



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 Vigolvino 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 Vigolvino 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 Vigolvino 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 autonômica	
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, 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



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



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 temos,

Pede Deferimento.

Campina Grande/PB, 01 de dezembro de 2020.

Raphael Simões Andrade
OAB/PB nº 16.603

Rua Vigolvino 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 Vigolvinho 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 GONCALVES DE LIMA



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2.503.893 -2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	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	
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.</p> <p>VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR</p>	
<div><div></div><div>MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO</div></div> <div>CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL</div> <div><div>PIS/PASEP</div><div>148.38911.05-6</div></div> <div><div>NUMERO</div><div>3450249</div><div>SERIE</div><div>0040</div><div>UF</div><div>PB</div></div> <div><i>Talyta Oliveira Gonçalves de Lima</i></div> <div>ASSINATURA DO TITULAR</div> <div><div></div><div></div></div>	



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

NATURALIDADE: RIO DE JANEIRO - RJ


DOCUMENTO.....: C.N. 0885340155198110008318000254727 RJ 07/06/2013

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 Catão
 Superintendente Regional do Trabalho e Emprego na Paraíba
 ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO	
DATA DE NASC. DE	PARA
DOCUMENTO	
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	
[MOTIVO]	

NOME	
DOCUMENTO	
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	
[MOTIVO]	

NOME	
DOCUMENTO	
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	
[MOTIVO]	

L E G E N D A
 A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO
 B - SEI INDICAL | D - ADOÇÃO | F - AUSÊNCIA DE IDENTIFICAÇÃO

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
57567.00022PB	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		

06

CONTRATO DE TRABALHO	
EMP	
CCO	TRABALHO TEMPORÁRIO
END	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:
MUN	() Substituição de pessoal regular permanente
ESP	() Acréscimo extraordinário dos serviços
CAR	(Artigo 9° da Lei 6.019/74)
	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	de / / . 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: 08/11/13 Assinatura:
DATA	FLUIR PROMOÇÕES E EVENTOS LTDA
	CNPJ 14.779.325/0001-29
1ª	
2ª	
COM. DISPENSA CD N°	
FGTS N° DA CONTA	

07



CONTRATO DE TRABALHO	CONTRATO DE TRABALHO
<p>START PROMOCOES E CAPITAL HUMANO LTDA TRABALHO TEMPORARIO</p> <p>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:</p> <p><input type="checkbox"/> Substituicao de pessoal regular e permanente</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Acrescimo extraordinario de servicos (Artigo 9o. da Lei 6.019/74)</p> <p>Nome: 26666-TALYTA VIEIRA</p> <p>Salario R\$ 754,01 Carga Horaria: 220hs.</p> <p>Funcao DEMONSTRADOR(A)</p> <p>02/12/2013 Ass.  Camila Alves</p> <p>A prestacao do trabalho temporario face ao termino de necessidade transitoria que motivou em contratacao.</p> <p>Esta anotacao e em cumprimento ao 6o. do Artigo 12 da citada Lei.</p> <p>START PROMOCOES E CAPITAL HUMANO LTDA RUA JOAO FERNANDES VIEIRA 489 CASA RECIFE-PE CEP: 50.050-200 CNPJ: 03.431.860/0001-78</p>	<p>EMPREGADOR: 17.902.197/0001-571</p> <p>CGC/CPF/CEI: ABSOLUTA ADMINISTRACAO E SERVICOS LTDA</p> <p>ENDEREÇO: Av. Min. José Américo de Almeida, 422 Sl. 702 Torre - CEP: 58.040-302 João Pessoa - PB</p> <p>MUNICÍPIO: L</p> <p>ESP. DO ESTABELECIMENTO: DEMONSTRADORA</p> <p>CARGO: DEMONSTRADORA</p> <p>CBO N°:</p> <p>DATA DE ADMISSÃO: 16 DE DEZEMBRO DE 2013</p> <p>REGISTRO N°: FLS. / FICHA</p> <p>REMUNERACAO ESPECIFICADA: R\$ 790,00 P/mês (SETECENTOS E NOVENTA REAIS)</p> <p>ABSOLUTAADM E SERVICOS LTDA</p> <p>1ª Ass. DO EMPREGADOR: Paulo Luciano Deserra CPF: 181.843.164-53</p> <p>DATA DE SAÍDA: 13 DE MARÇO DE 2014</p> <p>COM. DISPENSA CD N°:</p> <p>FGTS N° DA CONTA:</p>
08	09

