



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
TALYTA VIEIRA (AUTOR)	Raphael Simões Andrade (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37311 233	01/12/2020 12:39	Petição Inicial	Petição Inicial
37311 245	01/12/2020 12:39	001 - PI - DPVAT - TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA	Outros Documentos
37311 702	01/12/2020 12:39	002 - Procuracao AD JUDICIA ET EXTRA	Procuração
37311 705	01/12/2020 12:39	003 - Declaração de Hipossuficiência Financeira - 20201013_173529439	Documento de Comprovação
37311 710	01/12/2020 12:39	004 - RG	Documento de Identificação
37311 716	01/12/2020 12:39	005 - CTPS	Documento de Identificação
37311 719	01/12/2020 12:39	006 - Comprovante de Residência	Documento de Comprovação
37311 722	01/12/2020 12:39	007 - CAT - Talyta - relatorio	Documento de Comprovação
37311 724	01/12/2020 12:39	008 - DPVAT - Adm - Prot 3200151997	Documento de Comprovação
37311 727	01/12/2020 12:39	009 - Atestado médico de 2020-06-12 - CID S82 - Dr Ericsson Marques - CRM 4770	Documento de Comprovação
37311 973	01/12/2020 12:39	010 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-1	Documento de Comprovação
37311 974	01/12/2020 12:39	011 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-2	Documento de Comprovação
37311 969	01/12/2020 12:39	012 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-3	Documento de Comprovação
37311 967	01/12/2020 12:39	013 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-4	Documento de Comprovação
37311 962	01/12/2020 12:39	014 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-5	Documento de Comprovação
37311 956	01/12/2020 12:39	015 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-6	Documento de Comprovação
37311 955	01/12/2020 12:39	016 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-7	Documento de Comprovação
37311 953	01/12/2020 12:39	017 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-8	Documento de Comprovação

37311 952	01/12/2020 12:39	018 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-9	Documento de Comprovação
37311 951	01/12/2020 12:39	019 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-10	Documento de Comprovação
37311 950	01/12/2020 12:39	020 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-11	Documento de Comprovação
37311 949	01/12/2020 12:39	021 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-12	Documento de Comprovação
37311 748	01/12/2020 12:39	022 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-13	Documento de Comprovação
37311 747	01/12/2020 12:39	023 - Atestado Médico de 2020-10-02 - CID S82.1 - Dr. André Ribeiro - CRM-PB 5793	Documento de Comprovação
37340 834	02/12/2020 08:04	Despacho	Despacho
37754 644	11/12/2020 21:30	Não existe ação semelhante	Certidão
37754 648	11/12/2020 21:35	Carta	Carta

Petição inicial em PDF.



Raphael Simões Andrade
Advogado
OAB/PB 16.603

**EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE
DIREITO DA ____ VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA
GRANDE - PB**

Pedidos de Justiça Gratuita

TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA, brasileira, solteira, promotora, natural do Rio de Janeiro/RJ, portadora do RG nº 2.503.893 - 2ª Via – expedida em 08/08/2013 pelo SSP/PB e CPF sob o nº 008.594.794-63, NIT: 126.39851.44-8, CTPS nº 3450249 Série 0040 PB, filha de Gilvan Gonçalves de Lima Filho e Lúcia de Fátima Vieira, nascida em 15/12/1980, residente e domiciliada na rua Vereador Benedito Mota, S/N, Apto. 304, Alto Branco, Campina Grande/PB, CEP: 58.401-344, telefone (83) 9.9805-6596 e endereço eletrônico de e-mail: <talytavglima@gmail.com>, por seu Advogado constituído nos termos do incluso instrumento de mandato (**Doc. 002**) e ao final assinado, com escritório profissional na Rua Vigolvinho Wanderley, 351, Conceição, município de Campina Grande/PB, onde recebe intimações e notificações, vem, respeitosamente, perante Vossa Excelência, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)

em face da SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ Nº 09.248.608/0001-04, localizada na Rua Senador Dantas, nº 74 – 5º andar, Centro - Rio de Janeiro – RJ – CEP 20.031-205, fundamentando-se, para tanto, nas razões de fato e de direito, a seguir expostas:

Rua Vigolvinho Wanderley, 351, Conceição, Campina Grande. CEP: 58.401-311. Fone (083) 8879-7222 / 9907-6088



I - DA JUSTIÇA GRATUITA

A parte promovente não possui condições financeiras de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo de seu sustento e de sua família. Com fulcro na Constituição Federal, em seu artigo 5o, inciso LXXIV e no artigo 98 da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil), requer o Benefício da Justiça Gratuita.

Não obstante a parte autora esteja sendo representada em juízo por advogado particular, esse fato não inibe o deferimento do pleito acima requerido. Nesse sentido, brilhante é o entendimento do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, através da Súmula nº 29, que transcrevemos in verbis:

“Súmula 29. Não está a parte obrigada, para gozar dos benefícios da assistência judiciária gratuita, a recorrer aos serviços da Defensoria Pública. (PUB DJ 29/310598)”.

II – DOS FATOS

A promovente é vítima de acidente automobilístico ocorrido em 23/01/2020, conforme se depreende da cópia do CAT e do relatório de Atendimento e Internação no hospital anexada a peça inicial (**Docs. 007, 010 até 022**).

Por ocasião do acidente, a autora sofreu inúmeras lesões que o deixaram com sequelas irreversíveis. Os documentos médicos acostados comprovam que houve fratura plato tibial direito, que o deixou com permanente debilidade em todo o membro afetado, o que o torna beneficiária do seguro denominado (DPVAT), sendo

Rua Vigolvinho Wanderley, 351, Conceição, Campina Grande. CEP: 58.401-311. Fone (083) 8879-7222 / 9907-6088



Raphael Simões Andrade
Advogado
OAB/PB 16.603

passível de receber indenização integral, qual seja, o valor de R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais), pois sente dificuldades em exercer suas atividades normais do dia a dia.

A demandante, ao ingressar com o requerimento na via administrativa, solicitando a liberação do referido seguro, recebeu de uma das seguradoras que fazem parte do complexo de seguradoras denominado FENASEG a quantia de R\$ 1.687,50 em 07/05/2020, conforme documentação acostada (**Doc. 008**).

Contudo, o valor realmente devido à autora corresponde a uma quantia bem maior do que a que recebera, pois a Lei que regulamenta o pagamento do seguro advindo de acidente automobilístico ordena as seguradoras que efetuem o pagamento na quantia de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Desse modo, facilmente observa-se que o pagamento efetuado pela seguradora à promovente foi feito em um valor bem menor do que era para ser devidamente pago, conforme ficará provado.

III – DO DIREITO

Conforme acima suscitado, a parte autora tem direito ao recebimento da devida indenização pelas lesões sofrida em decorrência dos acidentes de trânsito.

Ainda, tendo o acidente ocorrido em 24.05.2014 deve-se aplicar o novo valor indenizatório fixado pelo art. 3º, II, da Lei n. 6.194/74, introduzida pela Lei 11.945 de 2009, passa a ter o valor para invalidez permanente de R\$ 13.500.00. vejamos a tabela:

Rua Vigolvinho Wanderley, 351, Conceição, Campina Grande. CEP: 58.401-311. Fone (083) 8879-7222 / 9907-6088



Danos Corporais Totais Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	Percentual da Perda
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autônoma	
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autônoma, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	Percentuais das Perdas
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo Polegar	25
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da Mão	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	Percentuais das Perdas
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10

Por sua vez, o art. 3º. II da Lei nº 6.194/74 não exige que a invalidez seja total, mas apenas permanente, sendo que o grau da incapacidade, nas circunstâncias, não interfere no valor da indenização.

Além disso, o art. 5º e §§ 1º, 'b', e 2º, com a alteração da Lei nº 8.441/92, prevê:

“Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano

Rua Vigolvinho Wanderley, 351, Conceição, Campina Grande. CEP: 58.401-311. Fone (083) 8879-7222 / 9907-6088



Raphael Simões Andrade
Advogado
OAB/PB 16.603

decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Aplicando-se a tabela encravada na Lei, Vislumbra-se, portanto, que o valor a ser deferido deverá estabelecer indenização sobre o percentual de 100%, do valor total da indenização, ou seja, R\$ 13.500,00.

A Lei estabelece o valor único de 70% se acontecer “Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores” (texto integral da lei contido na tabela).

Tendo que no caso dos autos o seguinte CID:

S820 - Fratura da rótula [patela] (Doc. 007 e 009)

A perda funcional é evidente, **pois houve perda completa da mobilidade de um joelho, que foi até reconhecido administrativamente pela seguradora ré (Doc. 008)**, e o valor arbitrado não poderá em maneira alguma ser menor do que R\$ 9.450,00.

IV – DA LEGITIMIDADE PASSIVA

É entendimento já pacificado pela jurisprudência pátria que o pagamento do referido seguro deverá ser efetuado por qualquer seguradora privada integrante do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do CNSP. Veja-se o seguinte julgado:

- Seguro obrigatório de automóveis - DPVAT.- As seguradoras privadas, integrantes do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) e revigorado pela Lei n.

