



Número: **0802529-30.2021.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **02/02/2021**

Valor da causa: **R\$ 8.750,00**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|---|
| BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA (AUTOR) | PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | |

Documentos

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|-----------|--------------------|--|----------------------------|
| 38994 420 | 02/02/2021 13:11 | Petição Inicial | Petição Inicial |
| 38994 439 | 02/02/2021 13:11 | Petição - DPVAT | Outros Documentos |
| 38994 440 | 02/02/2021 13:11 | Documentos | Procuração |
| 38994 442 | 02/02/2021 13:11 | Declarações | Outros Documentos |
| 38994 443 | 02/02/2021 13:11 | Identidade 1 | Documento de Identificação |
| 38994 445 | 02/02/2021 13:11 | Identidade 2 | Documento de Identificação |
| 38994 446 | 02/02/2021 13:11 | DOC 1 - Boletim de Ocorrência | Documento de Comprovação |
| 38994 447 | 02/02/2021 13:11 | DOC 2 - Fisioterapia | Documento de Comprovação |
| 38994 949 | 02/02/2021 13:11 | DOC 3 - RADIOGRAFIA | Documento de Comprovação |
| 38994 950 | 02/02/2021 13:11 | Protuário Hospitalar-otimizado_1 | Outros Documentos |
| 38994 974 | 02/02/2021 13:11 | Protuário Hospitalar-otimizado_2 | Outros Documentos |
| 38994 953 | 02/02/2021 13:11 | Protuário Hospitalar-otimizado_3 | Outros Documentos |
| 38994 954 | 02/02/2021 13:11 | Protuário Hospitalar-otimizado_4 | Outros Documentos |
| 38994 956 | 02/02/2021 13:11 | Protuário Hospitalar-otimizado_5 | Outros Documentos |
| 39057 171 | 03/02/2021 16:53 | Despacho | Despacho |

Anexo!



Assinado eletronicamente por: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM - 02/02/2021 13:09:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020213091908800000037173447>
Número do documento: 21020213091908800000037173447

Num. 38994420 - Pág. 1



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

BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA,

brasileira, solteira, operadora de telemarketing, RG:
4.384.062 SSP-PB, CPF: 135.887.404-22, residente e
domiciliado na Rua Cecy Ramos Belo, Nº 285, Bairro
Bodocongó, CEP 58430-275, Campina Grande-pb, vem por meio
de seu advogado **PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM, OAB/PB**
26.701, conforme procuração anexa, com escritório
profissional localizado na Av. Dom Pedro II, 987 - sala
307, Centro, João Pessoa, CEP 58013-420 e endereço
eletrônico: pablrorhuanadv@gmail.com , vem respeitosamente,
perante vossa Excelência, propor

AÇÃO DE COBRANÇA SEGURO DPVAT

Em face de **SEGURADORA LÍDER**
DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A., pessoa jurídica de
Direito Privado, CNPJ: 09.248.608/0001-04, com sede na Rua
Senador Dantas, N.º 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares,



Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.031-205, pelos motivos de fato e de direito que passa a expor:

• DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA

A autora declara, sob as penas da lei que, que não está em condições de pagar as custas do processo sem prejuízo de seu sustento próprio ou de sua família, haja vista momento de crise vivido, nos termos do artigo 4º da Lei nº 1.060/50, conforme declaração que instruirá esta petição.

I. DOS FATOS

A parte autora no dia 15/07/2018 por volta das 18:00 horas transitava na garupa da moto tipo HONDA/CG 160 FAN ESDI, conforme consta no registro de ocorrência policial (DOC. ANEXO 1) sofreu acidente de trânsito após ter a preferencial bloqueada por outro veículo ciclomotor.

Do evento restou a demandante acentuadas lesões corporais, na qual foi diagnosticada com uma fratura do úmero proximal esquerdo, de acordo com o prontuário 1693307, assinado pelo médico Dr. Evelon Meira CRM-PB 9900.

Da lesão ocasionada a demandante passou por sessões de fisioterapia (DOC. ANEXO 2) no qual totalizou 20 sessões, toda via a mesma restou com sequelas na qual a impossibilita de erguer o braço acima do ombro, haja vista a própria possuir agora uma placa de úmero proximal, limitando o movimento completo do braço, conforme radiografia em anexo (DOC. ANEXO 3).

Pois bem Excelênci, em decorrência das lesões sofridas e dos fatores acima



expostos, restou a requerente acentuada limitação física, além de sentir dores intensas e constantes, tem limitação nos movimentos e na força do membro afetado, ou seja, as atividades mais simples do dia a dia, como movimentar o braço ou praticar algum exercício físico e trabalhar, tornaram-se verdadeiramente, tarefas tormentosas de serem desempenhadas.

Por esses fatos a autora requereu administrativamente a **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, o reembolso por Despesas médicas e suplementares (DAMS) e indenização por invalidez parcial haja vista a diminuição de mobilidade do membro afetado da vítima, toda via a **seguradora mencionada vem dificultando a concessão, haja vista frequentemente requer documentos que já foram enviados por diversas vezes**.

É importante frisar que em documento apresentado e juntado aos autos (DOC. ANEXO 2), o Fisioterapeuta DR. ALISSON ALMEIDA SILVA CREFITO 117454-F emite parecer sobre as limitações físicas da autora, mencionando claramente o caráter permanente destas, bem como, sendo incisivo no tocante a constatação da dificuldade de abdução do ombro, perda da força e trofismo no braço cirurgiado da requerente, mesmo após a realização de 20 sessões de fisioterapia.

Em sede de ação impetrada no juizado especial a ré levantou importantes questionamentos no qual a autora passa a esclarecer por força de celeridade.

**1- DA VALIDADE DO
REGISTRO DE OCORRÊNCIA;**

Em processo nº 0808010-08.2020.8.15.0001 a respeito deste mesmo fato a ré



questiona o motivo do boletim de ocorrência ter sido registrado apenas 16(meses) após o acidente requerendo a improcedência da ação haja vista a demora da autora em registrar o boletim. Esclarece de pronto que a autora, por desconhecimento legal acreditava não ter direito ao seguro requerido, pois a moto em que transitava não era de sua titularidade e, além disto, pelo fato do autor do acidente ter se evadido a mesma decidiu por não registrar boletim de ocorrência, só registrando meses após, quando decidiu por requerer o seguro, haja vista que o próprio site da seguradora exige o registro de ocorrência para a análise do seguro.

2- DA AUSÊNCIA DO LAUDO IML;

Conforme é de notório conhecimento geral o Instituto Médico Legal da Paraíba não realiza perícia médica para fins de requerimento do seguro DPVAT o que foi devidamente informado pela autora a ré em seu requerimento administrativo, nessa esteira, a luz do princípio da inversão do ônus da prova, caso a ré julgue necessário que requeira ás suas custas à realização da respectiva perícia judicial.

II. DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS

ADVOCACIA & ASSESSORIA
Tem-se que a parte autora ajuizou a presente ação fundada no direito assegurado pela Lei nº LEI N° 6.194, de 19 de dezembro de 1974, prevendo esta a indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre.

O seguro DPVAT, comumente conhecido como seguro obrigatório cumpre importante função



social, dando um amparo mínimo às pessoas vítimas de acidente de trânsito. Foram os riscos existentes no trânsito que obrigaram o legislador a estabelecer uma espécie de seguro.

A Lei 6.194/1974 instituiu no sistema jurídico brasileiro o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre - DPVAT. Posteriormente, a Lei 8.441/1992 veio ampliar a indenização, com o intuito de torná-la mais compatível com o fim ao qual se destina.

Importante citar trecho encontrado no próprio site da demandada in verbis:

O Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, mais conhecido como Seguro DPVAT, existe desde 1974. É um seguro de caráter social que indeniza vítimas de acidentes de trânsito, sem apuração de culpa, seja motorista, passageiro ou pedestre. O DPVAT oferece coberturas para três naturezas de danos: morte, invalidez permanente e reembolso de despesas médicas e hospitalares (DAMS).

A atual responsável pela administração do Seguro DPVAT é a Seguradora Líder-DPVAT, que tem o objetivo de assegurar à população, em todo o território nacional, o acesso aos benefícios do Seguro DPVAT.

O pagamento da indenização é feito em conta corrente ou poupança da vítima ou de seus beneficiários, em até 30 dias após a apresentação da documentação necessária. O valor da indenização é de R\$ 13.500 no caso de morte e de até R\$ 13.500 nos casos de invalidez permanente, variando conforme o grau da invalidez, e de até R\$ 2.700 em reembolso de despesas médicas e hospitalares comprovadas. O prazo para solicitar a indenização por Morte é de até 3 anos contados da data do óbito. Para despesas médicas (DAMS): a contagem do prazo prescricional se inicia a partir da data do acidente. No caso de indenização por Invalidez



Permanente este prazo é de 3 anos a contar da ciência da Invalidez Permanente pela vítima.

