type="checkbox"/> Treino Musc. Pré decanulação</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: _____</p>					
HDA:							
SV: <input type="checkbox"/> FC <input type="checkbox"/> bpm FR <input type="checkbox"/> lpm PA: _____		<p>Spo2: _____ % T: _____ t_c: _____</p> <p>ESTADO GERAL: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Gravíssimo</p> <p>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Comatoso Glasgow _____</p> <p>Tônus: <input type="checkbox"/> Hipo <input type="checkbox"/> Hiper <input type="checkbox"/> Normal</p> <p>Reflexos: <input type="checkbox"/> Aumentos <input type="checkbox"/> Diminuidos <input type="checkbox"/> Normal Força muscular: (Grau): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Bloquios Articulares (Rigidida)</p>					
SISTEMA RESPIRATÓRIO / CARDIOVASCULAR							
<p><input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Sint alterações</p> <p>SUPORTE VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Com TOT <input type="checkbox"/> Sem TOT <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> VMI</p> <p>O2 SUPLEMENTAR: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> OCEN <input type="checkbox"/> Aerosol <input type="checkbox"/> Másc. Simples <input type="checkbox"/> Másc. Silema de Venturi _____ %</p> <p><input type="checkbox"/> Másc. Reinaltação parc. <input type="checkbox"/> Másc. não Reinaltação <input type="checkbox"/> Másc. de Reservatório. Fluxo _____ l/min</p> <p>DESCONFORTO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> BAN <input type="checkbox"/> Irritantes supraclavicularares <input type="checkbox"/> Irrigêns intercostais <input type="checkbox"/> Irrigêns subcostais</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de musc. acessória Insp./Exp. <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Estridor _____ /4+</p> <p>OBSTRUÇÃO DE VAS: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____</p> <p>PADRÃO VENTILATÓRIO: <input type="checkbox"/> Costal <input type="checkbox"/> Diafragmático <input type="checkbox"/> Mistº <input type="checkbox"/> Paradoxal <input type="checkbox"/> Superficial</p> <p>EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Simétrica <input type="checkbox"/> Assimétrica _____</p> <p>Ausculta pulmonar: _____ Ralo X Térax: _____</p> <p>TOSSE: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Não produtiva <input type="checkbox"/> Degrade <input type="checkbox"/> Expectora <input type="checkbox"/> Ineficaz</p> <p>SEGREÇÃO: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, QUANTIDADE: <input type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Grande.</p> <p>COMPOSIÇÃO: <input type="checkbox"/> Hialina <input type="checkbox"/> Mucóide <input type="checkbox"/> Mucoputulenta <input type="checkbox"/> Purulenta <input type="checkbox"/> Sanguinolenta</p> <p>COR SEGREÇÃO: <input type="checkbox"/> Incolor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Marrom <input type="checkbox"/> Rosada <input type="checkbox"/> Vermelha</p>							
<p>DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO:</p> <p>Campina Grande, _____ / _____ / _____</p>							

7 6 DEZ 2019





Nome: Rodrigo dos Santos

FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

ITEM	VALOR	UNIDADE	DATA:	LEITO:	SETOR:	BALANÇO HÍDRICO											
						18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
HORÁRIO	7	8	9	10	11	(12)	13	14	15	(16)	17	18					
P. ARTERIAL	90	92	93	94	95	142	84										
PULSO/FC	90	92	93	94	95	86	87										
TEMPERATURA	35	35	35	35	35	36	36										
RESPIRAÇÃO	12	12	12	12	12	12	12										
SAT. 02	—	—	—	—	—	—	—										
PVC																	
PIA																	
HGT																	
SF 0,9%																	
SRL																	
SG 5%																	
SORO EXTRA																	
SEDACÃO																	
ANALGESIA																	
MEDICAÇÕES																	
NORA																	
DORA																	
HEMODERIVADOS																	
NPT																	
DIETA																	
ÁGUA																	
MEDICAÇÕES																	
SNG/VÓMITOS																	
FESES																	
DIURESE																	
26 HEMODIALISE																	
DRENO TÓRAX D																	
DRENO TÓRAX E																	
DRENO SUCÇÃO																	
D. CAVITÁRIO																	
DVE																	
GANHOS 12H DIA=																	
PERDAS 12H DIA=																	
GANHOS 24H DIA=																	
PERDAS 24H DIA=																	
GANHOS 12H NOTTE=																	
PERDAS 12H NOTTE=																	
GANHOS 24H NOTTE=																	
PERDAS 24H NOTTE=																	
ASSINATURA:																	
ASSINATURA:																	

26 DEZ. 2018



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *José Gonçalves de Lima* | Registro: | Leito: 08 | Setor Atual: *Ucneello*

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 (X) Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

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

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea (X) Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT n° Comissura labial n° FIO2 % PEEP cmH2O
() Eupnêia; () Taquipnêia () Bradipnêia (X) Dispnéia () Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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