Rua Vigolvinho Wanderley, 351, Conceição, Campina Grande. CEP: 58.401-311. Fone (083) 8879-7222 / 9907-6088



Raphael Simões Andrade
Advogado
OAB/PB 16.603

8.441/92, são responsáveis não só pelas indenizações por morte e invalidez permanente, como pelas despesas médico-hospitalares em caso de ferimento das vítimas,

não estando desobrigadas de indenização nesses casos por efeito dos artigos 7º. e 27 das Leis ns. 7.604/87 e 8.212 /91, respectivamente. A destinação à seguridade social por efeito dessas leis, de parte dos prêmios dos seguros obrigatórios, tem em vista apenas o custeio da assistência médico-hospitalar em estabelecimentos mantidos ou conveniados com a previdência oficial, dispensada esta, assim, do ônus de recobrar-se de tais despesas caso a caso das seguradoras, cobertos que são seus dispêndios da espécie com a aludida participação de uma parcela dos prêmios. - **Direito do segurado ou seu sub-rogado de cobrar-se de tais gastos de qualquer das seguradoras integrantes do consórcio**. - Falta de impugnação específica dos custos de cada atendimento, a torná-los presumidamente corretos (CPC, art. 302). - Apelo desprovido. (TJSC – AC 47.951 – 4º C. Civil – Rel. Des. João José Schaefer – DJSC 05.04.95) IN: CD-Rom Júris Síntese. (grifo nosso)

Ademais, veja-se o seguinte julgado:

EMENTA: FACULDADE DE ESCOLHA DA SEGURADORA FINALIDADE DO VEICULO. IRRELEVANCIA. Qualquer seguradora responde pelo pagamento da indenização do seguro obrigatório, pouco importando a condição do veículo e a finalidade a que se

Rua Vigolvinho Wanderley, 351, Conceição, Campina Grande. CEP: 58.401-311. Fone (083) 8879-7222 / 9907-6088



Raphael Simões Andrade
Advogado
OAB/PB 16.603

destina, defeso torna-se a imposição de limites por Resolução. (Acórdão no 2.115/01, proferido nos autos do Recurso no 926/01, publicado do DJ-MA em 06/07/01).

V – DO PEDIDO

Pelo tudo exposto, requer-se a Vossa Excelência:

1. Os benefícios da justiça gratuita, por ser a Requerente pessoa pobre na acepção jurídica do termo;
2. Seja citada a SEGURADORA demandada, na pessoa do seu representante legal, para, querendo, dentro do prazo legal, contestar a presente ação pois, se não o fizer, arcará como o ônus da revelia;
3. Ao final, que seja julgado procedente a presente ação, determinando a Requerida ao pagamento do seguro obrigatório DPVAT, ao pagamento da diferença do Seguro DPVAT a parte autora, no valor de R\$ 11.812,50 (onze mil oitocentos e doze reais e cinquenta centavos), conforme previsto na Lei 6.194/73, corrigidos pelo IGP-M desde a data do requerimento administrativo e juros de 1% ao mês desde a citação, relativo ao seguro no percentual de 100% (R\$ 13.500,00), ou, caso Vossa Excelência não entenda dessa forma, seja concedido a indenização 70% de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), ou seja, requer a condenação da seguradora no valor de R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais), tudo devido a invalidez permanente de membro inferior, isso devidamente corrigido e abatido o valor já pago na esfera administrativa;
4. A condenação da parte Ré nas custas processuais e pagamento de honorários sucumbências arbitrados por Vossa Excelência, onde aponta o

Rua Vigolvinho Wanderley, 351, Conceição, Campina Grande. CEP: 58.401-311. Fone (083) 8879-7222 / 9907-6088



Raphael Simões Andrade
Advogado
OAB/PB 16.603

percentual de 20% (vinte por cento).

VI – Das Provas

Requer demonstrar o alegado, por todos os meios de prova, especialmente **o documental, que ora se junta, oitiva de testemunhas, depoimento pessoal e perícia médica**, e todos os meios admitidos em direito.

VII – Do valor da causa

Dá-se a presente o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Nestes termos,

Pede Deferimento.

Campina Grande/PB, 01 de dezembro de 2020.

Raphael Simões Andrade
OAB/PB nº 16.603

Rua Vigolvinho Wanderley, 351, Conceição, Campina Grande. CEP: 58.401-311. Fone (083)
8879-7222 / 9907-6088



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: **TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA**, brasileira, solteira, promotora, natural do Rio de Janeiro/RJ, portadora do RG nº 2.503.893 - 2ª Via - expedida em 08/08/2013 pelo SSP/PB e CPF sob o nº 008.594.794-63, NIT: 126.39851.44-8, CTPS nº 3450249 Série 0040 PB, filha de Gilvan Gonçalves de Lima Filho e Lúcia de Fátima Vieira, nascida em 15/12/1980, residente e domiciliada na rua Vereador Benedito Mota, S/N, Apto. 304, Alto Branco, Campina Grande/PB, CEP: 58.401-344, telefone (83) 9.9805-6596 e endereço eletrônico de e-mail: <talytavglima@gmail.com>.

OUTORGADO: **RAPHAEL SIMÕES ANDRADE**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB 16.603, com escritório profissional na Rua Vigolveno Wanderley, 351, Conceição, município de Campina Grande, Paraíba, CEP 58.401-311, fones 83 3322-7222 e 98879-7222. Endereço eletrônico de e-mail <raphaelsandrade@gmail.com>.

PODERES: Para o foro geral nos termos do artigo 38 do Código de Ritos, concomitantes com os especiais notadamente para transigir, receber dinheiro, desistir, recorrer, agravar, dar e/ou receber quitação, substabelecer no todo ou em parte, atuar em conjunto ou separadamente com outros advogados para defender os interesses da Outorgante e, em especial, representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, administrativa ou judicial, usando dos recursos cabíveis, bem como defendê-lo nas demandas que lhe forem propostas, seguindo-as e acompanhando-as até final decisão, sendo ainda expressamente autorizado a representá-lo junto a repartições públicas federais, estaduais, municipais, autarquias, e quaisquer outras pessoas jurídicas de direito público ou, privado, inclusive junto às Secretarias da Receita Federal, Estadual e Municipal e respectivas procuradorias, Delegacias Regionais de Julgamento e Conselho dos Contribuintes, podendo ter acesso e extrair cópia dos documentos e informações pessoais, processos administrativos e declarações de imposto de renda, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

Campina Grande, 21 de setembro de 2020.

Assinatura:

Talyta Vieira Gonçalves de Lima



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA, brasileira, solteira, promotora, natural do Rio de Janeiro/RJ, portadora do RG nº 2.503.893 - 2ª Via – expedida em 08/08/2013 pelo SSP/PB e CPF sob o nº 008.594.794-63, NIT: 126.39851.44-8, CTPS nº 3450249 Série 0040 PB, filha de Gilvan Gonçalves de Lima Filho e Lúcia de Fátima Vieira, nascida em 15/12/1980, residente e domiciliada na rua Vereador Benedito Mota, S/N, Apto. 304, Alto Branco, Campina Grande/PB, CEP: 58.401-344, **DECLARO**, para os devidos fins, que sua atual condição econômica não permite demandar em juízo sem prejuízo do seu sustento próprio e da sua família, pelo que pede os benefícios da justiça gratuita previstos na Carta Constitucional de 1988, e mais precisamente, com fulcro no artigo 4º, caput da Lei 1.060/50.

Por ser a expressão da verdade e estar ciente que a falsidade destas declarações importará na minha responsabilidade civil e criminal, nos termos da legislação vigente, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Campina Grande/PB, 21 de setembro de 2020.

Talyta Vieira Gonçalves de Lima

TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.503.893 -2 VIA EXPEDIÇÃO DATA DE 08/08/2013

NOME TALYTA VIEIRA GONÇALVES DE LIMA

FILIAÇÃO GILVAN GONÇALVES DE LIMA FILHO LÚCIA DE FÁTIMA VIEIRA

NATURALIDADE RIO DE JANEIRO-RJ DATA DE NASCIMENTO 15/12/1980

DOC ORIGEM NASC.N.025474 FLS.180 LIV.0083 CARTORIO RIO DE JANEIRO-RJ

CPF 008.594.794-63

João Pessoa - PB ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.113/83





TRABALHADOR

Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR



**MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO**

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

148.38911.05-6

NÚMERO

3450249

SÉRIE

0040

UF

PB

Talyta Alieira Gonçalves de Lima

ASSINATURA DO TITULAR



POLÍCIAR DIREITO



Autenticado por: 2595434 - 03/12/2018 17:40



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA

FILIAÇÃO.....: GILVAN GONCALVES DE LIMA FILHO
LUCIA DE FATIMA VIEIRA

NASCIMENTO.....: 15/12/1980 SEXO: FEMININO

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATALIDADE: RIO DE JANEIRO - RJ

DOCUMENTO.....: C.N. 08853401551981100083180002547427 RJ 07/08/2013

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 008.594.794-63 CNH.....:

TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: GRTE CAMPINA GRANDE/PB - 22/08/2013


 Rodolfo Ramalho Costa
 Superintendente Regional do Trabalho e Emprego na Paraíba

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO			
DATA DE NASC. DE DOCUMENTO	PARA		

ASSINATURA E CAMBIO DO SERVIDOR

LE G E N D A

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO
 B - SEI INDIVIDUAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA DE ALIMENTAÇÃO

