



Número: **0849178-72.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/09/2018**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE MARINHO NETO (AUTOR)		ANYELLE CIRNE ARAGAO (ADVOGADO)	
		MARTINHO CUNHA MELO FILHO (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
16415568	05/09/2018 15:51	Petição Inicial	Petição Inicial
16415608	05/09/2018 15:51	INICIAL - JOSE MARINHO NETO	Outros Documentos
16415627	05/09/2018 15:51	Comprov. req. administrativo	Informações Prestadas
16415925	05/09/2018 15:51	BO; Decl. ausência IML; DUT	Informações Prestadas
16415711	05/09/2018 15:51	Documentação médico-hospitalar 1	Informações Prestadas
16415772	05/09/2018 15:51	Documentação médico-hospitalar 2	Informações Prestadas
16415800	05/09/2018 15:51	Documentação médico-hospitalar 3	Informações Prestadas
16415833	05/09/2018 15:51	Documentação médico-hospitalar 4	Informações Prestadas
16415880	05/09/2018 15:51	Documentação médico-hospitalar 5	Informações Prestadas
16415960	05/09/2018 15:51	RG e CPF; Comprov. de residência	Informações Prestadas
16415976	05/09/2018 15:51	PROCURACAO - JOSE MARINHO NETO	Procuração

Segue em anexo.



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL
DA COMARCA DE JOÃO PESSOA- PARAÍBA

JOSÉ MARINHO NETO, brasileiro, divorciado, agricultor, portador do CPF sob o nº 108.822.834-80 e RG sob o nº 1.047.385 SSP/PB, residente e domiciliado na Rua São Francisco G. de Souza, s/n, Francisco Gomes, Cacimba de Dentro/PB, CEP 58230-000, não possui endereço eletrônico, por seus advogados que ao final assinam, constituído legalmente nos termos do Instrumento de Procuração, com endereço profissional à Rua João Luiz Ribeiro de Moraes, 66, Centro, João Pessoa-PB, vêm à presença de Vossa Excelência, com fulcro nos art. 5.º, V, X, da Constituição Federal de 1988, e demais legislações pertinentes, propor a presente

**AÇÃO DE COBRANÇA DE COMPLEMENTAÇÃO DE SEGURO OBRIGATÓRIO
- DPVAT**

em face de MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A, empresa seguradora com sede na Capital do Estado da Paraíba, na Av. Eptácio Pessoa, nº 723, Bairro dos Estados, João Pessoa-PB, CEP: 58.030-000, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 61.074.175/0001-38, fazendo com base nos argumento fático-jurídico adiante delineados.

I - DOS FATOS E DO DIREITO

A parte autora foi vítima de acidente automobilístico em 31/08/2017, tendo sofrido FRATURA DO TORNOZELO DIREITO, tendo se submetido a tratamento cirúrgico, o que acarretou nas seguintes debilidades permanentes: **DEBILIDADE PERMANENTE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, COM COMPROMETIMENTO DA FUNÇÃO DE LOCOMOÇÃO, DADA A GRAVIDADE DAS LESÕES**, conforme se verifica através de documentação anexa (V. docs);



O autor, então, deu entrada administrativamente no seguro DPVAT, através de uma das seguradoras conveniadas à Seguradora Líder. Tendo se submetido a procedimento demasiadamente burocrático, inclusive com realização de perícia por médico indicado pela Seguradora reguladora do sinistro, recebeu o ínfimo valor de **R\$ 1.687,50 (Hum mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, muito aquém do estipulado em lei. Desse modo, a fim de garantir o que é seu por direito e não restando outra alternativa para tanto, a promovente busca a tutela jurisdicional.

Outrossim, dê-se devida atenção, excelência, que a parte demandante só recebeu o benefício após decurso do prazo previsto em lei, qual seja: o de 30 (trinta) dias, nos termos do § 1º do art. 5º da Lei 6.194/1974, *in verbis*:

Art. 5º. O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

§ 1º. A indenização referida neste artigo será paga com base no valor da época da liquidação do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30(trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (grifei)

II – QUANTO A AUSÊNCIA DO LAUDO DO IML

Douto julgador, a Lei 6.194/74 que regula a cobrança do seguro DPVAT não exige Laudo do IML como requisito para o ajuizamento da ação em questão. Portanto, importa observar os documentos carreados aos autos, os quais são suficientes para comprovar as sequelas sofridas em razão do acidente. Corroborando tais premissas estão os arts. 369 e 370 do Novo Código Processo Civil:

Art. 369. As partes têm o direito de empregar todos os meios legais, bem como os moralmente legítimos, ainda que não especificados neste Código, para provar a verdade dos fatos em que se funda o pedido ou a defesa e influir eficazmente na convicção do juiz.

Art. 370. Caberá ao juiz, de ofício ou a requerimento da parte, determinar as provas necessárias ao julgamento do mérito.

No mesmo sentido o art. 5º da Lei 6.194/74:

Art. 5º. O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.



Sendo assim, o Juiz não está diretamente ligado a uma prova específica, no caso o laudo do IML, ao contrário, caberá ao juízo a determinação de provas que tenham o condão de formar a justeza do magistrado, não podendo a análise da pretensão deduzida pelo Autor ser afastada.

Desse modo se posiciona a jurisprudência pátria, *in verbis*:

AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO DPVAT - AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - IRRELEVÂNCIA - INÉPCIA DA INICIAL - NÃO OCORRÊNCIA - RECURSO DE APELAÇÃO PROVIDO – Para a propositura de ação de cobrança do seguro DPVAT **não é indispensável a juntada, com a inicial, de laudo do IML**, motivo por que não se pode falar em inépcia da inicial, em ação de tal natureza, tão só porque não veio instruída com tal documento. (TJ-MG - AC: 10024123336687001 MG, Relator: Evandro Lopes da Costa Teixeira, Data de Julgamento: 15/05/2014, Câmaras Cíveis / 17ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 27/05/2014). (grifei).

PROCESSUAL CIVIL. APELAÇÃO. SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. IMPOSSIBILIDADE DO PAGAMENTO DA DIFERENÇA. AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML. DESNECESSIDADE. LAUDO CONCLUSIVO DA DEBILIDADE PERMANENTE. SENTENÇA MANTIDA.

I - Conforme entendimento jurisprudencial emanado do Colendo STJ, admite-se que decisões judiciais adotem manifestações exaradas no processo em outras peças, desde que haja um mínimo de fundamento, com transcrição de trechos das peças às quais há indicação (per relationem). Precedentes (REsp 1399997/AM). II - **A existência de laudo do IML não é exigência de convencimento ao Juiz, que deverá convencer-se da verdade pelos documentos e laudos apresentados, podendo requerer outras provas e indeferir as protelatórias, sob pena de ressurgimento do odioso sistema de prova tarifada. Portanto, não há falar em nulidade, anulação ou reforma da sentença, considerando laudo conclusivo da gravidade das perdas da Apelada, o qual em verdade deve ser interpretado como invalidez para as atividades normais.** Assim, o recurso deve ser desprovido. III ? Recurso conhecido e desprovido. Sentença mantida.

(TJ-AM - APL: 06349106220138040001 AM 0634910-62.2013.8.04.0001, Relator: Wellington José de Araújo, Data de Julgamento: 14/12/2015, Segunda Câmara Cível, Data de Publicação: 17/12/2015). (grifei).



PROCESSO CIVIL - AÇÃO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT - INDEFERIMENTO DA PETIÇÃO INICIAL - AUSÊNCIA DO LAUDO DO IML - EXTINÇÃO DO PROCESSO - APTIDÃO DA PETIÇÃO INICIAL - SENTENÇA CASSADA.