26 DEZ. 2018



2.6. DEZ. 2018





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRÂM

FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍBRICO

NOME: Ronfatto dos Santos

26 DEZ 2018



NOME: Alevento dos Santos

FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

HORÁRIO	HD:																								SETOR: <u>Jornelhos</u>	LEITO: <u>12</u>	DATA: <u>13/08/18</u>
	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	12H			
P. ARTERIAL																											
PULSO/F.C.																											
TEMPERATURA																											
RESPIRAÇÃO																											
SAT. 02																											
PVC																											
PIA																											
HGT																											
SF 0.9%																											
SRL																											
SG 5%																											
SORO EXTRA																											
SEDACÃO																											
ANALGESIA																											
MEDICAÇÕES																											
NORA																											
DORA																											
HEMODERIVADOS																											
NPT																											
DIETA																											
ÁGUA																											
MEDICAÇÕES	D	R	E	N	A	G	E	N	S																		
SNG/VÔMITOS																											
FESES																											
DIURESE																											
HEMODIALISE																											
DRENO TÓRAX D																											
DRENO TÓRAX E																											
DRENO SUCCÃO																											
D. CAVITARIO																											
DVE																											
GANHOS 12H DIA=																											
PERDAS 12H DIA=																											
BH DIA=																											
GANHOS 24H DIA=																											
PERDAS 24H + 1000ML=																											
BH 24H=																											
ASSINATURA:																											
ASSINATURA:																											

26 DEZ 2018



Data: 14/08/2018
Horas: 00:31:38
Médico (a) Diarista : Alfredo Daniel Sousa Neto

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº de prontuário: 1712873 Paciente: ROBERTO DOS SANTOS Idade: 029

Nome da Mãe: FRANCISCA ANA DOS SANTOS Data de Nascimento: 01/06/1989 Sexo: M

Clinica: AREA VERMELHA Enfermaria: AREA VERMELHA Leito: 12 Diagnóstico: TCE

DIA 14/08/2018

MÉDICO(A): Alfredo Daniel Sousa Neto /

Item	Prescrição	Apazamento
1	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	06 14 26 06
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	25 06, 12 18 24 06
	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE VOMITOS	
4	OMEPRAZOL INJ 40MG E.V, 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h)	06 07 06 07
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE DOR REFRATARIA	
6	GLICOSE A 50% 10 ML E.V, 2AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE HGT<70MG/DL	06
7	CAPTOPRIL 25 MG V.O, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO SE PA>180X110MMHG	06
8	DECUBITO ELEVADO DECUBITO ELEVADO A 30 GRAUS	06
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	06
10	GLICEMIA CAPILAR A CRITERIO 6h/6h CORRIGIR CONFORME PROTOCOLO	21 06

Dr. Alfredo Daniel
Assinado eletronicamente

26 DEZ 2018



ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - DIURNO

15.08.18 15:00 Patient admitted with sepsis, comatoso
Dn: *gabri, can. Dr. Siqueira e Moraes* 3.

ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - NOTURNO

26 DEZ 2018

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:**TÉCNICO DE ENFERMAGEM:****SONDAS, CATETERES E DRENOS**

SVD	AVP	AVC	PIA	PAM	TOT	TQT	SNE	SNG	DRENOS
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	--------

ÚLTIMA EVACUAÇÃO:
ASPECTO:
BALANÇO HÍDRICO ATUAL: BALANÇO HÍDRICO ANTERIOR: BALANÇO HÍDRICO ACUMULADO:

FERIDAS / LESÕES**CURATIVOS / COBERTURAS / PRODUTOS UTILIZADOS**

ENFERMEIRO:

ENFERMEIRU:



Paciente: Jane Gouveia de Souza

Enfermista: Jane Gouveia Leito: Q8 Data: 15/08/18

1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estrresse ()	Outro ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuação ()	Outro ()
	Hábitos de evacuação irregulares ()					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	Prelúdio neuromuscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro (X)			
						Incapacidade de acessar o banheiro ()	Outro ()	
4	Dor aguda	Ansiedade ()						
						Incapacidade de lavar o corpo (X)		
5	Hipotermia	Agentes lesivos (Ex.: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos) ()				Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()	
		Outros ()						
6	Integridade da pele prejudicada	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()		
		Aumento da taxa metabólica ()						
7	Mobilidade Física prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Taquicardia ()	Taquipneia ()	Outro ()
		Hipotermia ()	Imobilização física (X)	Outro ()				
8	Padrão respiratório ineficaz	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular		Destruição de camadas da pele (P)	Invasão de estruturas do corpo ()	
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico	Prelúdios músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()		Rompimento da superfície da pele ()	Outro ()	
10	Risco de infecção	Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Outro (X)	Difficultade para virar-se ()	Dispneia ao esforço ()	Outro ()
11	Risco de queda	Prejuízos obesidade ()				Movimentos descontrolados ()		
12	Padrão de sono prejudicado	Ansiedade ()				Alterações na profundidade respiratória ()		
13	Outro	Ascite ()	Queloiduras ()	Vômito ()	Diarréia ()			
		Drenos ()	Outros ()					
14								

26 DEZ. 2018

Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; (X) > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? _____ Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: () Periférico (X) Central () Dissecção. Localização: <u>Ouroto</u> . Data da punção ____/____/____	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Type somático: () Nutrido (X) Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta (X) Prótese.	
Alimentação: () VO (X) SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirosa () Outros:	
Abdômen: (X) Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal (X) Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria (X) SVD: Débito <u>400</u> ml/h;	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Integra (X) Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: (X) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ().	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: ____/____/____	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: (X) Estágio: <u>3-4</u> Local: <u>Na coxa</u> + Descrição: Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente (X) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: (X) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
(X) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: () Preservada (X) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>François</u> DATA: <u>15/12</u> HORA: <u>9:10</u> h <u>554491</u>	

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

26 DEZ 2018





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Roberto dos Santos | Registro: | Leito: 32 | Setor Atual: Uernalha

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:

+CE

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotoreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

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

Abs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O
() Eupnênia; () Taquipnênia () Bradipnênia () Dispneia () Outros:

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

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

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

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

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

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ 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.