03

Autenticado por: 2595434 - 03/12/2018 17:40



DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR			
GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH	DIABETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	HEMOFILIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
ALERGIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. n° 879, de 12 de julho de 1993)			
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
CARTEIRAS ANTERIORES			
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
5756700022PB		04	11/97
22/08/13			
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	TRABALHO TEMPORÁRIO
CCG	O Titular desta Carteira firmou contrato individual de Trabalho Temporário, nesta data nos termos da lei n° 6.019/74, para atender a necessidade transitória de:
END	() Substituição de pessoal regular permanente
MUN	() Acréscimo extraordinário dos serviços
ESP	(Artigo 9° da Lei 6.019/74)
CAR	Na função de: PROMOTOR / REPOSITOR
	Salário :R\$ 790,00 por: mês
	Data: 17/09/2013 Assinatura:
DATA	O presente contrato temporário foi prorrogado na data
RECIS	de / / , sob o protocolo na DRT/MTE n°
REMU	. Esta anotação é em cumprimento
	ao parágrafo 1° do artigo 12 da citada lei.
	A prestação do trabalho temporário encerrou-se em face
	ao término da necessidade transitória que motivou esta
	contratação.
	Data: 07/11/13 Assinatura:
DATA	FLUIR PROMOÇÕES E EVENTOS LTDA
	CNPJ 14.779.325/0001-29
	COM. DISPENSA CD N°
	FGTS N° DA CONTA:



CONTRATO DE TRABALHO

START PROMOCOES E CAPITAL HUMANO LTDA
TRABALHO TEMPORARIO

O Titular desta carteira firmou contrato individual de trabalho temporario, nesta data nos termos da Lei numero 6.019/74, para atender a necessidade transitoria de:

Substituicao de pessoal regular e permanente
 Acrescimo extraordinario de servicos (Artigo 9o. da Lei 6.019/74)

Nome: 26666-TALYTA VIEIRA
Salario R\$ 754,01 Carga Horaria 220hs.
Funcao DEMONSTRADOR(A)
02/12/2013 Ass.  Camilla Alves
Analista de RH

A prestacao do trabalho temporario ~~interior da empresa~~ face ao termino de necessidade transitoria que motivou em contratacao.
Ass.

Esta anotacao e em cumprimento ao 4o. do Artigo 12 da citada Lei.

START PROMOCOES E CAPITAL HUMANO LTDA
RUA JOAO FERNANDES VIEIRA 489 CASA
RECIFE-PE CEP: 50.050-200 CNPJ: 03.431.860/0001-78

COM. DISPENSA CD Nº
FGTS Nº DA CONTA:

08

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: **17.902.197/0001-571**

CGC/CPF/CEI: ABSOLUTA ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS LTDA
ENDEREÇO: Av. Min. José Américo de Almeida, 422 Sl. 702
Torre - CEP: 58.040-302
João Pessoa - PB

MUNICÍPIO: UF:
ESP. DO ESTABELECIMENTO:
CARGO: **DEMONSTRADORA** CBO Nº:

DATA DE ADMISSÃO: **16** DE **DEZEMBRO** DE **2013**
REGISTRO Nº: FLS. / FICHA:
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: **R\$ 790,00 (Setecentos e noventa reais)**
ABSOLUTAADM E SERVIÇOS LTDA

DATA DE SAÍDA: **13** DE **DEZEMBRO** DE **2014**
CPF: **181.843.764-53**
Ass. do Empregador:  Paulo Luciano Bezerra

COM. DISPENSA CD Nº
FGTS Nº DA CONTA:

09

Autenticado por: 2595434 - 03/12/2018 17:40



CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: 10.109.0734
Alimentação e Bebidas - P&F

CCG/CPF/CEI: 0284
ENDEREÇO: Rua Luiz de Oliveira, 137 - Jd. Santa Helena
CEP: 58035-090
MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA UF: PB

ESP. DO ESTABELECIMENTO: 10
CARGO: Promotora de Vendas
CBO N°: 5211-15

DATA DE ADMISSÃO: 01 DE Outubro DE 2014

REGISTRO N°: 11
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R\$ 800,00 P/ Mês
Orcamentos e Serviços Reais

1ª: Nadja Rossana de S. Fernandes
Dep. Pessoal: 29
DATA DE SAÍDA: 29 DE 05 DE 2014
CPF: 054 617 584 60

1ª: Nadja Rossana de S. Fernandes
Dep. Social: 11
CPF: 054 617 584 60

COM. DISPENSA CD N°: 10
FGTS N° DA CONTA: 10

CONTRATO DE TRABALHO

TRABALHO TEMPORÁRIO

O Titular desta Carteira firmou contrato individual de Trabalho Temporário, nesta data nos termos da lei nº 6.019/74, para atender a necessidade transitória de:

() Substituição de pessoal regular permanente
(X) Acréscimo extraordinário dos serviços
(Artigo 9º da Lei 6.019/74)

Na função de: **PROMOTORA**
Salário: R\$ 860,00 Por: Mês

Data: 13/05/2015 Assinatura: [Assinatura]

O presente contrato temporário foi prorrogado na data de 12/07/2015, sob o protocolo na DRT/MTE nº 11. Esta anotação é em cumprimento ao parágrafo 1º do artigo 12 da citada lei.

A prestação do trabalho temporário encerrou-se em face ao término da necessidade transitória que motivou esta contratação.

Data: 12/07/2015 Assinatura: [Assinatura]
RHPROMO MARKETING E SERVIÇOS LTDA
CNPJ 05.265.774/0001-68

CONTROLE DE JORNADA

O portador desta por exercer atividade externa esta dispensado do Controle de Jornada de Trabalho conforme Art. 62, I, da CLT.

Data: 13/05/2015

COM. DISPENSA CD N°: 11
FGTS N° DA CONTA: 11

Autenticado por: 2595434 - 03/12/2018 17:40



CONTRATO DE TRABALHO
CNPJ: 03.775.813/0001-41

EMPREGADOR: **NORDIL - Nord. Dist. e Logística Ltda**
 Av. Mot. Aldovandro Amâncio Pereira, 155
 Galpão 04 Geisel - CEP: 58075-006
 João Pessoa - PB

ESP. DO ESTABELECIMENTO: **Comercio**
 CARGO: **Demonstradora**
 CBO N°: **5211.20**

DATA DE ADMISSÃO: **08** DE **MARÇO** DE **2016**
 REGISTRO N°: _____ FLS. / FICHA: **0024.99**
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: **35.942,00 P/mês**
 (Novecentos e Quarenta e dois Reais)
 NORDIL - NORDESTE DIST. E LOGÍSTICA LTDA

DATA DE SAÍDA: _____ DE _____ DE _____

COM. DISPENSA CD N°: _____
 FGTS N° DA CONTA: _____

12

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: _____
 COC/CPF/CEI: _____
 ENDEREÇO: _____
 MUNICÍPIO: _____ UF: _____
 ESP. DO ESTABELECIMENTO: _____
 CARGO: _____ CBO N°: _____

DATA DE ADMISSÃO: _____ DE _____ DE _____
 REGISTRO N°: _____ FLS. / FICHA: _____
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: _____
ASS. DO EMPREGADOR OU A RISCO E/TESTEMUNHA

DATA DE SAÍDA: _____ DE _____ DE _____
ASS. DO EMPREGADOR OU A RISCO E/TESTEMUNHA

COM. DISPENSA CD N°: _____
 FGTS N° DA CONTA: _____

13

Autenticado por: 2595434 - 03/12/2018 17:40



CONTRATO DE TRABALHO		ALTERAÇÕES DE SALÁRIO	
EMPREGADOR		AUMENTADO EM 1.07/16 PARA R\$ 1036,00	
CGC/CPF/CEI		MOTIVO Dissídio NOROIL - NORDESTE INDUSTRIAL E LOGÍSTICA	
ENDEREÇO		AUMENTADO EM 01/07/17 PARA R\$ 1067,00	
MUNICÍPIO	UF	MOTIVO Dissídio NOROIL - NORDESTE INDUSTRIAL E LOGÍSTICA	
ESP. DO ESTABELECIMENTO		AUMENTADO EM 01/07/18 PARA R\$ 110,00	
CARGO	CBO Nº	MOTIVO Dissídio NOROIL - NORDESTE INDUSTRIAL E LOGÍSTICA	
DATA DE ADMISSÃO	DE	AUMENTADO EM	PARA R\$
REGRISTRO Nº	FLS. / FICHA	MOTIVO	ASSINATURA DO EMPREGADOR
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA		AUMENTADO EM	PARA R\$
1ª	2ª	MOTIVO	ASSINATURA DO EMPREGADOR
DATA DE SAÍDA	DE	AUMENTADO EM	PARA R\$
1ª	2ª	MOTIVO	ASSINATURA DO EMPREGADOR
COM. DISPENSA CD Nº		AUMENTADO EM	PARA R\$
FGTS Nº DA CONTA		MOTIVO	ASSINATURA DO EMPREGADOR

