



Número: **0830593-84.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **01/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>TALYTA VIEIRA (AUTOR)</b>	<b>Raphael Simões Andrade (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44853 025	22/06/2021 15:20	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
44853 029	22/06/2021 15:20	<a href="#"><u>2776202_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos
44853 030	22/06/2021 15:20	<a href="#"><u>2776202_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANEXO_02</u></a>	Outros Documentos

## ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:20:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215200943900000042634641>  
Número do documento: 21062215200943900000042634641

Num. 44853025 - Pág. 1



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8<sup>ª</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB**

Processo n.º 08305938420208150001

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **TALYTA VIEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DOCUMENTO IMPRESCINDÍVEL AO EXAME DA QUESTÃO**

**(REGISTRO DA OCORRÊNCIA NO ÓRGÃO POLICIAL COMPETENTE)**

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que a parte autoral pretende que o seguro DPVAT no suposto acidente noticiado.

O parágrafo 1º, do art. 5º da lei n.º 6.194/74 é claro, e exige para que o beneficiário possa ter o direito de pleitear a indenização relativa ao seguro obrigatório de veículo a apresentação de determinados documentos.

Com efeito, verifica-se que a parte Autora deixar de apresentar o **registro da ocorrência policial, documento imprescindível para comprovação da ocorrência do acidente e do nexo de causalidade**.

Essa prova documental incumbe à parte autoral, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supratranscrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373 do CPC.

Assim, merece a presente demanda seja julgada extinta com resolução do mérito, na forma do art. 485, inciso I, da Lei Processual Civil.

**- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -**

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
www.joaoarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:20:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215201081800000042634645>  
Número do documento: 21062215201081800000042634645

Num. 44853029 - Pág. 1

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**<sup>1</sup>.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexiste nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo<sup>2</sup>.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

#### **DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 18 de junho de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**

<sup>1</sup>SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT.(TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)

<sup>2</sup>APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPÓSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVÍDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:20:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215201081800000042634645>  
Número do documento: 21062215201081800000042634645

Num. 44853029 - Pág. 3



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

---

Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200151997** **Vítima: TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA**

**Data do Acidente: 23/01/2020** **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00097/00098 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020049

Carta nº 15717095



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:20:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106221520117270000042634646>  
Número do documento: 2106221520117270000042634646

Num. 44853030 - Pág. 1

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

---

**Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200151997**      **Vítima: TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA**

**Data do Acidente: 23/01/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA**

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

**Recebedor: TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA**

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

**Banco: 237**

**Agência: 000000493-6**

**Conta: 000001014964-9**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Pag. 00863/00864 - carta\_15R - INVALIDEZ



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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:20:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106221520117270000042634646>  
Número do documento: 2106221520117270000042634646

Num. 44853030 - Pág. 3



## CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00178.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00178.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 15:28 horas do dia 16 de março de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Cláudio Manoel Fernandes Marques, matrícula 1685074, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu Talyta Vieira Gonçalves de Lima, conhecido(a) por Talita, CPF nº 008.594.794-63, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Autônoma, filho(a) de Lucia de Fátima Vieira e Gilvan Gonçalves de Lima Filho, natural de Rio de Janeiro/RJ, nascido(a) em 15/12/1980 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Vereador Benedito Mota, Nº 695, complemento APARTAMENTO, bairro Nações, tendo como ponto de referência Por Trás do Antigo Supermercado Boa Esperança, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

### Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Vigário Calisto, nº s/n, Via Pública, Em Frente a Sede da O.a.b., Campina Grande/PB, bairro Catolé; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 23/01/20 17:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129 Caput do CPB (Lesão corporal dolosa), Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias).

### Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo BIZ 125 KS, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2011/2012, UF: PB, placa OFF-5259, chassi 9C2JC4810CR001244, renavam 0041307479-0, características gerais: Nº. C.r.l.v.: 015456525856; nº. Lacre: 0040169650; nº. P.r.t.: 20190100103686-0; categoria: Particular; combustível: Flex; placa Anterior: Nova; placa Atual: Campina Grande/pb; alienação Fiduciária: A. F. Banco Bradesco Financeira S.a.; em Nome de Talyta Vieira.

### E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA PILOTANDO O SEU VEÍCULO NO LOCAL DO ACIDENTE JÁ DESCrito AMBOS ANTERIORMENTE ACIMA, FOI ABALROADA POR UM TRANSEUNTE QUE VINHA CORRENDO PARA PEGAR UM COLETIVO PÚBLICO E ACONTECEU UMA PEQUENA COLISÃO LATERAL ENTRE AMBOS, E QUE POR CAUSA DESTA MANOBRA, VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA RECEBER OS PRIMEIROS SOCORROS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Governo do Estado da Paraíba  
Sec. de Segurança Pública  
Alexandre J. N. de Souto Lima  
Comissário - Mat. 157.356-0

Procedimento Policial: 00178.01.2020.1.05.101

1/2



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil  
Delegacia de Comarca de Lucena



Lucena/PB, 16 de março de 2020.

  
ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA  
Agente de Investigação  
Governo do Estado da Paraíba  
Sec. de Segurança Pública  
Alexandre J. N. de Souto Lima  
Comissário - Mat. 157.356-0

  
TALYTA VIEIRA GONÇALVES DE LIMA   
Noticiante



Procedimento Policial: 00178.01.2020.1.05.101

2/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:20:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215201172700000042634646>  
Número do documento: 21062215201172700000042634646

Num. 44853030 - Pág. 5

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:20:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106221520117270000042634646>  
Número do documento: 2106221520117270000042634646

Núm. 44853030 - Pág. 6

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00493-6

CONTA: 000001014964-9

---

Nr. Autenticação

BRADESCO05052020050000000002370049300001014964168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:20:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106221520117270000042634646>  
Número do documento: 2106221520117270000042634646

Num. 44853030 - Pág. 7

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamentos na rede Energisa. Visite [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãos  
Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
CNPJ 08.826.596/0001-95 - Insc. Est. da Paraíba

## DADOS DO CLIENTE

JOSEFA LUSINETE DA SILVA FARIA  
RUA VEREADOR BENEDITO MOTA S/N AP 304  
CAMPINA GRANDE

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/267972-8

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JAN/2020	09/01/2020	86	16/01/2020	R\$ 73,77

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

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 13/01/2020				
Pagador: JOSEFA LUSINETE DA SILVA FARIA CNPJ/CPF: 602.308.461-49				
RUA VEREADOR BENEDITO MOTA S/N AP 304 - ALTO BRANCO - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número 31490360001073853	Nr Documento 000267972202001	Data Vencimento 16/01/2020	Valor do Documento R\$ 73,77	Valor Pago
BENEFICIÁRIO:ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:20:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106221520117270000042634646>  
Número do documento: 2106221520117270000042634646

Num. 44853030 - Pág. 8

23/01/2020

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



## ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT(B.E) Nº:2090646

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0005-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Matinhos, Campina Grande - PB, CEP: 58433-809

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: TALITA VIEIRA

Endereço: DR VASCONCELOS

Cidade: Campina Grande

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA

Responsável: WAGNER

Estado Civil: Solteiro(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE MOTO