1. Uma petição inicial está apta a iniciar uma ação quando, além de preenchidos os requisitos do artigo 282 do CPC, permite à parte ex adversa a exata compreensão da demanda, possibilitando-lhe o exercício do contraditório como corolário da ampla defesa; e no caso vertente, é evidente a pretensão inicial e os fundamentos fáticos e jurídicos nos quais o autor/apelante a embasa, como já evidenciado. 2. **O laudo pericial do Instituto Médico Legal não é documento indispensável à propositura da ação de indenização do seguro DPVAT.**

(TJ-MG - AC: 10024123061673001 MG, Relator: Otávio Portes, Data de Julgamento: 10/04/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 28/04/2014). (grifei).

De se concluir, portanto, que referida ausência do laudo do IML não é capaz de afastar a pretensão da parte autora, já que não é documento essencial para a propositura da ação objetivando o recebimento de indenização referente ao seguro DPVAT.

III - DO VALOR RECEBIDO A MENOR

O valor que o autor recebeu não é suficiente para ampará-lo. Diante de tudo o que sofreu e sofre, haja vista ainda sofrer de dores e limitações, a gradação correta, ou seja, a gradação na forma como estabelece o inciso II do art. 3º da Lei 6.194/74, é o mais justo ao seu caso.

Art.3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 28 compreendem as indenizações por morte, **invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares**, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

I- R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos) - no caso de morte;

II- até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e

III-até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas. (grifei).

Atente-se ainda que, além de descumprir a legislação quando paga indenização em quantia inferior ao devido por lei, a promovida age de igual modo ilicitamente quando, de



forma descomedidamente burocrática, exige documentos desnecessários ao deslinde da questão, violando claramente o disposto no §1º do art. 5º da Lei 6.194/74, que diz:

Art. 5º. O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

§1º. A indenização referida neste artigo será paga com base no valor da época da liquidação do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30(trinta) dias da entre dos seguintes documentos:

- a) certidão de óbito, registro da ocorrência no órgão policial competente e a prova de qualidade de beneficiários no caso de morte;
- b) Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente - no caso de danos pessoais.

Por estes motivos tem-se este processo como objeto de lide no judiciário, manejando a parte demandante o seu *jus postulandi*, de modo a alcançar junto ao Poder Judiciário o que é seu por direito.

IV - DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Prescreve o inciso VIII do art. 6º do CDC:

Art. 6º. São direitos básicos do consumidor:

[...]

VIII - a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do Juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências;

Assim, indiscutível a aplicação das disposições do Código de Defesa do Consumidor à espécie, entre elas a supracitada regra especial que prevê o direito básico do consumidor à inversão do ônus da prova em caso de caracterização de sua hipossuficiência.

Tendo em vista a hipótese envolver cobrança de indenização decorrente de serviço securitário, que está incluído no rol daqueles que perfazem relação de consumo (CDC, art. 3º, § 2º), sendo o autor hipossuficiente técnica e economicamente falando, requer, desde já, a concessão do benefício da inversão do ônus da prova, a fim de que a promovida



seja compelida a apresentar o processo administrativo referente ao seguro obrigatório - DPVAT, caso haja, vez que toda documentação fica retida com a seguradora.

V - DO PEDIDO

Assim, com fulcro na Lei 6.194/74 alterada parcialmente pela Lei 8.441/92, nos art. 186, 927 do CCB, no art. 6º, VI e VIII do CDC, no art. 161, § 1º do CTN, Resolução da SUSEP, requer:

- a) Que defira o requerimento de inversão do ônus *probandi*, em face da hipossuficiência da parte promovente;
- b) Que a audiência de conciliação prevista no artigo 334 do NCPC, seja designada após a realização da perícia nos termos do convênio firmado entre a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT e o Tribunal de Justiça da Paraíba, tendo em vista que as conciliações nas ações dessa natureza só ocorrem após a realização da perícia judicial;
- c) A citação da Ré para oferecer resposta no prazo legal, nos termos do artigo 335;
- d) A PROCEDÊNCIA TOTAL DA AÇÃO PARA QUE A EMPRESA SEGURADORA SEJA CONDENADA A PAGAR A QUANTIA QUE CORRESPONDE À DIFERENÇA ENTRE O VALOR LEGAL DE R\$ 9.450,00 (NOVE MIL QUATROCENTOS E CINQUENTA REAIS) E O MONTANTE PAGO ATÉ O MOMENTO, VALOR ESTE ACRESCIDO DE CORREÇÃO MONETÁRIA E JUROS DE MORA;
- e) Que o valor da condenação seja devidamente acrescido de juros e correção monetária, como determinam as Súmulas 43 e 54 do STJ, ou seja, a partir do evento danoso;
- f) Seja condenada a demanda em 20% referente a honorários advocatícios sobre o valor da condenação;
- g) A concessão do benefício da justiça gratuita, tendo em vista que o(a) autor(a) não apresenta atualmente condições financeiras suficientes para arcar com as custas processuais sem comprometer o seu sustento e da sua família, nos termos da Lei de nº 1.060/50 e do artigo 98 do NCPC;
- h) A produção de todos os meios de prova permitidos em direito, na amplitude dos artigos 369 e seguintes do NCPC, principalmente a juntada de documentos, realização de perícia, nos termos do convênio firmado entre a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT e o TJ/PB (convênio n. 015/2014), e etc;

Dando-se à causa o valor de R\$ 7.762,50 (Sete mil setecentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).



Requer, ainda, que todas as notificações e/ou intimações de estilo, bem como as publicações editalícias doravante expedidas, sejam realizadas EXCLUSIVAMENTE em nome da advogada ANYELLE CIRNE ARAGÃO, OAB/PB 23.787, sob pena de nulidade.

João Pessoa, 05 de Setembro de 2018.

MARTINHO CUNHA MELO FILHO
OAB/PB 11.086

ANYELLE CIRNE ARAGÃO
OAB/PB 23.787





SINISTRO 3170653739 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOSE MARINHO NETO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO JOSE MARINHO NETO**CPF/CNPJ:** 10882283480**Posição em 15-05-2018 21:21:35**

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT.

Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
16/05/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
21ª DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA DO MUNICIPIO DE CACIMBA
DE DENTRO/PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Livro nº. 001/2017
Ocorrência nº 198 /2017
DESCRIÇÃO:

Aos dez (10) dias do mês de Outubro do ano de dois mil e Dezesete (2017), nesta cidade de Cacimba de Dentro/PB, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Bel. JOACIL DE LIMA MOREIRA, Delegado de Polícia Civil, **comigo** escrivão de Polícia Civil, aí pelas 11h55min, compareceu o (a) Senhor (a)

Nome: JOSÉ MARINHO NETO, Idade: 52 anos, nascido em 19/01/1965, Nacionalidade: brasileira, Naturalidade: Cacimba de Dentro /PB, Estado Civil: divorciado, Profissão: agricultor, Filiação: José Marinho Junior e Josefa Gomes da Silva, Endereço: Rua Francisco G de Souza sn, Conj. Francisco Gomes, Cacimba de Dentro/PB.