Os recursos do Seguro DPVAT são financiados pelos proprietários de veículos, por meio de pagamento anual. Do total arrecadado, 45% são repassados ao Ministério da Saúde (SUS), para custeio do atendimento médico-hospitalar às vítimas de acidentes de trânsito em todo país. 5% são repassados ao Ministério das Cidades (DENATRAN), para aplicação exclusiva em programas destinados à prevenção de acidentes de trânsito. Os demais 50% são voltados para o pagamento das indenizações e reservas.

Sendo assim Excelência, fazem jus ao recebimento de indenização coberto pelo seguro DPVAT, todas as vítimas de acidente de trânsito que se enquadrem nas hipóteses previstas no art. 3º da Lei 6.194/74.

Cite-se o art. 3º do referido diploma legal in verbis:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - 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.

Em consonância com a Lei e enquadrando-se no caso em tela, importante se faz, mencionar Jurisprudência do Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado, deixando evidente e indiscutível o direito ao qual pleiteia à demandante:



APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO DEVIDA. GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ. 1. **Demonstrada a ocorrência do acidente e da invalidez permanente da parte autora, nos termos do art. 5º, caput, da Lei nº 6.194/74, é devida a indenização securitária.** 2. Graduação da invalidez. Mostra-se necessária a graduação da invalidez para fins de cobrança do seguro obrigatório DPVAT. Questão pacificada em razão do julgamento do REsp 1.246.432, submetido ao regime dos Recursos Repetitivos (art. 543-C do Código de Processo Civil) e Súmula 474 do STJ. 3. **Complementação de indenização devida, considerando o grau de invalidez apurado na perícia judicial e o pagamento administrativo realizado.** 4. **Correção monetária incidente a partir do pagamento administrativo. Sentença reformada, no ponto.** 5. Distribuição da sucumbência mantida, considerado o decaimento das partes. APELAÇÃO PARCIALMENTE PROVIDA. (Apelação Cível N° 70069102705, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 29/06/2016). (grifou-se).

APELAÇÃO. SEGUROS. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). INDENIZAÇÃO PAGA NA VIA ADMINISTRATIVA. COMPLEMENTAÇÃO DEVIDA. **Presente prova de que a extensão das lesões é superior ao constatado na perícia administrativa, imperiosa se faz a complementação da indenização securitária decorrente do seguro obrigatório DPVAT.** Precedentes. APELO DESPROVIDO. UNÂNIME. (Apelação Cível N° 70067253906, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Rinez da Trindade, Julgado em 07/04/2016). (grifou-se).

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO DEVIDA. GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ. 1. **Demonstrada a ocorrência do acidente e da invalidez permanente da parte autora, nos termos do art. 5º, caput, da Lei nº 6.194/74, é devida a indenização securitária.** 2. Graduação da invalidez. Mostra-se necessária a graduação da invalidez para fins de cobrança do seguro obrigatório DPVAT. Questão pacificada em razão do julgamento do REsp 1.246.432, submetido ao regime dos Recursos Repetitivos (art. 543-C do Código de Processo Civil) e Súmula 474 do STJ. 3. **Complementação de indenização devida, considerando o grau de invalidez apurado na perícia e o pagamento administrativo realizado.**



4. Descabida correção do valor da indenização do seguro DPVAT. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO, EM DECISÃO MONOCRÁTICA. (Apelação Cível N° 70066950957, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 10/02/2016) (grifou-se).

Dessa forma, comprovado o acidente de trânsito, restando o demandante com lesões que lhe causaram invalidez parcial permanente, é incontestável o direito do mesmo ao recebimento de indenização correspondente ao grau de sua invalidez, conforme entendimento do Respeitável Superior Tribunal de Justiça in verbis:

Súmula 474: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez."

Tendo em vista que a requerente necessitou de 20 sessões de fisioterapia e ainda sim restou uma limitação física no movimento do braço, na mobilidade e na perca da força na mão e do braço, em consonância com o previsto na lei 6.194/74, merece acolhimento o pleito autoral, a fim de que seja condenada a parte ré ao pagamento da indenização por invalidez parcial, montante este a ser quantificado através da avaliação dos documentos médicos juntados aos autos e realização de eventual perícia médica e faz jus também ao reembolso por despesas médicas suplementares (20 sessões de fisioterapia).

• DA PROVA PERICIAL -
dinamização do ônus da prova



Conforme é possível verificar o §1º do art. 373 do CPC consagrou a teoria da distribuição dinâmica do ônus da prova ao permitir que o juiz altere a distribuição do encargo se verificar, diante da peculiaridade do caso ou acaso previsto em lei, a impossibilidade ou excessiva dificuldade de produção pela parte, desde que o faça por decisão fundamentada, concedendo à parte contrária a oportunidade do seu cumprimento.

A respeito do tema, Luiz Guilherme Marinoni, Sérgio Cruz Arenhart e Daniel Mitidiero anotam:

"Não há nenhum óbice constitucional ou infraconstitucional à dinamização do ônus da prova no processo civil brasileiro. Muito pelo contrário. À vista de determinados casos concretos, pode-se afigurar insuficiente, para promover o direito fundamental à tutela jurisdicional adequada e efetiva, uma relação fixa do ônus da prova, em que se reparte prévia, abstrata e aprioristicamente o encargo de provar. Em semelhantes situações, vem o órgão jurisdicional, atento à circunstância de o direito fundamental ao processo justo implicar direito fundamental à prova, dinamizar o ônus da prova, atribuindo-o a quem se encontre em melhores condições de provar. Assim, cumprirá o órgão judicial com o seu dever de auxílio, inerente à colaboração. Providência desse corte visa superar a 'probatio diabólica', possibilitando um efetivo acesso à justiça. Nesse sentido, dentro de um processo civil organizado a partir da ideia de colaboração, deve o juiz, no cumprimento de seu dever de auxílio para com as partes, dinamizar o ônus da prova sempre que as suas condicionantes materiais e processuais se façam presentes, a fim de outorgar tutela jurisdicional adequada e efetiva mediante um processo justo. Não pode o juiz, em hipótese alguma, contudo, dinamizar o ônus da prova na ausência de quaisquer de suas condicionantes. A dinamização importa na atribuição do ônus de provar àquela parte que tem a maior facilidade probatória." (Novo Código de Processo Civil Comentado, RT, 1.^a ed., p. 395/396)



Devidamente acostado nos autos documentos referente a renda da autora e despesas de sua responsabilidade, como por exemplo a criação de sua filha sozinha, a mesma não dispõe de condições financeiras para arcar com os custos processuais e periciais por esse motivo, com base na premissa apresentada, com o fim de chegar-se a uma justiça processual e, pautada na orientação doutrinária e legal acima delineada, requer, desde já, a aplicação da distribuição dinâmica do ônus da prova, com a inversão do ônus de suportar o adiantamento das despesas com a produção da prova pericial, tomando por base, o princípio da razoabilidade, pois a seguradora Requerida detém melhores condições de patrocinar esta, a fim de apurar a verdade real, alcançando assim a almejada justiça.

III. DOS PEDIDOS

Ante o exposto, evidenciados o interesse e a legitimidade da parte autora para o ajuizamento da presente ação, bem assim a possibilidade jurídica dos pedidos e preenchidos todos os requisitos da petição inicial previstos no artigo 319 do código de processo civil, requer:

1. Nos termos da Lei 1.060/50 e Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, considerando que a parte autora não dispõe dos recursos para custear o processo, sem prejuízo do seu sustento ou de sua família, os **benefícios da assistência judiciária gratuita**;
2. Seja recebido o presente e conforme Art. 246 inc. I do Código de Processo Civil, determine-se a citação da demandada no endereço já citado no preâmbulo desta Ação, através de carta AR/MP na pessoa de seu



representante legal, para vir responder, querendo, no prazo legal a presente ação, sob pena de revelia, quando, então ao final, deverão ser julgados procedentes os pedidos;

3. **Conforme previsão no Art. 319 VII do Código de Processo Civil, a parte autora desde já manifesta que NÃO possui interesse na realização de audiência de conciliação;**
4. Requer a aplicação da teoria da distribuição dinâmica do ônus da prova, com a inversão do ônus de suportar o adiantamento das despesas com a produção da prova pericial, tomando por base, o princípio da razoabilidade, pois a seguradora Requerida detém melhores condições de patrocinar esta, a fim de apurar a verdade real e alcançando assim, a almejada justiça;
5. Devidamente processado o feito, com o respeito ao devido processo legal, seja a presente ação julgada **PROCEDENTE** para:
 - 5.1. Que se declare devida à parte autora o pagamento da indenização correspondente ao seguro DPVAT - Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, no valor de R\$ 6.750,00 (seis mil setecentos e cinquenta reais), ou seja, 50% do valor integral, tendo em vista as sequelas advindas do sinistro;
 - 5.2. Que se declare devida a parte autora o pagamento referente às 20 (vinte) sessões de fisioterapia realizadas pela requerente a título de reembolso por despesas médicas suplementares, no valor de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) tendo em vista o valor médio de R\$ 100,00 (cem reais) por sessão;
6. A condenação da Requerida no pagamento das custas e demais despesas processuais, bem como no pagamento dos honorários advocatícios;



7. Quanto aos honorários advocatícios, requer seja condenada a seguradora, de acordo com o art. 20, §3º, ou seja, no importe de 20% (vinte por cento);
8. Requer ainda, a produção de todos os meios de prova admitidos em lei, especialmente prova pericial, documental e outras que se fizerem necessárias no decorrer da instrução processual.