26 DEZ. 2018



<p>() Avaliar distenção o abdominal.</p> <p>() Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.</p> <p>() Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).</p> <p>() Aferir glicemia capilar, anotar e medicar CPM.</p> <p>() Atentar para as queixas de náusea e vômito (anolar, medicar CPM, reavaliar em 30 minutos).</p> <p>Q Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aspecto, frequência e quantidade).</p> <p>() Observar e comunicar dificuldades alimentares.</p> <p>() Encaminhar ao banho de chuveiro.</p> <p>N Realizar banho no leito (S/N) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.</p> <p>() Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.</p> <p>() Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.</p> <p>() Avaliar características, intensidade e local da dor.</p> <p>A Avaliar alterações de sinal vital.</p> <p>() Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.</p> <p>() Após administrar medicamentos antitérmicos, avaliar e registrar os resultados.</p> <p>() Incentivar a ingestão de líquidos.</p> <p>() Observar reações de desorientação/confusão.</p> <p>() Proporcionar condicões de higiene criteriosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.</p> <p>(Q) Analisar condições do curativo.</p> <p>() Orientar e estimular a hidratação da pele.</p> <p>() Orientar e estimular a movimentação no leito.</p> <p>() Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.</p> <p>() Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.</p> <p>() Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).</p> <p>() Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).</p> <p>R Realizar balanço hídrico.</p> <p>() Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais flogísticos.</p> <p>() Trocar acesso venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais flogísticos e amolar.</p> <p>() Utilizar técnica aseptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.</p> <p>() Delemitar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência).</p> <p>M Manter as grades do leito elevadas.</p> <p>() Conter o paciente quando necessário.</p> <p>() Manter ambiente calmo e tranquilo.</p> <p>() Orientar repouso no leito.</p> <p>() Administrar medicação CPM.</p> <p>() Outras</p> <p>() Outros</p>	<p>() Obtenção da eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.</p> <p>9.12.15.18.24.09 Melhora a aceitação alimentar.</p> <p>Zeppe.</p> <p>et</p> <p>9.16.15.11.24.05 Controle da dor (melhorada / ausente).</p> <p>al.</p> <p>18.06. Diminuir o risco de queda.</p> <p>20-06</p>	<p>() Manutenção da glicemia estável.</p> <p>() Auxílio diário às necessidades de higiene.</p> <p>() Controle da dor (melhorada / ausente).</p> <p>() Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.</p> <p>(P) Melhora da integridade da pele.</p> <p>() Diminuição do risco de lesão.</p> <p>() Mobilidade física melhorada/eficaz.</p> <p>() Melhora da perfusão tissular.</p> <p>() Padrão respiratório eficaz.</p> <p>() Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / diminuído.</p> <p>() Diminuir o risco da infecção.</p> <p>() Melhora do padrão do sono.</p> <p>() Outros</p> <p>() Outros</p>

26 DEZ. 2018

Carimbo é assinatura do Enfermeiro(a): **Flávia Viana** 554491

18/108/18 ~ 08hs. ~ PA: 130x80 mmHg ~ esteroides 55gr; medicação corporal
não prescrita pelo médico; reabastecimento de medicamentos genéricos

Camila Adelaide Volney
REC. ENFERMEIRAGEM
COREN/PE 831.249

26 DEZ. 2018





SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Ferr

Ketika

• 26 DEZ 2018

NEUROCHIRURGIA
CRM 5852

As
htt
Nu

Assinado eletronicamente por: DAYANE NUNES RAMOS - 23/06/2020 15:53:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062315535092100000030461206>
Número do documento: 20062315535092100000030461206

Num. 31769741 - Pág. 9

Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () < 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? _____	
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () 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: () NHO () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____ / ____ / ____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: () Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuidos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há ____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: () Outros: _____ Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ().	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____ / ____ / ____	
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____ / ____ / ____	
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____ / ____ / ____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
() 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: _____ DATA: 14/08/18 HORA: ____ h	

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

26 DEZ. 2018



AO JUÍZO DE DIREITO DA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SOUSA/PB

ROBERTO DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, inscrito no RG nº 3.392.885 e CPF nº 079.061.634-35, com endereço na Rua Francisco Paulino da Silva, 88, Sorrilândia, Sousa, Paraíba, não possui endereço eletrônico, vem, por intermédio de seus advogados infra-assinados, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT
PELO PROCEDIMENTO COMUM (Art. 318 CPC)

Em face de **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.** pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ nº 09.248.608/0001-04, localizada na Avenida Treze de Maio, nº 23, 2º andar, Centro, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20031-902, portal <https://www.seguradoralider.com.br/> pelas razões de fato e de direito que passa a expor:

Escrítorio:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



DA GRATUIDADE DE JUSTIÇA

Inicialmente, a parte autora solicita a Vossa Excelência se digne a deferir a Gratuidade de Justiça, na forma dos artigos 98 e 99 e seus parágrafos do CPC bem como, da Lei 1060/50, eis que não possui condição financeira para arcar com o ônus da presente demanda, sem que tal dispêndio traga, para si e sua família, prejuízo de subsistência, nos termos da declaração acostada nos autos.