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO:

RG: 1.047.385 SSP/SP

CPF: 108.822.834.80

HISTORICO

Noticiou: Que no dia 31 de agosto de 2017, por volta das 11:40 horas na AV. Ceiso Cirne centro da cidade de Solânea/PB estava pilotando uma motocicleta de marca HONDA CG 150 FAN ESI, ANO MODELO 2012, COR VERMELHA, PLACA OFA 8446/PB, CHASSI 9C2KC1670CR571454 no momento em que ia estacionar um motociclista não identificado colidiu na traseira da moto a qual ia pilotando vindo a cair sendo socorrido por populares e foi conduzido para o hospital da cidade de Campina Grande/PB, por uma ambulância da cidade de Cacimba de Dentro/PB. Que a referida moto se encontra em nome da esposa do noticiante a Srª VERÔNICA DA SILVA PEREIRA; Que apresenta como testemunha o Sr JOSÉ MACENA DOS SANTOS portador da RG 17175551 SSP/PB e CPF 930.273.624.53 Residente a Rua projetada nº 10 Conjunto Frei Damião vizinho a Vavan olegario, Cacimba de Dentro PB, e o Sr HELIO RODRIGUES DE LIMA portador da RG 2504609 SSP/PB, CPF 040.765.6014.65 Residente a Rua Antônio Euriques de Vasconcelos nº 68 Centro Cacimba de Dentro/PB. Nada mais tendo a consignar, ciente (a) noticiante das implicações penais contida no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, caso o quanto aqui se reportou não for a verdade e depois de lido e achado conforme vai devidamente assinado.

Cacimba de Dentro/PB, 10 de Outubro de 2017

Assinatura do Noticiante

Evangelista Xavier Lima
Escrivão Ad-Hoc, Matr 137.334.0



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima JOSE MARINHO NETO	CPF da Vítima 108.822.834-80	Data do Acidente 31/08/2017
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal JOSE ALVES PESSOA	CPF do Representante legal 037.901.024-59
Email	Telefone (DDD) (83)9.9947.9100

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

CACIMBA DE DENTRO PB. 23 de **NOVEMBRO** de **2017**

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Jose Alves Pessoa



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, VERÔNICA DA SILVA PEREIRA,
RG nº 2464164, data de expedição 14/08/1997,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 061.531.464-30,
com Domicílio na cidade de CACIMBA DE DENTRO, no Estado
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA FRANCISCO GOMES,
DE SOUZA nº S/Nº, complemento, CONJUNTO, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima
JOSÉ MARINHO NETO, cujo o condutor
era JOSÉ MARINHO NETO.

Veículo.....: MOTO, HONDA/CG 150 FAN EST
Ano.....: 2012
Modelo.....: 2012
Placa.....: OFA 8446/PB
Chassi.....: 9C2KC1670CR571454
Data do acidente.: 31 DE AGOSTO DE 2017

Local e data: CACIMBA DE DENTRO, 30/10/2017

X Verônica da Silva Pereira
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X _____
Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PB		Nº 011374256174	
		56109805676	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO			
PRT 20152500000318-3			
VIA	COD. RENAVAM	RENTRC	
1	0047550523-9	00/00000000	
VERONICA DA SILVA PEREIRA			
RUA FRANCISO G DE SOUSA SN			
CENTRO			
58230000 CACIMBA DE DENTRO-PB			
CPF/CNPJ		PLACA	
06153146430		0FA8446/PB	
NOME ANTERIOR			
ANTONIO DE PAULA ARAUJO			
PLACA ANT/UF	CHASSI		
NOVO PB	9C2KC1670CR571454		
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		ALCO/GASOL	
MARCA/MODELO		ANO FAB - ANO MOD	
HONDA/CG 150 FAN ESI		2012 2012	
CAR/ROT/OL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 P/149 /CI	PARTIC	VERMELHA	
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMINIO			
N.Motor : KC16E7C571454			
CACIMBA DE DENTRO-PB			
14346			DATA
			09/02/2015
			31054



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NA/O - SEGURO DPVAT

CONTRAN

PB Nº 013152523130 BILHETE DE SEGURO DPVAT

VERONICA DA SILVA PEREIRA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

2013 13/07/2013

VERONICA DA SILVA PEREIRA PLACA

RENHA/M

MARCA / MODELO

ANO FAB. 1 06153146430 IN. CHASSI OFA8446/PI

00475505239 RENONDA/AG-A50 FAN-ESI

FMS (R\$) 9 CUSTO DO SEGURO (R\$) 9C2KC1670CR571454

CUSTO DO BILHETE (R\$)

PDAMENTO

COF (R\$)

SEGURO

PARCELADO

P A G O

DATA DE EMISSÃO

COPIA ÚNICA

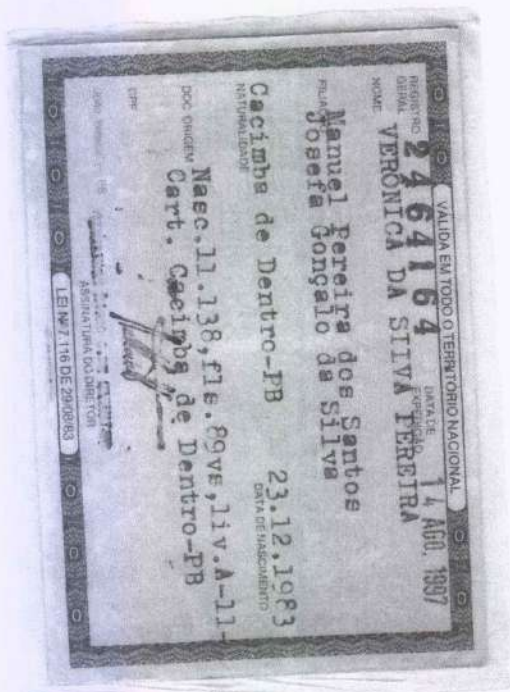
SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.324.892/0001-05

16021-1534526-20170713

PROD. AGEN





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DE SOLÂNEA
Rua Profª Alaide Silva, 131 - Fone: (83) 3363-2257

ENCAMINHAMENTO PARA OUTROS SERVIÇO HOSPITALAR

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

UNIDADE DE ORIGEM: _____

NOME DO PACIENTE: Jose Wagner Nob

PROCEDÊNCIA: _____

S-2 uny

Pch com T-2 uny
de T-2 uny.

Solício: Atividade de
de T-2 uny.

Humberto de Almeida Lima
Médico CRM/PB 1744
CNS: 70840-3 03717464

Solânea (PB), 31 / 07 / 2012

Scanned by CamScanner





GOVERNO
DA PARÁIBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	José Nairinho Neto		
End:	R. Francisco Gomes de Sousa, 58, Bairro: Centro		
Data de Nascimento:	19.01.1965	Documento de Identificação:	Docimba de Identificação
Queixa:	Ac. mto	Data do Atendimento:	31.08.17 Hora: 15:00 Documento: 23
Acidente de trabalho?	() Sim () Não		

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fácies de dor () Gemente
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:		Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:		Mucosas:	() Normocorada () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

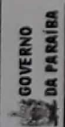
MOD. 110

Estratificação

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

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

Assinatura e carimbo do profissional



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE: JOSÉ MARINHO NETO
DATA DO EXAME: 31.08.2016
RADIOGRAFIA DE TORNOZELO

- Fratura alinhada no maléolo lateral.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas

78

Dr. Raiff R Cavalcanti
CRM/PB: 6320

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

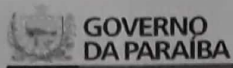
Dra. Marcela Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. William R. T. Neto
CRM/PB: 6733

