



Número: **0826435-51.2018.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **23ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ITAMAR APARECIDO FERREIRA (AUTOR)	RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS (ADVOGADO)
MAPFRE SEGUROS (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
28499 489	30/06/2018 13:34	Petição Inicial	Petição Inicial
28499 499	30/06/2018 13:34	DPVAT - ITAMAR APARECIDO FERREIRA	Outros documentos
28499 493	30/06/2018 13:34	PROCURAÇÃO E CONTRATO	Outros documentos
28499 494	30/06/2018 13:34	DOCUMENTOS PESSOAIS	Outros documentos
28499 495	30/06/2018 13:34	COMP. RESIDÊNCIA	Outros documentos
28499 496	30/06/2018 13:34	PROVAS 1	Outros documentos
28499 498	30/06/2018 13:34	PROVAS 2.compressed	Outros documentos

PETIÇÃO INICIAL EM PDF.



Assinado eletronicamente por: RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS - 30/06/2018 13:32:13
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18063013321360000000027527018>
Número do documento: 1806301332136000000027527018

Num. 28499489 - Pág. 1

EXCELENTE SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DE UMA DAS VARAS CÍVEIS DA COMARCA DE NATAL, ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE, A QUEM ESTA COUBER POR DISTRIBUIÇÃO LEGAL.

ITAMAR APARECIDO FERREIRA, brasileiro, casado, pedreiro, portador do RG nº 002.193.403 SSP/RN, inscrito no CPF sob nº 012.836.944-25, residente e domiciliado na Rua São Raimundo, nº 28 A, Bela Vista, Zona Rural, Macaíba/RN, CEP: 59.280-000, por intermédio de seus advogados legalmente habilitados, vem, *mui* respeitosamente, à presença de **Vossa Excelência**, propor

AÇÃO DE COBRANÇA (SEGURO DPVAT)

Em face da **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**, inscrita no CNPJ sob o nº 61.074.175/0001-38, com endereço para citação em na sucursal: Avenida Jaguarari, nº 1865, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP 59032-620, pelos motivos de fato e de direito articulados abaixo:

1. PRELIMINARMENTE:

1.1 DAS PUBLICAÇÕES E INTIMAÇÕES

Ab initio, requer que todas as publicações, intimações e demais notificações de estilo sejam realizadas, **exclusivamente** e independentemente de algum outro Causídico ter realizado ou vir a realizar algum ato processual neste caso, em nome do advogado, **RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS**,



inscrito na OAB/RN 5990, com endereço profissional na Av. Amintas Barros, nº 2909, 1º andar, sala 13, Lagoa Nova, Natal/RN - CEP: 59.062-250, sob pena de nulidade, nos termos do art. 272, § 5º, do Novo Código Processual Civil e na conformidade do entendimento pacificado pela Corte Especial do STJ no EREsp. n. 812.041.

1.2 DO PEDIDO DE GRATUIDADE JUDICIÁRIA

Requer o autor os benefícios da justiça gratuita, por ser pobre na forma da Lei, não podendo arcar com despesas do processo, mormente **preparo** de eventual **recurso**, sem prejuízo do sustento próprio e da família, com esteio no art. 98 e ss do NCPC.

1.3 DA AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO

Por se tratar de Ação de Cobrança do Seguro Obrigatório DPVAT, em que se faz necessária a realização de perícia médica judicial para a graduação da sequela física da parte autora, em decorrência do acidente de trânsito, o melhor entendimento é no sentido de que a audiência de conciliação (nos moldes do Novo CPC) deva ocorrer após a feitura do procedimento médico, uma vez que só é possível o ajuste entre as partes com a existência do laudo pericial.

1.4 DA COMPETÊNCIA DO JUÍZO

Inicialmente, é necessário reconhecer a competência deste Juízo para o processamento e julgamento do feito, uma vez que se trata de faculdade do Autor escolher o foro para a propositura da ação nas possibilidades do seu domicílio, domicílio do réu ou local do fato.

Este é o melhor entendimento, conforme demonstra manifestação do Superior Tribunal de Justiça:



CONFLITO DE COMPETÊNCIA. AÇÃO DE COBRANÇA. ACIDENTE DE VEÍCULOS. SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT. DPVAT1. Constitui faculdade do autor escolher entre qualquer dos foros possíveis para ajuizamento da ação decorrente de acidente de veículos: o do local do acidente ou o do seu domicílio (parágrafo único do art. 100 do CPC); bem como, ainda, o do domicílio do réu (art. 94 do CPC). Precedentes.100CPC94CPC2. Conflito conhecido para declarar competente o Juízo suscitado. (114844 SP 2010/0205321-0, Relator: Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, Data de Julgamento: 13/04/2011, S2 - SEGUNDA SEÇÃO Data de Publicação: DJe 03/05/2011)

1.5 DO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO

Faz-se necessário, também, informar que o autor deu entrada em procedimento administrativo, tendo recebido o valor de R\$ 1.350,00, conforme documento anexo, não sendo cabível a extinção do presente feito por ausência de pressupostos processuais.