Junta para tanto, a guia de custas do processo, conforme determinação do E. Tribunal de Justiça da Paraíba, para fins de gratuidade processual.

Junta também extrato dos três últimos anos do IRPF.

DAS PUBLICAÇÕES E INTIMAÇÕES

Por fim em cumprimento ao art. 39, I, do CPC, a parte autora requer que todas as intimações referentes a este processo sejam endereçadas a Av. João Machado, 553, sala 404, Centro, João Pessoa/PB, CEP. 58013-520, requerendo, ainda, que todas as publicações sejam efetuadas exclusivamente em nome dos advogados Dr. Jose Orisvaldo Brito da Silva, inscrito na OAB/RJ sob o nº 57069, endereço eletrônico josebritoadvogados@hotmail.com e Dr. Felipe Eduardo Farias de Sousa, inscrito na OAB/PB sob o nº 25.251, endereço eletrônico fariasdesousaadv@gmail.com sob pena de nulidade, a teor do art. 236, § 1º, do CPC, esperando deferimento.

Escrítorio:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



DA MEDIAÇÃO

Muito embora a parte autora tenha sempre interesse em conciliar, no caso concreto, como a experiência demonstra a seguradora ré jamais conciliou o que sempre tornou inócuas as audiências de conciliação previstas no código anterior. Por isso, na forma do parágrafo 5º. Do Artigo 334, do novo CPC, o autor, declara seu **desinteresse** na designação de audiência com a finalidade de conciliação ou mediação.

DOS FATOS

Na data de **12 de agosto de 2018**, o autor foi vítima de grave acidente de trânsito, ocasião que sofreu **LESÃO NO OMBRO ESQUERDO, TRAUMA COM FRATURA NA REGIÃO FRONTO-OCCIPITAL DO CRÂNIO E ESCORIAÇÕES PELO CORPO.**

Em virtude das lesões sofridas pelo autor, conforme relatado acima, culminou com a sua debilidade permanente, apresentando assim, **no ombro esquerdo**, edema residual muito importante, parestesia no MSE, dor a palpação, dor a mobilização passiva e ativa, bloqueio ativos dos movimentos de elevação e abdução, diminuição de força muscular dos movimentos de flexão, extensão, adução, abdução horizontal e rotação (externa e interna) e diminuição da ADM do MSE para AVDs; **na região fronto-occipital** do crânio apresenta dor a palpação, apresentando cefaléia de grande intensidade, vertigens frequentes, distúrbios do sono, distúrbios da memória remota e recente e parestesia. Há, portanto, debilidade permanente e limitação em 75% da capacidade funcional do MSE e que há sequelas de TCE, com

Escrítorio:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



comprometimento funcional permanente para as atividades laborativas e/ou vida diária, tudo conforme comprova o Boletim de Ocorrência nº 584/2018 e Boletim de Atendimento Médico e documentação médica hospitalar anexa.

Conforme lesão e debilidade citada acima, a lei vigente rege que tal sequela em tela (perda completa da mobilidade de um dos ombros) seja indenizada no percentual de **195% da tabela (100%+70%+25%)**, ou seja, **R\$ 26.325,00 (vinte e seis mil, trezentos e vinte e cinco reais)**.

A parte autora sofre com as sequelas permanentes provenientes do acidente, sentindo fortes dores na região do ombro, braço e cabeça e outras patologias que serão comprovadas mediante perícia médica.

Ao vermos os documentos presentes nos autos, a seguradora ré não levou em consideração, de forma arbitrária que a promovente não possui direito ao valor devido do valor indenizatório, em seus cálculos, contrariando a lei em vigência, conforme documento comprobatório.

No caso em tela, há de se pagar o percentual de 195%, perfazendo a indenização de até **R\$ 26.325,00 (vinte e seis mil, trezentos e vinte e cinco reais)**, deduzindo-se o valor já pago administrativamente, sendo informado através de perícia médica o percentual de diferença a ser seguido e pago.

Assim, na qualidade de vítima de acidente de trânsito, ciente de sua inequívoca invalidez e munido da documentação necessária, protocolizou o pedido de pagamento do **SEGURO**

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



DPVAT, tendo a seguradora ré RECONHECIDO O ACIDENTE, ATRAVÉS DO SINISTRO Nº 3180534056, todavia, não pagou nenhum valor, contrariando desta forma, o previsto na Lei nº. 6194/74 com as atualizações da lei nº 11945/09.