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



CONTRATO DE TRABALHO		CONTRATO DE TRABALHO	
<p>EMPREGADOR: 16.109.873-4 Atendimento Sup. III CCG/CPF/CEI: 033.100.000-00 ENDEREÇO: Rua Luiz de Oliveira, 13, 1º andar CEP: 58.035-080 MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA UF: PB ESP. DO ESTABELECIMENTO: Promotora de Vendas CARGO: Promotora de Vendas CBO N°: 5211-15</p>		<p>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:  O presente contrato temporário foi prorrogado na data de 12/07/2015, sob o protocolo na DRT/MTE nº 05.265.774/0001-68. 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:  RHPROMO MARKETING E SERVIÇOS LTDA CNPJ 05.265.774/0001-68</p>	
<p>DATA DE ADMISSÃO: 01 DE Outubro DE 2014 REGISTRO N°: 29 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R\$ 860,00 01 Mês Orcamentos e Serviços Reais 1ª: Nadja Rossana de S. Fernandes Dep. Pessoal DATA DE SAÍDA: 29 DE Outubro DE 2014 05.265.774/0001-68 1ª: Nadja Rossana de S. Fernandes Dep. Pessoal 05.265.774/0001-68 COM. DISPENSA CD N°: FGTS N° DA CONTA:</p>		<p>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°: FGTS N° DA CONTA:</p>	

10

11



CONTRATO DE TRABALHO	
CNPJ: 03.775.813/0001-41	
EMPREGADOR	NORDIL-Nord. Dist. e Logística Ltda
CCC/CPF/CEI	Av. Mot. Aldovandro Amâncio Pereira, 155
ENDEREÇO	Galpão 04 Geisel - CEP: 58075-006
MUNICÍPIO	João Pessoa-PB
ESP. DO ESTABELECIMENTO	Comércio
CARGO	Demonstradora
	CBO Nº 5211.20
DATA DE ADMISSÃO	08 DE MARÇO DE 2016
REGISTRO Nº	FLS. / FICHA 002499
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	38.942,00 R\$/mês
	(Novecentos e Quarenta e dois Reais)
	NORDIL - NORDESTE DIST. E LOGÍSTICA LTDA
DATA DE SAÍDA	
COM. DISPENSA CD Nº	
FGTS Nº DA CONTA	

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	
CCC/CPF/CEI	
ENDEREÇO	
MUNICÍPIO	UF
ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO	
	CBO Nº
DATA DE ADMISSÃO	DE DE DE
REGISTRO Nº	FLS. / FICHA
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	
	ASS. DO EMPREGADOR OU A RENOÇ. E/TESTEMUNHA
DATA DE SAÍDA	DE DE DE
	ASS. DO EMPREGADOR OU A RENOÇ. E/TESTEMUNHA
COM. DISPENSA CD Nº	
FGTS Nº DA CONTA	



CONTRATO DE TRABALHO		ALTERAÇÕES DE SALÁRIO	
EMPREGADOR		AUMENTADO EM 01/07/16	PARA R\$ 1036,00
CCC/CPF/CEI		MOTIVO Distribuição NORDIL - NORDESTE INDUSTRIAL E LOGÍSTICA	
ENDEREÇO		AUMENTADO EM 01/07/17	PARA R\$ 1067,00
MUNICÍPIO	UF	MOTIVO Distribuição NORDIL - NORDESTE INDUSTRIAL E LOGÍSTICA	
ESP. DO ESTABELECIMENTO		AUMENTADO EM 01/07/18	PARA R\$ 110,00
CARGO	CBO N°	MOTIVO Dissídio NORDIL - NORDESTE INDUSTRIAL E LOGÍSTICA	
DATA DE ADMISSÃO	DE	AUMENTADO EM	PARA R\$
REGISTRO N°	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 N°		AUMENTADO EM	PARA R\$
FGTS N° DA CONTA		MOTIVO	ASSINATURA DO EMPREGADOR