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101



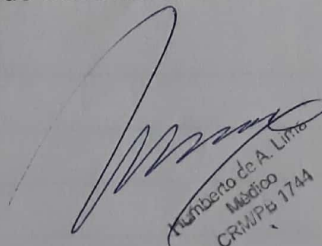


**GOVERNO
DA PARAÍBA**
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DE SOLÂNEA
CNPJ: 08.778.268/0010-51

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que JOSÉ MARINHO NETO foi atendido nesta Unidade de Saúde, no dia 31/08/2017, vítima de acidente de motocicleta, apresentando edema no tornozelo direito (fratura perônio). CID: S82.4

Solânea-PB, 21 de Dezembro de 2017


Humberto de A. Lima
Médico
CRM/PB 1744

Rua Prof. Alaíde Silva, nº 131 – Centro – Solânea -PB. – CEP. 58.225-000
Fone/Fax: (0**83) 3363-2257 - Email: hesolanea@hotmail.com

Scanned by CamScanner





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

Nome do Paciente <u>JOSE M MEN</u>		Nº Prontuário	
Data da Operação <u>18 05 77</u>	Enf.		Leito
Operador <u>Dr. J. J. J. J.</u>		1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador <u>Indiz</u>	
Anestesia <u>Dr. J. J. J.</u>	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <u>9. 10. 77</u>			
Tipo de Operação <u>11. 10. 77</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório <u>11. 10. 77</u>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato <u>Sim</u>			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1) Cite 03 Sal anestésico.

Ureter, Ovario, Zepha PNB

Ligadura Estômago.

Intestino Jejunum, Bilete TA @

Ligadura fígado

Ligadura Duodeno - Duodenostomia

Sutura

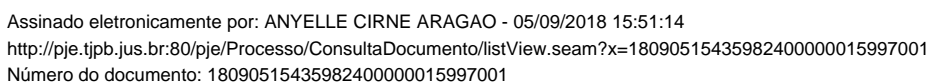
Zepha no

Tubo bota @

EXERCÍCIO DE SAL ANESTÉSICO
CATEGORIA: INTERMEDIÁRIA
DATA: ...

Min. 0.58

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





POLICLÍNICA
Nossa Senhora Aparecida

Paciente: _____

Jose Manoel Neto

End.: _____

LAUDO

Osteo. do crânio e face:
T 93.2 decubite - 20.
Lente motociclistica, com i-
magem e osteossintese do
terço da face, maxila lateral,
que se encontra em limitação
funcional moderada.

Dr. Djalma Bento F. Junior
CRM 3874
Clínica/Traumatológica

Praça Getúlio Vargas - 68 - Centro - Santa Rita - PB
CNPJ: 27.451.002/0001-53 - Fones: (83) 3032-2331 - 98605-6016

10
3
18





Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANYELLE CIRNE ARAGAO - 05/09/2018 15:51:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18090515435982400000015997001>
Número do documento: 18090515435982400000015997001

Num. 16415711 - Pág. 7



Scanned by CamScanner



31/08/2017



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1496920 CLASS. DE RISCO: AMARELO

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: 31/08/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Vanessa Patricia Sales Do Nascimento

PACIENTE: JOSE MARINHO NETO CEP: 58230000 Nascimento: 19/01/1965

Endereço: CONJ FRANCISCO GOMES SOUSA Sexo: M Telefone: 81940890

Cidade: Cacimba de Dentro Idade: 052 Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: JOSEFA GOMES DA SILVA RG: 1047385 Nº: 58

Responsável: VERONICA DA SILVA PEREIRA CPF: Profissão: AGRICULTOR

Estado Civil: Divorciado(a) Data de Atendimento: 31/08/2017

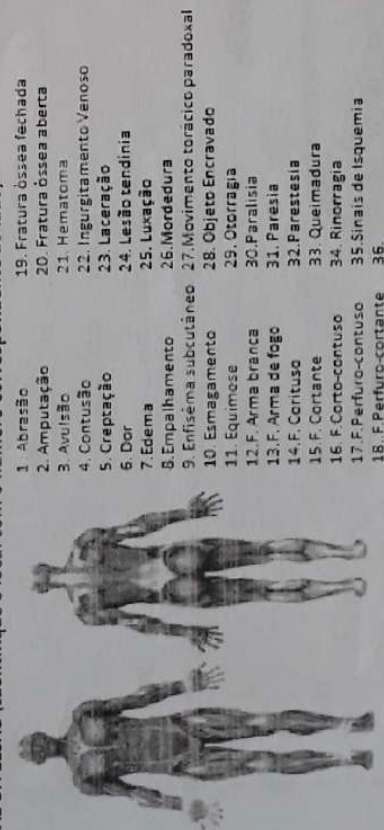
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Hora: 15:04:49

Médico: CRM: Especialidade: CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIGNÓSTICO / CID: *fratura*

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Detepedi
paciente vítima de trauma de mob (SVC)
querendo-se de dar em tomagelo direito

ALERGIA:

Ex fratura molibdo lateral

MEDICAMENTOS:

sem desus

PATOLOGIAS:

As: Tala bta

EXAME FÍSICO

ATWES

PUPTAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: *Sat02*

Orinidapto para mós faga

cargar em H.D.

Retorno após 01 semana.

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Assinatura e Carimbo do Médico

06/09/2017

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

HTCG-Painel Administrativo

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

() Centro cirúrgico

() Internação (setor) _____

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

() Alta hospitalar / () Já revela

() Decisão Médica

() Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Anyelle Cirne Aragão

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

“r”/10.1.1.148/projetohctg/impreurgencia.php?contar=1500616

2/2

Data de internação: 06/09/2017 Hora: 14:17:43

SUS Sistema Único da 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 JOSE MARINHO NETO				6 - Nº DO PROMITÁRIO 1500662	
7 - CARTÃO DO SUS 700309936928336		8 - DATA DE NASCIMENTO 19/01/1965		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL JOSEFA GOMES DA SILVA				11 - TELEFONE DE CONTATO 83 1940890	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) CONJ FRANCISCO GOMES SOUSA, 58, CENTRO					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Cacimba de Dentro				14 - CÓDIGO MUNICIPAL - 15 - UF - 16 - CEP 250350 PB 58230000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Dor e disfunção torácica (D)					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessita de cirurgia.					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS E RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS Anamnese + B. físico + Rx.					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Frat. torácico (D)		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Fr. de pulmão torácico (D)			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		26 - CLÍNICA			
27 - CARATER DA INTERNAÇÃO Q2		28 - DOCUMENTO (X) DNS () CPF		29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 201561341300001	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE ROSSANA CAVALCANTE ALMEIDA		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 06/09/2017		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		38 - CNPJ EMPRESA		39 - CHAVE DA EMPRESA	
35 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO		40 - CNPJ EMPRESA		41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DOCUMENTO () CNS () CPF		47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			



S

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Jose Manoel Neto IDADE: 52 SEXO: _____

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

☒ Assintomática ☐ Sintomática ☐ Oligossintomática

SINTOMAS:

<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Tontura	<input type="checkbox"/> Síncope
<input type="checkbox"/> Dispnéia de esforço	<input type="checkbox"/> Grande	<input type="checkbox"/> Pequena
<input type="checkbox"/> Palpitações	<input type="checkbox"/> Média	<input type="checkbox"/> Ortopnéia
<input type="checkbox"/> Dor Precordial	<input type="checkbox"/> Tosse Seca	<input type="checkbox"/> Expectoração
Relacionada <input type="checkbox"/> Esforço	<input type="checkbox"/> Típica	<input type="checkbox"/> Atípica
	<input type="checkbox"/> Emoções <input type="checkbox"/> Frio	<input type="checkbox"/> Pós-prandial

Comentários: _____

2 - DOLOGIAS EM CURSO:

<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica	<input type="checkbox"/> Hipertensão Pulmonar	<input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca Congestiva	<input type="checkbox"/> Insuficiência Coronariana
<input type="checkbox"/> Arritmias	<input type="checkbox"/> Insuf. Renal	<input type="checkbox"/> Aguda <input type="checkbox"/> Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

<input type="checkbox"/> Alergia a Medicamentos: <u>Dorshum</u>	<input type="checkbox"/> Tabagismo
<input type="checkbox"/> Etilismo	<input type="checkbox"/> Sedentarismo
<input type="checkbox"/> Dislipidemia	<input type="checkbox"/> Outros

☐ Cirúrgico _____Medicamentos em uso ☐ Não ☐ Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

(☒) Estado Geral (☒) Bom ☐ Regular ☐ Comprometido ☐ Precário ☐ Altura ☐ PesoAp. Cardiovascular - Comentários: RVC 2T 3T 4TFC: 65 b.p.m P.A.: 120/80 mmHgAp. Respiratório - Comentários: lves 57 RNAbdômen - Comentários: lves no RVD RVDMembros inferiores - Comentários: lves5 - E.C.G.: RVC: dentro dos limites da normalidade

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

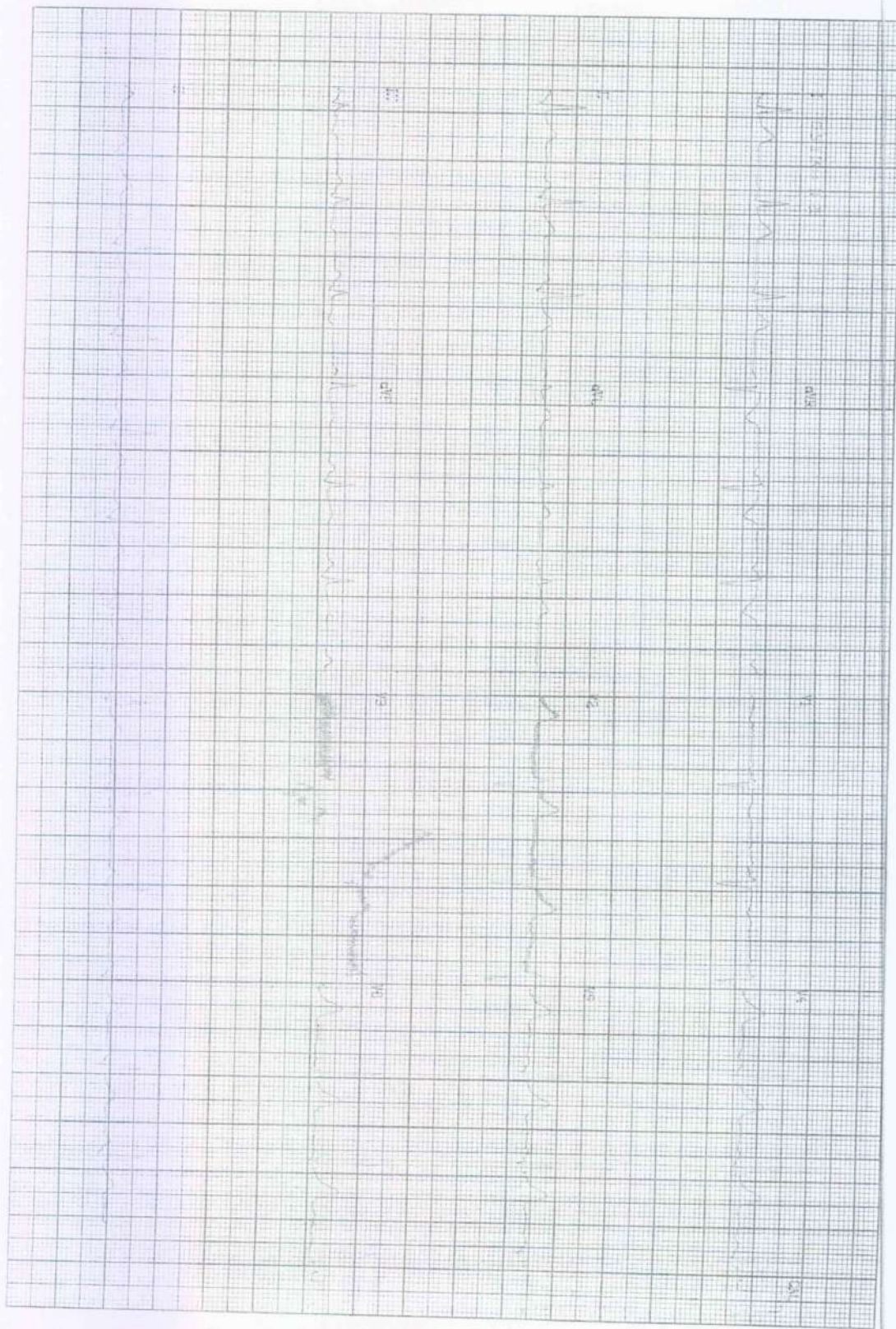
☒ Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
☐ Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
☐ Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
☐ Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.: _____

DR. JOSÉ MÁRIO C. COSTA
CRM - PB 3847

Ass. do Médico





for medical use



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Roberto Macinhato Registro: 7 Leito: 1 Setor Atual: UTI

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (x) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (x) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

(x) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jose Marinho Neto Registro: Leito: 7-1 Setor Atual:

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ☒ Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

☒ Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

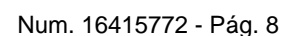
☒ Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

S200007

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Dr. Marinho Neto Registro: Leito: 7-1 Setor Atual: CTP-11

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36 °C; P: bpm; FR: 12 irpm; PA: mmHg; FC: 70 bpm; SPO2: 99 %

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

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

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

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT n° Comissura labial n° FiO2 % PEEP cmH2O

(X) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

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

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

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

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

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

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Precordialgia ()
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>MS</u> Data da punção <u>13/09/17</u>	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: <u>1/1/</u>	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros:	Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas Manifestações de sede: ().	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: <u>1/1/</u>	
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: <u>1/1/</u>	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: <u>1/1/</u>	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro: <u>Deambula com apoio</u>	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: <u>Católico</u> () Praticante <input checked="" type="checkbox"/> Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<u>Paciente aguardando cirurgia e segue sob cuidados da equipe.</u>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: <u>13/09/17</u> HORA: <u>8:30</u> h	