Ressalte-se que, após o acidente sofrido, adquiriu **INVALIDEZ DE NATUREZA PERMANENTE**, não lhe restando, dessa forma, alternativa, senão a propositura da presente ação, para o recebimento do seu direito.

DO DIREITO

A questão vertente exige a exegese da norma constante dos art. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74, com as atualizações da Lei 11945/09, pelo qual se depreende de modo inequívoco, que havendo **INVALIDEZ PERMANENTE** em membro superior (ombro) com outros traumas, o valor da indenização deve ser de 195% do Seguro DPVAT, que corresponde a **R\$ 26.325,00 (vinte e seis mil, trezentos e vinte e cinco reais)**, a ser paga de acordo com o real grau de invalidez de que é portadora a vitima, devendo o grau ser aferido por ocasião da perícia médica.

Dessa forma, restando comprovado o acidente de trânsito e as sequelas oriundas deste, faz jus a autora ao recebimento do complemento do **SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ, NO VALOR DE R\$ 26.325,00 (vinte e seis mil, trezentos e vinte e cinco reais)**.

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



DO PEDIDO

Face ao exposto, requer a Vossa Excelência, seja determinada, desde logo, a citação da seguradora ré, para, se quiser, responder aos termos da presente sob pena de revelia e confissão, pedindo e esperando a inteira **PROCEDÊNCIA DO PEDIDO**, com a consequente condenação da ré ao pagamento de uma indenização que tenha como base as seguintes verbas:

- a) O deferimento do pedido de gratuidade de justiça;
- b) Que todas as publicações na Imprensa Oficial sejam feitas **exclusivamente em nome do Dr. Jose Orisvaldo Brito da Silva, OAB/RJ 57069 e Dr. Felipe Eduardo Farias de Sousa, OAB/PB 25.251**, bem como para fins do art. 39, inciso I do CPC, que sejam remetidas todas as futuras intimações para seu endereço profissional constantes no timbre da presente peça;
- c) Pagamento do **SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ**, no valor de R\$ 26.325,00 (**vinte e seis mil, trezentos e vinte e cinco reais**), na forma do artigo 3º, alínea b, da Lei nº 6194/74, com as atualizações da Lei nº 11945/09, **corrigido monetariamente desde a data do acidente, acrescido de juros desde a citação**;
- d) Honorários advocatícios, estes arbitrados em até 20% sobre o valor da condenação, custas judiciais, juros e correção monetária onde couber.

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



DAS PROVAS

Finalmente, protesta pela produção de provas, especialmente a documentação superveniente e a pericial médica, acostando, para tanto, os quesitos.

DO VALOR DA CAUSA

Dá-se à causa o valor de R\$ 26.325,00 (vinte e seis mil, trezentos e vinte e cinco reais).

Termos em que,

Pede e espera deferimento.

Sousa, data da assinatura digital.

**Felipe Eduardo Farias de Sousa
OAB/PB 25.251**

**Jose Orisvaldo Brito da Silva
OAB/RJ 57069**

**Dayane Nunes Ramos
OAB/PB 27.489**

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



QUESITOS PARA PERÍCIA MÉDICA

Queira o Ilustre Perito responder o seguinte:

1. Foi o periciado vítima de acidente automobilístico? Em que data?
2. Foi internado? Qual nosocomio?
3. Qual o diagnóstico médico?
4. Necessitou de intervenção cirúrgica? Qual a indicação nosológica?
5. Necessita ainda o periciado de tratamento?
6. São definitivas as sequelas?
7. A lesão é permanente?
8. Ficou com incapacidade permanente? Se positivo indicar o (s) membro (s) e/ou sentido (s) e/ou função(ões) e o percentual, por parte afetada, separadamente, de acordo com a tabela do SEGURO DPVAT, informando, inclusive se o periciado suporta sequelas residuais.
9. Suporta deformidade e debilidade permanente? Esclarecer, de acordo com a tabela do SEGURO DPVAT, percentual, por parte afetada, separadamente, inclusive se o periciado suporta sequelas residuais.

Escrítorio:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



- 10.** Se a(s) parte(s) atingida(s), compromete parte e/ou todo o movimento e/ou funcionalidade do Membro ou órgão afetado? Caso positivo, qual o percentual a ser atribuído, levando em conta o comprometimento do membro ou órgão afetado?
- 11.** Tendo como base o teto máximo do seguro DPVAT (100%), informar qual o somatório final dos percentuais apurados.
- 12.** Esclareça todo o mais que entender necessário ao bom trabalho a que foi nomeado.
- 13.** No caso de a sequela da qual é portadora a vítima, não fazer parte das sequelas indenizáveis pela tabela do SEGURO DPVAT, qual o percentual de invalidez o expert atribuiria ao periciado, considerando o comprometimento da sequela na vida diária e laborativa da vítima.
- 14.** Se a lesão sofrida pela autora, prejudicou o seu desempenho profissional, a ponto de ter de ser readaptada a nova função?