Atend.: 23/01/2020

Data de

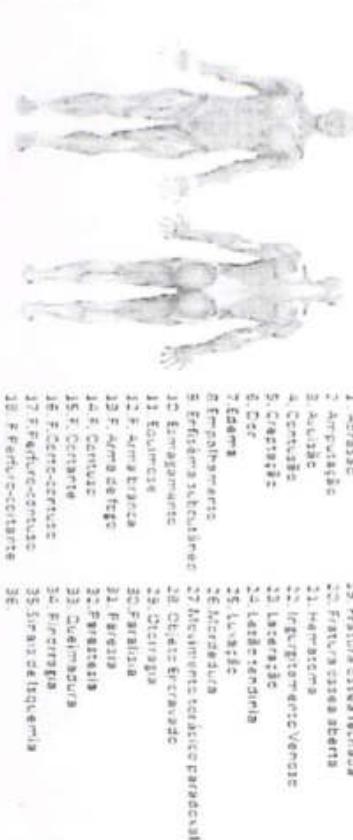
CNPJ: 00859479463

CONVÉNIOS/SUS

Hora: 18:18:35

OBS FICHA:  
MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Acessó

2. Arrepião

3. Asfixia

4. Contusão

5. Crença

6. Corte

7. Edema

8. Empurrante

9. Entrelaçamento

10. Envenenamento

11. Esquente

12. Fimbrilante

13. Furto

14. Furtivo

15. Furtivo

16. Furtivo

17. Furtivo

18. Furtivo

19. Fratura exposta

20. Fratura exposta aberta

21. Fratura exposta

22. Fratura exposta vermelha

23. Lesão

24. Lesão

25. Lesão

26. Lesão

27. Lesão

28. Lesão

29. Lesão

30. Lesão

31. Lesão

32. Lesão

33. Lesão

34. Lesão

35. Lesão

36. Lesão

37. Lesão

38. Lesão

39. Lesão

40. Lesão

41. Lesão

42. Lesão

43. Lesão

44. Lesão

45. Lesão

46. Lesão

47. Lesão

48. Lesão

49. Lesão

50. Lesão

51. Lesão

52. Lesão

53. Lesão

54. Lesão

55. Lesão

56. Lesão

57. Lesão

58. Lesão

59. Lesão

60. Lesão

61. Lesão

62. Lesão

63. Lesão

64. Lesão

65. Lesão

66. Lesão

67. Lesão

68. Lesão

69. Lesão

70. Lesão

71. Lesão

72. Lesão

73. Lesão

74. Lesão

75. Lesão

76. Lesão

77. Lesão

78. Lesão

79. Lesão

80. Lesão

81. Lesão

82. Lesão

83. Lesão

84. Lesão

85. Lesão

86. Lesão

87. Lesão

88. Lesão

89. Lesão

90. Lesão

91. Lesão

92. Lesão

93. Lesão

94. Lesão

95. Lesão

96. Lesão

97. Lesão

98. Lesão

99. Lesão

100. Lesão

101. Lesão

102. Lesão

103. Lesão

104. Lesão

105. Lesão

106. Lesão

107. Lesão

108. Lesão

109. Lesão

110. Lesão

111. Lesão

112. Lesão

113. Lesão

114. Lesão

115. Lesão

116. Lesão

117. Lesão

118. Lesão

119. Lesão

120. Lesão

121. Lesão

122. Lesão

123. Lesão

124. Lesão

125. Lesão

126. Lesão

127. Lesão

128. Lesão

129. Lesão

130. Lesão

131. Lesão

132. Lesão

133. Lesão

134. Lesão

135. Lesão

136. Lesão

137. Lesão

138. Lesão

139. Lesão

140. Lesão

141. Lesão

142. Lesão

143. Lesão

144. Lesão

145. Lesão

146. Lesão

147. Lesão

148. Lesão

149. Lesão

150. Lesão

151. Lesão

152. Lesão

153. Lesão

154. Lesão

155. Lesão

156. Lesão

157. Lesão

158. Lesão

159. Lesão

160. Lesão

161. Lesão

162. Lesão

163. Lesão

164. Lesão

165. Lesão

166. Lesão

167. Lesão

168. Lesão

169. Lesão

170. Lesão

171. Lesão

172. Lesão

173. Lesão

174. Lesão

175. Lesão

176. Lesão

177. Lesão

178. Lesão

179. Lesão

180. Lesão

181. Lesão

182. Lesão

183. Lesão

184. Lesão

185. Lesão

186. Lesão

187. Lesão

188. Lesão

189. Lesão

190. Lesão

191. Lesão

192. Lesão

193. Lesão

194. Lesão

195. Lesão

196. Lesão

197. Lesão

198. Lesão

199. Lesão

200. Lesão

201. Lesão

202. Lesão

203. Lesão

204. Lesão

205. Lesão

206. Lesão

207. Lesão

208. Lesão

209. Lesão

210. Lesão

211. Lesão

212. Lesão

213. Lesão

214. Lesão

215. Lesão

216. Lesão

217. Lesão

218. Lesão

219. Lesão

220. Lesão

221. Lesão

222. Lesão

223. Lesão

224. Lesão

225. Lesão

226. Lesão

227. Lesão

228. Lesão

229. Lesão

230. Lesão

231. Lesão

232. Lesão

233. Lesão

234. Lesão

235. Lesão

236. Lesão

237. Lesão

238. Lesão

239. Lesão

240. Lesão

241. Lesão

242. Lesão

243. Lesão

244. Lesão

245. Lesão

246. Lesão

247. Lesão

248. Lesão

249. Lesão

250. Lesão

251. Lesão

252. Lesão

253. Lesão

254. Lesão

255. Lesão

256. Lesão

257. Lesão

258. Lesão

259. Lesão

260. Lesão

261. Lesão

262. Lesão

263. Lesão

264. Lesão

265. Lesão

266. Lesão

267. Lesão

268. Lesão

269. Lesão

270. Lesão

271. Lesão

272. Lesão

273. Lesão

274. Lesão

275. Lesão



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

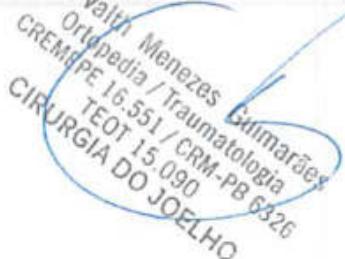
Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Sexo: F

Clinica:AMARELA Enfermaria: 4 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA 23/01/2020

m	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 8h/8h	22/01/22
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	22/01/22
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	00
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06



clxante 40mg, sc, 1x/dia  
 talta fixa perfeita 22



ANOTACÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	<input type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> FADIGA <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA <input type="checkbox"/> TOSFNEIA <input type="checkbox"/> BATIMENTO DE ASA DE NARIZ <input type="checkbox"/> ORTOPNEIA <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DEFÍCIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	<input type="checkbox"/> PREJUIZO NEUROMUSCULAR <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> AGENTES LESIVOS (EX: BIOLOGICOS, QUÍMICOS) <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA <input type="checkbox"/> RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	<input type="checkbox"/> ANESTESIA <input type="checkbox"/> DESIDRATAÇÃO <input type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> DESCONFORTO <input type="checkbox"/> RIGIDEZ ARTICULAR <input type="checkbox"/> PREJUIZOS MUSCULO-ESQUELÉTICO	<input type="checkbox"/> DIFICULDADE PARA VIRAR-SE <input type="checkbox"/> MOVIMENTOS DESCONTROLADOS
RISCO DE INFECÇÃO	<input type="checkbox"/> AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTOS INVASIVOS <input type="checkbox"/> OUTRO	
OUTRO		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SpO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		<input type="checkbox"/> MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR <input type="checkbox"/> Padrão Respiratório Eficaz
<input type="checkbox"/> OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
<input type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		<input type="checkbox"/> AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
<input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		<input type="checkbox"/> CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
<input type="checkbox"/> EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
<input type="checkbox"/> AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
<input type="checkbox"/> AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITIAIS		
<input type="checkbox"/> ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
<input type="checkbox"/> APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
<input type="checkbox"/> INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		<input type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
<input type="checkbox"/> ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO		
<input type="checkbox"/> AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO		<input type="checkbox"/> DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
<input type="checkbox"/> OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
<input type="checkbox"/> TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS		
OUTRO		

HISTÓRIA DE QÜEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES?  SIM  NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO?  SIM  NÃO AJUDA PARA CAMINHAR?  SIM  NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA?  SIM  NÃO ESTADO MENTAL?  AGITADO  DISTÚRIO NEUROLÓGICO

POSTURA NÃO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QÜEDA?  SIM  NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:



FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ÁREA AMARELA (BASEADOS NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

NOOME: *Tatia Wixia*

IDADE:  SEXO:  F ENF/LEITO:

DATA:  /  /

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias ( ) Motivo: Alergias ( ) : Qual? Doença ( ) HAS ( ) DM

( ) Tabagista ( ) Etilista ( ) Neoplasia ( ) Drogas ( ) Outros:  Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO:

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: ( ) CONSCIENTE ( ) ORIENTADO ( ) CONFUSO ( ) LETÁRGICO ( ) COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: ( ) PRESERVADA ( ) PLEGIA ( ) PARESIA ( ) PARESTESIA LOCAL:

LINGUAGEM: ( ) DISFONIA ( ) DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: ( ) ESPONTÂNEA ( ) CATETER NASAL ( ) VENTURI ( ) TRAQUEOSTOMIA ( ) VMI ( ) OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: ( ) VISÃO ( ) AUDIÇÃO ( ) TATO ( ) OLFATO ( ) PALADAR OBS:

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO ( ) AGITADO ( ) AGRESSIVO ( ) RISCO DE QUEDA OBS:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( ) OUTROS:

EDEMA: ( ) LOCAL OBS:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: ( ) NUTRIDO ( ) EMAGRECIDO ( ) CAQUÉTICO ( ) OBESO DENTIÇÃO: ( ) COMPLETA ( ) INCOMPLETA

ALIMENTAÇÃO: ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) OUTROS:

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: ( ) NORMAL ( ) ALTERADO ( ) OUTROS:

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: ( ) ESPONTÂNEA ( ) SVD ( ) INCONTINÊNCIA ( ) OUTROS:

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: ( ) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA

PELE: ( ) INTEGRA ( ) LESÃO ( ) OUTROS:

LESÃO POR PRESSÃO: ( ) SIM ( ) NÃO ESTÁGIO (BRADEN):  Local:

localização anatômica da ferida; Curativo em:  /  /

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: ( ) INDEPENDENTE ( ) DEPENDENTE ( ) PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: ( ) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA HIGIENE BUCAL: ( ) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA

LIMPEZA FÍSICA: ( ) ACAMADO ( ) CADEIA DE RODAS SONO / REPOUSO: ( ) PRESERVADO ( ) INSÔNIA

5. ALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: ( ) PRESERVADA ( ) PREJUDICADA

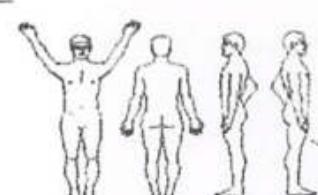
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: ( ) COOPERATIVO ( ) OUTROS:

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO:  ( ) PRATICANTE ( ) NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
<i>10h00 140x80</i>											SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRIO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



PRESCRIÇÃO MÉDICA		
DADOS DO PACIENTE:		
Nº do protocolo: 2090707	Paciente: TALITA VIEIRA	Idade: 039 Sexo: F
Nome da Mae: LUCIA DE FATTIMA VIEIRA		
Clínica: AMARELA Endereço: 4 Lote: 3 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO		
Data: 24/01/2020 Hora: 07:50:10		
MEDICO(A): Crismaros Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)		
Item	Prescrição	Apresentação
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	EV, 8/8h
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML	EV, 6h/6h
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILENTE	EV, 12h/12h
	Recomendar 3ML ABD.	
	ONDEPRAZOL 10 MG	24h/24h (ADM AS 8h)
	Diluir em 10 ML DILENTE PROPRIO	
	AGUARDO EXAMES	
	ESTAVEL, COM DOR	
	CON TALIA GESSADA	
	ASSINATURA + CARMIRIO	
	Crismaros Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)	

CNPJ: 10.848.190/0001-55  
 Data: 24/01/2020  
 Hora: 07:52:03  
 Medico (a) Dr/na: Crismaros Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)  
 Endereço: 4 Lote: 3





GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55  
Data: 25/01/2020  
Horas: 06:20:57  
Médico (a) Diarista : Wagner de Melo Falcao

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DIH - 2

Clinica:AMARELA Enfermaria: 4 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA 25/01/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 8h/8h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	
	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	

/OLUÇÃO

DATA:25/01/2020 HORA:06:20:19

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

ESTAVEL, COM DOR LEVE

COM TALA GESSADA

CD: AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner Falcao  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PE 8861

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner de Melo Falcao



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:20:12

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106221520117270000042634646>

Número do documento: 2106221520117270000042634646

Num. 44853030 - Pág. 14

INSTRUÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSCAS DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	<input type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> FADIGA <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA <input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO DE ASA DE NARIZ <input type="checkbox"/> ORTOPNÉIA <input type="checkbox"/> OUTRO
DEFÍCIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	<input type="checkbox"/> PREJUIZO NEUROMUSCULAR <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA <input type="checkbox"/> RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	<input type="checkbox"/> ANESTESIA <input type="checkbox"/> DESIDRATAÇÃO <input type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNÉIA
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> DESCONFORTO <input type="checkbox"/> RIGIDEZ ARTICULAR <input type="checkbox"/> PREJUIZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	<input type="checkbox"/> DIFICULDADE PARA VIRAR-SE <input type="checkbox"/> MOVIMENTOS DESCONTROLADOS
RISCO DE INFECÇÃO	<input type="checkbox"/> AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS <input checked="" type="checkbox"/> PROCEDIMENTOS INVASIVOS <input type="checkbox"/> OUTRO	
OUTRO		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input checked="" type="checkbox"/> MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SP <sub>O</sub> 2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%	<i>S/N</i>	<input type="checkbox"/> MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
<input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		<input type="checkbox"/> AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
<input type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		<input type="checkbox"/> CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
<input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
<input type="checkbox"/> EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
<input type="checkbox"/> AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
<input checked="" type="checkbox"/> AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		
<input type="checkbox"/> ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
<input type="checkbox"/> APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
<input type="checkbox"/> INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		<input type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
<input type="checkbox"/> ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO		
<input type="checkbox"/> AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO		
<input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		<input checked="" type="checkbox"/> DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	<i>Diariamente</i>	
OUTRO		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES?  SIM  NÃODIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO?  SIM  NÃO AJUDA PARA CAMINHAR?  SIM  NÃOTERAPIA INTRAVENOSA?  SIM  NÃO ESTADO MENTAL?  AGITADO  DISTÚRIO NEUROLÓGICOPOSTURA NÃO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA?  SIM  NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

*368265 Eleto de S. hte*



26/01/2020

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2020-01-26&contar=2090707&IDC=83919

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 26/01/2020

Horas: 06:21:02

Médico (a) Diarista : Wagner de Melo Falcao



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DIH - 3

Clinica:AMARELA Enfermaria: 4 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA 26/01/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	3/4/20 6/1/20
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 8h/8h	1/2 1/3 1/4 1/5 1/6 1/7
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h	1/2 1/3 1/4 1/5 1/6 1/7
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	1/3 1/4 1/5 1/6 1/7
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06

### SOLUÇÃO

DATA:26/01/2020 HORA:06:20:47

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

ESTAVEL, COM DOR LEVE

COM TALA GESSADA

nv: ok

Dr. Wagner Falcao  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 8643

CD: AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner de Melo Falcao



AND ALCOHOL/INTEGRACIONES DE EFICIENCIA



FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ÁREA AMARELA (BASEADOS NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: *Talita Viana*

IDADE: *39*

SEXO: *F*

ENF/LEITO: *04*

DATA: *27/01/2020*

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias ( ) Motivo: Alergias ( ) Qual? Doença ( ) HAS ( ) DM

( ) Tabagista ( ) Etilista ( ) Neoplasia ( ) Drogas ( ) Outros: \_\_\_\_\_ Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: *Fx piochi hibell D*

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA:  CONSCIENTE  ORIENTADO ( ) CONFUSO ( ) LETÁRGICO ( ) COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: ( ) PRESERVADA ( ) PLEGIA ( ) PARESIA ( ) PARESTESIA LOCAL: \_\_\_\_\_

LINGUAGEM: ( ) DISFONIA ( ) DISARTRIA

RESPIRAÇÃO:  ESPONTÂNEA ( ) CATETER NASAL ( ) VENTURI ( ) TRAQUEOSTOMIA ( ) VMI ( ) OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: ( ) VISÃO ( ) AUDIÇÃO ( ) TATO ( ) OLFATO ( ) PALadar OBS: \_\_\_\_\_

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO ( ) AGITADO ( ) AGRESSIVO ( ) RISCO DE QUEDA OBS: \_\_\_\_\_

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

EDEMA:  LOCAL OBS: *M/D*

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO:  NUTRIDO ( ) EMAGRECIDO ( ) CAQUÉTICO ( ) OBESO DENTIÇÃO: ( ) COMPLETA ( ) INCOMPLETA

ALIMENTAÇÃO:  VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

ELIMINAÇÃO INTESTINAL:  NORMAL ( ) ALTERADO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

ELIMINAÇÃO URINÁRIA:  ESPONTÂNEA ( ) SVD ( ) INCONTINÊNCIA ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE:  NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA

PELE: ( ) INTEGRA  LESÃO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

LESÃO POR PRESSÃO: ( ) SIM  NÃO ESTÁGIO (BRADEN): \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

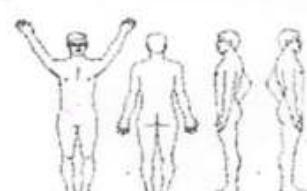
localização anatômica da ferida; Curativo em: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: ( ) INDEPENDENTE  DEPENDENTE ( ) PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: ( ) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA HIGIENE BUCAL: ( ) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA

LITIGAÇÃO FÍSICA: ( ) ACAMADO ( ) CADEIA DE RODAS SONO / REPOUSO: ( ) PRESERVADO ( ) INSÔNIA



5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO:  PRESERVADA ( ) PREJUDICADA

SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: ( ) COOPERATIVO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: \_\_\_\_\_ ( ) PRATICANTE ( ) NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
12:00	120/80	37								Rosat	SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DADOS DO PACIENTE:	
Nome da Mdg: LUCIA DE FATIMA VIEIRA	Patente: TAIJA VIEIRA
Nº do prontuário: 2090707	Idade: 039
Médico (a) Responsável: Vwry de Paiva Camara /	Sexo: F
Data: 27/01/2020	
MEDICOS: Vwry de Paiva Camara /	
Item	Apresentação
1	DIETA LIVRE
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML EV. HIRASCO, 8/8h
3	DIPRIVONA SODICA 300 MG/ML 2 ML EV. LAMPIOLA, 6/6h
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE EN. LIERA AND. 12/12h Recomendar 2ML ABD.
5	ONDANSETRONA SODICA 40 MG/ML 2 ML EV. LAMPIOLA, 8/8h SE NALSEA OU VOMITOS
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/ML 2 ML EV. LAMPIOLA, 24h (ADAS 236) + 100ML SE LINTO, 8/8h
7	NECESSARIO TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML EV. LAMPIOLA, 8/8h
8	DECUBITO ALUDANCA 22H
9	CUDADOS GERAIS + SINAIS VITIAS
EVOLUÇÃO	
DATA: 27/01/2020 HORA: 02:22:49	
4º DIA	
SEGU, ESTÁVEL, SEM INTERRUPÇÕES.	
DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES	
PRÉ-OP OR	
CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA	





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DIH - 6

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 5 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA 29/01/2020

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 8h/8h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VOMITOS	
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 2h)	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF. LENTO, 8/8H	
8	DECUBITO MUDANCA 2/2H	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

### EVOLUÇÃO

DATA: 29/01/2020 HORA: 12:04:20

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

DOR: ++/4+

COM TALA COXO PODÁLICA D

PRÉ OP OK

C.D:VPM

AGUARDA CIRURGIA ORTOPÉDICA

ASSINATURA + CARIMBO  
 Wagner Luiz Egito de Araujo  
 CRM - PB 3926



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190.0001-55  
 Data: 28/01/2020  
 Horas: 10:14:30  
 Médico (a) Diarista : Everlan Da Silva Meira

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DIH - 5

Clinica:AMARELA Enfermaria: 2 Leito: ♂ Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA 28/01/2020

MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira /

(5) (5)

Aprazamento

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	CT
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 8h/8h	31 25 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/MIL 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	32 25 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 25 06
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/MIL 2 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VOMITOS	50
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	25
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8/8h	SN
8	DECUBITO MUDANÇA 2 2H	CT
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT

### EVOLUÇÃO

DATA:28/01/2020 HORA:10:14:08

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

DOR: ++/4+

COM TALA COXO PODÁLICA D

PRÉ OP OK

CD:VPM  
AGUARDA CIRURGIA ORTOPÉDICA

ASSINATURA + CARIMBO  
Everlan Da Silva Meira

08:00hs 28/01/20

P: 130



29-01-90

Paciente esfíscal, seu queixa,  
mentilada, segue os cuida-  
dos de enfermagem.

PA - 100 x 70 QB



30/01/2020

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2020-01-30&contar=2090707&IDC=85241

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 30/01/2020

Hora: 11:27:24

Médico (a) Diarista: Wagner Luiz Egito de Araujo



Brasão do Estado  
PARAÍBA  
Governo do Estado

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DHU - 7

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 5 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA: 30/01/2020

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	<i>500 500</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	<i>12 12</i>
4	TENONICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h	<i>12 12</i>
5	Reconstituir 2ML ABD.	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	<i>26</i>
7	SE NAUSEA OU VOMITOS	
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. FAZER SE	
10	NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8/8h	
11	DECUBITO MUDANÇA 2/2h	
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

### EVOLUÇÃO

DATA: 30/01/2020 HORA: 11:27:17

BEG. ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

DOR: +++/4+

COM TALA COXO PODÁLICA D

PRÉ OP OK

Cl. vPM  
AGUARDA CIRURGIA ORTOPÉDICA

ASSINATURA + CARIMBO:  
Wagner Luiz Egito de Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo  
ORTOPEDIA 1  
CRM - PB 9926

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2020-01-30&contar=2090707&IDC=85241

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:20:12

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215201172700000042634646

Número do documento: 21062215201172700000042634646

Num. 44853030 - Pág. 24

290 Oct 2007

INSTRUMENTADOR

## HOSPITAL

MEDICO

## LAUDO DE MATERIAIS UTILIZADOS

0221	PROCEDIMENTO
CRM	CONVENIO
DATA	MEDICO
CD	PACIENTE
009845	HOSPITAL



O&BENCKEK .ui

కోకిలి నీ.

00:00 00:40

8

400 400

SINGULAR

85

• • • • • 3.20

S. M. POWELL & CO.

100  
100 + 100 = 200  
100 + 100 = 200  
100 + 100 = 200

united — 40  
or 100 m. 10  
or 20 m. 10

— ٢٢ —

10

29

1

111

1

10

Digitized by srujanika@gmail.com

5-007-851-~~00000~~



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Adilson Vieira</i> DN 15/12/1980					<i>C = 4 km/pa</i>	
QI	LEITE	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO		
—	<i>Ma 03</i>	<i>SUS</i>	<i>39a</i>	<i>2096704</i>		
CIRURGIA	<i>Anel cari - Preparat de plato dilatado</i>		CIRURGIÃO	<i>Dr. Broch - Inst. Milagre</i>		
ANESTESIA	<i>Prop + Sedativo</i>		ANESTESIA	<i>Dr. Belch Donato</i>		
INSTRUMENTADORA	DATA	INICIO	FIM			
<i>versões</i>	<i>01/02/20</i>	<i>07:40</i>	<i>09:00</i>			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO	
01	Adrenalinamp.	0	Catet p/ Óxg.	Catgut cromado Sertix		
	Atropina amp.		Catet De Urinar Sist. Fech	Catgut cromado Sertix		
	Diazepam amp.	04	Compressa Grande	Catgut cromado Sertix		
	Dimex amp.		Compressa Pequena	Catgut Simples		
	Dolantina amp.		Cotonoides	Catgut Simples Sertix		
	Efrane ml		Dreno	Catgut Simples Sertix		
	Fenegam amp.		Dreno Kerr n°	Catgut Simples Sertix		
	Fentanil ml		Dreno Penrose n°	Cera p/ osso		
01	Inova-ml Midazolam		Dreno Pezzer n°	Ethibond		
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas	Ethibond		
01	Metacaina % ml		Equipo de Macrogotas	Ethibond		
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue	Fio de Algodão Sertix		
	Pavulon amp.		Equipo de PVC	Fio de Algodão Sertix		
	Proligmine amp.	4.5	Espadrapo Larco cm	Fio de Algodão Sutupak		
	Protóxido l/m		Furacim ml	Fio de Algodão Sutupak		
	Quelicin ml	0.5	Gase Pacote c/ 10 unidades	Fita cardíaca		
	Rapifen amp.		H.O. ml	Mononylon 2.0		
	Thionembutal ml		Intracath Adulto	Mononylon		
	Tractrium amp.		Intracath Infantil	Prolene Sertix		
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Bisturi n° 23	Prolene Sertix		
01	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11	Prolene Sertix		
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15	Prolene Sertix		
	Diprona amp.	02	Luvas 7.0	02	Vicryl Sertix	1.0
	Flaxidol amp.	05	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Fliebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
02	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.	4.0	Oxigênio l/m			
	Glucos de Cacio amp.		Polifix			
	Haemacel ml	0.5	PVPI Degermante ml			
	Heparema ml.	0.5	PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakin amp.	0.5	Sabão Antiséptico	0.1	SG Normotérmico fr 500 ml	0.0
	Lasix amp.		Saco coletor	0.1	SG Gelado fr 500 ml	0
	Medroclinazol.	0.1	Seringa desc 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
01	Metform		Seringa desc 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	01	Seringa desc 05 ml	03	SG fr 500 ml p/ fluxo	0.0
	Revivan amp.		Sonda			
	Stupranton amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
02	Cefalotina 1g c/ ampolina		Sonda Nasogástrica			
01	Fluoxetina		Sonda Uretral n°	01	Flaca 10.5	
01	Catgutolac		Steridrem ml	01	Flaca 10.5 + 04 fluxos	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Torneirinha	02	Flaca 10.5 + 05 fluxos	
02	Aguilha desc. 25 x 7 210 x 12		Vaselina ml	06	Fluxos 10.5 + 05 fluxos	
	Aguilha desc. 28 x 28		Geicon 18			
	Aguilha desc. 3 x 4,5		Latese			
01	Aguilha p/ racine n° 25	05	Setas Sader			
05	Alcool de Enfermagem	03	Setas p/ Risco			
	Álcool Iodado ml					
02	Ataduras de Crepon	00				
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
02	Bikro ml Otoprotidico	00				
					EQUIPAMENTOS	
					<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso	<input type="checkbox"/> Foco Auxiliar
					<input type="checkbox"/> Serra	<input type="checkbox"/> Eletrocautério
					<input type="checkbox"/> Desfibrilador	<input type="checkbox"/> Oxícapiógrafo
					<input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal	<input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor
					<input type="checkbox"/> Fonte de Luz	<input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico
					CIRCULANTE RESPONSÁVEL	
					<i>Melara 123 700-2</i>	