16

17



3450249

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

AUMENTADO EM.....	PARA R\$.....
MOTIVO.....	ASSIGNAÇÃO DE EMPREGADOR
AUMENTADO EM.....	PARA R\$.....
MOTIVO.....	ASSIGNAÇÃO DO EMPREGADOR
AUMENTADO EM.....	PARA R\$.....
MOTIVO.....	ASSIGNAÇÃO DO EMPREGADOR
AUMENTADO EM.....	PARA R\$.....
MOTIVO.....	ASSIGNAÇÃO DO EMPREGADOR
AUMENTADO EM.....	PARA R\$.....
MOTIVO.....	ASSIGNAÇÃO DO EMPREGADOR
AUMENTADO EM.....	PARA R\$.....
MOTIVO.....	ASSIGNAÇÃO DO EMPREGADOR
AUMENTADO EM.....	PARA R\$.....
MOTIVO.....	ASSIGNAÇÃO DO EMPREGADOR

ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

DE 30/12/17 A 08/01/18	PERÍODO 2016/2017	NORDIL - NORDESTE DISTRI. E LOGÍSTICA
DE 11/07/17 A 30/07/17	PERÍODO 2016/2017	NORDIL - NORDESTE DISTRI. E LOGÍSTICA
DE 29/12/17 A 07/01/18	PERÍODO 2017/2018	NORDIL - NORDESTE DISTRI. E LOGÍSTICA
DE 10/10/18 A 29/10/2018	PERÍODO 2017/2018	NORDIL - NORDESTE DISTRI. E LOGÍSTICA
DE..... A.....	PERÍODO.....	SIGNATURA DO EMPREGADOR
DE..... A.....	PERÍODO.....	SIGNATURA DO EMPREGADOR

18 19



3450249

ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

DE A

PERÍODO ASSINATURA DO EMPREGADOR

DE A

PERÍODO ASSINATURA DO EMPREGADOR

DE A

PERÍODO ASSINATURA DO EMPREGADOR

DE A

PERÍODO ASSINATURA DO EMPREGADOR

DE A

PERÍODO ASSINATURA DO EMPREGADOR

20

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei).

O (a) titular da presente CTPS
 foi contratado em caráter de
 experiência durante 45
 dias, a partir de 01/10/14
 a 14/11/14, conforme
 art. 443 Inciso 2ª letra "C" da CLT.

Maria
 EMPREGADOR

O (a) titular da presente CTPS
 foi contratado em caráter de
 experiência durante 45
 dias, a partir de 15/11/14
 a 29/12/14, conforme
 art. 443 Inciso 2ª letra "C" da CLT.

Maria
 EMPREGADOR

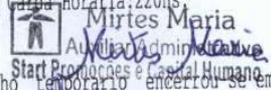


ANOTAÇÕES GERAIS

START PROMOCOES E CAPITAL HUMANO LTDA
TRABALHO TEMPORARIO

O Titular desta carteira firmou contrato individual de trabalho temporario, nesta data nos termos da Lei numero 6.019/74, para atender a necessidade transitoria de:

Substituicao de pessoal regular e permanente
 Acrescimo extraordinario de servicos (Artico 9o. da Lei 6.019/74)

Nome: 30210-TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA
Salario R\$ 1.046,00 Carga Horaria: 220hs.
Funcao PROMOTOR (A)
11/01/2016 Ass. 
A prestacao do trabalho temporario encerrou-se em 30/01/16, face ao termino de necessidade transitoria que motivou em contratacao.

Esta anotacao e em cumprimento ao & lo. do Artico 12 da citada Lei.

START PROMOCOES E CAPITAL HUMANO LTDA
AVEGOVERNADOR AGAMENON MAGALAHES 2997
RECIFE-PE CEP:50.050-290 CNPJ:03.431.860/0001-78

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei)

O portador dessa CTPS foi admitido por contrato a titulo de experiencia pelo prazo de 45 dias, podendo ser prorrogado por mais 45 dias, conforme acordo firmado em 08/03/16. O referido contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes antes do termino independente de aviso previo

Horário de Trabalho Livre
marcação de Ponto, visto que sua atividade se enquadra no Disposto da "A" do Art. 62 da CLT.


NORDL - NORDESTE DISTRI. E LOGISTICA LTDA.

23

Autenticado por: 2595434 - 03/12/2018 17:40



3450249

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei).

Cont. Sind - RP 31.46 - S. N. 0000158-2016
 NORDIL - NORDESTE DISTRIBUIDORA LOGISTICA LTDA.

Cont. Sind - RP 34.53 - S. N. 0000158-2016
 NORDIL - NORDESTE DISTRIBUIDORA LOGISTICA LTDA.

A funcionária passou a exercer a função de Promotoras de vendas, sob CBO nº 521135 a partir de 01 de maio de 2017.

24

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei).

25



CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho

Número da CAT: 2020.427142.8/01

Informações do Emitente

Emitente	Segurado ou seus Dependentes	Data Emissão	13/10/2020
Tipo de CAT	INICIAL	Comunicação Óbito	
Filiação	Empregado	E-mail	

Informações do Empregador

Razão Social/Nome	NORDIL-NORDESTE DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA		
Tipo/Num Doc	CGC/CNPJ - 37758130001/41	CNAE	46915
CEP	58075006	Telefone	(83)3232-1444
Bairro	ERNESTO GEISEL	Estado	PARAIBA
Endereço	R MOTORISTA ALDOVANDRO AMANCIO PEREIRA 155 GALPAO4		
Município	JOAO PESSOA		

Informações do Acidentado

Nome	TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA		
Nome da Mãe	LUCIA DE FATIMA VIEIRA		
Data de Nascimento	15/12/1980	Sexo	FEMININO
Grau de Instrução	ENSINO MEDIO COMPLETO		
Estado Civil	SOLTEIRO(A)	Remuneração	1.339,30
CTPS	3450249 Série: 40 Emissão: 22/08/2013	Identidade	2503893 ÓrgExp: 1 Emissão: 08/08/2013 UF: PB
PIS/PASEP/NIT	1263985144/8	CEP	58401344
Endereço	Rua Vereador Benedito Mota, S/N, Apto. 304, Alto Branco	Bairro	CONCEICAO
Estado	PARAIBA	Município	CAMPINA GRANDE
Telefone	(83)9980-56596	CBO	521115 - PROMOTOR DE VENDAS
Aposentadoria	NÃO	Área	URBANA

Informações do Acidente

Data do Acidente	23/01/2020	Hora do Acidente	18:19
Horas Trabalhadas	08:00	Tipo	TRAJETO
Houve Afastamento?	SIM	Reg. Policial	NÃO
Local do Acidente	3 - Em via pública		
Esp. Local	Vigário Calixto		
CNPJ / CGC ou CEI da Prestadora		UF do Acidente	PB
Município do Acidente	CAMPINA GRANDE	Último dia Trab. Dt Óbito	23/01/2020
Parte do Corpo	757010400-JOELHO		
Agente Causador	303075200-MOTOCICLETA, MOTONETA		
Sit. Geradora	200016900-QUEDA DE PESSOA EM MESMO NIVEL, NIC		
Morte	NÃO	Data Óbito	

Local e Data

Assinatura e carimbo do emitente

Informações do Atestado Médico

Unidade	Hospital		
Data Atendimento	23/01/2020	Hora Atendimento	18:30
Houve Internação	SIM	Será afastado?	SIM 90 dia(s)
Nat. Lesão	702035000-FRATURA		
CID - 10	S820 - Fratura da rótula [patela]		
Observações	Dr. Ericsson Albuquerque		
CRM	4770		

Local e Data

Assinatura (*) e carimbo (legível) do médico com CRM/UF

Cadastrada em: 13/10/2020

* A apresentação do atestado médico original, com as informações de identificação do médico assistente, substituiu o preenchimento deste campo. A impressão desta CAT deverá ser apresentada juntamente com o(s) documento(s) original(is) referente ao segurado, para requerer o benefício acidentário junto à Agência da Previdência Social.





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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

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, retorne 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

DIA 23/01/2020

m	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 8h/8h	22-06
5	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	20-06
4	TENOXCAM 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 PRÓPRIO	06

Valth Menezes Guimaraes
 Ortopedia / Traumatologia
 CREMPE 16.551 / CRM-PB 6326
 TEOT 15.090
 CIRURGIA DO JOELHO

checkup gung, sc, 1x/dia
 fala tipo galthera 22



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MURSE)

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 () DISTÚRBO NEUROLÓGICO
 POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO
 ASSINATURA E CARIMBO:



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

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: Talita Vieira

IDADE:

SEXO: F

ENF/LEITO:

DATA: 24/01/20

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: ___ Medicamentos 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: _____

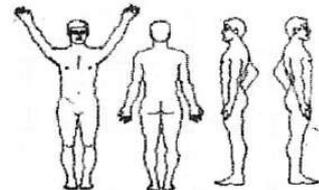
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () ÍNTEGRA () 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. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

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
08h	140x80										SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	





GOVERNO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 24/01/2020

Horas: 07:52:03

Médico (a) Diarista : Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

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 - 1

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

DIA 24/01/2020

MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335) /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 8h/8h	12 3 ^o
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	12 18 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	06

EVOLUÇÃO

DATA: 24/01/2020 HORA: 07:50:10

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

ESTAVEL, COM DOR
COM TALA GESSADA
AGUARDO EXAMES

ASSINATURA + CARIMBO
Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)