16

17



ALTERAÇÕES DE SALÁRIO	
AUMENTADO EM.....	PARA RS.....
MOTIVO.....	ASSINATURA DO EMPREGADOR.....
AUMENTADO EM.....	PARA RS.....
MOTIVO.....	ASSINATURA DO EMPREGADOR.....
AUMENTADO EM.....	PARA RS.....
MOTIVO.....	ASSINATURA DO EMPREGADOR.....
AUMENTADO EM.....	PARA RS.....
MOTIVO.....	ASSINATURA DO EMPREGADOR.....
AUMENTADO EM.....	PARA RS.....
MOTIVO.....	ASSINATURA DO EMPREGADOR.....
AUMENTADO EM.....	PARA RS.....
MOTIVO.....	ASSINATURA DO EMPREGADOR.....

18

3450249

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

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

DE A
 PERÍODO ASSINATURA DO EMPREGADOR

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.

EMPREGADOR *[Assinatura]*

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.

EMPREGADOR *[Assinatura]*

20



3450249

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 (Artigo 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.  Mirtes Maria

A prestacao do trabalho temporario encerrou-se em 30/01/16, face ao termino de necessidade transitoria que motivou em contratacao.

Ass. 

Esta anotacao e em cumprimento ao & 1o. do Artigo 12 da citada Lei.

START PROMOCOES E CAPITAL HUMANO LTDA
AVEGOVERNADOR AGAMENON MAGALHAES 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.



NORDIL - NORDESTE DISTR. E LOGISTICA LTDA.

23

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



3450249

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei).

Cont. Sind-SP 31.46-5. Nocaui-SP-2016
NORDIL - NORDESTE DISTRIBUIDORA LOGISTICA LTDA.

Cont. Sind-SP 34.53-5. Nocaui-SP-2017
NORDIL - NORDESTE DISTRIBUIDORA LOGISTICA LTDA.

A funcionária passou a exercer
a função de Promotores 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, substitui 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.

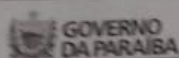
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00863/00864 - carta_15R - INVALIDEZ



GOVERNO
DA PARAÍBASECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**ATESTADO MÉDICO**ATESTO que Talyta Vieira f. de Limafoi atendido (às) hoje, às 6:10 ()
horas, necessitando de 90 (Noventa)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.DIAGNÓSTICO CID S82Campina Grande, 12, 06, 20Ericsson A. Marques
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MEDICINA ESPORTIVA
CRM 4770 / T.E.O.T. SBOT 7297
Rua: Pedro II, 449 - J. P. - Campina Grande - PB
Tel. (85) 3343 - 4566

Assinatura do Médico - CRM Nº

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP: 58432-809 - Malvinas - Campina Grande-PB

MOD.004



23/01/2020

HTCG-Painel Administrativo

Data da Impressão: 23/01/2020
Horas da Impressão: 19:25:01
Médico (a) Diarista : Valth Menezes Guimaraes



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
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	20-06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	00
5	OMEPRAZOL INJ 40MG 24h/24h (ADM AS 8h) Diluir em 10 ML DILUENTE PRÓPRIO	06

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

checke gong, sc, 1x/dia
fala tipo polter 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 SANGÜÍNEA () 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 A PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		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		
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		() CONTROLE DA DOR (MELHORA OU AUSENTE)
() 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		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		
() INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		() MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
() ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO		
() AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO		() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
() OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS		
() TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS		
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: _____

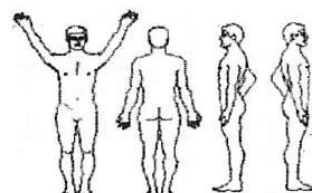
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