MOD 06





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

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
<i>Nenhum Movimento = 0</i>		<i>f</i>
<i>Movimenta 2 membros = 1</i>		
<i>Movimenta 4 membros = 2</i>		
<i>Apnéia = 0</i>		
<i>Respiração Limitada, Dispneia = 1</i>		<i>2</i>
<i>Respiração profunda e tosse = 2</i>		
<i>PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0</i>		
<i>PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1</i>		<i>2</i>
<i>PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2</i>		
<i>Sat 02 &lt; 90 com oxigênio = 0</i>		
<i>Sat 02 &gt; 90 com oxigênio = 1</i>		<i>2</i>
<i>Sat 02 &gt; 92% sem oxigênio = 2</i>		
<i>Não responde ao chamado = 0</i>		
<i>Despertado ao chamado = 1</i>		<i>2</i>
<i>Completamente acordado = 2</i>		
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		<i>9</i>

Assinatura do anestesista





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Fábio Vieira Idade: 39 a  
Convênio: SUS Data: 01/02/2020  
Procedimento: Int. cirúrgico frat. da plântula ilíaca (D)

Medicamentos/Materiais	Quantidade
Offimancer herb - otombed, 0,5%	

Observações:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

### Assinatura Anestesista

## Circulante

*Relatório de Operação*

MOD-103



31/01/2020

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2020-01-31&contar=2090707&IDC=85540



Senado Federal  
PARAÍBA  
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 31/01/2020

Horas: 12:14:41

Médico (a) Diarista: Wagner Luiz Egito de Araujo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DIH - 8

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 5 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA 31/01/2020

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE 2200 ml dia 00,000	10/01/2020
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 8h/8h	12/01/2020
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA, 6h/6h	12/01/2020
	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12/01/2020
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VOMITOS	SN
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	(500) (20)
	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. LAMPOLA FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8:8H	SN
8	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

### EVOLUÇÃO

DATA: 31/01/2020 HORA: 12:14:32

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTERMIAS

DIURESE: + EVACUAÇÕES: +

DOR: ++/4+

COM TALA CONO PODÁLICA D

PRÉ OP OK

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA ORTOPÉDICA

ASSINATURA + CARIMBO:  
Wagner Luiz Egito de Araujo  
Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo  
CRM - PB 6926  
M.R. ORTOPEDIA, RAVINTALOG  
CRM - PB 6926

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2020-01-31&contar=2090707&IDC=85540

1/1

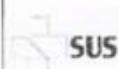


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:20:12

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106221520117270000042634646

Número do documento: 2106221520117270000042634646

Num. 44853030 - Pág. 30



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde



ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2|3|6|2|8|5|6| 1 - CPF | 2| | 0|8|7|7|8|2|6|8|0|0|3|8|5|2|  
2 - CNPJ

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

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

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

PACIENTE: TALITA VIEIRA

Identidade:  
2503893

Idade: 039

ENDEREÇO: BENEDITO MOTA

PRONTUÁRIO:

BAIRRO: ALTO BRANCO

Nº 2090707

DADOS CLÍNICOS: POS OP.

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL) ,

Campina Grande - PB 01/02/2020 Hora:  
07:44:40

Médico: Andre Ribeiro Araujo De Menezes

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
REQUISIÇÃO DE EXAMES



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde



NÚMERO DO CADASTRO | 2|3|6|2|8|5|6| 1 - CPF | 2| | 0|8|7|7|8|2|6|8|0|0|3|8|5|2|  
2 - CNPJ

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

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

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

PACIENTE: TALITA VIEIRA

Identidade:  
2503893

Idade: 039

ENDEREÇO: BENEDITO MOTA

PRONTUÁRIO:

BAIRRO: ALTO BRANCO

Nº 2090707

DADOS CLÍNICOS: POS OP.

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL) ,

Campina Grande - PB 01/02/2020 Hora:  
07:44:40

Médico: Andre Ribeiro Araujo De Menezes





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DIH - 9

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 5 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA 01/02/2020

MÉDICO(A): Andre Ribeiro Araujo De Menezes /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, IFRASCO, 8h/8h	14 22 06
3	CEPTRAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, IFRA AMP, 12h/12h 0D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, TAMPOLA, 6h/6h	18 24 06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	24
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, TAMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VOMITOS	5/10/22
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, TAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	5/10
9	DECUBITO MUDANCA 2/2H	M + N
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	M

### EVOLUÇÃO

DATA: 01/02/2020 HORA: 07:42:39

PACIENTE SUBMETIDA A TTO CIRÚRGICO SEM INTERCORRÊNCIAS

CD: RX CONTROLE  
A SRPA

ASSINATURA + CARIMBO  
Andre Ribeiro Araujo De Menezes



02/02/2020

HTCG-Painel Administrativo

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

Data: 02/02/2020

NOME: Ana Maria Da Silva Anselmo



PARAÍBA  
Governo do Estado

## RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: TALITA VIEIRA

Data da Internação: 23/01/2020 Data da Alta: 02/02/2020

Registro: 2090707

Tempo de Permanência: -18285

Diagnóstico Inicial: FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Diagnóstico Final: FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Principais Exames: EXAME CLINICO + RADIOLOGICO

Cirurgia: OSTEOSSINTESE Data: 01/02/2020

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos: SINTOMATICOS

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Orientações: - PRESCREVO AINE + ANALGESICO + ANTIBIOTICO. - ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. - ENCAMINHO AO AMBULATORIO DE EGRESSOS PARA RETORNO. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES. - ALTA HOSPITALAR.

Condições de Alta: Melhorado

Data: 02/02/2020

Assinatura/Carimbo  
Ana Maria Da Silva Anselmo

RESPONSÁVEL: Ana Maria Da Silva Anselmo





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2090707 Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Sexo: F

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DIH - 10

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 5 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA 02/02/2020

MÉDICO(A): Andre Ribeiro Araujo De Menezes / MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 8h/8h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h ID/2D Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA, 6h/6h	
	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VOMITOS	
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. ISERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. LAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	
9	DECUBITO MUDANCA 2/2H	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

### EVOLUÇÃO

DATA: 02/02/2020 HORA: 08:37:52

PACIENTE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADA, EM BEG, EM 1º DPO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

CLINICAMENTE ESTÁVEL.

NEGA HAS, BM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

DOR: ++4+

EDEMA: ++4+

FO COM BOM ASPECTO.

#### # CONDUTA:

- PRESCREVO AINE + ANALGESICO + ANTIBIOTICO.
- ENCAMINHO À FISIOTERAPIA.
- ENCAMINHO AO AMBULATORIO DE EGRESSOS PARA RETORNO.
- FORNEÇO ATESTADO MÉDICO.
- ORIENTAÇÕES.
- ALTA HOSPITALAR.

ASSINATURA + CARIMBO:  
Ana Maria Da Silva Anselmo



Número do Prontuário: 179021

DATA DA CIRURGIA: 01/02/2020

Número do Atendimento: 2090707 Clin: ORTOPEDIA 1 / Enf: 5 / Leit: 2

### DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: TALITA VIEIRA

Data da Internação: 23/01/2020

Atendimento: 2090707

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

Diagnóstico Pós-Operatório: 0408050551 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Cirurgia: OSTEOSINTSE

Data da Cirurgia: 01/02/2020

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista: ISABELA FERNANDA DO PIMENTEL DONATO

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: sim

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 1- PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

2- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

3- CAMPOS ESTÉREIS

4- INCISÃO MEDIAL EM JOELHO D + DISSECÇÃO POR PLANOS

5- REDUÇÃO CRUENTA DE FOCO DE FRATURA

6- FIXAÇÃO COM UMA PLACA 3 X 2 FUROS + PARAFUSOS CORTICIAIS SOB ESCOPIA

7- INCISÃO LATERAL EM PLANALTO TIBIAL D + DISSECÇÃO POR PLANOS

8- REDUÇÃO CRUENTA DE FOCO DE FRATURA

9- FIXAÇÃO COM UMA PLACA 1,5 X 2 FUROS + PARAFUSOS CORTICIAIS E ESPONJOSOS SOB ESCOPIA +

-10 LAVAGEM DE FO COM SF 0,9%

11- CURATIVO.