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

M

or

e

DIA 25/01/2020
MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 8h/8h	14 - 18 - 06
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	12 - 18 - 00 - 06
	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 - 06
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	06

RESOLUÇÃO

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

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

ESTÁVEL, COM DOR LEVE

COM TALA GESSADA

CD: AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo Falcao



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

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: Jalite Vieira

IDADE: 38 anos

SEXO: Fem

ENF/LEITO:

DATA: 26/01/2020

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () : Qual? Doença () HAS () DM 4

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

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADE 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

PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

FUNÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: () REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: _____

ED. A: () 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: _____

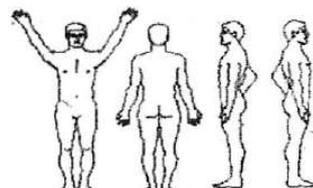
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: ÍNTEGRA () 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

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

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMENTO/COMPORTEMENTOS: COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: católica 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
<u>14h</u>	<u>116</u>	<u>36</u>	<u>90</u>							<u>Cristiana Cardoso Taveira</u> técn. enfermagem CPRN-PB 681.486	SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	





GOVERNO DA PARAIBA

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	S/N/O
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 8h/8h	12-18 06
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	12-18 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12-18 06
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	06

EVOLUÇÃO

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

FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

ESTÁVEL, COM DOR LEVE

COM TALA GESSADA

Ev: ok

CD: AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RB 8643

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner de Melo Falcao



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATOMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DEFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() ANSIEDADE () DESCONFORTO () RIGIDEZ ARTICULAR () PREJUÍZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	() DIFICULDADE PARA VIRAR-SE () MOVIMENTOS DESCONTROLADOS
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95% () OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO () REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR () AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR () AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS () ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS () INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO () AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO		() MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS () TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
OUTRO		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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 () DISTÚRBO NEUROLÓGICO
 POSTURA NÔ ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:



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

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: Talita Veneú

IDADE: 39a

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: ___ Medicamentos em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: Fx protó fibril D

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADE PSICO BIOLÓGICAS

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

MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARSIA () PARESTESIA. LOCAL: _____

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEÇÃO 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: MID

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: _____

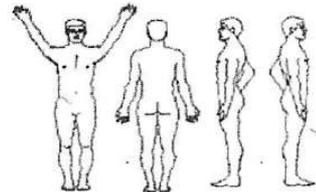
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () ÍNTEGRA 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. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

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
19:00	120/80		87							Rosa	SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	





GOVERNO DA PARAIBA

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 - 4

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

DIA 27/01/2020

MÉDICO(A): Ywry de Paiva Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	5x3 12
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 30 36
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 30 48 66 84 96
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VÔMITOS	SN
6	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	SN
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	SN
8	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	ST
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	RTT

EVOLUÇÃO

DATA: 27/01/2020 HORA: 02:22:49

4º DIH

BEG, ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS.

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

PRÉ-OP OK

CD: VPM + AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Ywry de Paiva Camara

Dr. Ywry de Paiva
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 10.607



28-01-20

Paciente espínel, sem queixa
medicada, segue sob cuida-
dos da Enfermagem.

PA - 100 x 70 @





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
Clínica: AMARELA Enfermaria: 5 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

4

DIA 28/01/2020
MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira /

(S) (SE)

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	CT
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	12 18 24 30
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 30
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 18 24 30
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VÔMITOS	SV
6	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	SV
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

DR. Everlan Meira
CRM-PB 9900
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Everlan Da Silva Meira

08:00hs 28/01/20

PA: 130
0



8m
29/10/1

PA: 120787
Realizado envio em encunções
M. C. P. Puncion do AVB
Univ
2538U

29/10/2020

08:30

PA= 110180 R.





Seus testes
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 29/01/2020

Horas: 12:04:48

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 - 6

Clínica: 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 FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	1^o 2^o 3^o
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	1^o 2^o 3^o 06
4	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	1^o 2^o
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VOMITOS	SN
6	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 2 ^h)	2^o
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	SN
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

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA ORTOPÉDICA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito de Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
MR. ORTOPEdia - TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8926



30.01.2020 PA 100x70

SP% 99

FC 70

Paciente evolui atareal consciente orientada
realizado curativo medicada conforme
prescriçãõ médica segue os cuidados de
enfermagem.

30/01/2020

das 20:30hs

PA.: 100 x 70 mmHg

Paciente segue aos
cuidados da enfer-
magem. m. e p. m.

Ana Maria Cavalcante Falcão
COREN-PB 177.451-TE

A



30/01/2020

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

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 30/01/2020

Horas: 11:27:24

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito de Araujo



Seamos todos
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 DIH - 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 FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	500 500 500
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 29 26
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 29
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VOMITOS	
6	ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22.
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	
8	DECUBITO MUDANCA 2/2H	
9	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
MR. ORTOPEdia - ORTOMATOLOGIA
CRM - PB 8926



HOSPITAL d. Emergência e Trauma de C. Grande Pront: 2090707		COD
PACIENTE Talita Vieira		DATA 01/02/20
MÉDICO Dr. André +	CRM	CONVÊNIO
PROCEDIMENTO Trat cirurg pat. de platô tibial D.		0221



LAUDO DE MATERIAIS UTILIZADOS



ITEM	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO DE MATERIAIS	CÓDIGO
01	01	Placa em T - 04 Furos	
02	01	Placa em L - 05 Furos (Esquerda)	
03	02	Parafusos esponjosos N: 75 x 4,5	
04	02	Parafusos corticais N: 34 x 4,5	
05	02	Parafusos corticais N: 36 x 4,5	
06	01	Parafuso cortical N: 40 x 4,5	
07	01	Parafuso cortical N: 46 x 4,5	
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

Dr. André Ribeiro de Moraes
Trauma e Ortopedia
CRM: 123753

MÉDICO _____

INSTRUMENTADOR ferriane

HOSPITAL _____

CNPJ: 26.051.266/0001-57 | INSC. ESTADUAL: 20.456.669-0 | AV. SENADOR SALGADO FILHO, 1718 - TIROL WAY OFFICE, SALA 912 - TIROL
NATAL/RN - CEP: 59.022-000 | PLANTÃO 24HS (83) 98838-2091 / (84) 99682-3828 | E-MAIL: LSiNATAL@GMAIL.COM



03 01/02/2020

04

05

03 01/02/2020

06

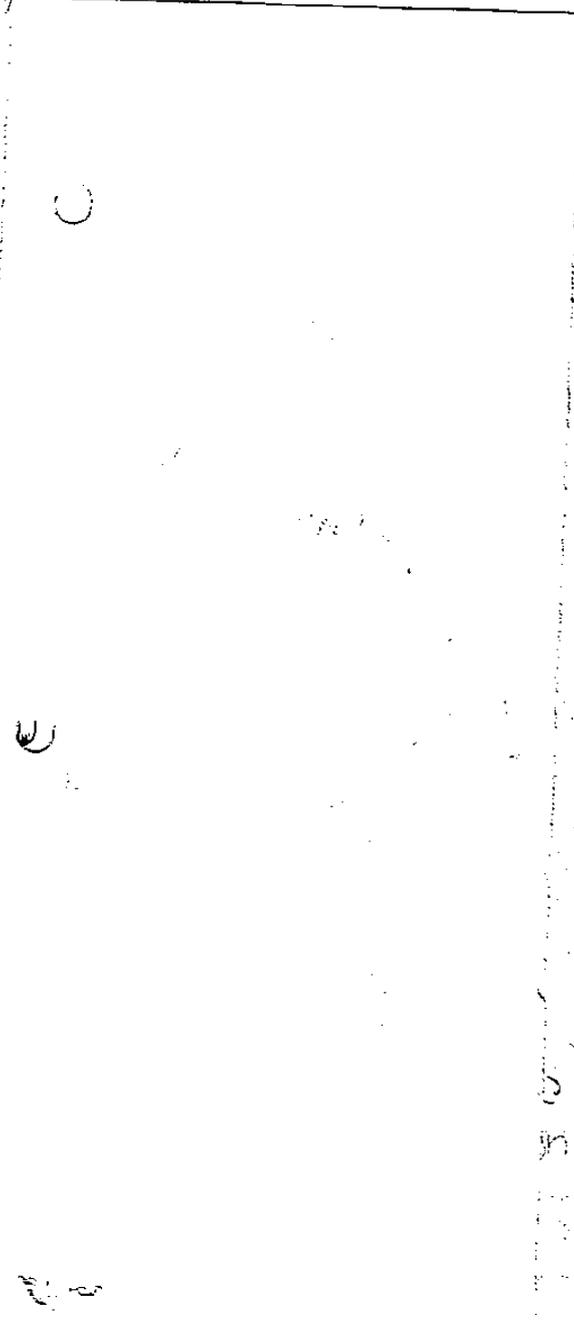
01 01/02/2020
02 01/02/2020
03 01/02/2020