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	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
08h30	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 24 36
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

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

DIA 25/01/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao /

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

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



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 SANGÜÍNEA () 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
(X) MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SP02 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%		() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
(X) OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA	SN	() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO () REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO () EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR () AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR (X) 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 () ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO () AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO	com sim	() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LÍMITES FISIOLÓGICOS () MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
(X) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS (X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72HS		(X) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
OUTRO	Depois	

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: : 368265 Eliete da Silva



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

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME:

IDADE:

38 anos

SEXO: Femenino

ENF/LEITO:

DATA: 26/01/2020

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual?

Doença () HAS () DM

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

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO:

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

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:

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

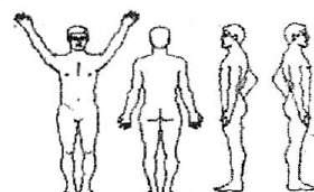
SENTIMENTO/COMPORTAMENTOS: ☒ COOPERATIVO () OUTROS:

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: católica ☒ PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmhg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
14h30	116x70										SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



26/01/2020

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

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 26/01/2020

Horas: 06:21:02

Médico (a) Diarista : Wagner de Melo Falcao

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

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

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

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

DIA 26/01/2020

MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	S N O
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 8h/8h	12 18 00 06
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	12 18 00 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 18 00 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 () 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 SANGÜÍNEA () 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 (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 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 NÃO 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 Vene

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 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: 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: _____

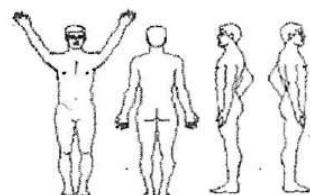
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

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

LIÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIA DE RODAS

SONO / REPOUSO: () PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: ☒ PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
12:00	120/80		84							Rosa	SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



27/01/2020

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2020-01-27&contar=2090707&IDC=84209

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 27/01/2020

Horas: 02:24:05

Médico (a) Diarista : Ywry de Paiva Camara

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

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

Nome da Mãe: LUCIA DE FATIMA VIEIRA Data de Nascimento: 15/12/1980 Admissão: 23/01/2020 DIH - 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 18 24 30 36
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 30 36
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 18 24 30 36
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VÔMITOS	5x
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	5x
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	5x
8	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	2x
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	1x

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 CamaraDr. Ywry de Paiva
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 10.617

28-01-20

Paciente espíavel, sem queixa,
medicada, segue aos cuidados
da Enfermeira.

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: 2 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

DIA 28/01/2020

MÉDICO(A): Everlan Da Silva Meira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	CT
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	12/18/24/24
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12/18/24/24
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12/18/24/24
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 DISTÉRMIAS

DIURSE; + EVACUAÇÕES: +

DOR: ++/4+

COM TALA COXO PODÁLICA D

PRÉ OP OK

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA ORTOPÉDICA

Dr. Everlan Meira
CRM-PB 9900
ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA

ASSINATURA + CARIMBO
Everlan Da Silva Meira

08:00hs 28/01/20
PA: 130
0



8h PA: 120x80
29/10 Realizado envio em encomendas
MCM. Puncion do AVB
Univ
2538U

29/10/2020

21:30

PA= 110180 R.



29/01/2020

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2020-01-29&contar=2090707&IDC=84980



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: ORTOPIEDIA 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 SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	1^o 2^o 3^o 4^o 5^o 6^o
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	1^o 2^o 3^o 4^o 5^o 6^o
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VOMITOS	5N
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 24h)	2^o
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	5N
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 110x70
SP% 99
FC 70

Paciente evolui estável consciente orientada
realizado curativo medicada conforme
prescrição médica segue os cuidados de
enfermagem.