Data 01/02/2020

Assinatura/Círculo  
Andre Ribeiro Araujo De Menezes



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

<b>HUECG</b>		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMAGEM	LEITO	NP/POINTUÁRIO <i>2090704</i>
<b>FOLHA DE ANESTESIA</b>		NOME <i>Telma Vieira</i>			IDADE <i>33</i>	SEXO <i>F</i>	COR
DATA <i>01/06/2020</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO		ALTURA
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAIS	HEMOGLÓBINA	HEMATOCRITO	OLIGEMIA	UREIA		OUTROS
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUIITE
AP. CIRCULATÓRIO <i>garanhão anexo Hb: 9.0</i>					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO <i>laringite</i>					DENTES	PESSOAS	AP. URINÁRIO
ESTADO MENTAL <i>Conscient</i>					ATARÁDOS	CORTICOIDES	ALERGIA
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO <i>Fr. de plato tibial</i>					ESTADO FÍSICO <i>ASA 1</i>		RISCO <i>1</i>
ANESTESIAS ANTERIORES							
INDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA <i>30' lhr</i>					APLICADA	AS	EFEITO
ADENTES ANESTÉSICOS <i>0'</i>						INDUÇÃO	
Líquidos	SLU <i>500</i>	SLU <i>500</i>	SLU <i>500</i>	SLU <i>500</i>	SLU <i>500</i>	SLU <i>500</i>	SLU <i>500</i>
COUDOS						MANUTENÇÃO	
VPI-ARTERIAL O-RESPIRAÇÃO AX-ANESTÉSIA O-OFERACAO	290	280	270	260	250	240	230
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	140	130	120	110	100	90	80
POSIÇÃO	100	90	80	70	60	50	40
AGENTES	80	70	60	50	40	30	20
TECNICA	70	60	50	40	30	20	10
OPERAÇÃO	60	50	40	30	20	10	0
CRUZINHAS	50	40	30	20	10	0	0
ANESTESESTAS	40	30	20	10	0	0	0
OBSERVAÇÕES	30	20	10	0	0	0	0
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGUÍNEA		

008

FOLHA DE ANESTESIA - SRP0



Número do Prontuário: 179021 DATA DA CIRURGIA: 01/02/2020

Número do Atendimento: 2090707 Clin: ORTOPEDIA I / Enf: 5 Let: 2

### DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: TALITA VIEIRA

Data da Internação: 23/01/2020

Atendimento: 2090707

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

Diagnóstico Pós-Operatório: 0408050551 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Cirurgia: OSTEOSÍNTESE Data da Cirurgia: 01/02/2020

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista: ISABELA FERNANDA DO PIMENTEL DONATO

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: sim

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 1- PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

2- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

3- CAMPOS ESTÉREIS

4- INCISÃO MEDIAL EM JOELHO D + DISSECÇÃO POR PLANOS

5- REDUÇÃO CRUENTA DE FOCO DE FRATURA

6- FIXAÇÃO COM UMA PLACA T 3 X 2 FUROS + PARAFUSOS CORTICIAIS SOB ESCOPIA

7- INCISÃO LATERAL EM PLANALTO TIBIAL D + DISSECÇÃO POR PLANOS

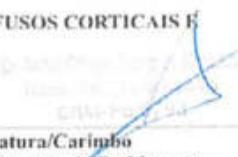
8- REDUÇÃO CRUENTA DE FOCO DE FRATURA

9- FIXAÇÃO COM UMA PLACA L 5 X 2 FUROS + PARAFUSOS CORTICIAIS E

ESPOONJOSOS SOB ESCOPIA +

-10 LAVAGEM DE FO COM SF 0,9%

11- CURATIVO.

  
Assinatura/Carimbo  
Andre Ribeiro Araujo De Menezes

Data 01/02/2020



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:	

#### 8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINidorAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	<input type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> FADIGA <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA <input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> BATIMENTO DE ASA DE NARIZ <input type="checkbox"/> ORTOPNÉIA <input type="checkbox"/> OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	<input type="checkbox"/> PREJUIZO NEUROMUSCULAR <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA <input type="checkbox"/> RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	<input type="checkbox"/> ANESTESIA <input type="checkbox"/> DESIDRATAÇÃO <input type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNÉIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> EXTREMOS DE IDADE <input type="checkbox"/> CIRCULAÇÃO PREJUDICADA <input type="checkbox"/> HIPOTERMIA <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO FÍSICA <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUILÍBrio ELETROLÍTICO	<input type="checkbox"/> ASCITE <input type="checkbox"/> QUEIMADURA <input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> DIARRÉIA <input type="checkbox"/> DRENOS <input type="checkbox"/> OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	<input type="checkbox"/> AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS <input checked="" type="checkbox"/> PROCEDIMENTOS INVASIVOS <input type="checkbox"/> OUTRO	
OUTRO		

PREScrição DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		<input type="checkbox"/> MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
<input type="checkbox"/> JOBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
<input type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		<input checked="" type="checkbox"/> AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO	Diárias	<input type="checkbox"/> CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
<input type="checkbox"/> EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
<input type="checkbox"/> AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
<input checked="" type="checkbox"/> AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	2/1/2hs	
<input type="checkbox"/> ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PREScrição MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
<input type="checkbox"/> APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
<input type="checkbox"/> INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS	Sempre	<input type="checkbox"/> MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
<input type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBrio DIMINUIDO
<input type="checkbox"/> VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		<input checked="" type="checkbox"/> DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
<input type="checkbox"/> JOBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
<input checked="" type="checkbox"/> TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	72 hs	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	Sempre	
OUTRO:		

#### 9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES?  SIM  NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO?  SIM  NÃO AJUDA PARA CAMINHAR?  SIM  NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA?  SIM  NÃO ESTADO MENTAL?  AGITADO  DISTURBIO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA?  SIM  NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Dr. Valusko Lamele Carvalho  
ENFERMEIRA  
COREN - PB 380.000  
29/10/2020



*Ortop. 1*

**FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPEDICA (BASEADO NAS NHB DE W. HORTA)**

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Talita Sícia Idade: 39 anos Sexo: F Enf/Leito 05/02

**2. HISTÓRIA PREGRESSA**

Internações prévias ( ) Motivo: Alergias ( ) Qual? Doença ( ) HAS ( ) DM

( ) Tabagista ( ) Etilista ( ) Neoplasia ( ) Drogas ( ) Outros: \_\_\_\_\_ Medicações em uso: \_\_\_\_\_

**3. DOENÇA ATUAL:**

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: fractura tibial R

**4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS**

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: (  ) CONSCIENTE (  ) ORIENTADO ( ) CONFUSO ( ) LETÁRGICO ( ) COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: ( ) PRESERVADA ( ) PLEGIA ( ) PARESIA ( ) PARESTESIA. LOCAL: \_\_\_\_\_

LINGUAGEM: ( ) DISFONIA ( ) DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: (  ) ESPONTÂNEA ( ) CATETER NASAL ( ) VENTURI ( ) TRAQUEOSTOMIA ( ) VMI ( ) OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: ( ) VISÃO ( ) AUDIÇÃO ( ) TATO ( ) OLFATO ( ) PALADAR OBS.: \_\_\_\_\_

SÍNCRONIA FÍSICA: ( ) TRANQUILO ( ) AGITADO ( ) AGRESSIVO ( ) RISCO DE QUEDA OBS.: \_\_\_\_\_

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

EDEMA: ( ) LOCAL OBS: \_\_\_\_\_

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: ( ) NUTRIDO ( ) EMAGRECIDO ( ) CAQUÉTICO ( ) OBESO

ALIMENTAÇÃO: (  ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: (  ) NORMAL ( ) ALTERADO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (  ) ESPONTÂNEA ( ) SVD ( ) INCONTINÊNCIA ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: ( ) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA

PELE: ( ) INTEGRA ( ) LESÃO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

LESÃO POR PRESSÃO: ( ) SIM ( ) NÃO ESTÁGIO (BRADEN): \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

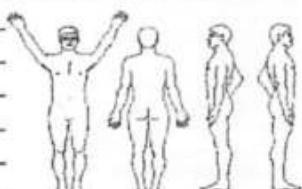
localização anatômica da ferida;

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: ( ) INDEPENDENTE (  ) DEPENDENTE ( ) PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: (  ) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA

ESTAÇAO FÍSICA: (  ) ACAMADO ( ) CADEIRA DE RODAS



**5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSOCIAIS**

COMUNICAÇÃO: (  ) PRESERVADA ( ) PREJUDICADA

SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: ( ) COOPERATIVO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

**6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:**

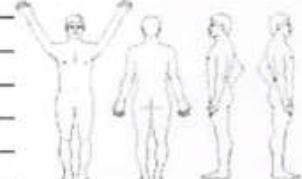
RELIGIÃO: \_\_\_\_\_ ( ) PRATICANTE ( ) NÃO PRATICANTE

**7. AVALIAÇÃO GERAL:**

HORA	PA (mmhg)	T (°C)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
											SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRIO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