1.6 DA LEGITIMIDADE PASSIVA

No Tocante à legitimidade passiva para a Causa, é unísono o entendimento de que qualquer uma das Seguradoras da Sociedade Nacional do Convênio DPVAT responde pelo pagamento da indenização em virtude do Seguro Obrigatório.

2. DOS FATOS:

Segundo consta no Boletim de Ocorrência anexado aos autos, “no fatídico dia **19/11/2017 às 15h**, o autor estava como pilotando uma motocicleta, placa MXI6180, de propriedade de Valdir Aparecido Ferreira, sentido Macaíba – Natal, nas proximidades da Ponte do Rio Guarapes, na BR 226, quando colidiu com um animal que atravessou a pista de rolamento. O autor, assim, veio a cair ao solo, sofrendo assim lesões corporais”.

Apesar das lesões as quais o autor sofreu, o mesmo conseguiu se dirigir a UPA de Macaíba. Após 5 dias, ao continuar sentindo dores abdominais,



procurou o Hospital Deoclécio Marques de Lucena, onde ele foi atendido e realizou exames médicos.

O laudo médico que segue anexo expõe, de maneira clara e objetiva, que, em decorrência do acidente, o Requerente teve **OUTROS TRAUMATISMOS E OS NÃO ESPECIFICADOS DO ABDOME, DO DORSO E DA PELVE (CID 10 S39), TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO OMBRO (CID 10 S49), FERIMENTO DO OMBRO (CID 10 S41) E HEMOPERITÔNIO (CID 10 K66.1)**, tratando-se, pois, de lesões de natureza grave.

Vale salientar que o autor foi submetido a tratamento cirúrgico para a estabilização do seu quadro de saúde. Atualmente, o requerente apresenta dores e limitação nos membros acometidos.

Dessa forma, e em consonância com a legislação que trata da matéria, veremos que, se constatada a invalidez em decorrência de acidente de trânsito, o AUTOR faz jus ao recebimento de indenização no valor de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), devendo o valor percebido na esfera administrativa ser abatido do valor total.

Portanto, como é notório, o Seguro Obrigatório tem por finalidade dar proteção financeira às vítimas de acidentes de trânsito, seja condutor, passageiro ou pedestre, compreendendo indenização por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar. E, caso a seguradora Ré venha a comprovar algum pagamento a título indenizatório, na época do acidente, que tal quantia seja abatida do montante pedido na presente ação.

3. DO DIREITO E DA JURISPRUDÊNCIA

Mister se faz analisar a natureza do seguro obrigatório. De fato, e como ensina Elcir Castello Branco, o seguro obrigatório é uma garantia de que o Governo exige para proteger as vítimas, em razão do número crescente de eventos danosos, cf. "Seguro Obrigatório de Responsabilidade Civil", LEUD., 1976, p. 4.

Assim, os veículos, no momento do licenciamento anual, ficam obrigados a recolher o valor do seguro obrigatório de responsabilidade civil. É, aliás, condição para que os veículos possam trafegar, como aponta Rui Stocco in Responsabilidade Civil e sua Interpretação Jurisprudencial, RT., p. 205.

Por esta razão de ordem pública, a Lei 6.194/74 regulamentou, inclusive, o valor da indenização, estabelecendo em seu artigo 3º:



"Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no artigo 2º (seguro obrigatório) compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar".

Com efeito, o Seguro obrigatório – ao contrário dos demais contratos desta natureza –, é regulamentado por legislação específica, sendo a indenização tarifada e insusceptível de transação. Correto, então, afirmar que as partes não podem deliberar sobre os valores especificados em lei. A rigidez da norma legal, pela especificidade do seguro em análise, tem por objetivo a proteção da parte mais fraca da relação contratual, no caso, o segurado.

A pretensão autoral encontra-se amparada pela Lei nº. 6.194/74 e art. 7º da Lei 8.441/92. Assim, a lei do seguro obrigatório estipula, no caso de invalidez permanente, o direito ao recebimento, pelo acidentado, de um valor indenizatório de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), notadamente quando a invalidez ou debilidade for permanente.