30/01/2020 às 20:30hs
PA.: 100x70 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

Somos 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

Clínica: ORTOPEDIA I 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 38 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 VÔMITOS	
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	
8	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

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

BEG, ESTÁVEL, SEM DISTÚRMAS

DIURESE; + EVACUAÇÕES: +

DOR: ++/4+

COM TALA COXO PODÁLICA D

PRÉ OP OK

CL. VPM

AGUARDA CIRURGIA ORTOPÉDICA

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner Luiz Egito de AraujoDr. Wagner Luiz Egito de Araujo
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8926

HOSPITAL <i>d. Emergência - Trauma de C. Grande Pront: 2090707</i>		COD
PACIENTE <i>Talita Vieira</i>		DATA <i>01/02/20</i>
MÉDICO <i>Dr. André +</i>	CRM	CONVÊNIO
PROCEDIMENTO <i>Treat cirurg pat. de platô tibial D.</i>		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: 7,5 x 4,5	
04	02	Parafusos corticais N: 3,4 x 4,5	
05	02	Parafusos corticais N: 3,6 x 4,5	
06	01	Parafuso cortical N: 4,0 x 4,5	
07	01	Parafuso cortical N: 4,6 x 4,5	
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

Dr. André Roberto dos Santos
Traumatologia e Ortopedia
CRM: 15.0793

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



Assinado eletronicamente por: Raphael Simões Andrade - 01/12/2020 12:38:14

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120112381368300000035603859>

Número do documento: 20120112381368300000035603859

03 01/01/2020

04 01/01/2020

05 01/01/2020

06 01/01/2020

07 01/01/2020

08 01/01/2020

09 01/01/2020

00 01/01/2020
01 01/01/2020
02 01/01/2020
03 01/01/2020
04 01/01/2020
05 01/01/2020
06 01/01/2020
07 01/01/2020
08 01/01/2020
09 01/01/2020
00 01/01/2020

01 01/01/2020

02 01/01/2020

03 01/01/2020

04 01/01/2020

05 01/01/2020

06 01/01/2020
07 01/01/2020
08 01/01/2020
09 01/01/2020
00 01/01/2020

01 01/01/2020
02 01/01/2020
03 01/01/2020
04 01/01/2020
05 01/01/2020
06 01/01/2020
07 01/01/2020
08 01/01/2020
09 01/01/2020
00 01/01/2020



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Adriana Vieira DN. 15/12/1980

QI - LEITE - CONVÊNIO - IDADE - REGISTRO

CIRURGIA - CIRURGIÃO

ANESTESIA - ANESTESIA

INSTRUMENTADORA - DATA - INÍCIO - FIM



Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calel. p/ Órg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimofe amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan 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.	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H ₂ O ₂ ml	03	Mononylon 2.0	
	Thionembutal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	Luvax 7.0	02	Vicryl Sertix 1.0	
	Flaxidol amp.	Luvax 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	Luvax 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvax 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Polifix			
	Haemacel ml.	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.	PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	Sabão Antiséptico	02	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor	01	SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotilazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
01	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml	03	SG fr 500 ml p/ lavagem	
	Revivan amp.	Sonda			
	Stuptanon amp.	Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
02	Cefalotina 1g cefoxima	Sonda Nasogátrica			
01	Clamitidina	Sonda Uretral nº	01	Raca em + 04 furos	
01	Cetrelac	Sterydrem ml	01	Raca em + 05 furos	
		Torneirinha	02	Rapportes (suspensões)	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml	06	Rapportes (corticais)	
02	Aguilha desc. 25 x 7 40 x 12	Gelcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28	Latese			
	Aguilha desc. 3 x 4,5				
01	Aguilha p/ raque nº 25				
Q.S	Álcool de Enfermagem				
	Álcool Iodado ml				
04	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
02	Betina ml				

EQUIPAMENTOS

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

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Adriana 123.700-2

MOD 066



Assinado eletronicamente por: Raphael Simões Andrade - 01/12/2020 12:38:14

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120112381368300000035603859

Número do documento: 20120112381368300000035603859

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, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat 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





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Talita Vieira		Idade:	39a
Convênio:	SUS		Data:	01/02/2020
Procedimento:	Trat. Cirurgico pat. do plato tibial (D)			
Cirurgião:	Dr. Andrei	Auxiliar:	-	Anestesista: Dr. J. J. J.
Início:	07:40	Término:	09:00	Anestesia: Raqui + Sedação

[illegible][illegible][illegible]

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





Somos 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>200 + 200</i>	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	<i>12/18 24/06</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	<i>12 24</i>
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<i>12 24</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



Sumos todos
PARAIBA
Governo do Estado

ESTADO DA PARAIBA - 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



Sumos todos
PARAIBA
Governo do Estado

ESTADO DA PARAIBA - 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 en-
fermagem. m.c. p.m.