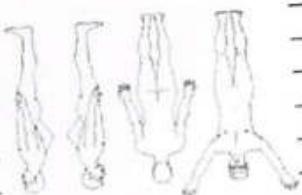


1. IDENTIFICAÇÃO												
Nome: <u>Tatita Souza</u>			Idade: <u>29</u>		Sexo <u>F</u>		Enf/Leito <u>5-2</u>					
2. HISTÓRIA PREGRESSA												
Internações prévias ( ) Motivo: Alergias ( ) Qual? Doença ( ) HAS ( ) DM ( ) Tabagista ( ) Etilista ( ) Neoplasia ( ) Drogas ( ) Outros: _____ Medicações em uso:												
3. DOENÇA ATUAL:												
MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>Fractura Tibial D</u>												
4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS												
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO ( ) CONFUSO ( ) LETÁRGICO ( ) COMATOSO												
MOBILIDADE FÍSICA: ( ) PRESERVADA ( ) PLEGIA ( ) PARESIA ( ) PARESTESIA. LOCAL: _____												
LINGUAGEM: ( ) DISFONIA ( ) DISARTRIA												
RESPIRAÇÃO: (X) ESPONTÂNEA ( ) CATETER NASAL ( ) VENTURI ( ) TRAQUEOSTOMIA ( ) VMI ( ) OUTROS												
PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:												
AURAL: ( ) VISÃO ( ) AUDIÇÃO ( ) TATO ( ) OLFATO ( ) PALadar OBS.: _____												
SEGURANÇA FÍSICA: (X) TRANQUILO ( ) AGITADO ( ) AGRESSIVO ( ) RISCO DE QUEDA OBS.: _____												
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( ) OUTROS: _____												
EDEMA: ( ) LOCAL OBS: _____												
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)												
TIPO SOMÁTICO: (X) NUTRIDO ( ) MAGRECIDO ( ) CAQUÉTICO ( ) OBESO												
ALIMENTAÇÃO: (X) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) OUTROS: _____												
ELIMINAÇÃO INTESTINAL: (X) NORMAL ( ) ALTERADO ( ) OUTROS: _____												
ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (X) ESPONTÂNEA ( ) SVD ( ) INCONTINÊNCIA ( ) OUTROS: _____												
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA												
COLORAÇÃO DA PELE: (X) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA												
PELE: (X) INTEGRA ( ) LESÃO ( ) OUTROS: _____												
LESÃO POR PRESSÃO: ( ) SIM ( ) NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____												
localização anatômica da ferida;												
CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO												
CUIDADO CORPORAL: ( ) INDEPENDENTE (X) DEPENDENTE ( ) PARCIALMENTE DEPENDENTE												
FÍSICA CORPORAL: (X) SATISFATÓRIA ( ) INSATISFATÓRIA												
LIMITAÇÃO FÍSICA: ( ) ACAMADO (X) CADEIRA DE RODAS												
5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS												
COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA ( ) PREJUDICADA												
SENTIMENTO/COMPORTAMENTOS: (X) COOPERATIVO ( ) OUTROS: _____												
6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUais:												
RELIGIÃO: ( ) PRATICANTE ( ) NÃO PRATICANTE												
7. AVALIAÇÃO GERAL:												
HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
(mmhg)	(°c)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)						SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTR0 DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	





1. IDENTIFICAÇÃO	Nome: <b>Taíta Valiá</b>									
2. HISTÓRIA PREGRESSA	Motivo: <b>Acúmulo</b> Interações previas: ( ) Motivo: Alergias ( ) Doenças ( ) Outros: Medicamentos em uso: ( ) Tabagista ( ) Etilista ( ) Neoplasia ( ) Drogas ( ) Outros: Medicamentos em uso: ( ) Motivo: CONSCIENTE ( ) ORIENTADO ( ) CONFUSO ( ) LETARGICO ( ) COMATOSO									
3. Doenças Atuais:	REGULAGÃO NEUROLÓGICA: ( ) CONSCIENTE ( ) ORIENTADO ( ) CONFUSO ( ) LETARGICO ( ) COMATOSO 4. AVAIIAGÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLOGICAS MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <b>F+ acúmulo</b> 4.1. MÓBILIDADE FÍSICA: ( ) PRESERVADA ( ) PLEGIA ( ) PARÉSIA ( ) PARÉSÉSIA, LOCAL: 4.2. LINGUAGEM: ( ) DISFONIA ( ) DISARTRIA 4.3. RESPIRAÇÃO: ( ) ESPIONTANEA ( ) CATETER NASAL ( ) VENTURI ( ) TRAQUEOSTOMIA ( ) VMI ( ) OUTROS 4.4. ALIMENTAÇÃO: ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) OUTROS: 4.5. ELIMINAÇÃO URINÁRIA: ( ) ESPIONTANEA ( ) SVD ( ) INCONTINÊNCIA ( ) OUTROS: 4.6. ELIMINAÇÃO INTESTINAL: ( ) NORMAL ( ) ALTERADO ( ) OUTROS: 4.7. COLORAGÃO DA PELE: ( ) NORMOCORRADA ( ) HIPOCORRADA 4.8. PELLE: ( ) INTEGRADA ( ) LEADA ( ) OUTROS: 4.9. LESÃO POR PRESSÃO: ( ) SISM ( ) NAO ESTÁGIO (BRADEN): Local: 4.10. CUIDADO CORPÓRAL ( ) INDEPENDENTE ( ) DEPENDENTE ( ) PARCIALMENTE DEPENDENTE 4.11. LIMIATRAGÃO FÍSICA: ( ) ACAMADO ( ) CADERRA DE RODAS 4.12. HABECE CORPÓRAL: ( ) SATISFATORIA ( ) INSATISFATORIA 4.13. 5. AVAIIAGÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS 4.14. 6. NECESSIDADES PSICOESPirituais: 4.15. SENTIMENTO/ COMPROMETIMENTOS: ( ) COOPERATIVO ( ) PREJUDICADA ( ) OUTROS: 4.16. COMUNICAGÃO: ( ) PRESERVADA ( ) PREJUDICADA ( ) OUTROS: 4.17. 7. AVAIIAGÃO GERAL: 4.18. DATA DE INSERÇÃO: <b>04/01/2020</b>									
7. AVAIIAGÃO GERAL:	( ) PRATICANTE ( ) NAO PRATICANTE 7.1. HORA PA T FC/P SPO2 GLUCEMA DÍURESE DÉBITO DE DOR PESO ASSINATURA DISPOSITIVOS (mmhg) (°C) (bpm) (%) (mg/dl) (ml) (ml) (0-10) (kg) SGN/SNE 7.2. SVF 7.3. CIRCUITO DE VM 7.4. FILTRO DE VM 7.5. UMIIDIFICADOR 7.6. ASPRADOR 7.7. LATEX 7.8. EQUIPO SIMPLES									



8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
ANOTAGENS/INTERCORRENCIAS DE ENFERMAGEM:		
DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSCA DEFINIDORAS
PARA RESPIRATO	( ) ANSIEDADE ( ) DOR ( ) FADIGA ( ) ALERGOGES NA PROFOUNDADE RESPIRATÓRIA ( ) FISIOPNEIA OU INFECZ	( ) OBESIDADE ( ) OUTRO ( ) INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO DEFICIT NO AUTO-
BANHO	( ) OUTRO ( ) CUIDADO PARRA	( ) INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO ( ) INCAPACIDADE DE ASA DE NARIZ ( ) FORTOPENFIA ( ) OUTRO
DOR AGUDA	( ) AGENTES LESIVOS (ex: Biológicos, Químicos)	( ) ALTERAGOGES NA PRESSÃO SANGUÍNEA ( ) RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	( ) ANESTESIA ( ) DESIDRATAGÃO ( ) TRAUMA ( ) AUMENTO DA TEMPERATURA CORPO-	( ) OUTRO ( ) RALACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS ( ) TAQUICARDIA ( ) TAUDIPNEIA
INTERRADADE DA PELA	( ) EXTRAMES DE IDEDE ( ) CIRCULAGÃO PREJUDICADA ( ) DESTRUCIÃO DE CAMADAS DA PELA ( ) OUTRO	( ) HIPOTERMIA ( ) IMOBILIZAÇÃO FÍSICA ( ) OUTRO ( ) ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELA
OUTRO	( ) INFECCÃO ( ) AUMENTO DA EXPOSICAO AMBIENTAL A PATOGENOS RISCO DE INFECTO	( ) ASCITE ( ) QUIMIOTERAPIA ( ) VOMITO ( ) DIARRÉIA RISCO DE DESGOURO
PREScriÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAXAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
( ) MANTER OXIMETRIA CONTINUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%	( ) MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR ( ) OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE CHUVERO	( ) AUXILIO DIÁRIO ÀS NECESSI- ( ) EXPULCAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR ( ) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO ( ) REALIZAR ALERGOCES DE SINUS VITIAS ( ) ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORTE PRESCRICAO ( ) MEDICA REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAGAO
SULTADOS	( ) MANUTENÇÃO DA TEMPERA- ( ) APOS ADMINISTRAR ANTIETÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RE-	( ) OBSERVAR LOCAL DA FERRIDA E INSERGÃO DO DISPOSITIVO VENOSO ( ) VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAGAO DO PACIENTE/MUCOSA, EDEMA, PULSO ( ) MELHORAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE ( ) REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE
METAS FISIOLÓGICOS	( ) INCENTIVAR A INGESTAO DE LÍQUIDOS ( ) JUNTO A MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELA	( ) OBSERVAR LOCAL DA FERRIDA E INSERGÃO DO DISPOSITIVO VENOSO ( ) VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAGAO DO PACIENTE/MUCOSA, EDEMA, PULSO ( ) MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELA
OUTROS	( ) PARASINAS FLOGÍSTICOS ( ) OBSERVAR LOCAL DA FERRIDA E INSERGÃO DO DISPOSITIVO VENOSO ( ) VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAGAO DO PACIENTE/MUCOSA, EDEMA, PULSO ( ) MELHORAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE	( ) OBSERVAR LOCAL DA FERRIDA E INSERGÃO DO DISPOSITIVO VENOSO ( ) VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAGAO DO PACIENTE/MUCOSA, EDEMA, PULSO ( ) MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELA
9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORE)	HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAAMENTO OU OS ULTIMOS 3 MESES? ( ) SIM ( ) NAO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO? ( ) SIM ( ) NAO AJUDA PARA CAMINHAR? ( ) SIM ( ) NAO TERAPIA INTRAVENOSA? ( ) SIM ( ) NAO ESTADO MENTAL? ( ) AGITADO ( ) DISTURBIO NEUROLOGICO POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERENCIA? RISCO DE QUEDA? ( ) SIM ( ) NAO ASSINATURA E CARMBO:	





**ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:**

**8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	<input type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> FADIGA <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA <input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> BATIMENTO DE ASA DE NARIZ <input type="checkbox"/> ORTOPNÉIA <input type="checkbox"/> OUTRO
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	<input type="checkbox"/> PREJUIZO NEUROMUSCULAR <input type="checkbox"/> DOR <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> AGENTES LESIVOS (EX: BIOLOGICOS, QUÍMICOS) <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA <input type="checkbox"/> RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	<input type="checkbox"/> ANESTESIA <input type="checkbox"/> DESIDRATAÇÃO <input type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNÉIA
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> EXTREMOS DE IDADE <input type="checkbox"/> CIRCULAÇÃO PREJUDICADA <input type="checkbox"/> HIPOTERMIA <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO FÍSICA <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> DESTRUIÇÃO DE CAMADAS DA PELE <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> ROMPIMENTO DA SUPERFÍCIE DA PELE
RISCO DE DESEQUIILÍBIO ELETROLÍTICO	<input type="checkbox"/> ASCITE <input type="checkbox"/> QUEIMADURA <input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> DIARRÉIA <input type="checkbox"/> DRENOS <input type="checkbox"/> OUTROS	
RISCO DE INFECÇÃO	<input type="checkbox"/> AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTOS INVASIVOS <input type="checkbox"/> OUTRO	
OUTRO		

**PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
<input type="checkbox"/> MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		<input type="checkbox"/> MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
<input type="checkbox"/> OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
<input type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		<input type="checkbox"/> AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
<input type="checkbox"/> REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
<input type="checkbox"/> EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		<input type="checkbox"/> CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
<input type="checkbox"/> AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
<input type="checkbox"/> AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITais	12/12h	
<input type="checkbox"/> ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO		
MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
<input type="checkbox"/> APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
<input type="checkbox"/> INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS	Seefre	<input type="checkbox"/> MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE <input type="checkbox"/> RISCO DE DÉSEQUILÍBIO DIMINUIDO
<input type="checkbox"/> REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		
<input type="checkbox"/> VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		
<input type="checkbox"/> OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		<input type="checkbox"/> DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
<input type="checkbox"/> TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	72/72h	
<input type="checkbox"/> REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	Seefre	
OUTRO:		

**9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)**

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES?  SIM  NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO?  SIM  NÃO AJUDA PARA CAMINHAR?  SIM  NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA?  SIM  NÃO ESTADO MENTAL?  AGITADO  DISTÚRIO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA?  SIM  NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

*Seefre (selo)*  
*cora 2021-26-13*  
*0/2/2021*  
*0/2/2021*



**GOVERNO  
DA PARÁBA**  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA, DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.777.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malmhos, Campina Grande - PB, CEP: 58432-409  
Data: 23/01/2020  
Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Nº ATEND: 2090646

ACIDENTE DE TRABALHO: NAO  
DATA: 23/01/2020 HORA: 18:19:14

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO  
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: QUEDA DE MOTO

SINAIS VITais  
HGT: 5402 PA: TEMP: FC: FR: PESO:  
DIABETES ( ) SIM ( ) NÃO HAS ( ) SIM ( ) NÃO  
DEF. MOTORA ( ) SIM ( ) NÃO

ALÉGIAS:

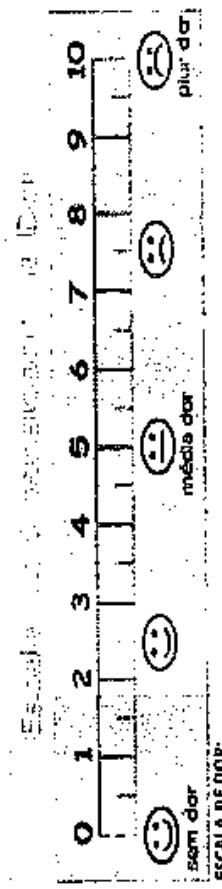
MEDICAÇÃO EM USO :  
ESTADO GERAL :  
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

CONVULSÃO:

( ) INCONSCIENTE ( ) CONSCIENTE ( ) ORIENTADO  
( ) DESORIENTADO ( ) AGITADO ( ) COOPERATIVO ( ) DEPRESSIVO ( ) APÁTICO  
( ) IRRITADO ( ) DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

( ) FEBRE ( ) VÓMITO ( ) DIARREIA ( ) EXANTEMA  
( ) PRURIDO ( ) DISPNEIA ( ) DOR ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
( ) ANAFILAXIA ( ) FLEBITE ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
( ) EPIGASTRÍALGIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA ( ) SÍBILLOS ( ) TOSSE



CLASIFICAÇÃO DE RISCO :  
VERMELHO





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:20:12

Assinado eletronicamente por: SUELIC MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:20:12  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215201172700000042634646>

Número do documento: 2106221520117270000042634646

Núm. 44853030 - Pág. 47

## SERVÍCOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
[ ] Centro cirúrgico	[ ] Atão hospitalar / [ ] revista	[ ]
[ ] Internação (setor)	[ ] Decisão Médica	[ ]
[ ] Transferência a outro SETOR OU HOSPITAL	[ ]	[ ]

10 1.140 projects/5imprecassi.php?contar=2090646&datastamp=2020-01-23&hprestend=10-19-14

Data da interrogação: 23/01/2020 Horas: 19:57:13

2020/12/20



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:20:12

Assinado eletronicamente por: SUELIC MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:20:12  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215201172700000042634646>

Número do documento: 2106221520117270000042634646

Núm. 44853030 - Pág. 48

Data da interrogação: 23/01/2020 Hora: 19:21:34

HTCG-Painel Administração

23/01/2020



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:20:12

<http://pie.tipp.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215201172700000042634646>

Número do documento: 2106221520117270000042634646

Num. 44853030 - Pág. 49

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		REGISTRO GERAL	2.503.893 -2	VIA EXPEDIÇÃO	08/08/2013
NOME		TALYTA VIEIRA GONÇALVES DE LIMA			
FILIAÇÃO		GILVAN GONÇALVES DE LIMA FILHO LÚCIA DE FÁTIMA VIEIRA			
NATURALIDADE		DATA DE NASCIMENTO 15/12/1980			
RIO DE JANEIRO-RJ		DOC ORIGEM			
NASC.N.025474 FLS.180 LTV.0083		CARTÓRIO RIO DE JANEIRO-RJ			
CPF		008.594.794-63			
João Pinto - Pg		ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI N° 7.116 DE 29/08/83		CARTERA DE IDENTIDADE			





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118332/20

**Vítima:** TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA

**CPF:** 008.594.794-63

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 23/01/2020

**Titular do CPF:** TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA : 008.594.794-63**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/04/2020  
Nome: TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA  
CPF: 008.594.794-63

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/04/2020  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:20:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215201172700000042634646>  
Número do documento: 21062215201172700000042634646

Num. 44853030 - Pág. 52

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200151997      **Cidade:** Campina Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA      **Data do acidente:** 23/01/2020      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** P.19.21.27.28\_CIRURGIA

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