00 01/02/2020
01 01/02/2020
02 01/02/2020

01 01/02/2020

02 01/02/2020

01 01/02/2020



05 01/02/2020

03 01/02/2020

04 01/02/2020

05 01/02/2020

06 01/02/2020

07 01/02/2020



C = limpa

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Adriana Vieira DN. 15/12/1980						 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
-	Sala 03	SUS	38a	2090707		
CIRURGIA: Fuat. cirur. p/ trat. de plato tibial @.			CIRURGIÃO: Dr. André + Inet. Thiago			
ANESTESIA: Ropi + Sedação			ANESTESIA: Dr. Isabella Donato			
INSTRUMENTADORA: Isopione		DATA: 01/10/20	INÍCIO: 07:40	FIM: 09:00		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	0	Calel. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	04	Compressa Grande 8		Catgut cromado Sertix	
01	Dimofe amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolaftina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
01	Inova ml Midazolam		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Moracina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	4.5	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	0.5	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ml	03	Mononylon 2.0 00	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		SOROS	
	Água Destilada amp.	02	Lâmina de Bisturi nº 11		SG Normotérmico fr 500 ml 00	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		SG Gelado fr 500 ml 0	
	Dipirona amp.	02	Luvax 7.0 00	02	SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Flaxidól amp.	05	Luvax 7.5 00000		SG Ringr fr 500 ml	
	Flebocortid amp.		Luvax 8.0		SG fr 500 ml p/ lavagem 8	
	Geramicina amp.		Luvax 8.5			
	Glicose amp.	4.0	Oxigênio l/m			
	Glucón de Cálcio amp.		Polifix			
	Haemacel ml.	0.5	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.			
	Kanakion amp.	0.5	Sabão Antiséptico	02		
	Lasix amp.		Saco coletor	01		
	Medrotilazol.	01	Seringa desc. 10 ml 0			
01	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml			
	Prolamina	01	Seringa desc. 05 ml 0	03		
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuptanon amp.		Sonda folley			
02	Cefalotina 1g ciprofloxina		Sonda Nasogátrica			
01	kanitidrina		Sonda Uretral nº	01	Bacia em T 04 luvas	
01	Cetrelac		Sterydrem ml	01	Bacia em L 05 luvas	
			Torneirinha	02	Luvas esterilizadas	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		ORTESE E PRÓTESE	
02	Agulha desc. 25x7 40x12		Gelcon 18	06	Luvas esterilizadas	
	Agulha desc. 28 x 28		Lateze			
	Agulha desc. 3 x 4,5	05				
01	Agulha p/ raque nº 25	05				
0.5	Álcool de Enfermagem					
	Álcool Iodado ml					
0.4	Ataduras de Crepon 00					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
02	Betina ml Ortopédicos 0					

- EQUIPAMENTOS**
- Oxímetro de Pulso
 - Serra
 - Desfibrilador
 - Foco Frontal
 - Fonte de Luz
 - Foco Auxiliar
 - Eletrocautério
 - Oxícapiógrafo
 - Cardiomonitor
 - Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
 Helena 123.700-2



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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		1
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		9

Isabela Donato
ANESTESIOLOGISTA
CRM/PB 4180

Assinatura do anestesista



08:00

PA: 100 x 80

Segu aguardando cirurgia e aos cuidados da enfermagem, realizado curativo.

21:00

PA: 110 x 80


Diana Gomes da Silva
COREN-PB 737.442-TE


Diana Gomes da Silva
COREN-PB 737.442-TE





Seamos todos
PARAIBA
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 DIH - 8

Clinica: ORTOPEDIA 1 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 <i>2000 kcal 24 00:00</i>	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	<i>JE 12/18 24 06</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	<i>JE 12 24</i>
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<i>SN</i>
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VOMITOS	<i>SN</i>
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	<i>(5000) (20)</i>
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	<i>SN</i>
8	DECUBITO MUDANCA 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 COXO PODÁLICA D

PRÉ OP OK

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA ORTOPÉDICA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito de Araujo

Wagner Luiz Egito de Araujo
DR. WAGNER LUIZ EGITO DE ARAUJO
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8926





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

ENDEREÇO: BENEDITO MOTA

BAIRRO: ALTO BRANCO

Identidade:
2503893

Idade: 039

PRONTUÁRIO:

Nº 2090707

DADOS CLÍNICOS: PÓS 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

RAIO X
REALIZADO EM:
01/02/2020



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

ENDEREÇO: BENEDITO MOTA

BAIRRO: ALTO BRANCO

Identidade:
2503893

Idade: 039

PRONTUÁRIO:

Nº 2090707

DADOS CLÍNICOS: PÓS 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

RAIO X
REALIZADO EM:
01/02/2020



01/02/2020

às 14:00hs

Paciente em pós-operatório segue aos cuidados da enfermagem. m.c. p.m.

Ana Maria Cavalcante Falcão
COREN-PB 177.451-TE

01/02/2020

às 20:00hs

P.A.: 100x70 mm Hg A

Paciente segue aos cuidados da enfermagem. m.c. p.m.

Ana Maria Cavalcante Falcão
COREN-PB 177.451-TE

A





Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 01/02/2020

Horas: 07:44:19

Médico (a) Diarista : 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 FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	14 22 06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA 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, 1AMPOLA, 6h/6h	18 24 06
5	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	24
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VOMITOS	51w
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	51w
9	DECUBITO MUDANCA 2/2H	MTW
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

Dr. Andre Ribeiro Araujo De Menezes
Traumatologista
CRM-167793

ASSINATURA + CARIMBO
Andre Ribeiro Araujo De Menezes





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

Procedimento Cirúrgico: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

Data02/02/2020

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo

RESPONSÁVEL : Ana Maria Da Silva Anselmo





Sempre todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 02/02/2020

Horas: 08:40:53

Médico (a) Diarista : 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 1 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 FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 1D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VOMITOS	
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 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, DM 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

Dr(a) Ana Maria da S. Anselmo
CRM: 88.987/2015
Especialista em Traumatologia





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

Número do Atendimento: 2090707 Clín: ORTOPEDIA 1 / Enf: 5 / Lei: 2

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: TALITA VIEIRA

Data da Internação: 23/01/2020

Atendimento: 2090707

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

Diagnostico Pós-Operatório: 0408050551 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

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

Equipe:

Cirurgião: ANDRÉ RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesiasta: 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 CORTICAIS 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 CORTICAIS E

ESPONJOSOS SOB ESCOPIA +

-10 LAVAGEM DE FO COM SF 0,9%

11- CURATIVO.

Data 01/02/2020

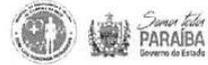
Dr. André Ribeiro Araújo de Menezes
Traumatologia / Ortopedia
Assinatura/Carimbo
Andre Ribeiro Araujo De Menezes



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO 2090707
FOLHA DE ANESTESIA		NOME Talita Vieira			IDADE 39a.	SEXO F	COR
DATA 01/10/2020	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Consentimento Tx de plati tibial					ESTADO FÍSICO ASA II	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
<p>30' 1h</p> <p>AGENTES ANESTÉSICOS: <i>W/wh</i></p> <p>LIQUIDOS: <i>SPR 500 r 500</i> <i>SOL 500</i> <i>SOL 500</i></p> <p>CÓDIGOS: VP - ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO: O - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO: O</p> <p>SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES: <i>na. 0.5l. 15g dimant 0.5l. deca-chon 10g cepaxolm 2g neuzechon 4g temtilm 1.</i></p> <p>POSIÇÃO: <i>0</i></p> <p>AGENTES: <i>domomid 5g</i></p> <p>TÉCNICA: <i>RAQUIONESTÉSICA</i></p> <p>OPERAÇÃO: <i>Dr. Príncipe da Tx do plati tibial</i></p> <p>CIRURGIÕES: <i>Dr. J. J. e equipe</i></p> <p>ANESTESISTAS: <i>J. J.</i></p> <p>OBSERVAÇÕES: <i>J. J.</i></p>							
INDUÇÃO					Satisf.: <input checked="" type="checkbox"/> Excit.: <input type="checkbox"/> Tosse: <input type="checkbox"/>		
Laringo esparmo: <input type="checkbox"/>					Lenta: <input type="checkbox"/>		
Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/>					Outros: <input type="checkbox"/>		
MANUTENÇÃO					<i>Raqui / L₅ / S₁ / S₂</i>		
ANESTESIA SATISF.: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					Não, por quê? <input type="checkbox"/>		
DESPERTAR					Reflexos na SO: <i>+</i>		
Obstr.: <input type="checkbox"/> Co ₂ : <input type="checkbox"/> Excit.: <input type="checkbox"/>					Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/>		
Outros: <input type="checkbox"/>					Com cânula: <input type="checkbox"/>		
Paro o Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					CONDIÇÕES: <i>Boas - 2 U₁ / U₂</i>		
PERDA SANGUÍNEA					FOLHA DE ANESTESIA - SRPB		





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

Número do Atendimento: 2090707 Clín: ORTOPEDIA 1 / Enf: 5 / Lei: 2

DESCRIÇÃO 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 CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Cirurgia: OSTEOSINTESE 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 CORTICAIS 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 CORTICAIS E

ESPONJOSOS SOB ESCOPIA +

-10 LAVAGEM DE FO COM SF 0,9%

11- CURATIVO.