- Dá-se a causa o valor de **R\$ 8.750,00** (oito mil setecentos e cinquenta reais)

Termos em que
Pede deferimento.

Campina Grande. 01 de maio de 2020.

PABLO RHUAN DO N. ANGELIM

OAB/PB 26.701

➤ ROL DE TESTEMUNHAS será apresentado posteriormente.
PABLO ANGELIM
ADVOCACIA & ASSESSORIA





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA, brasileiro, solteira, operadora de telemarketing, RG: 4.384.062 SSP-PB, CPF: 135.887.404-22, residente e domiciliado na Rua Cecy Ramos Belo, Nº 285, Bairro Bodocongó, CEP 58430-275, CAMPINA GRANDE-PB.

OUTORGADO: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB nº 26.701, com escritório profissional na Av. Dom Pedro II, 685, sala 307, Centro.

PODERES: Pela presente procuração o Outorgante confere ao Outorgado, poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar documentos junto a Policia Civil, Policia Rodoviária Federal e Estadual, Policia Militar, interpor pedidos e recursos legais cabíveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, preencher e assinar o formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro DPVAT, transigir, desistir, confessar, receber, dar quitação junto à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A e a qualquer Seguradora, podendo ainda, substabelecer esta, com ou sem reserva de iguais poderes, no todo ou em parte, tudo com o fim especial de requerer indenização de Seguro DPVAT Morte, Invalidez Permanente Total ou Parcial e/ou Despesas Médico-Hospitalares, referente ao acidente de trânsito envolvendo a vítima

Bruna Lusia da Silva Sousa
ocorrido na data em 15 / 07 / 2018.

CAMPINA GRANDE - PB, 18 de NOVEMBRO de 2019.

Bruna Lusia da Silva Sousa..

OUTORGANTE

Solicitação

Prescrevo fisioterapia motora para a paciente
Bárbara Reis da Souza, submetida a tratamento
cirúrgico de fratura de úmero proximal
esquerdo.

25/07/18


Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MÉDICO ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGA
CRM-PB 9017





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

007630

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 1.487.555.233.1

Número do Benefício: 624.152.552.6

Espécie: 31

Ao(À) Sr.(a): BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA

Endereço: CECY RAMOS BELO 285 , BODOCONGO

CEP: 58.430.275 Município: CAMPINA GRANDE

UF: PB

Assunto: Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade.

Decisão: Deferimento do Pedido.

Motivo: Constatação da incapacidade laborativa.

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei nº 8.213, de 24/07/1991; Artigos 71 e 77 e § 2º do art. 78 do Decreto nº 3.048, de 06/05/1999; § 6º do Art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016.

Prezado(a) Senhor(a),

Em atenção à sua Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade, apresentada no dia 08/10/2018 , informamos que foi reconhecido o direito à prorrogação do benefício.

O pagamento do seu benefício será mantido até o dia 11/10/2018

Caso considere o prazo insuficiente, o(a) senhor(a) poderá solicitar prorrogação do benefício, dentro do prazo de 15 dias antes de sua cessação, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço eletrônico: meu.inss.gov.br.

Caso considere o prazo suficiente, o(a) senhor(a) poderá retornar voluntariamente ao trabalho, não sendo necessário novo exame médico pericial, conforme § 6º do art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016.

Dessa decisão poderá interpor Recurso, no prazo de 30 dias do recebimento desta comunicação, à Junta de Recurso do Conselho de Recursos do Seguro Social - JR/CRSS, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet, no endereço eletrônico: meu.inss.gov.br.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

AG DA P S CAMPINA GRANDE - DINAMERICA

ENDERECO: AV. DINAMERICA ALVES CORREIA, S/N - SANTA ROSA

CEP: 58416.680

MUNICIPIO: CAMPINA GRANDE

UF: PB

M:22

Impresso pela Dataprev

Digitalizado com CamScanner



COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 1.487.555.233-1

Número do Benefício: 624.152.552-6

Espécie: 31

Ao Sr(a): BRUNA LUSTIA DA SILVA SOUSA

Endereço: CECY RAMOS BELO 285 , BODOCONGO

CEP: 58.430.275 Município: CAMPINA GRANDE

UF: PB

Assunto: Requerimento de Auxílio - Doença.

Decisão: DEFERIDO

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa.

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei nº 8.213, de 24/07/1991 e arts. 71 e 78 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3048, de 06/05/1999.

Prezado(a) Senhor(a),

Em atenção ao requerimento de Auxílio-Doença, efetuado em 30/07/2018, a Previdência Social comunica que foi reconhecido o direito ao benefício, em razão de o exame médico-pericial realizado pelo INSS ter concluído que existe incapacidade para o trabalho e/ou atividade habitual.

O Auxílio - Doença foi concedido até 11/10/2018, Data da Cessação do Benefício - DCB.

Caso não recupere a capacidade para o trabalho e/ou atividade habitual até a data da cessação fixada, o (a) Senhor(a) poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante Solicitação de Prorrogação, no prazo de 15(quinze) dias antes da cessação do benefício 11/10/2018, observado o disposto no art. 78, § 2º, do Regulamento da Previdência Social.

Cessado o benefício, o (a) Senhor(a) poderá apresentar Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social, no prazo de 30(trinta) dias contados a partir de 11/10/2018, observado o disposto no art. 305, § 1º, do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo decreto nº 3.048/99.

A Solicitação de Prorrogação e a apresentação do Recurso poderão ser agendados por meio da internet pelo endereço eletrônico meu.inss.gov.br, da Central 135 ou em uma Agência da Previdência Social.

Caso haja recuperação da capacidade para o trabalho e /ou atividade habitual antes do prazo fixado, orienta-se o comparecimento a uma Agência da Previdência Social para marcação de exame médico-pericial.

O prazo para a revisão do benefício é de 10(dez) anos contados da data da concessão ou do indeferimento, de acordo com o prazo decadencial previsto no art.103 da Lei nº 8.213/91 e art. 347 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048/99.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em auxílio doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

AG DA P S CAMPINA GRANDE - DINAMERICA

ENDERECO: AV. DINAMERICA ALVES CORREIA, S/N - SANTA ROSA

CEP: 58416.680 MUNICIPIO: CAMPINA GRANDE

UF: PB M:16

Impresso pela Dataprev

FORM: ATU34X



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA,

brasileira, solteira, operadora de telemarketing, RG: 4.384.062 SSP-PB, CPF: 135.887.404-22, residente e domiciliado na Rua Cecy Ramos Belo, N° 285, Bairro Bodocongó, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da Gratuidade da Justiça, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

CAMPINA GRANDE - PB, 20 de dezembro, 2021.
PABLO ANGELIM
ADVOCACIA & ASSESSORIA

Bruna Lusia da Silva Sousa



Assinado eletronicamente por: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM - 02/02/2021 13:09:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020213092111300000037173468>
Número do documento: 21020213092111300000037173468

Num. 38994442 - Pág. 1

Assinatura

Quarta forma da Sirena Gaua

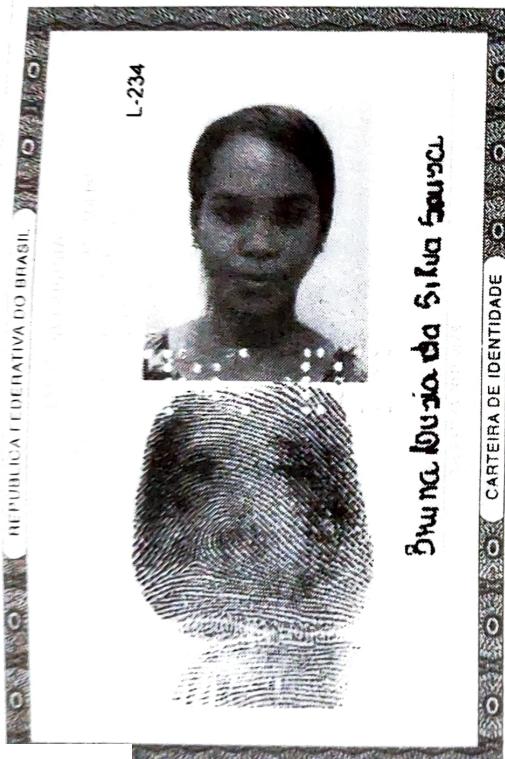
— de —————, — de 2021 —————.

Declarado ainda, sob as penas da lei, serem vedadas todas as informações acima prestadas.

Este la declarag o esta em conformidade com a IN RFB n o 1548/2015 e a Lei n o 7.115/83.