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NOME: Jose Maximino Neto					
IDADE: 52 SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> DATA DE NASCIMENTO: 09/03/1965 às					
SETOR: AMPROLO LEITO:					
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					
ALERGIAS: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS:					
MEDICAÇÃO CONTÍNUA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS:					
DOENÇA CRÔNICA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS:					
PRESENÇA DE ESCARA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL:					
PRESSÃO ARTERIAL:		HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>	
SISTEMA NEUROLÓGICO:		CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:		DISPÊNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNEICO <input checked="" type="checkbox"/>	BRADIPNEICO <input type="checkbox"/>
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)		NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>
		DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>	
MOBILIDADE:		DEÂMBULA <input type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>
		TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)		VO <input checked="" type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>	
ESTADO NUTRICIONAL:		NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>
DADOS VITAIS:		PA:	T:	FR:	FC: PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO de glicemia instável			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO de retenção urinária <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO de sangramento			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> náusea			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> dor aguda <input type="checkbox"/> dor crônica			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> padrão respiratório ineficaz			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> mobilidade no leito prejudicada			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> déficit no auto cuidado <input type="checkbox"/> alimentar-se <input type="checkbox"/> para banho			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> integridade da pele prejudicada			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> risco para int. pele prejudicada			CD/FR:		
<input type="checkbox"/> risco de síndrome do desuso			CD/FR:		
			CD/FR:		
			CD/FR:		
			CD/FR:		
Liliane C. de Queiroz e Melo ENFERMEIRA ESPECIALISTA COREN-PC 337474			CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO		
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRAZAMENTO		ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.			Sempre		
<input type="checkbox"/> REALIZAR controle de glicemia capilar.					
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE a realizar respiração profunda.					
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATETER DE O2 a DL/MIN ou conforme orientação médica.					
<input type="checkbox"/> AVALIAR sinais de insuficiência respiratória (ruidos, estertores e batimentos da asa do nariz).					
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO de vias aéreas.					
<input type="checkbox"/> POSICIONAR o paciente em decúbito de 45°.					
<input type="checkbox"/> MANter a cabeça do paciente lateralizada, quando recomendado.					
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR sinais e sintomas de infecção (EDMA, hiperemia, calor, rubor hiperemia).			Sempre		
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA no autocuidado.			Sempre		
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR todos os registros pertinentes no prontuário do paciente relacionados aos diag. identificados, as condutas tomadas pela equipe e as repostas do paciente.			Sempre		





GOVERNO
DA PARAÍBA

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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME:	Jose Manoel		
IDADE:	52	SEXO:	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
DATA DE NASCIMENTO:	/ / às : h		
SETOR:	Amarela		
LEITO:			
DIAGNÓSTICO MÉDICO:			
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>	
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/> TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/> EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE):	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/>		
	DUSÚRIA <input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE:	DEÂMBULA <input checked="" type="checkbox"/> DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/> ACAMADO <input type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>		
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA):	VO <input checked="" type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/>		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>		
DADOS VITAIS:	PA: T: FR: FC: PESO:		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:		
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:	proc. imon	
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> DEFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA			
FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
MARCELA CIRNE DE SA NUNES			
ENFERMEIRA			
05/09/2018			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		08/28	
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.			
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).		sempre	
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTO CUIDADO.		contínuo	
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS REPOSTAS DO PACIENTE.		sempre	

1000 123



Assinado eletronicamente por: ANYELLE CIRNE ARAGAO - 05/09/2018 15:51:17

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1809051546105500000015997085

Número do documento: 1809051546105500000015997085



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



BOLETIM DE ENFERMAGEM

BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NOME:	João Manoel				
IDADE:	62	SEXO:	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO:	/ / às : h
SETOR:	Amarula	LEITO:			
DIAGNÓSTICO MÉDICO:	Ortopedia				
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:			
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:			
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:			
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:			
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>	EUPNEÚICO <input type="checkbox"/>	BRADIPNEÚICO	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>	SVD	
MOBILIDADE:	DUSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>	S/ DEFICITE MOTOR	
	DEÂMBULA <input type="checkbox"/>	DEÂMBULA C/ APOIO <input checked="" type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	RESTRITO NO PEITO	
	TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>	HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/>		
SIST. GAS. ROINTEATINAL: (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>	
DADOS VITAIS:	PA:	T:	FR:	FC:	PESO:
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM					
<input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR:				
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR:		APO		
<input type="checkbox"/> RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO de glicemia instável	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO de retenção urinária <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO de sangramento	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> Náusea	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> Dor aguda <input type="checkbox"/> Dor crônica	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> Mobilidade no leito prejudicada	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> Deficit no auto cuidado <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> Risco para int. pele prejudicada	CD/FR:				
<input type="checkbox"/> RISCO de síndrome do desuso	CD/FR:				
	CD/FR:				
	CD/FR:				
	CD/FR:				
Karyanna A. A. Rocha Enfermeira COREN 518319	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO				
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			APRAZAMENTO	ASSINATURA	
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.			R/L		
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.					
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.					
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O ₂ A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.					
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUÍDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).					
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.					
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.					
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.					
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA.			R/L		
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.					
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS REPOSTAS DO PACIENTE					





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

8



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM									
NOME: José Máximo Neto									
IDADE: 52 SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> DATA DE NASCIMENTO: 19/08/1965 às : h									
SETOR: AMARELO LEITO:									
DIAGNÓSTICO MÉDICO:									
ALERGIAS: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS:									
MEDICAÇÃO CONTÍNUA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS:									
DOENÇA CRÔNICA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAIS:									
PRESENÇA DE ESCARA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL:									
PRESSÃO ARTERIAL: HIPOTENSO <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/>									
SISTEMA NEUROLÓGICO: CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>									
SISTEMA RESPIRATÓRIO: DISPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> EUPNEICO <input checked="" type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/>									
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE): NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/>									
DUSÚRIA <input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/>									
MOBILIDADE: DEÂMBULA <input type="checkbox"/> DEÂMBULA C/ APOIO <input checked="" type="checkbox"/> ACAMADO <input type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOP <input type="checkbox"/>									
TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input checked="" type="checkbox"/>									
SIST. GAS. RINOTRATURAL: VO <input checked="" type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/>									
ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>									
DADOS VITAIS: PA: T: FR: FC: PESO:									
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM									
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA CD/FR:									
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO CD/FR:									
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO CD/FR:									
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL CD/FR:									
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL CD/FR:									
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA CD/FR:									
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO CD/FR:									
<input type="checkbox"/> NAUSEA CD/FR:									
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA CD/FR:									
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ CD/FR:									
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA CD/FR:									
<input type="checkbox"/> DEFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO CD/FR:									
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA CD/FR:									
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA CD/FR:									
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO CD/FR:									
<input type="checkbox"/> CD/FR:									
<input type="checkbox"/> CD/FR:									
<input type="checkbox"/> CD/FR:									
<input type="checkbox"/> CD/FR:									
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA									
FR: FATOR RELACIONADO									
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL									
Liliana C. de Queiroz e Melo ENFERMEIRA ESPECIALISTA COREN-PP 247474									
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM									
APRAZAMENTO									
ASSINATURA									
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS. 08/20-									
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.									
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.									
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.									
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).									
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.									
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.									
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.									
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA. M.ITU									
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO. SEMPRE									
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE. SEMPRE									

MOD 125

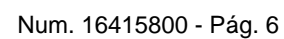


Assinado eletronicamente por: ANYELLE CIRNE ARAGAO - 05/09/2018 15:51:17

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1809051546105500000015997085

Número do documento: 1809051546105500000015997085

ASSINATURA/
CARIMBO
Janaína Vasconcelos Porto
ENFERMEIRA
COREN - PB 425.507





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

cl. ev

1050 m m m

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

92 999 10

Paciente

Alojamento

Leito

7-1

Convênio

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

10/05/2018

20:00 - 20:15

Exame de 10-12-14

Diagnóstico 15:15 a 20:15

10/05/2018 - 10:15 a 12:15

Exame de 10-12-14

10:15 a 12:15

10:15 a 12:15

10:15 a 12:15

10:15 a 12:15

10:15 a 12:15

10:15 a 12:15

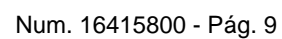
10:15 a 12:15

10:15 a 12:15

[illegible]

Paciente	Jon Laurindo Neto			
Alojamento:	2	leito	4	
Convênio	A 000			

Dr. Schubert Castle
Otolaryngologist
Cruz St. 19th Fl.
Cruz 5523



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]

② $\frac{1}{x^2 + 2}$

[illegible]