Escritório:

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



PROCURAÇÃO PARA O FORO EM GERAL

OUTORGANTE: Roberto de Santa, RG 3.892.885-29/Via SS/DS/PB
CPF: 079.061.634-35, tel: 99178-6768, brasileiro,
de teima, agricultor, residente e domiciliado na Rua. Frei
cira Paulino da Silva, 88, Serrilandia, Serra - PB

OUTORGADOS: FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA, brasileiro, casado, Advogado inscrito na OAB/PB sob o nº 25.251 e JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro, Advogado inscrita na OAB/PB sob o nº 25.251/A ambos com escritório profissional localizado na Av. João Machado, 553, 4º andar, sala 404, Centro, João Pessoa/PB, CEP: 58013-520.

PODERES: Para o foro em geral, nos termos do art. 105, e seus incisos do CPC/2015, inclusive, como CLÁUSULA ESPECIAL, CONFERINDO PODERES DE CONFESSAR, TRANSIGIR, DESISTIR, RECEBER ALVARÁ JUDICIAL PERANTE O CARTÓRIO QUE TRAMITA O PROCESSO BEM COMO, LEVANTAMENTO DE VALORES EM INSTITUIÇÕES BANCÁRIAS, DAR QUITAÇÃO A CRÉDITOS EM FAVOR DO (A) OUTORGANTE decorrente da atuação do outorgado, firmar compromisso de inventariante, bem como, de síndico em falência e comissário em concordata, prestar primeiras e últimas declarações em inventário ou arrolamento, acompanhá-los em todos os seus termos, impugnar créditos ou concordar com os mesmos, reconhecer a procedência do pedido, retirar alvará em cartório, dar e receber quitação, renunciar no todo ou em parte do direito sobre o qual funda a ação, representando-o (os) perante o Juízo, Instância ou Tribunal, repartições Públicas, Federais e/ou Municipais, na resolução de demandas administrativas, ainda, receber e dar quitação de alvarás em estabelecimentos financeiros e bancários seja eles quais forem separadamente, representar o (a) outorgante em delegacias, procedimentos criminais e administrativos criminais, delegacia do idoso, atuar em representações criminais, atuar em ações de cobrança de seguro obrigatório DPVAT, representar o (a) outorgante em estabelecimentos hospitalares, requerer vistas e cópias de prontuários médico, bem como, substabelecer com ou sem reservas de poderes, receber valores depositados mediante alvará nas instituições bancárias conveniadas com o Tribunal de Justiça da Paraíba, representar o outorgante em ações de cobrança contra instituições de crédito, seguradoras, cobranças de seguro de vida e previdência, representar de forma administrativa nas esferas Estadual e Municipal, acompanhar e praticar atos em processos administrativos, bem como, perante o INSS, realizando-se todo e qualquer ato que seja necessário.

Sousa, 07 DE MAIO DE 2019

Roberto de Santa
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARANTE: Roberto dos Santos, RG: 3.392.885-2ºVia
SSD/PB, CPF: 079.061.634-35, brasileiro, solteiro, agricultor,
residente e domiciliado na Rua Francisco Paulino da Silva, 88
Serrilandia, Seura - PB
DECLARO com base na Lei n.º 7.115 de 29/01/1993 (Lei da Desburocratização) e Lei 1.060/50, que: "Não disponho de condições econômicas suficientes para arcar com custas e despesas processuais, da demanda, sem que venha a causar danos ao sustento próprio e de minha família, não percebo verba suficiente para o custeio antecipado de custas".

DECLARO ainda, ser conhecedor (a) das sanções civis, administrativas e penais a que estarei sujeito (a), caso o quanto aqui declarei não porte estritamente à verdade.

João Pessoa, 07 DE MAIO DE 2019.

Roberto dos Santos
DECLARANTE



Situação das Declarações IRPF 2018

Prezado Contribuinte (CPF 079.061.634-35),

ROBERTO DOS SANTOS

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.

Em Brasília - DF

22/06/2020

13:46

versão 01.20180815

Voltar



(javascript:window.print())

A Receita Federal agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, clique aqui (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade>).

Atualize sua página (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade/avisos/2014/atualize-sua-pagina>) Versão: v.01R



Situação das Declarações IRPF 2019

Prezado Contribuinte (CPF 079.061.634-35),

ROBERTO DOS SANTOS

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.

Em Brasília - DF

22/06/2020

13:45

versão 01.20180815

Voltar



(javascript:window.print())

A Receita Federal agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, clique aqui (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade>).

Atualize sua página (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade/avisos/2014/atualize-sua-pagina>) Versão: v.01R



Situação das Declarações IRPF 2020

Prezado Contribuinte (CPF 079.061.634-35),

ROBERTO DOS SANTOS

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.

Em Brasília - DF

22/06/2020

13:45

versão 01.20180815

Voltar



(javascript:window.print())

A Receita Federal agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, clique aqui (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade>).

Atualize sua página (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade/avisos/2014/atualize-sua-pagina>) Versão: v.01R





13 NOV. 2018



Assinado eletronicamente por: DAYANE NUNES RAMOS - 23/06/2020 15:53:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062315535381200000030461215>
Número do documento: 20062315535381200000030461215

Num. 31769950 - Pág. 1

SUBSTABELECIMENTO

Por este instrumento particular de substabelecimento, **FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA**, brasileiro, casado, inscrito na OAB/PB sob o nº 25.251, substabeleço **COM RESERVAS** de poderes a **DAYANE NUNES RAMOS**, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/PB sob o nº. 27.489, os poderes que me foram outorgados pela parte promovente para atuar nos autos do presente processo, tudo conforme instrumento de procuração outorgada.