Ana Maria Cavalcante Falcão
COREN-PB 177.451-TE

01/02/2020

às 20:00hs

P.A.: 100x70 mm Hg

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

Ana Maria Cavalcante Falcão
COREN-PB 177.451-TE





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	Apazamento
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	TENOXICAM 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 VÔMITOS	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 MUDANÇA 2/2H	M + w
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. André Ribeiro Araújo De Menezes
Traumatologista
CRM-16.7193

ASSINATURA + CARIMBO
Andre Ribeiro Araujo De Menezes



Assinado eletronicamente por: Raphael Simões Andrade - 01/12/2020 12:38:16

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120112381555400000035603852>

Número do documento: 20120112381555400000035603852

02/02/2020

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 02/02/2020
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03 NOME : Ana Maria Da Silva Anselmo



PARAÍBA
Governo do Estado



Serviços de
PARAÍBA
Governo do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: TALITA VIEIRA

Data da Internação: 23/01/2020

Data da Alta: 02/02/2020

Registro: 2090707

Tempo de Permanência: -18285

Diagnóstico Inicial: FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Diagnóstico Final: FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Principais Exames: EXAME CLINICO + RADIOLOGICO

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data: 01/02/2020

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos: SINTOMATICOS

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

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

Condições de Alta: Melhorado

Data: 02/02/2020

Assinatura e 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

Clínica: ORTOPIEDIA 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. Ana Maria da S. Anselmo
CRM: 88.888-8
Clínica de Ortopedia e 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: 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.

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
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Helita Vieira</i>			IDADE	SEXO	COR
DATA <i>01/10/2020</i>		PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
TIPO SANGÜÍNEO		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
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA	ÀS	EFEITO
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>30' 1h</p> <p><i>ganometria anexa Hb = 9.0</i></p> <p><i>Consentimento</i></p> <p><i>Fx de plati tibial</i></p> </div> <div> <p>INDUÇÃO</p> <p>Satisf.: <input checked="" type="checkbox"/> Excit.: <input type="checkbox"/> Tosse: <input type="checkbox"/></p> <p>Laringo esparmo: <input type="checkbox"/> Lenta: <input type="checkbox"/></p> <p>Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/></p> <p>Outros: <input type="checkbox"/></p> <p>MANUTENÇÃO</p> <p><i>Baqul 4-5</i></p> <p><i>ag 0-25</i></p> <p><i>Síclat</i></p> <p>ANESTESIA SATISF.: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Não, por quê? <input type="text"/></p> <p>DESPERTAR</p> <p>Reflexos na SO: <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Obstr.: <input type="checkbox"/> Co₂: <input type="checkbox"/> Excit.: <input type="checkbox"/></p> <p>Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/></p> <p>Outros: <input type="checkbox"/></p> <p>Com cânula:</p> <p>Paro o Leito Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>CONDIÇÕES:</p> <p><i>Boas - 2 UPR</i></p> </div> </div>							
AGENTES ANESTÉSICOS	Q'						
LIQUIDOS		<p><i>SPR 500 + 500</i></p> <p><i>SPR 500</i></p> <p><i>SPR 500</i></p>					
CÓDIGOS							
VP - ARTERIAL - O - PULSO - O - RESPIRAÇÃO		<p><i>260</i></p> <p><i>240</i></p> <p><i>220</i></p> <p><i>200</i></p> <p><i>180</i></p> <p><i>160</i></p> <p><i>140</i></p> <p><i>120</i></p> <p><i>100</i></p> <p><i>80</i></p> <p><i>60</i></p> <p><i>40</i></p> <p><i>20</i></p>					
AX - ANESTESIA - O - OPERAÇÃO		<p><i>SPR 999</i></p> <p><i>EC Chart = 135</i></p>					
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		<p><i>neg. 0.5! 15g dimet 0.5</i></p> <p><i>decachon 10g cepaxelme 2g</i></p> <p><i>nausechon 4g lamitilme 1.</i></p>					
POSIÇÃO		<p><i>0</i></p>					
AGENTES		<p><i>domomil 5g</i></p>					
TÉCNICA		<p><i>Baqul anestesia</i></p>					
OPERAÇÃO		<p><i>Fx de plati tibial</i></p>					
CIRURGIÕES		<p><i>Dr. J. J. e equipe</i></p>					
ANESTESISTAS		<p><i>J. J.</i></p>					
OBSERVAÇÕES		<p><i>9.00</i></p>					
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.							PERDA SANGÜÍNEA