Declarag o de Isen o do Imposto de Renda P ssoa F sica (IRPF)





Bruna Lusia da Silva Souza

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ESTADO FEDERATIVO DO RIO GRANDE DO SUL

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

135.887.404-22

Nome

BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA

Nascimento
05/09/1998

VALÍDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Assinado eletronicamente por: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM - 02/02/2021 13:09:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020213092183500000037173469>
Número do documento: 21020213092183500000037173469

Num. 38994443 - Pág. 1

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.384.062

DATA DE EXPEDIÇÃO 02/02/2016

NOME

BRUNA LUSIA DA SILVA SOUSA

FILIAÇÃO

JOSEMAR BARBOSA DE SOUSA
AURICELIA MARIA DA SILVA SOUZA

NATURALIDADE

CAMPINA GRANDE-PB

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. N°75.249 - LIV.A/67 - FLS.193V - CARTORIO 2º
CAMPINA GRANDE-PB
CPF

135.887.404-22

Assinado digitalmente por: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM - 02/02/2021 13:09:22
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020213092239700000037173471
Número do documento: 21020213092239700000037173471



POLÍCIA CIVIL
 P A R A I B A

 SECRETARIA DE ESTADO DA
 SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
 Delegacia Geral da Polícia Civil
 1^ª Superintendência Regional de Polícia Civil
 Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
 de Boletim de Ocorrência

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 13908,01,2019,1,00,401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 13698.01 [2019].1.00.401, cujo teor passo a transcrever na integra: A(s) 10:30 horas do dia 05 de dezembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil e João Pessoa - Setor do Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouveia Neiva, matrícula 1569[0]3, e lavrado por Cristiany Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 156569[9], ao final assinado, compareceu **Bruna Luisa da Silva Sousa**, CPF nº 135.887.404-22, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Atendente de Call Center, natural de Campina Grande/PB, nascida em 05/09/1998 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Cecy Belo, N° 285, bairro Bodocôngio, tendo como ponto de referência Não Informado., na cidade de Campina Grande/PB, telefone (83) 98776-8542.

Padrões do(s) Fatos:

ocal Av. Dinamperla Alves Correia, Cruzamento Com a Rua do Sol, Campina Grande/PB, bairro Santa Rita, nº 100, Piso 1º, Térreo, Portaria, escada e garagem, com acesso público (rua, praça, etc.); Área: 50,0778 m²; Tipificação: em uso residencial.

NOTÍCIA O SEGUINTE

UE, segundo a declarante a data 15/07/2018 por volta das 18:00 horas quando transitava na garupa de moto 200 HONDA/C G 160 FAN ESDI ano/mod. 2016/2017, de cor preta de placa: QFQ1186/PB CHASSI: 92HCK2200367 pertencente ao Sra. TAYWSKA DANNIELY COSTA DA SILVA portadora CPF: 388.492.944-06 e condutor pelo Sr. Luciano Rodrigues da Silva Júnior. Que segundo a mesma vinha na referida moto quando trafegava pela Av. Dinâmica, Santa Rita, Campina Grande-PB, quando foi interceptada por uma motocicleta (não identificada) que evadiu-se do local. Que saiu de uma estradinha de terra e atravessou indevidamente o cruzamento da Av. Dinâmica com a Rua do Sol vindo a chocar-se com a moto que a declarante vinha na garupa. Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionou tendo sido socorrida pelo seu pai ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA situado no bairro de São José, no município de Campina Grande-PB, no dia 16/07/2018, assinado pelo m.d.: Dr. L. L. L.

Sendo o que havia a constar, cientifico(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no artigo 299º do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expõe a presente Certidão. A
certidão é verdadeira. - Doc. fl.

Locação Pessoal/BB 05 de junho de 2012

BRUNA LUISA DA SILVA SOUSA
Noticiame

Procedimento Policial: 13908.01.2019.1.00.401

17

Assinado eletronicamente por: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM - 02/02/2021 13:09:23
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102021309229960000037173472>
Número do documento: 2102021309229960000037173472

Núm. 38994446 - Pág. 1

FISIOESTÉTICA - Clínica de Fisioterapia e Estética Ltda.
Rua Nilo Peçanha, 636 – Prata
Campina grande – PB
CNPJ: 00.520.289/0001-70

Declaro para os seguintes fins que BRUNA LUZIA DA SILVA SOUZA ,
cpf:135.387.404-22, esteve em reabilitação da cirurgia de fratura de úmero proximal
esquerdo no período de 07 de agosto de 2018 a 25 de setembro de 2018 realizando o total
de 20 sessões. A mesma houve uma boa evolução e mas permanecera sequelas. Limitação ao
realizar abdução de ombro e perda de força e trofismo no braço cirurgiado. Estando a
mesma sobre minha responsabilidade profissional para tal firma presente.



Alisson Almeida Silva.
CREFITO 117454-F

Campina Grande, 25 de Setembro de 2018.





Assinado eletronicamente por: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM - 02/02/2021 13:09:24
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020213092407000000037174075>
Número do documento: 21020213092407000000037174075

Num. 38994949 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM - 02/02/2021 13:09:24
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020213092407000000037174075>
Número do documento: 21020213092407000000037174075

Num. 38994949 - Pág. 2

15/07/2018

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

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

() **Interno cirúrgico** _____ () **Alta hospitalar /** () **revelia**
() **Internação (setor)** _____ () **Decisão Médica**
() **Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL** _____ () **Móbito**

~~Alma Carla Barbosa~~

| SERVIÇOS REALIZADOS: | CÓDIGO/PROCEDIMENTO | CBO | IDADE |
|----------------------|---------------------|-----|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

projetohtcg/impremuraencia.php?centar=1693291

2/2



Assinado eletronicamente por: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM - 02/02/2021 13:09:25
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102021309248090000037174076>
Número do documento: 2102021309248090000037174076

Num. 38994950 - Pág. 1

15/07/2018



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1693291 CLASS. DE RISCO: AMAELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Flávio Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58342-809 Data: 15/07/2018

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Patrícia Maria Gonçalves

PACIENTE: BRUNA LUSIA SOUSA CEP:58400002 Nascimento:05/09/1998

Endereço: ESI RAMOS BELO

Cidade: Campina Grande

Nome da Mãe: AURICELIA MARIA DA SILVA

SOUZA

Responsável:

Estado Civil:Solteiro(a)

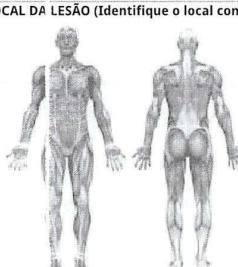
Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

OBS FICHAS

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortiça
15. F. Cortante
16. F.Corto-contuso
17. F.Perfurado-contuso
18. F.Perfurado-cortante
9. Fratura óssea fechada
10. Fratura óssea aberta
1. Hematoma
2. Ingerimento Venoso
3. Lacerção
4. Lesão tendinária
5. Luxação
6. Mordedura
7. Movimento torácico paradoxal
8. Objeto Encravado
9. Otorragia
10. Paralisia
11. Parésia
12. Parestesia
13. Quemadura
14. Rinorrágia
15. Síncope
16. Síncope da Isquemia
17. Síncope do Sistêmico
18. Síncope do Vasoconstritor

OBS:

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

DIGNOSTICO / CID:

Rx: Extensa (maxima).

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Acidente de moto hrs t 40 min, c/ tumor local un. outro (E).
My cl Rx: óssea max. (E).

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Foto reagentes () Isocôricas () Anisocôricas () _____

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ Sat02 _____

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 | HC RÁRIO REALIZADO |
|----|------------------------|--------------------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO
Dr. Wivry Paiva
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 10.017





Assinado eletronicamente por: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM - 02/02/2021 13:09:25
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102021309248090000037174076>
Número do documento: 2102021309248090000037174076

Num. 38994950 - Pág. 3



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

Ficha de Acolhimento

| | | | |
|-----------------------|---|----------------------------------|---------------------------------|
| Nome: | Bruno Jesus da Silva Gomes | | |
| End: | Rua Cesario Ribeiro Belo nº 285 | Bairro: | Bodenbach - P.3. |
| Data de Nascimento: | 05/09/90 | Documento de Identificação: | |
| Queixa: | Febre | Data do Atend.: | 15/07/18 Hora: 18:41 Documento: |
| Acidente de trabalho? | (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim | (<input type="checkbox"/>) Não | |

Classificação de Risco

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

Estratificação

MOD. 110

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

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

Bruna Maura da Silva
ENFERMEIRA
COREN-PB

Assinatura e carimbo do profissional



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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bruna Lúcia Souza | Registro: | Leito: 10104 | Setor Atual: Ortopedia I

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

Pupilas: (X) Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: (X) 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) Eupnêia; () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispnéia () Outros:

Auscultação 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

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: (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: () Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo | |
| Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção <i>16/07/18</i> | |
| Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: | |
| ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA) | |
| Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso. | |
| Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese. | |
| Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastroenterologia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: ___/___/___ | |
| Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros: | |
| Abdômen: () Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros: | |
| RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados | |
| Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros: | |
| Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h; | |
| Aspecto: () Outros: Observações: | |
| INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA | |
| Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro: | |
| Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado | |
| Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: () | |
| Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: ___/___/___ | |
| Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ___/___/___ | |
| Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: ___/___/___ | |
| CUIDADO CORPORAL | |
| Cuidado corporal: () Independente <input checked="" type="checkbox"/> Dependente () Parcialmente dependente. Observações: | |
| Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória. | |
| Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro: | |
| SONO E REPOUSO | |
| () Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações: | |
| 4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS | |
| COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL | |
| Comunicação: <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: () Praticante () Não praticante. Observações: | |
| INTERCORRÊNCIAS | |
| <i>Janiere Vieira Ferreira</i> | |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>REN-PR 345.715-ENF</i> | DATA: <i>17/07/18</i> |
| HORA: <i>12:55</i> 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

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bruna Bezerra Souza | Registro: | Leito: 204 | Setor Atual: AT

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

Pupilas: () Isocôricas () Anisocôricas () 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

() Eupnêia; () 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.



| | |
|--|---|
| Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida. | |
| Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: () | |
| Drogas vasoativas: () Quais? Precordialgia () | |
| Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo | |
| Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: <i>M3D</i> Data da punção <i>19/07/18</i> . | |
| Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: | |
| ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA) | |
| Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso. | |
| Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese. | |
| Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: ___/___/___ | |
| Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros: | |
| Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros: | |
| RHA: () 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 () Hematuria () SVD: Débito ml/h; | |
| Aspecto: () Outros: | Observações: |
| INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA | |
| Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Íntegra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro: | |
| Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado | |
| Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: (). | |
| Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: | Curativo em: ___/___/___ |
| Dreno: () Tipo/Aspecto: | Débito: Retirado em: ___/___/___ |
| Úlcera de pressão: () Estágio: | Local: Descrição: Curativo: ___/___/___ |
| CUIDADO CORPORAL | |
| Cuidado corporal: () Independente () Dependente <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 <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <i>deambula</i> | |
| SONO E REPOUSO | |
| () 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: () Praticante () Não praticante. Observações: | |
| INTERCORRÊNCIAS | |
| <i>19/07/18 às 17:20hs pte sem queixas no momento. Pts cuidados da equipe</i> <i>Karola R. L. Porto Queiroz</i> <i>COREN-PB 166371-EN</i> | |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>R. L. Porto Queiroz</i> | |
| DATA: <i>19/07/18</i> HORA: <i>17:20</i> h | |
| Karola R. L. Porto Queiroz COREN-PB 166371-EN | |

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bruna Lousia Sousa | Registro: | Leito: 10-4 | Setor Atual: Ortop 1.

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso 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; Taquipnégia Bradipnégia Dispneia Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: Diminuídos D E

Ruídos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros:

Tosse: Improdutiva Produtiva | Expectorção: 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

P脉: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cheio.



| | |
|---|--|
| Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida. | |
| Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: () | |
| Drogas vasoativas: () Quais? _____ Precordialgia () | |
| Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo | |
| Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: <i>SUMAISSE</i> Data da punção: / / | |
| Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: | |
| ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA) | |
| Tipo somático: (X) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso. | |
| Dentição: () Completa (X) Incompleta () Prótese. | |
| Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Gastrografia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ___/___/___ | |
| Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros: | |
| Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros: | |
| RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados | |
| Eliminação intestinal: (X) Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros: | |
| Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h; | |
| Aspecto: () Outros: Observações: | |
| INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA | |
| Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro: | |
| Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado | |
| Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: (). | |
| Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: ___/___/___ | |
| Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: ___/___/___ | |
| Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: ___/___/___ | |
| CUIDADO CORPORAL | |
| Cuidado corporal: () Independente () Dependente (X) Parcialmente dependente. Observações: | |
| Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória. | |
| Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas (X) Outro: | |
| SONO E REPOUSO | |
| () Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações: | |
| 4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS | |
| COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL | |
| Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros: | |
| 5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS | |
| RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE | |
| Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações: | |
| INTERCORRÊNCIAS | |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Karoline Micheli Cabral Lima Manoel</i> DATA: <i>20/07/18</i> HORA: ___ h | |

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





GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bruna Lucia | Registro: | Leito: 10-9 | 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 PSICOBIOLÓGICAS

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

Eupnêia; () 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.



| | |
|---|--|
| Pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Corada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Cianose (<input type="checkbox"/>) Sudorese (<input type="checkbox"/>) Fria (<input type="checkbox"/>) Aquecida. | |
| Tempo de enchimento capilar: (<input type="checkbox"/>) ≤ 3 segundos; (<input type="checkbox"/>) >3 segundos. (<input type="checkbox"/>) Turgência jugular: (<input type="checkbox"/>) | |
| Drogas vasoativas: (<input type="checkbox"/>) Quais? _____ Precordialgia (<input type="checkbox"/>) | |
| Ausculta cardíaca: (<input type="checkbox"/>) Rítmica (<input type="checkbox"/>) Arrítmica (<input type="checkbox"/>) Sopro (<input type="checkbox"/>) Outro. Marcapasso: (<input type="checkbox"/>) Transitório (<input type="checkbox"/>) Definitivo | |
| Cateter vascular: (<input type="checkbox"/>) Periférico (<input type="checkbox"/>) Central (<input type="checkbox"/>) Dissecção. Localização: _____ Data da punção ____/____/____ | |
| Edema: (<input type="checkbox"/>) MMSS (<input type="checkbox"/>) MMII (<input type="checkbox"/>) Face (<input type="checkbox"/>) Anasarca. Observações: | |
| ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA) | |
| Tipo somático: (<input checked="" type="checkbox"/>) Nutrido (<input type="checkbox"/>) Emagrecido (<input type="checkbox"/>) Caquético (<input type="checkbox"/>) Obeso. | |
| Dentição: (<input type="checkbox"/>) Completa (<input type="checkbox"/>) Incompleta (<input type="checkbox"/>) Prótese. | |
| Alimentação: (<input checked="" type="checkbox"/>) VO (<input type="checkbox"/>) SNG (<input type="checkbox"/>) SNE (<input type="checkbox"/>) Gastrografia (<input type="checkbox"/>) Jejunostomia (<input type="checkbox"/>) NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____ | |
| Alterações: (<input type="checkbox"/>) Inapetência (<input type="checkbox"/>) Disfagia (<input type="checkbox"/>) Intolerância alimentar (<input type="checkbox"/>) Vômito (<input type="checkbox"/>) Pirose (<input type="checkbox"/>) Outros: | |
| Abdômen: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normotensão (<input type="checkbox"/>) Distendido (<input type="checkbox"/>) Tenso (<input type="checkbox"/>) Ascítico (<input type="checkbox"/>) Outros: | |
| RHA: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normoativos (<input type="checkbox"/>) Ausentes (<input type="checkbox"/>) Diminuídos (<input type="checkbox"/>) Aumentados | |
| Eliminação intestinal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Líquida (<input type="checkbox"/>) Constipado há dias (<input type="checkbox"/>) Outros: | |
| Eliminação urinária: (<input checked="" type="checkbox"/>) Espontânea (<input type="checkbox"/>) Retenção (<input type="checkbox"/>) Incontinência (<input type="checkbox"/>) Hematuria (<input type="checkbox"/>) SVD: Débito ml/h; | |
| Aspecto: (<input type="checkbox"/>) Outros: _____ Observações: | |
| INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA | |
| Condição da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Integra (<input type="checkbox"/>) Ressecada (<input type="checkbox"/>) Equimoses (<input type="checkbox"/>) Hematomas (<input type="checkbox"/>) Escoriações (<input type="checkbox"/>) Outro: | |
| Coloração da pele: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normocorada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Ictérica (<input type="checkbox"/>) Cianótica Turgor da pele: (<input type="checkbox"/>) Preservado | |
| Condições das mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmidas (<input type="checkbox"/>) Secas Manifestações de sede: (<input type="checkbox"/>) | |
| Incisão cirúrgica: (<input type="checkbox"/>) Local/Aspecto: _____ Curativo em: ____/____/____ | |
| Dreno: (<input type="checkbox"/>) Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____/____/____ | |
| Úlcera de pressão: (<input type="checkbox"/>) Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____ | |
| CUIDADO CORPORAL | |
| Cuidado corporal: (<input type="checkbox"/>) Independente (<input type="checkbox"/>) Dependente (<input checked="" type="checkbox"/>) Parcialmente dependente. Observações: | |
| Higiene corporal: (<input checked="" type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória Higiene Corporal: (<input type="checkbox"/>) Satisfatória (<input type="checkbox"/>) Insatisfatória. | |
| Limitação física: (<input type="checkbox"/>) Acamado (<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas (<input checked="" type="checkbox"/>) Outro: | |
| SONO E REPOUSO | |
| (<input checked="" type="checkbox"/>) Preservado (<input type="checkbox"/>) Insônia (<input type="checkbox"/>) Dorme durante o dia (<input type="checkbox"/>) Sono Interrompido. Observações: | |
| 4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS | |
| COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL | |
| Comunicação: (<input checked="" type="checkbox"/>) Preservada (<input type="checkbox"/>) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (<input type="checkbox"/>) Cooperativo (<input type="checkbox"/>) Medo: (<input type="checkbox"/>) Ansiedade (<input type="checkbox"/>) Ausência de familiares/visita (<input type="checkbox"/>) Outros: | |
| 5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS | |
| RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE | |
| Tipo: (<input type="checkbox"/>) Praticante (<input type="checkbox"/>) Não praticante. Observações: | |
| INTERCORRÊNCIAS | |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____ DATA: <u>23/07/19</u> HORA: <u>10:40</u> | |
|  Janete S. Cruz Gondim ENFERMEIRA COREN - PB 508.860 | |