João Pessoa, 18 de junho de 2020.



FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA

OAB/PB 25.251



Assinado eletronicamente por: DAYANE NUNES RAMOS - 23/06/2020 15:53:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062315535426100000030461216>
Número do documento: 20062315535426100000030461216

Num. 31769951 - Pág. 1

Em anexo.



Assinado eletronicamente por: DAYANE NUNES RAMOS - 23/06/2020 15:56:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062315561589900000030461218>
Número do documento: 20062315561589900000030461218

Num. 31769954 - Pág. 1

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via da parte)
Nº do Processo: 0801578-27.2020.815.0371	Comarca: Sousa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Número do boleto: 037.9.20.01661/01
Número da guia: 037.2020.601661 Tipo da Guia: Custas Iniciais			Data de emissão: 23/06/2020
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.553,40 Promovente: DAYANE NUNES RAMOS; - Taxa Judiciária: R\$ 394,87 ROBERTO DOS SANTOS; - Taxa bancária: R\$ 1,35 Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO			Data de vencimento: 30/06/2020
Valor da causa: R\$ 26.325,00			UFR vigente: R\$ 51,78
			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.949,62
			Desconto total: R\$ 0,00
 <p>866600000198 496209283183 520200630033 792001661018</p>			Valor final: R\$ 1.949,62

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do processo)
Nº do Processo: 0801578-27.2020.815.0371	Comarca: Sousa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Número do boleto: 037.9.20.01661/01
Número da guia: 037.2020.601661 Tipo de Guia: Custas Iniciais			Data de emissão: 23/06/2020
Promovente: DAYANE NUNES RAMOS; ROBERTO Promovido: SEGURADORA LIDER DOS DOS SANTOS; FELIPE EDUARDO Valor da causa: R\$ 26.325,00			Data de vencimento: 30/06/2020
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.553,40 - Taxa Judiciária: R\$ 394,87 - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 51,78
			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.949,62
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 1.949,62

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do banco)
Nº do Processo: 0801578-27.2020.815.0371	Comarca: Sousa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Número do boleto: 037.9.20.01661/01
Número da guia: 037.2020.601661 Tipo de Guia: Custas Iniciais			Data de emissão: 23/06/2020
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.553,40 Promovente: DAYANE NUNES RAMOS; - Taxa Judiciária: R\$ 394,87 ROBERTO DOS SANTOS; - Taxa bancária: R\$ 1,35 Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO Valor da causa: R\$ 26.325,00			Data de vencimento: 30/06/2020
			UFR vigente: R\$ 51,78
			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.949,62
			Desconto total: R\$ 0,00
 <p>866600000198 496209283183 520200630033 792001661018</p>			Valor final: R\$ 1.949,62





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE SOUSA

7ª VARA MISTA

Rua Francisco Vieira da Costa, s/n, Raquel Gadelha, CEP 58800970

e-mail sza.7vara@tjpb.jus.br; telefone (83)35226602

PROCESSO	0801578-27.2020.8.15.0371
	[Acidente de Trânsito]
AUTOR	ROBERTO DOS SANTOS
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. Endereço: Edifício Darke **, 2 andar, Avenida Treze de Maio 23, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-902

DESPACHO

Defiro a gratuitade processual, por presumir a insuficiência financeira do autor, dada a documentação anexada à inicial, em especial a prova da dispensa de apresentação de declaração de imposto de renda.

Tendo em vista que demandas desta natureza normalmente exigem a produção de prova pericial para que as partes encontrem estímulos para se conciliar, à luz do princípio da duração razoável do processo e da eficiência, art. 5º, XXXVI, da CF e art. 8º cc. 139, II, ambos do NCPC, deixo de designar a incontinenti audiência de conciliação, que poderá ser aprazada em outro momento, na forma do art. 139, V, do NCPC.

Cite(m)-se a(s) parte(s) ré(s) para oferecer(em) contestação no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia e de presunção de veracidade das alegações de fato formuladas na petição inicial (NCPC, art. 344).

E ainda, tratando-se de ação de cobrança de seguro DPVAT, é imprescindível a realização de perícia. Nesse sentido, nomeio a



Assinado eletronicamente por: VINICIUS SILVA COELHO - 26/06/2020 12:05:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062612053317300000030486046>
Número do documento: 20062612053317300000030486046

Num. 31796411 - Pág. 1

DIEGO DOS SANTOS SANTIAGO. Fica autorizada a intimação por meio dos canais indicados pelo perito no sítio eletrônico do TJPB (diegosantiago_medicina@hotmail.com; 83-996814345, desde que ele acuse o recebimento. Frustrada a comunicação, notifique-se por carta com AR (Rua José Anacleto, 271, Uiraúna-PB), **sem prejuízo de sua substituição por outro expert pela serventia**, arbitrando seus honorários periciais em R\$ 200,00 (duzentos reais), em face da complexidade da prova e do local de sua realização, a serem custeados pela Seguradora Líder, nos termos do Convênio 015/2014, facultada às partes a indicação de assistente técnico. Intime-se a seguradora acionada para efetuar o depósito dos honorários em cinco dias, salvo se já efetuado o depósito.