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: Raphael Simões Andrade - 01/12/2020 12:38:17

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120112381701200000035603850

Número do documento: 20120112381701200000035603850

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: 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 Araújo de Menezes
Traumatologia/Ortopedia
CRM-PB 57.93

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 SANGÜÍNEA () 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 (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
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		() PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		(X) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
(X) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO	Diário	() CONTROLE DA DOR (MELHORA OU AUSENTE)
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
(X) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS	12/12/20	
() 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)		(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	72 hs	
(X) 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 () DISTÚRBO NEUROLÓGICO

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

ASSINATURA E CARIMBO:

Dr. Valuska *Luiza de Carvalho*
ENFERMEIRA
COREN - PB 358.098

29/10/2020



Ortop. 1

1. IDENTIFICAÇÃO

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

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença () HAS () DM
() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: fx. ploto ilíacal D

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

LOCOMOÇÃO FÍSICA: (X) ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA () PREJUDICADA

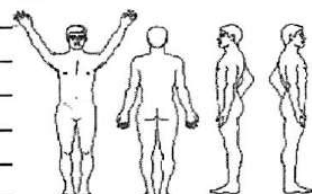
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmhg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			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 AUTO-CUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) (X) OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA (X) 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	(X) 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
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		() PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
(X) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO	1x/dia	(X) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		(X) CONTROLE DA DOR (MELHORA OU AUSENTE)
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		
() AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
() AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		
(X) ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO	CPM	
() 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 DIMINUÍDO
() 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	72h	
(X) REALIZAR DESINFECÇÃO COM ÁLCOOL 70% NOS DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS ANTES DE ADMINISTRAR A MEDICAÇÃO	1x/dia	
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 () DISTÚRPIO NEUROLÓGICO
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

30/05/2020

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



1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Talita Sovera 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 Plató Tibial D.

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: (x) NUTRIDO () 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: (x) NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: (x) ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____

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

localização anatômica da ferida;

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

BIENESTAR CORPORAL: (x) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

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

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (x) PRESERVADA () PREJUDICADA

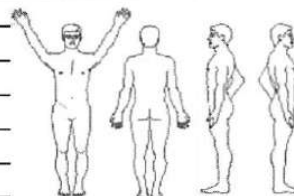
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: (x) COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmhg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			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 SANGÜÍNEA () 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
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		() PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		() CONTROLE DA DOR (MELHORA 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	CPM	
() 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	1 ao dia	() 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	72h	
() 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 () DISTÚRPIO NEUROLÓGICO

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

ASSINATURA E CARIMBO:

Rafael Simões Andrade
CORETI 30048



Assinado eletronicamente por: Raphael Simões Andrade - 01/12/2020 12:38:19

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120112381914700000035603848>

Número do documento: 20120112381914700000035603848

31/01/2020

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: Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: fx. glato

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.: _____

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 () 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 () PREJUDICADASENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: ☒ COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

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

AVP MSE 29/03



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: _____ Medicamentos em uso: _____