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bruna Lusia | Registro: | Leito: 10.4 | Setor Atual: 0701

2. AVALIAÇÃO GERAL

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

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

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

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

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; () Taquipnégia () Bradipnégia () 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:

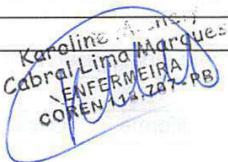
SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

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



| | |
|---|--|
| Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida. | |
| Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: () | |
| Drogas vasoativas: () Quais? _____ Precordialgia () | |
| Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo | |
| Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>Sem cateter</u> Data da punção: / / | |
| Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: | |
| ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA) | |
| Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso. | |
| Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese. | |
| Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: / / | |
| Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros: | |
| Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros: | |
| RHA: () 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 () Hematuria () SVD: Débito ml/h; | |
| Aspecto: () Outros: Observações: | |
| INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA | |
| Condição da pele: () Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro: | |
| Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado | |
| Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: (). | |
| Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: / / | |
| Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / / | |
| Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: / / | |
| CUIDADO CORPORAL | |
| Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações: | |
| Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória. | |
| Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro: | |
| 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: () Praticante () Não praticante. Observações: | |
| INTERCORRÊNCIAS | |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  DATA: 21/07/18 HORA: ____ 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

Evolução de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Bruna Lucia | Registro: | Leito: 10-4 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 PSICOBIOLÓGICAS

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; () Taquipnégia () Bradipnégia () 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.





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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): BRUNA LUZIA SOUSA Protocolo: 0000414489 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): YWRY DE PAIVA CAMARA Data: 16-07-2018 11:23 Origem: CLINICA ORTOPEDICA 1
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 19 anos Destino: ENF 10 - L 04

TEMPO DE SANGRAMENTO 2'30''

[DATA DA COLETA: 16/07/2018 11:22] Valores de Referência:
Material: sangue De 1 a 3 minutos
Método: Duke

TEMPO DE COAGULACAO 7'30'' min

[DATA DA COLETA: 16/07/2018 11:22] Valores de Referência:
Material: Sangue De 5 a 11 minutos
Método: Lee-White

Carlos Felipe Souza de Miranda Beltrão
Biomédico
CRBM 5409

Emissão : 16/07/2018 11:31 - Página 2 de 2

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: D5C4-2EB9-3EE4-63AE-7F74-5C2A-6A27-1942



Assinado eletronicamente por: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM - 02/02/2021 13:09:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020213092556900000037174100>
Número do documento: 21020213092556900000037174100

Num. 38994974 - Pág. 8



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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): BRUNA LUZIA SOUSA
 Dr(a): YWRY DE PAIVA CAMARA
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000414489 RG: NÃO INFORMADO
 Data: 16-07-2018 11:23 Origem: CLINICA ORTOPEDICA I
 Idade: 19 anos Destino: ENF 10 - L 04

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 16/07/2018 11:19]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

| | | |
|------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Eritrócitos..... | 4.42 milhões/mm ³ | 3,9 à 5,9 milhões/mm ³ |
| Hemoglobina..... | 10,9 g/dL | 12,0 à 16,0 g/dL |
| Hematócrito..... | 33,0 % | 35,6 à 48,6 % |
| V.C.M..... | 75 fL | 82,0 à 92,0 fL |
| H.C.M..... | 25 pg | 27,0 à 31,0 pg |
| C.H.C.M..... | 33 g/dL | 32,9 à 36,0 g/dL |

SÉRIE BRANCA

| Leucócitos..... | 8.400 /mm ³ (%) | 4.500 à 12.000 /mm ³ (/mm ³) |
|----------------------------|-------------------------------|--|
| Neutrofílos | | |
| Promielócitos..... | 0 | 0 |
| Mielócitos..... | 0 | 0 |
| Metamielócitos..... | 0 | 0 |
| Bastonetes..... | 3,0 | 252 |
| Segmentados..... | 78,0 | 6.552 40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm ³ |
| Eosinófilos..... | 1,0 | 84 0,5 à 6,0 % - até 500 / mm ³ |
| Basófilos..... | 0 | 0 0 à 2,0 % - até 100 / mm ³ |
| Linfocitos | | |
| Típicos..... | 15,0 | 1.260 20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³ |
| Atípicos..... | 0 | 0 |
| Monocitos..... | 3,0 | 252 2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³ |
| CONTAGEM DE PLAQUETAS..... | 193.000 mm ³ | 140.000 a 400.000 mm ³ |

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Carlos Felipe Souza de Miranda Bellarmino
 Biomédico
 CRBM 5409

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 84D0-549C-8163-B331-EBDE-979B-8FE7-4544



PNCQ
 Programa Nacional
 de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM - 02/02/2021 13:09:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020213092639700000037174079>
 Número do documento: 21020213092639700000037174079

Num. 38994953 - Pág. 1



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

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

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

() Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefalácia () Tontura () Síncope

() Dispnéia de esforço () Grande () Pequena

() Palpitações () Média () Ortopnéia

() Dor Precordial () Tosse Seca () Expectoração

() Relacionada a Esforço () Típica () Atípica

() Emoções () Frio () Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica () Hipertensão Pulmonar () DPOC () Outros

() Diabetes Mellitus () Insuf. Cardíaca Congestiva () Insuficiência Coronariana

() Arritmias () Insuf. Renal () Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: _____ () Tabagismo

() Etilismo () Sedentarismo

() Dislipidemia () Cirúrgico _____ () Outros

Medicamentos em uso () Não () Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral () Bom () Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: _____

b.p.m P.A.: _____ mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: _____

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.: _____

Ass. do Médico



Bruna Lima, PROT. 1693374 20.4 /

Incotri

2018

1) Descida lumbopres RPA

2) SRL 1000 m de W e R

3) Gestacione shorw IV

4) Caudaline 600m IV 669 48

5) Tulosel 30-5 + 50 IV 12ml 02

6) Dreno 19+ 50 IV 616g 20

7) de 818g (lata)

8) drenagem h/long + densa

9) drenagem h/long + densa

10) drenagem h/long + densa

11) drenagem h/long + densa

12) drenagem h/long + densa

13) drenagem h/long + densa

14) drenagem h/long + densa

15) drenagem h/long + densa

16) drenagem h/long + densa

17) drenagem h/long + densa

18) drenagem h/long + densa

19) drenagem h/long + densa

20) drenagem h/long + densa

21) drenagem h/long + densa

22) drenagem h/long + densa

23) drenagem h/long + densa

Fig 06

POR 2º anestesiologista
CV: VPM + RX de controle

1

2

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-SP 9907

DATA: 24-07-18

HORA: 19:00

R.A: 100x60

Paciente consentiu
orientada Pos -
operatório a
mama de
caso unilatera
de estase.



MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

Hospital: de Emergência e Trauma de Goiânia Código:
Procedimento: Frat. Lir com Fixação de Ossos Póstumos Cód. Procedimento:
Paciente: Bruno Alves Souza
Data da Cirurgia: 24/01/18 Nº prontuário: 3693393 Convênio:
Cirurgião: Dr. Andrey Código: () Reposição () Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

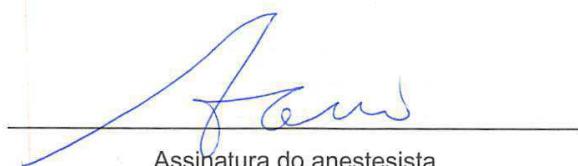
Cód. Instrumentador: _____

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodoro Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05
Fone/Fax: (88) 3521.4801 * www.bioimplants.com.br



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 | | |
| Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 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 | | |
| Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2 | | |
| Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2 | | |
| TOTAL DE PONTOS: | | |



Assinatura do anestesista





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Brunna Tuxia Souza

Idade: 19 a.