No prazo para contestação o réu deverá oferecer seus quesitos e indicar assistente técnico. Quanto ao autor, se os quesitos ainda não tiverem sido apresentados na inicial, intime-se para que, no prazo de cinco dias, apresentem os seus quesitos e indique assistente técnico.

Por outro lado, formulo os seguintes quesitos a serem respondidos pelo Perito:

1 – O autor é portador de invalidez permanente?

2 – Em caso positivo, em que consiste essa invalidez?

3 – A invalidez permanente é total ou parcial?

4 – Em sendo a invalidez permanente parcial, ela é completa ou incompleta?

5 – Sendo a invalidez permanente parcial incompleta as sequelas são de repercussão intensa, média, leve ou residual?

6 – Levando-se em consideração a Tabela anexa a Lei nº 6.194/74, qual o grau da invalidez?

7 – Juntado aos autos o laudo pericial, expeça-se alvará para liberação dos valores do perito e intimem-se as partes para, no prazo sucessivo de 05 (cinco) dias se manifestarem e requererem o que entenderem de direito.

Sousa-PB, data e assinatura eletrônicas.

VINICIUS SILVA COELHO

Juiz de Direito

Código de Normas da CGJPB, art. 108. Fica autorizado o uso do despacho como carta citação/notificação/intimação/precatória/ofício pelos magistrados do primeiro grau de jurisdição, o qual consiste na prolação de ato decisório cujo teor sirva, automaticamente, de instrumento para citação, intimação, notificação, deprecação ou ofício.

Os documentos associados a esse processo podem ser acessados por meio do seguinte endereço eletrônico:

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



Assinado eletronicamente por: VINICIUS SILVA COELHO - 26/06/2020 12:05:33
[http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062612053317300000030486046](https://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062612053317300000030486046)
Número do documento: 20062612053317300000030486046

Num. 31796411 - Pág. 2

Ao acessar o link, o interessado deverá indicar a respectiva chave de acesso no campo “número de documento”, conforme relação que segue abaixo.

Documentos associados ao processo

Título	Tipo	Chave de acesso**
Petição Inicial	Petição Inicial	20062315534654100000030461197
ATO DECLARATORIO	Documento de Comprovação	20062315534739800000030461198
B.O	Documento de Comprovação	20062315534785800000030461199
COMP. RESID. VÍTIMA	Documento de Comprovação	20062315534830800000030461200
DOC. MEDICA	Documento de Comprovação	20062315534864200000030461202
LAUDO ROBERTO DOS SANTOS 01	Documento de Comprovação	20062315534924100000030461203
LAUDO ROBERTO DOS SANTOS 02	Documento de Comprovação	20062315534974500000030461204
LAUDO ROBERTO DOS SANTOS 03	Documento de Comprovação	20062315535038200000030461205
LAUDO ROBERTO DOS SANTOS 04	Documento de Comprovação	20062315535092100000030461206
PETIÇÃO INICIAL ROBERTO DOS SANTOS	Documento de Comprovação	20062315535146600000030461209
PROCURAÇÃO JUDICIAL E DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA	Documento de Comprovação	20062315535193300000030461210
Receita Federal do Brasil 2018	Documento de Comprovação	20062315535243600000030461211
Receita Federal do Brasil 2019	Documento de Comprovação	20062315535289900000030461213
Receita Federal do Brasil 2020	Documento de Comprovação	20062315535335700000030461214
RG E CPF VÍTIMA	Documento de Comprovação	20062315535381200000030461215
SUBSTABELECIMENTO FELIPE X DAYANE	Documento de Comprovação	20062315535426100000030461216
Outros Documentos	Outros Documentos	20062315561589900000030461218
GuiaCustas	Documento de Comprovação	20062315561670100000030461219





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE SOUSA
7^a VARA

0801578-27.2020.8.15.0371

AUTOR: ROBERTO DOS SANTOS

Advogados do(a) AUTOR: JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA - RJ57069, FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA - PB25251, DAYANE NUNES RAMOS - PB27489

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

EXPEDIENTE DE CITAÇÃO

Através do presente expediente, fica(m) Vossa(s) Senhoria(s) CITADO para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar contestação, sob pena de revelia sobre a parte disponível da pretensão (art. 344 do CPC), nos termos do despacho com força de mandado de citação, anexo.

Sousa(PB), 8 de agosto de 2020

ANA CLAUDIA RODRIGUES SOARES ABRANTES

assinatura eletrônicas



Assinado eletronicamente por: ANA CLAUDIA RODRIGUES SOARES ABRANTES - 08/08/2020 00:46:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008080046575000000031624571>
Número do documento: 2008080046575000000031624571

Num. 33034735 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: ANA CLAUDIA RODRIGUES SOARES ABRANTES - 08/08/2020 00:46:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008080046575000000031624571>
Número do documento: 2008080046575000000031624571

Num. 33034735 - Pág. 2