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

TX IN 2 (b)
bubala leaf

Paciente	José Manoel Neto, 52	Admissão	8	Leito		Convênio	
----------	----------------------	----------	---	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
12/9	1 DIETA líquida 2 SUC 2500ML EV 12H 9h00 3 CEFTRIAXONA 1g + ABD EV 12/12H (5mg/kg) 4 DIFENHIDRAMINA 1g + ABD EV 6/6H 5 TILAID 200MG + ABD EV 12/12H (5mg/kg) 6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEIUM 7 TRANMOL 100MG + 100ML SF EV 8/8H 5N 8 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H 5N 9 CLEFANE 40MG SC 1X DIA (5mg/kg) 10 55V + CEGG 11 medicação de picado 2x/d 12 medicação de uso cômico q o presc.	18h 18h 21h06	6º DIA #ORTOPEDIA Bio, Estível, SI apares Duore (A) Euc (A) Col. VPM





SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

3.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

for two (2) months

Paciente	Yohi Maximino Neto, 52	Alojamento	Leito	Convênio
----------	------------------------	------------	-------	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
09/09	1 DIETA LÍQUIDA. 2 SRI 1800MIL EV P/24H 3 CEFTRIAXONA 1G + ABD EV 12/12H (suspenso). 4 DIPIRONA 1g+ABD EV 6/6H 5 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H (suspenso). 6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEIUM 7 TRANSIL 100MG + 100ML SF EV 8/8H SN 8 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN 9 CLEXANE 40MG SC 1X DIA (suspenso). 10 SSVM+CCGS 11 Medicação de acordo. 2/2h. 12 Medicamentos do uso crônico c/o paciente.	18:24 etc	3º DH #ORTOPEDIA Bêb, estável, s/ queixas Diurese (+) EUC (+) Colo Vg 1x1 Agende cirurgia
			rp

MOD. 035



by TNZ (D)
(Methicillin-resistant)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Johi Marinho Neto, 52
----------	-----------------------

Convênio

Leito

Alojamiento

[illegible]

MOD. 035

[illegible]

$$T_x \cdot \text{Dose} \cdot T_{vz} \cdot Q$$

Paciente	Data	Prescrição Médica	Horário	Enfermaria	Evolução Médica
Df	08	Dieta livre SF.O.A% SF.O.S% 1500ml EV em 24hs Dipirona 2ml + AD EV 6/6hs Omeprazol 40 mg EV / dia Tilatil 20mg EV 12/12hs Tramal 100mg + SF EV 8/8hs SN Plasil 2ml + AD EV 8/8hs SN Glexane 40mg SC/dia SSVV + CCGG	12/78 05 06 12/96 06		Frente aberta Apêndice - curado. Dr. Eduardo Braga Moraes Ortopedia - Traumatologia CRM-PA 6568
					(DR) VPR






Diagnóstico

Fratura em malha lateral D

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Gene Maximino Neto	Alojamento	5	Leito	Convênio
----------	--------------------	------------	---	-------	----------

Data	Prescrição Médica	etc.	Horário	Evolução Médica
06/09/13	1. Dieta livre 2. Dipirona. 500mg 2 comp VO em 6/6h 3. Paracetamol 3 comp. VO em 12/12h 4. SS.VV + CCG	etc. etc. etc. etc.	etc. etc. etc. etc.	Paciente atendida apresentando melhora em mal-estar devido ao tratamento sintomático. Solicito exame pré- operatório.
				CD. VPM.

MONDAY

Nome do Paciente <u>JOSE M NERO</u>		Nº Prontuário	
Data da Operação <u>16/09/17</u>	Enf.	Leito	
Operador <u>Dr. Edimar</u>		1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador <u>André</u>	
Anestesia <u>be. flm</u>	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório			
<u>q. 177 (9)</u>			
Tipo de Operação			
<u>tipo cirurgico</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório			
<u>o mesmo</u>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato <u>Sim</u>			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
<u>Pcte DDH sob anestesia.</u>
<u>Orcequia, anti-sepsia, PNB,</u>
<u>com 15 estiches,</u>
<u>incisão feita lateral 177 (9)</u>
<u>Redução, fixação,</u>
<u>Lavagem Spig. - Hemostasia,</u>
<u>Sutura</u>
<u>curativo</u>
<u>Tudo bem (9)</u>

EXIBIR EM CASO DE ACÚSO
CRITÉRIO: TRAMITADO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Mod. 018



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:		DN: 06/04/77		GOVERNO DA PARAIBA	
JOSE MARINHO NETO		REGISTRO 1500616		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	
LEITE	CONVÊNIO	IDADE	HOSPITAL de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes		
Sala 04	SUS	52 anos			
CIRURGIA		CIRURGIÃO			
Trazimento emergência de trauma 3 e 10 distais		Dr. Eldemar + (Adm.)			
ANESTESIA		ANESTESIA			
Rugue		Dr. Almi			
INSTRUMENTADORA		INÍCIO		FIM	
- André -		09:40		10:50	
DATA					
16/09/17					
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calef. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimofa amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Colonoide		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	
	Inova ml	Dreno Pezzar nº		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Mercaina <i>pirueta</i> % 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	02	Mononylon 2-0	
	Thionembatal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvas 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 Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrothinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml	01	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda	02	SG fr 500 ml	
	Suptanon amp.	Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogástrica			
		Sonda Uretral nº	01		
		Sterycem ml	02		
		Torneirinha	02		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28	Latex			
	Agulha desc. 3 x 4.5				
01	Agulha p/ raque nº 25				
05	Alcool de Enfermagem 701				
	Alcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon 15m				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				
			EQUIPAMENTOS		
			<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso <input type="checkbox"/> Serra <input type="checkbox"/> Desfibrilador <input type="checkbox"/> Foco Frontal <input checked="" type="checkbox"/> Fonte de Luz <input type="checkbox"/> Foco Auxiliar <input type="checkbox"/> Eletrocautério <input type="checkbox"/> Oxímetro <input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor <input checked="" type="checkbox"/> Perfurador de Sinalos <input checked="" type="checkbox"/> Perfurador de Sinalos		
			CIRCULANTE RESPONSÁVEL		

MOD 066

N° 3691

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRUVA

CIDADE

P. GUNDE

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

JOSE MARINHO NETO

Nº DO PRONTUÁRIO:

 $N^{\circ} \text{Al} \quad \text{H}$

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVENIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

EDICION REALIZADO

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP

PRODUTO	QTD	VALOR
Placa 3,5 10gbhd. 06f.		

115. Basis 3.5×14

3.5 x 18

DATA DA UTILIZAÇÃO

16/09/2017

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

MEDICO RESPONSÁVEL - CRM
Dr. Edmar

OBSERVAÇÕES

Q 3.5 TOL N: 84

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Assinatura e Carimbo



Paciente: <u>psr Marinho Neto</u>	Idade: <u>58</u>
Convênio: <u>Sus</u>	Data: <u>16.09.14</u>
Procedimento: <u>tt= cirurgia de Frac. TNZ</u>	
Cirurgião: <u>D^o Edman</u>	Anestesista: <u>D^o</u>
Início:	Término:
	Anestesia

[illegible][illegible]

Observações:
Assinatura Anestesista
Circulante

MOD. 103



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: JOSE MARINHO NETO		IDADE: 530	SEXO: M	COR: -	
DATA: 06/09/2017	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS	
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				ESTADO FÍSICO		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	ÀS	EFEITO	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 10 17 </div>							
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
LIQUIDOS					MANUTENÇÃO		
CÓDIGOS					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____		
VP. ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO: O - OPERAÇÃO: O					DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					Com cânula: _____ Paro o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____		
POSIÇÃO							
AGENTES	HiperCina 0,5g/100ml, Dipriva 100, 02						
TÉCNICA	Método de indução e manutenção						
OPERAÇÃO	Méd. Cirúrgica e Anestesia						
CIRURGIÕES	EL D. M. M.						
ANESTESISTAS*	A. M. M.						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