Paciente: Graciela

Data: 24.04.18

Procedimento: H^o Cirurg. Cl. Fix. de Dymbro 'E'

Cirurgião: D^o Andrey

Auxiliar:

Anestesista: Dr Rafael

Início: 09:15

Término: 12:00

Anestesia Bloqueo

| | |
|------------------------|------------|
| Observações: | |
| <i>Aleix</i> | |
| Acupuntura-Anestesiota | Circulante |

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD 103



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

| PACIENTE: <i>Bruna Buarque Souza DN=05/09/1998</i> | | | | |  GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes | |
|--|--|-------------------------|---|-----------------------------|--|--|
| QI | LEITE <i>1, bela 04</i> | CONVÊNIO <i>Isus</i> | IDADE <i>19 anos</i> | REGISTRO <i>J693 295</i> | | |
| CIRURGIA <i>Hernia de fixação de Ombro esquerdo</i> | CIRURGÃO <i>Dor Denchey + Dr Alivion + Dr Bavelan</i> | | | | | |
| ANESTESIA <i>Bloqueio deplexo + sedação</i> | ANESTESIA <i>Dr Rafael</i> | | | | | |
| INSTRUMENTADORA <i>norma</i> | DATA <i>26.07.18</i> | INÍCIO <i>09:35</i> | FIM <i>12:00hs</i> | | | |
| Qtd. | MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS | | FIOS | CÓDIGO | | |
| 01 | Adrenalina amp. | <i>04</i> | Bolsa Colostoma | | | |
| | Atropina amp. | | Calel. p/ Óxg. | | | |
| 01 | Diazepan amp. <i>01 Dexamid</i> | | Catet. De Urinar Sist. Fech. | | | |
| 02 | Dimore amp. <i>Efrane ml + Lido 50/ Vaso 50ml</i> | | Compressa Grande <i>500</i> | | | |
| | Dolantina amp. | | Compressa Pequena | | | |
| 02 | Efrane ml + Lido 50/ Vaso 50ml | | Cotonóide | | | |
| | Fenegam amp. | | Dreno | | | |
| 04 | Fentanil ml <i>50ml</i> | | Dreno Kerr nº | | | |
| 01 | Inova ml <i>500 ml Vaso 20ml</i> | | Dreno Pezzer nº | | | |
| 02 | Ketalar ml <i>500 ml Vaso 50ml</i> | | Equipo de Macrogotas | | | |
| | Mercaina % ml | | Equipo de Macrogotas | | | |
| | Nubahin amp. | | Equipo de Sangue | | | |
| | Pavulon amp. | | Equipo de PVC | | | |
| | Protigmine amp. | <i>02</i> | Espasadrapo Larco cm | | | |
| | Protoxido l/m | | Furacim ml | | | |
| | Quelicin ml | <i>15</i> | Gase Pacote c/ 10 unidades <i>(Perfumado)</i> | | | |
| | Rapifen amp. | | <i>H2O2 ml</i> | | | |
| | Thionembutal ml | | Intracath Adulito | | | |
| | Tracium amp. | | Intracath Infantil | | | |
| Qtd. | MEDICAÇÕES | <i>01</i> | Lâmina de Bisturi nº 23 | | | |
| 01 | Agua Destilada amp. | | Lâmina de Bisturi nº 11 | | | |
| 01 | Decadron amp. | | Lâmina de Bisturi nº 15 | | | |
| 01 | Dipirona amp. | <i>02</i> | Luvas 7.0 | | | |
| | Flaxidól amp. | <i>02</i> | Luvas 7.5 | | | |
| | Flebocortid amp. | <i>02</i> | Luvas 8.0 | | | |
| | Geramicina amp. | <i>02</i> | Luvas 8.5 | | | |
| | Glicose amp. | <i>QN</i> | Oxigênio l/m | | | |
| | Glucon de Cálcio amp. | | Polifix | | | |
| | Haemacel ml. | <i>QN</i> | PVPI Degemerante ml <i>(Clorhexidina Alcoólica)</i> | | | |
| | Heparema ml. | | PVPI Tópico ml. | Qtd. | SOROS | |
| | Kanakion amp. | | Sabão Antiséptico | <i>03</i> | <i>SG Normotérmico fr 500 ml</i> | |
| | Lasix amp. | | Saco coletor | | <i>SG Gelado fr 500 ml</i> | |
| | Medrotinazol. | <i>04</i> | Seringa desc. 10 ml | | <i>SG Hipertérmico fr 500 ml</i> | |
| | Plasil amp. | <i>06</i> | Seringa desc. 20 ml | | <i>SG Ringr fr 500 ml</i> | |
| | Prolamina | | Seringa desc. 05 ml | <i>02</i> | <i>SE fr 500 ml</i> | |
| | Revivan amp. | | Sonda | | | |
| | Stuptanon amp. | | Sonda Foley | Qtd. | ORTESE E PRÓTESE | |
| 02 | Cefalotina 1g <i>relevosina 750mg</i> | | Sonda Nasogástrica | | | |
| | | | Sonda Uretral nº | | | |
| | | | Sterydrem ml | | | |
| | | | Torneirinha | | | |
| Qtd. | MATERIAIS / SOLUÇÕES | | Vaselina ml | | | |
| 02 | Aguilha desc. 25x7 <i>40x12</i> | | Gelcon 18 | | | |
| | Aguilha desc. 28 x 28 | | Latese | | | |
| 01 | Aguilha desc. 3 x 4,5 | <i>QN</i> | <i>mucopene 2</i> | | | |
| 01 | Aguilha p/ raque nº 26 | <i>10</i> | <i>duvaxol 1000</i> | | | |
| | Álcool de Enfermagem | <i>05</i> | <i>clorhexidina</i> | | | |
| 01 | Álcool Iodado ml | | | | | |
| 01 | Ataduras de Crepon <i>15cm</i> | | | | | |
| | Ataduras de Gessada | | | | | |
| | Azul metíleno amp. | | | | | |
| | Benzina ml | | | | | |
| EQUIPAMENTOS | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso <input type="checkbox"/> Foco Auxiliar <input type="checkbox"/> Serra <input checked="" type="checkbox"/> Eletrocautério <input type="checkbox"/> Desfibrilador <input type="checkbox"/> Oxicapiógrafo <input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal <input type="checkbox"/> Cardiomonitor <input type="checkbox"/> Fonte de Luz <input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico | | | | | | |
| CIRCULANTE RESPONSÁVEL <i>heb 600m 3000</i> | | | | | | |

MOD 066





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

| | | |
|--|---|---------------------------------|
| Nome do Paciente <u>Bruna Reis</u> | | Nº Prontuário <u>1693307</u> |
| Data da Operação <u>24/07/18</u> | Enf. | Leito |
| Operador <u>Dr. Andre</u> | 1º Auxiliar <u>Dr. Hulsen (M&B)</u> | |
| 2º Auxiliar <u>Dr. Evelum (M&B)</u> | 3º Auxiliar | Instrumentador |
| Anestesia | Tipo de Anestesia | |
| Diagnóstico Pré-Operatório <u>Fratura úmero proximal E</u> | | |
| Tipo de Operação <u>Osteosíntese</u> | | |
| Diagnóstico Pós-Operatório <u>lo mesmo</u> | | |
| Relatório Imediato da Patologia <u>Ø</u> | | |
| Exame Radiológico no Ato <u>Sim</u> | | |
| Acidente Durante a Operação <u>não</u> | | |

DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Fornecimento de sangue
- 2) Assepsia e antisepsia, colocação de campos estériles
- 3) Irrigação com água de uso geral (E) + diluição de glúmero + hemostat
- 4) Adequação da fix + coagulantes. Com glúmero liberando pl. extrínseco freudal 3F + parafina carbônica, não encorp.
- 5) Incisão da FA com 5F + redução de hemostase
- 6) Suturas com glúmero
- 7) Cerradura

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





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



TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



Bruna Rovira
23/07/2018

Pronostício : 16.933.07

- 1 - Dextra Rovira ZERO APÓS 228
- 2 - Disponha 1g VOA dcr SN
- 3 - Fixie motora
- 4 - SSW e CCGC
- 5 - Posse de higrômetro W.

1
6

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR ORTOPEDIA-TRAMATOGIA
CRM-PB 9907

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR ORTOPEDIA-TRAMATOGIA
CRM-PB 9907

Rua 10-4.

BET, USTK, x
C5, VPR

1
6

Exame proximal E

Judilene dos Santos Silva
COREN-PB 958.700-TE
DATA = 23-07-18
HORA = 08:30
P.A = 100x70

Judilene dos Santos Silva
COREN-PB 958.700-TE
DATA = 23-07-18
HORA = 20:00
P.A = 110x70

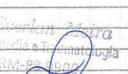
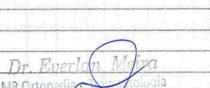






SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

| FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO | | | |
|--|--|------------|---|
| Paciente | Bruna Lúisa | Alojamento | 30 Leito A |
| Data | Prescrição Médica | Horário | Evolução Médica |
| 22/07/2018 | 1- Dieta livre. 2- Fisioterapia motora. 3- Omeprazol 40mg + Diluente IV /Jejun 04 4- Dipirona 1g 06/06H + AD IV 06/06H 12 Q 24h 06h 5- CCGG + SSVV 6- Tilatil 20mg + AD IV 12/12H S/N | | VPM, enteral, sem determinar CD: VPM Aguarda cirurgia |
|  Dr. Enevaldo Mora M&G Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 09.000 | | | |
|  Dr. Enevaldo Mora MR Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 09.000 | | | |



Assinado eletronicamente por: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM - 02/02/2021 13:09:27
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102021309272660000037174080>
Número do documento: 2102021309272660000037174080

Núm. 38994954 - Pág. 2



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



TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



FX UMERO PROXIMAL E

PRE-OP:

LEITO 10-4

#ORTOPEDIA# DIH: ____°

BFC, enure, n/ dolorum

COL VPM

Aguda

Dr. Everlan Meira
MR Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9900**ALA ORTOPÉDICA**

ORTOP

LEITO 10-4

BRUNA LUSIA21/07/18
Pnonti 1693307

- 1 DIETA LIVRE
- 2 DIPIRONA 1g VO SE DOR
- 3 FISIO MOTORA
- 4 SSVV + CCGG

Dr. Everlan Meira
MR Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9900



21/07/18 09:50

PA = 110x70 P = 93

Baete corrente e orientada
x queixas at CORRIDA PANDA
seal o cuidado
em farrinha.