Dr. André Ribeiro Araujo de Menezes
Traumatologia/Osteoartros
CRM-PB 5793

Data 01/02/2020

Assinatura/Carimbo
Andre Ribeiro Araujo De Menezes



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		(X) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
(X) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO	<i>Diário</i>	() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
(X) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	<i>12/12/20</i>	
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS	<i>Sempre</i>	() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		(X) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
(X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	<i>72 hs</i>	
(X) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	<i>Sempre</i>	
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 () DISTÚRBO NEUROLÓGICO
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

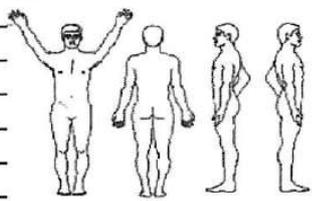
ASSINATURA E CARIMBO:

Drª Valuska Leão de Carvalho
ENFERMEIRA
 COREN - PB 358.098 *29/01/2020*



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

1. IDENTIFICAÇÃO												
Nome: <u>Talita Vieira</u>			Idade: <u>39 anos</u>		Sexo <u>F</u>		Enf/Leito <u>05/02</u>					
2. HISTÓRIA PREGRESSA												
Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? _____ Doença () HAS () DM												
() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: _____ Medicções em uso: _____												
3. DOENÇA ATUAL:												
MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>fx. ploto ilíacal D</u>												
4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADE 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:												
ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.: _____												
SITUAÇÃO 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: (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: () NORMOCORADA () HIPOCORADA												
PELE: () ÍNTEGRA () 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												
HIGIENE CORPORAL: (X) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA												
LITUAÇÃO FÍSICA: (X) ACAMADO () CADEIRA DE RODAS												
5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS												
COMUNICAÇÃO: (X) 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	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
	(mmhg)	(°c)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	(ml)	(0a10)	(Kg)		SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
<input checked="" type="checkbox"/> ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO	<i>1x/dia</i>	<input checked="" type="checkbox"/> AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		<input checked="" type="checkbox"/> CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		
<input checked="" type="checkbox"/> ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO	<i>CPM</i>	
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE		() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		
() 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>72h</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	<i>1x/dia</i>	
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 () DISTÚRBO NEUROLÓGICO
 POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

30/05/2020

 Grazielly A. M. Lima
 COREN-SP 14.263-ENF



1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Talita Svecia Idade: 29 Sexo F Enf/Leito 5-2-

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: Ft Platô Tibial 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:

ALIMENTAÇÃO: () 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

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

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

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

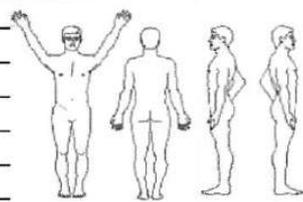
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: () ÍNTEGRA () 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

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

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	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM: *Apurando imagem*

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	<i>12/24hs</i>	
() ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO	<i>CPM</i>	
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS	<i>Sempre</i>	() MELHORAR A INTEGRIDADE DA PELE
() REALIZAR HIGIENE E CURATIVO DE ACORDO COM A NECESSIDADE	<i>1 ao dia</i>	() RISCO DE DESEQUILÍBRIO DIMINUIDO
() VERIFICAR CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE (MUCOSA, EDEMA, PULSO)		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	<i>72hs</i>	
() REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL À 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	<i>Sempre</i>	
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 () DISTÚRBO NEUROLÓGICO
 POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Sociedade de Medicina de Lima
 CORETEC 2014



31/10/2020

GOVERNO
DO PARANÁ

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Talita Vieira Idade: 39 Sexo F Enf/Leito 5.2

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: ___ Medicamentos em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: fx plató

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.: _____

SILÊNCIO 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 () OBESOALIMENTAÇÃO: 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: () ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____

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

localização anatômica da ferida;

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE () DEPENDENTE PARCIALMENTE DEPENDENTEHIGIENE CORPORAL: SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

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	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

AVP MSE 29/10/20



1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Talita Vieira Idade: _____ Sexo _____ Enf/Leito 5-2

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: Fratura de fêmur A

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () ~~RLÉGIA~~ () PARESIA () PARESTESIA. LOCAL: _____

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

AVISÃO: () 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

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

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

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

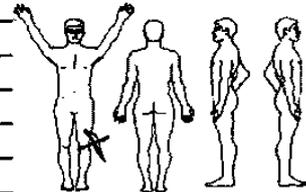
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () ~~NORMOCORADA~~ () HIPOCORADA

PELE: () ~~ÍNTEGRA~~ () 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

CONE CORPORAL: SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ~~ACAMADO~~ () CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

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	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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

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

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

ASSINATURA E CARIMBO:

Raphael Simões Andrade
01/12/2020 12:38:19



Ortop



Sr(a): TALITA VIEIRA Protocolo: 0000509993 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA Data: 24-01-2020 12:49 Origem: AREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 39 anos Destino: AREA AMARELA

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 24/01/2020 12:48]

	Resultados	Valores de Referências
SÉRIE VERMELHA		
Eritrócitos.....	3,80 milhões/mm ³	3,9 a 5,9 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	11,6 g/dL	12,0 a 16,0 g/dL
Hematócrito.....	34,0 %	35,5 a 48,6 %
H.C.M.....	99 fL	80,0 a 100,0 fL
H.C.M.....	31 pg	27,0 a 31,0 pg
H.C.M.....	34 g/dL	32,9 a 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA		
Leucócitos.....	9.200 /mm ³ (%)	5.000 a 10.000 /mm ³
Neutrófilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	4,0	368
Segmentados.....	78,0	7.176
Eosinófilos.....	0	0 a 5,0 % - até 500 / mm ³
Bastófilos.....	0	0 a 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos		
Típicos.....	16,0	1.472
Atípicos ou Reativos.....	0	0
Monócitos.....	2,0	184
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	195.000 mm ³	2,0 a 10 % - até 1.000 / mm ³ 150.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Local: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 5F5E-5FF4-C378-F4FF-AC13-229A-4A93-2C24



Handwritten notes and markings at the top left of the page.

Handwritten notes and markings at the bottom left of the page.

Handwritten text, possibly a name or title, located in the upper middle section.

Handwritten text in the center of the page, appearing to be a signature or a set of notes.

Handwritten text located in the middle right section of the page.

Handwritten text at the bottom right of the page, possibly a date or reference.



GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E T

S ESTADO
JUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REGIÇÃO DE PA

NOME:

Tabela Ribeiro

PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLINICA:	ENF:	LEIT
--------	-------	------	-------	---------	----------	------	------

DADOS CLÍNICOS:

Trauma

RAIO X
REALIZADO EM:
23/01/2020

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

Radiografia de tornozelo D. (AP e perfil)
Radiografia de pulso D. (AP e perfil)

URGÊNCIA:

ROTINA:

DATA: 23/01/2020

HORA DA SOLICITAÇÃO:

José A. Filho
MÉDICO
CRM 5.468
RESPONSÁVEL PELA SOLICI



23/01/2020

HTCG-Panel Administrativo



HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 23/01/2020

Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 N° 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: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES () SIM () NÃO HAS () SIM () NÃO
DEF. MOTORA () SIM () NÃO

ALERGIAS:
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL :
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE



ESCALA DE DOR:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/CORREN
acolhimento
Jaime Evelyn Monteiro
COREN-PB 264.336-ENF



23/01/2020

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



ATENDEMENTO URGÊNCIA CLASS. DE RISCO: VERMELHO

PRONT (B.E) Nº.2090646 CLUZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0036-52 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - PB, CEP: 58432-809 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Boleim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento Data: 23/01/2020

PACIENTE: TALITA VIEIRA CEP:58400002 Nascimento:15/12/1980

Endereço:DR VASCONCELOS Sexo:F Telefone: 987343034

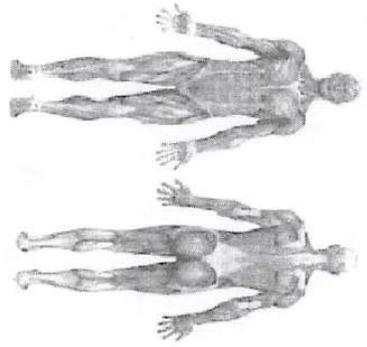
Cidade: Campina Grande Idade:039 Bairro:ALTO BRANCO

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA RG: Nº.1052 Profissão:PROMOTOR DE VENDAS

Responsável: WAGNER CPF: Estado Civil:Solteira) Data de Nascimento:23/01/2020

Motivo: ACIDENTE DE MOTO QUESDA DE MOTO Atend:23/01/2020 Hora: 18:18:35

OBS FICHA: MECANISMOS DO TRAUMA LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- 1. Abrasão 2. Amputação 3. Avulsão 4. Contusão 5. Crepitação 6. Dor 7. Edema 8. Empalhamento 9. Enfisema subcutâneo 10. Emagamento 11. Equimose 12. F. Arma Branca 13. F. Arma de fogo 14. F. Corticase 15. F. Cortante 16. F. Corte-contuso 17. F. Perfuro-contuso 18. F. Perfuro-cortante 19. Fratura óssea fechada 20. Fratura óssea aberta 21. Hematoma 22. Injúria Venoso 23. Laceração 24. Lesão tendinria 25. Luxação 26. Mordedura 27. Movimento torácico paradoxal 28. Objeto Encaixado 29. Otorragia 30. Paralisia 31. Parêsi 32. Parêsi 33. Queimadura 34. Rincragia 35. Sinais de Isquemia 36.

OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau DIGNOSTICO / CID:

Queido de mets. / Fp Plak's Thibin B

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DA CLÍNICOS

Paciente repete terceira vítima de queda de moto pela via aérea imediatamente abaixo. Nega perda de consciência, náusea e vômitos. Relato de um pedrisco de 2 e 3 cm e ferimento (B) e queimadura laceração com ombros HHS.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais () Gasometria arterial () Tomografia computadorizada () Ultrassonografia: () Radiografias: ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Orltopia às 18:31 Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Atendimento C. Geral.	18:30
2	Atendimento Ombros e F.	18:30
3	Atendimento Ombros + dor ev.	18:30
4		
5		
6		

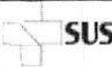
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Rafael Simões Andrade CRM 8308

RAIO X REALIZADO EM: 23/01/2020



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

 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 TALITA VIEIRA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 2090707	
7 - CARTÃO DO SUS 		8 - DATA DE NASCIMENTO 15/12/1980	
9 - SEXO Masc <input type="checkbox"/> Fem <input checked="" type="checkbox"/>		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL LUCIA DE FATIMA VIEIRA	
11 - TELEFONE DE CONTATO DD() 83 Nº DE TELEFONE 987343034		12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) DR VASCONCELOS , 1052 , ALTO BRANCO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande		14 - CÓD. IBGE 250400	
15 - UF PB		16 - CEP 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS TRAUMA JOELHO DIREITO QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA DOR E EDEMA CD INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO NECESSIDADE DE TTO CIRURGICO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) ANAMNESE E EX FÍSICO			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO		21 - CID 10 PRINCIPAL 	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO 		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 	
26 - CLÍNICA 		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 	
28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 		29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 98001627788172	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE VALTH MENEZES GUIMARAES		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 23/01/2020	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU DOENÇAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA 	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		37 - Nº BOLETE 	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		38 - SÉRIE 	
39 - CNPJ EMPRESA 		40 - CNAE DA EMPRESA 	
41 - CBOR 			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 		44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR 	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF 		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 	
		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 	



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que JALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA
foi atendido (às) hoje, às _____ horas, necessitando de 30 (JALYTA) dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S82.1

Campina Grande, 02.10.2020

Dc André Ribeiro Mendes de Menezes
Traumatologista
CRM-PB 4793

Assinatura do Médico / CRM N°





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE CAMPINA GRANDE



JUÍZO DE DIREITO DA OITAVA VARA CÍVEL

Processo nº 0830593-84.2020.8.15.0001

DESPACHO

Vistos, etc.

Trata-se de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, em que a parte autora pleiteia o pagamento de indenização atinente ao mencionado seguro.

Na conformidade da nova sistemática do Código de Processo Civil, sabe-se que, em seu art. 334, há determinação expressa para designação de audiência prévia de conciliação/mediação antes da apresentação de defesa do réu, no intuito de tentar promover a composição amigável entre as partes. Tal norma admite apenas duas hipóteses de exceção, a saber: havendo manifestação de vontade de ambas as partes pela não realização da audiência e quando o feito não admitir composição.

Em demandas desta natureza, apesar deste Juízo já ter determinado a designação de diversas audiências, as Seguradoras, de forma reiterada, afirmam acerca da inviabilidade de qualquer acordo antes da realização da prova técnica.



Desta feita, diante da necessidade de prévia perícia médica, *infrutífera será qualquer tentativa de acordo antes da prova técnica.*

Assim, pelas razões expostas, **deixo de aprazar audiência de conciliação prévia.**

Certifique a Escrivania se existe ação semelhante ajuizada pela parte autora, em tramitação ou já arquivada.

Não havendo, **cite-se** a parte promovida, para, no prazo de 15 dias, querendo, apresentar contestação, sob pena de revelia.

Após, **intime-se** a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, apresentar réplica à contestação, nos termos do art. 351 do CPC.

Em tempo, **defiro** o pedido de gratuidade da justiça, com fundamento na alegação de insuficiência de recursos para pagar as despesas processuais/custas, constante da petição inicial, nos termos do que dispõem os arts. 98 e 99, § 3º, do CPC.

Por fim, com fulcro no art. 292, § 3º, do CPC, **retifico**, de ofício, o valor atribuído à causa, considerando o pedido formulado na inicial, para R\$ 11.812,50.

Cumpra-se.

Campina Grande, data e assinatura digitais.

Renata Barros de Assunção Paiva

Juíza de Direito





Estado da Paraíba - Poder Judiciário

Comarca de Campina Grande

Juízo de Direito da 8.^a Vara Cível

Fórum Affonso Campos, rua Vice-prefeito Antônio Carvalho de Sousa, s/n, Estação Velha,



Campina Grande-PB – Telefone (083) 3310-2540 – CEP 58.410-050

Número do Processo: 0830593-84.2020.8.15.0001

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assunto: [Seguro, Acidente de Trânsito]

AUTOR: TALYTA VIEIRA

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

Certidão

Certifico e dou fé que, em consulta aos sistemas STI e PJE, verifiquei a inexistência de outra ação semelhante ajuizada pela parte autora, em tramitação ou já arquivada.

Campina Grande-PB, 11 de dezembro de 2020

CIRLENE NAZARE PEREIRA WANDERLEI

Anal./Téc. Judiciário





Poder Judiciário da Paraíba
8ª Vara Cível
Comarca de Campina Grande



Processo nº 0830593-84.2020.8.15.0001

DESTINATÁRIO(A): SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.
R SENADOR DANTAS, 74, 5 andar, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

REMETENTE:

UNIDADE JUDICIÁRIA: 8.ª VARA CÍVEL DE CAMPINA GRANDE - FÓRUM AFFONSO CAMPOS

RUA: VICE-PREFEITO ANTÔNIO CARVALHO DE SOUSA, S/N

BAIRRO: ESTAÇÃO VELHA

CIDADE: CAMPINA GRANDE-PB

CEP: 58.410-050

Nº do processo: 0830593-84.2020.8.15.0001

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assunto(s): [Seguro, Acidente de Trânsito]

AUTOR: TALYTA VIEIRA

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

CARTA DE CITAÇÃO



De ordem da MM Juíza de Direito deste Juízo, em cumprimento ao despacho proferido nos autos da ação acima identificada, **CITO: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, inscrita no CNPJ Nº 09.248.608/0001-04, RUA SENADOR DANTAS, 74, 5 andar, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205, para que tome conhecimento de todo o conteúdo da Ação supra e, querendo, contestá-la, no prazo de 15 (quinze) dias, nos termos do artigo 247 e seguintes do CPC.

ADVERTÊNCIA: Caso o promovido(a), ora citado(a), não ofereça(m) contestação, serão presumidos como verdadeiros os fatos alegados contra ele(a).

Campina Grande-PB, 11 de dezembro de 2020.

De ordem,

CIRLENE NAZARE PEREIRA WANDERLEI

Téc./Anal. Judiciário

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

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

Documentos associados ao processo

Título	Tipo	Chave de acesso**
Petição Inicial	Petição Inicial	20120112375655100000035603631
001 - PI - DPVAT - TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA	Outros Documentos	20120112375965100000035603642
002 - Procuracao AD JUDICIA ET EXTRA	Procuração	2012011238010500000035603649
003 - Declaração de Hipossuficiência Financeira - 20201013_173529439	Documento de Comprovação	20120112380244500000035603652
004 - RG	Documento de Identificação	20120112380348300000035603657
005 - CTPS	Documento de Identificação	20120112380497600000035603663
006 - Comprovante de Residência	Documento de Comprovação	20120112380607200000035603666
007 - CAT - Talyta - relatorio	Documento de Comprovação	20120112380693200000035603669
008 - DPVAT - Adm - Prot 3200151997	Documento de Comprovação	20120112380780700000035603671
009 - Atestado médico de 2020-06-12 - CID S82 - Dr Ericsson Marques - CRM 4770	Documento de Comprovação	20120112380877600000035603674
010 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-1	Documento de Comprovação	20120112380972100000035603870
011 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-2	Documento de Comprovação	20120112381063900000035603871
012 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-3	Documento de Comprovação	20120112381179000000035603866
013 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-4	Documento de Comprovação	20120112381273300000035603864
014 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-5	Documento de Comprovação	20120112381368300000035603859
015 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-6	Documento de Comprovação	20120112381461500000035603853
016 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-7	Documento de Comprovação	20120112381555400000035603852
017 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-8	Documento de Comprovação	20120112381701200000035603850
018 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-9	Documento de Comprovação	20120112381806500000035603849
019 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação -	Documento de	



2020_02_19-09_05_36-10	Comprovação	20120112381914700000035603848
020 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-11	Documento de Comprovação	20120112382008500000035603847
021 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-12	Documento de Comprovação	20120112382104700000035603846
022 - Atendimento Móvel de Urgência e Internação - 2020_02_19-09_05_36-13	Documento de Comprovação	20120112382226700000035603845
023 - Atestado Médico de 2020-10-02 - CID S82.1 - Dr. André Ribeiro - CRM-PB 5793	Documento de Comprovação	20120112382315300000035603844
Despacho	Despacho	20120208040962200000035631014
Não existe ação semelhante	Certidão	20121121302870500000036016499