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Fratura de fêmur

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () RÍGIDA () 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

COMFORTO CORPORAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIRA DE RODAS

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

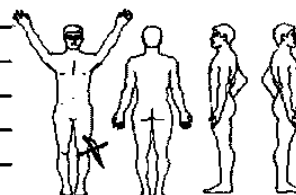
SENTIMENTO/COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			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 SANGÜÍNEA () 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
() OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		() PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		() CONTROLE DA DOR (MELHORA 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 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 () DISTÚRPIO NEUROLÓGICO

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

ASSINATURA E CARIMBO:

Rafael Simões Andrade
01/12/2020 12:38:19
01/02/2020





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a):	TALITA VIEIRA	Protocolo:	0000569993	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	SEM IDENTIFICAÇÃO MÉDICA	Data:	24-01-2020 12:49	Origem:	ÁREA AMARELA
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	39 anos	Destino:	ÁREA AMARELA

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 2'00''

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

Valores de Referência:
DE 1 A 3 MINUTOS.

Material: sangue

Método: Duke

TEMPO DE COAGULAÇÃO..... 8'00''

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

Valores de Referência:
DE 5 A 10 MINUTOS

Material: Sangue

Método: Lee-White

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 3B90-02F1-4D63-FA37-AF36-0FC0-515A-8B76



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



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 Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	3.80 milhões/mm ³	3,5 a 5,5 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
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos.....		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	4,0	368
Segmentados.....	78,0	7.176
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos.....		
Típicos.....	16,0	1.472
Atípicos ou Reativos.....	0	0
Monócitos.....	2,0	184
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	195.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Teste: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 5559d-5ff4-c378-f4ff-ac13-229a-4a33-2c24



10/12/2020

Assinado eletronicamente por: Raphael Simões Andrade - 01/12/2020 12:38:20

Assinado eletronicamente por: Raphael Simões Andrade - 01/12/2020 12:38:20

Assinado eletronicamente por: Raphael Simões Andrade - 01/12/2020 12:38:20



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E T

UMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
REGISTRO 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 pé D. (AP e perfil)

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA: 23/01/2020

HORA DA SOLICITAÇÃO:

RESPOSÁVEL PELA SOLICI
Joaquim A. Filho
MÉDICO
CRM 5468



23/01/2020



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

Paciente: TALITA VIEIRA Idade: 039 Nº ATEND: 2090646

ACIDENTE DE TRABALHO: NÃO
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 VISUAIS
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sem dor					média dor					pior dor

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
VERMELHO

HTCG-Painel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

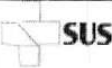
OBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Jane Evelyn Maitano
COREN PB 264.336- ENF

Num. 37311949 - Pág. 3

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				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE TALITA VIEIRA				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 DDD 83 Nº de Telefone 987343034	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) DR VASCONCELOS, 1052, ALTO BRANCO					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande				14 - COD. IBGE 550400	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 CIRÚRGICO					
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					
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 980016277881726	
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				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 VIOLÊNCIA)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
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)			



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 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) DR VASCONCELOS, 1052, ALTO BRANCO		12 - TELEFONE DE CONTATO DD 83 Nº DE TELEFONE 987343034	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande		14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 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 CIRÚRGICO			
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 98001627788172		29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 	
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 TOLERÂNCIA)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 		34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 		36 - CNPJ DA SEGURADORA 	
37 - CNPJ EMPRESA 		38 - SÉRIE 	
39 - CNPJ EMPRESA 		40 - CNPJ DA EMPRESA 	
41 - CBOR 		42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 		44 - COD. ORGÃO 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 	



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

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que TALYTA VIEIRA GONCALVES DE LIMA

foi atendido (às) hoje, às _____ (_____) horas, necessitando de 30 (_____) dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S82.1

Campina Grande, 02.10.2020

D^r André Ribeiro Mendes de Menezes
Traumatologista
CRM-PB 4793

Assinatura do Médico CRM N° _____

no Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB





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
8º 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