MOD. 068

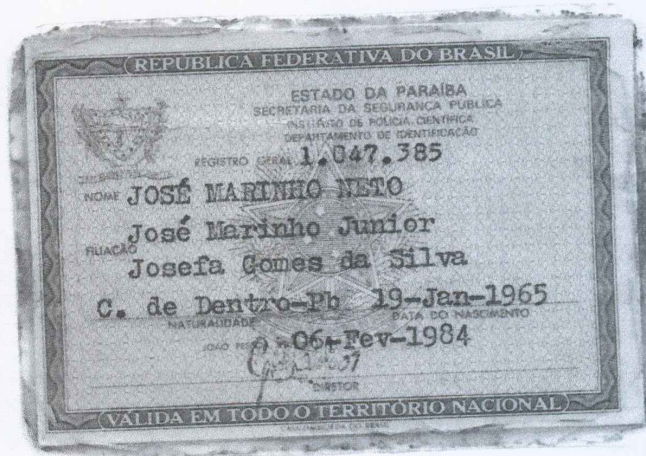
FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: ANYELLE CIRNE ARAGAO - 05/09/2018 15:51:18

http://pje.tjb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18090515480150500000015997164

Número do documento: 18090515480150500000015997164



Num. 16415960 - Pág. 2



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL "GOMES DE SOUZA"

Estado da Paraíba - Município de Cacimba de Dentro - Comarca de Cacimba de Dentro



Oficial Titular: Genivaldo Gomes de Souza
Substituta: Geovânia Oliveira de Alcântara e Souza

Escritor: Aldrina Magda Gomes de Sousa Silva
Escritor: Sheila Cristina Paulino Gomes



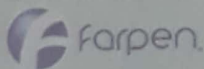
LIVRO.: 0057

FOLHA: 012V



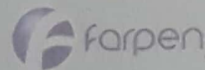
PROCURAÇÃO

SAIBAM quantos esta Pública Procuração virem que aos 14 (quatorze) dias do mês de junho do ano de 2018 (dois mil e dezoito), neste **SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL GOMES DE SOUZA**, situado na Rua Getúlio Vargas, 03, Centro, Cacimba de Dentro - PB - Cep: 58230-000, foi lavrado o presente **Instrumento de Procuração Pública** em que, perante mim, **GENIVALDO GOMES DE SOUZA - Titular**, compareceu(ram) como **OUTORGANTE(S) JOSE MARINHO NETO**, brasileiro(a), divorciado, agricultor, portador(a) do Documento de Identidade nº *1.047.385-SSP/PB, inscrito(a) no CPF/MF nº 108.822.834-80, residente e domiciliado(a) Rua Projetada, s/nº - Conjunto Francisco Gomes de Souza, nesta cidade de Cacimba de Dentro-PB; identificado(s) como o(s) próprio(s) por mim Notário(a), à vista dos documentos de identificação apresentados, do que dou fé; perante mim por ele(s) me foi dito que constituía(m) e nomeava(m) seu(s) bastante(s) procurador(es): **Martinho Cunha Melo Filho**, brasileiro, advogado inscrito na OAB-PB 11.086, CPF nº 886.037.844-34, **Wellington Nóbrega Vilar**, brasileiro, divorciado, OAB-PB 15.024, **Houseman dos Santos Rocha**, brasileiro, solteiro, **ADVOGADO OAB/PB 13.534**, **Hérica Coeli da Silva Clementino**, brasileira solteira, advogada inscrita na OAB -PB 18.935, **Anyelle Cirne Aragão**, brasileira, solteira advogada inscrita na OAB -PB 23.787, estabelecidos na Rua João Luiz Ribeiro de Moraes, 66, Centro, João Pessoa - PB; a quem confere amplos poderes com a cláusula ad-judicia para, como seu advogado, representar a outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extra judicialmente, com poderes especiais para, confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber citação inicial e ou intimações receber e dar quitação renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, bem ainda renunciar valores que excedam A 60 (SESSENTA) salários mínimos, tudo precedido de expressa e escrita autorização do outorgante, dando tudo por bom, firme e valioso, **CONTRATO**: Concomitantemente com os poderes acima outorgados, o outorgante aceita pagar aos advogados contratados honorários correspondentes a 30% (trinta por cento) do total bruto auferido pelo autor da ação (ou por composição amigável) apuradas em procedimento de execução, com as devidas atualizações até final pagamento, facultado aos advogados contratados requerer nos autos, que lhes sejam pagos diretamente os honorários a que lhe faz jus, por dedução da quantia a ser recebida pelo constituinte, ora contratante (art. 4º, Leinº 8.906/94). Fornecimento de documentos e informações necessários ao bom e rápido andamento da ação, por conta do outorgante. As partes contratantes elegem o foro da cidade de João Pessoa - PB; para dirimir qualquer ação oriunda deste contrato. **DECLARAÇÃO**: (a)(s) outorgantes(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do artigo 5º, da Lei 1.060 de 1950. Os elementos relativos à qualificação e identificação do procurador, bem como o objeto do presente mandato foram fornecidos e conferidos pelo(a)



VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

Nº 695174 B

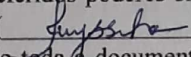


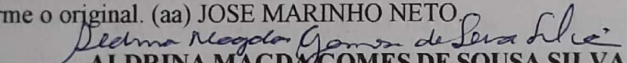


LIVRO.: 0057

FOLHA.: 013



outorgante(s), que por eles se responsabiliza(m). Recolhidas as Taxas FARPEN - Fundo de Apoio ao Registro das Pessoas Naturais, no valor de R\$ 5,14, FEPJ - Fundo Especial do Poder Judiciário, no valor de R\$ 9,48, sendo os Emolumentos R\$ 47,40. Selo Digital: AGY02450-X9CN. Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>. Em fé de verdade assim o disse e outorgou, sendo lavrada a presente **Procuração**, a qual feita e lida, em alta e clara voz, achou-a conforme, outorgando, aceitando e assinando Maria Mathias de Souza, brasileira, solteira, aposentada, residente e domiciliado nesta cidade de Cacimba de Dentro-PB, devidamente identificado conforme documentos apresentados, que aceita e assina a presente, a rogo do outorgante que DECLAROU SER ANALFABETO e deixou a impressão digital do seu polegar direito à margem deste instrumento, sendo dispensadas a presença e a assinatura de testemunhas, de acordo com o Provimento da Corregedoria Geral da Justiça do Estado da Paraíba. A presente procuração não pode ser substabelecida. Os referidos poderes são concedidos por 01 (um) anos. Eu, Aldrina Magda Gomes de Sousa Silva (), Escrevente Autorizado, lavrei, rubriquei e encerrei este ato, conferindo toda a documentação necessária para sua devida efetivação, como também, as assinaturas apostas neste documento. Eu, **GENIVALDO GOMES DE SOUZA - Tabelião do Serviço Registral e Notarial Gomes de Souza**, subscrevo e assino, estando conforme o original. (aa) JOSE MARINHO NETO.


ALDRINA MAGDA GOMES DE SOUSA SILVA
- ESCRIVENTE AUTORIZADA -

Aldrina Magda G. de Sousa Silva
Escrevente Autorizada

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

Scanned by CamScanner