21/09/18 9:40
 PA = 120x80 P = 96
 Baete segui ass ^{veridados}
 da enfermeira. ^{verificando}





GOVERNO
DA PARAÍBA

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



TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



BRUNA LUISA
PRONT. 1693307

20.07.18

ORTOPSI
LEITO 10-4

ALA ORTOPÉDICA

1 DIETA LIVRE PARA FAS

2 DIPIRONA 1g + AD EV 6/6H

3 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE IV / JEJUM

4 FISIO MOTORA ✓

5 SSVV + CCGG

6 TILATIL 20MG + AD IV 12\12H 5/N

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

PRE-OP:

LEITO 10-4

#ORTOPEDIA# DIH: ____°

BIG, óctocel, sem interconexões

CD: VPM

1
0

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

Jucilene dos Santos Silva
CRM-PB-CA 998-700-05 ATA = 20-08
HORA = 08:55
P.A = 100x70

Jucilene dos Santos Silva
CRM-PB 998-700-05 TE HORA = 20:00
P.A = 110x70





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

RESUMO DE ALTA

(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

| | | |
|---------------|--------------|------------|
| NOME: | DN: | PRONT. Nº: |
| NATURALIDADE: | PROCEDÊNCIA: | |
| ADMISSÃO: | ALTA: | |

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

19/07 08:00

PA = 120x80

2. Resultado dos principais exames

Segui aguardando
liveraria mas quiza
deve, medicada c. P.M

(Assinatura)

3. Evolução e complicações

21:00

PA = 100x80

4. Terapêutica realizada

Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

7. Condições de alta

Curado

A pedido

Óbito

Melhorado

Inalterado

Transferido para: _____

Campina Grande, _____ de _____ de _____

Responsável pelo resumo



Burmă Luria

Рпснтуарія: 1693291

85/170/65

10-4

J-Dictionarv

2- Diplopia Jg, VO, 6/6H (can patient see 24@)
3- Jdca
4- Dexamethasone JFA + SFJ smd, E V, J2/J2H ~~pk~~ (2)
5- SSVV + CCGG

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
C.R.M.-P.B 9967



RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

| | | |
|--|--------------|------------|
| NOME: | DN: | PRONT. N°: |
| NATURALIDADE: | PROCEDÊNCIA: | |
| ADMISSÃO: | ALTA: | |
| 1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico) | | |
| 2. Resultado dos principais exames | | |
| 3. Evolução e complicações | | |
| 4. Terapêutica realizada | | |
| 5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo) | | |
| 6. Orientações médicas para pacientes / egresso | | |
| 7. Condições de alta | | |
| <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> A pedido <input type="checkbox"/> Óbito | | |
| <input type="checkbox"/> Transferido para: _____ | | |
| Campina Grande, _____ de _____ de _____ | | |
| Responsável pelo resumo | | |



BRUNA LUSIA
PROV. 1693291

18.07.18

10-H

com pacient

BTC, óssea, ou articulares

co: un

1

Dr. Edler Fabrício A. Cruz

DR ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

- 1) Dente dura
2) Dente lg mão, dígo, no bico 12 18 24 96
3) SS vr + cccg
4) gelo
5) Dexadone 100 + ST 150 12 24

P.R 100x60

18/07/18

08:00 AM O. A. Crispim

Lara Matheus 1282534-TE
CORREN-PB



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



TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital portando infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



1

URIOUH!
LEIUIUH4

Racende: Branca Júlia Souza
n° lotriga. Rent: Nazaré.

ALA ORTOPÉDICA

PRE-OP:

LEITO 10-4

1 DIETA LIVRE PASTA#
este

2 DIPRONA 1g + AD EV 5/6H

3 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE IV / JEJUM

4 FISIO MOTORA

A++

5 SSVV + CCGG

A++

6 TILATIL 20MG + AD IV 12/12H

A++

7 - Salco relaxinizado. A++

8 - Dexanestesia 01% + SF 15ml

IV 12(12H) (lata) A++

#ORTOPEDIA# DIH: ____ °

B3B1, 30kg x 100cm
CONTR

1

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
CRM-PB 9907

1f - 0f - 2018

14hs → 36⁵° 120x80

Paciente mantendo falso relaxinizado
paciente sem queixas no seu recente
evolução sem concreto procedimento
e nenhuma aguarda procedimento
seringas

Kátia Silvana Almeida
COREN-PB 958.700-TE





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



TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____



ORTOPÉ
LEITO 10-4

Bruno Júra
Pront. 1693291

ALA ORTOPÉDICA

1 DIETA LIVRE PARA LAS

2 DIPIRONA 1g + AD EV 6/6H

3 OMEPRAZOL 40mg + DILUENTE IV / JEJUM

4 FISIO MOTORA

5 SSVV + CCGG

6 TILATIL 20MG + AD IV 12\12H

7 gelco

8 descondensar JPA + SF 15ml ja 24
IV (21,2h (leito))

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR ORTOPÉDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

DATA - 16-07-18
HORA - 09:00

P.A = 110 x 70

Paciente consciente
orientada medicada
e segue as
enfermidades de esquerda

Jucilene dos Santos Silva
COREN-PB 993.700-TE

PRE-OP:

LEITO 10-4

#ORTOPEDIA# DIH: ____°

B66, ostomed, vrn interconvervus

CO: V PM

1
0

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MR ORTOPÉDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

DATA - 16-07-18

HORA - 19:00

P.A = 100 x 70

Jucilene dos Santos Silva
COREN-PB 993.700-TE







GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Orytop. I

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Plant 1693307

6 Paciente

Brazza East South

Alojamento 10

Leito

4

Convênio

| Data | Prescrição Médica | Horário | Evolução Médica |
|-------|---|----------|---|
| 15/07 | (1) Dofla Livre. | | # Adm. 05 |
| | (2) Jatos salinos N3 18 | cte | Prurido intenso de |
| | (3) Dipirona 1g + msn evr 6/6 h | 24/08 | Moto cl. furiosa em ambos os |
| | (4) Paracetamol 1gr + 15ml SF evr 10/10h leito. | 29 | episodios dor + deformidade em |
| | (5) Trifil 20mg + ABN evr 12/12h | 29 | ambos (2). |
| | (6) Ompramol 40 mg + atenaf 0,025 evr av fgyr | 06/08/18 | Dor cl. Pq dor intenso pax. (2) desvio neg. Abangas. |
| | (7) Estanulen Dantrolen. | | cd: Interno pt cirurgie. |
| | (8) SSUV + CCG. | ATT | Selvato pax. op. Inabilitad pax. |
| | DR. YNY Paiva ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CRM-PE 10.007 | | DR. YNY Paiva ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CRM-PE 10.007 |

MOB 025



Assinado eletronicamente por: PABLO RHUAN DO NASCIMENTO ANGELIM - 02/02/2021 13:09:28
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102021309281720000037174082>
Número do documento: 2102021309281720000037174082

Nº 38991956 - Pág. 3



**Poder Judiciário da Paraíba
9ª Vara Cível de Campina Grande**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0802529-30.2021.8.15.0001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade judiciária.

Deixo de encaminhar os autos ao CEJUS porque a causa não se predispõe à autocomposição (art. 334, § 4.º, inciso II, do Código de Processo Civil de 2015), no momento inicial do processo, ante a ausência de exame pericial.

Ressalto que esta posição não importa no descumprimento do dever de conciliar as partes, previsto nos arts. 3.º, § 2.º, e 139, V, do CPC, pois este poderá realizar-se “sempre que possível” (art. 3.º, § 2.º) e “a qualquer tempo” (art. 139, V), de sorte que nada impede a promoção da autocomposição, com designação de audiência para esse fim, posteriormente ou em conjunto com a perícia judicial, como, aliás, vem acontecendo nos mutirões de processos de Seguro DPVAT ordinariamente realizados pelo TJPB.

Cite-se o a promovida para tomar conhecimento da presente ação e, querendo, contestá-la em quinze dias, sob pena de revelia.

Campina Grande (PB), 3 de fevereiro de 2021.

Andréa Dantas Ximenes - Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: ANDREA DANTAS XIMENES - 03/02/2021 16:53:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020316531778200000037232426>
Número do documento: 21020316531778200000037232426

Num. 39057171 - Pág. 1