Ademais, a jurisprudência sobre a matéria, nesse sentido, é pacífica:

EMENTA: CIVIL E PROCESSO CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA. RITO SUMÁRIO. SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). PRAZO PRESCRICIONAL PREVISTO NO ARTIGO 206, § 3º, IX, DO CÓDIGO CIVIL. PEDIDO DE ASSISTENCIA JUDICIÁRIA GRATUITA DEFERIDO PELO JUÍZO A QUO. PREJUDICADA ANÁLISE EM GRAU RECURSAL. CONHECIMENTO E PROVIMENTO PARCIAL DO RECURSO. PRESCRIÇÃO AFASTADA. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 278 DO STJ. REFORMA DA SENTENÇA. NECESSIDADE DE RETORNO A INFERIOR INSTÂNCIA. CONHECIMENTO E PROVIMENTO PARCIAL DO RECURSO. Julgamento: 10/03/2011 Órgao Julgador: 3ª Câmara Cível Classe: Apelação Cível - APELAÇÃO CÍVEL N.º 2010.014507-5 - Tribunal de Justiça do RN – Relator: Desembargador Vivaldo Pinheiro.

EMENTA: CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA. ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES (DPVAT). PREJUDICIAL DE DEILEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM SUSCITADA PELA APELANTE. REJEIÇÃO. PREJUDICIAL DE CARÊNCIA DE AÇÃO POR AUSÊNCIA DE INTERESSE DE AGIR. INEXISTÊNCIA DE PEDIDO NA VIA ADMINISTRATIVA. AMPLO ACESSO AO JUDICIÁRIO. REJEIÇÃO. MÉRITO. INVALIDEZ PERMANENTE. APELAÇÃO CÍVEL INTERPOSTA PELA SEGURADORA. INDENIZAÇÃO FIXADA EM VALOR CERTO. DATA DO FATO. APPLICABILIDADE DA LEI Nº 6.194/74, COM A APLICAÇÃO DA MP 340/2006,



CONVERTIDA NA LEI Nº 11.482/2007, E DA MP 451/2008, POSTERIORMENTE CONVERTIDA NA LEI Nº 11.945/2009. NÃO APLICAÇÃO DESTA NO CASO CONCRETO. PERÍCIA NÃO REALIZADA EM VIRTUDE DA DESÍDIA DA PARTE RÉ. PRESUNÇÃO DE VERACIDADE DAS ALEGAÇÕES FEITAS PELA PARTE AUTORA. ÓNUS PROCESSUAL QUE DEVE SER ASSUMIDO. MANUTENÇÃO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO. CONHECIMENTO E DESPROVIMENTO DO RECURSO. SENTENÇA MANTIDA. Apelação Cível nº 2010.015792-2 Julgamento: 10/03/2011 Órgao Julgador: 3ª Câmara Cível – Tribunal de Justiça do RN – Classe: Apelação Cível. Relator: Desembargador Amaury Moura Sobrinho.

Conclui-se, portanto, que o direito do Autor é líquido e certo, sendo apenas matéria de direito, e se fundamenta perfeitamente na legislação vigente.

4. DO PEDIDO:

Ante o exposto, com o fulcro na CF/88 e na legislação de regência, bem como nos princípios gerais do Direito aplicável, requer a Vossa Excelênci que:

- a) Seja concedido ao Requerente o benefício da **Justiça Gratuita**, nos termos do art. 98 e ss do NCPC, eis que é pessoa pobre e não possui condições financeiras de arcar com as custas processuais sem prejuízo do seu próprio sustento;
- b) Determine a **Citação da Empresa Ré**, no endereço indicado preambularmente para, querendo, contestar a presente ação no prazo legal, sob as penas do art. 344 do CPC;
- c) Ao final, **Julgue Procedente** totalmente o presente pedido, nos termos consignados nesta exordial, condenando a ré ao pagamento da indenização (seguro DPVAT) no valor de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) devendo ser abatido o valor recebido administrativamente, caso exista, acrescido de juros de mora a partir da citação (Súmula 426 STJ), correção monetária desde o evento danoso (Súmula 43 STJ), custas processuais e honorários de advogado na base de 20% (vinte por cento) sobre o valor total do débito e demais cominações legais.
- d) Desde já, em caso de procedência do pedido, pugna pelo pagamento dos **Honorários Advocatícios** Contratuais, estabelecidos no contrato em anexo à Procuração Particular, em separado, devendo esses ser



pagos em alvará juntamente com os honorários sucumbenciais pagos pelo réu.

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em direito permitidos, tais como, **juntada de novos documentos e produção de prova técnica, para que se constate a debilidade do Autor, apresentando ao final deste petitório os quesitos para serem respondidos por ocasião da perícia;**

A parte autora informa, também, que **tem interesse na realização de audiência, para tentativa de conciliação, bem como, caso seja necessário, na produção de prova oral, mas que esta deverá ser realizada só após a produção de prova pericial, que é imprescindível para o deslinde da questão.**

Pugna, ainda, o autor, por oportuno, como medida da mais lídima justiça, que o Douto Julgador, quando da análise de mérito, leve em consideração a perícia médica que será realizada pelo Expert indicado pelo Juízo, o qual é quem possui a capacidade técnica necessária para atestar, a partir da verificação do caso concreto, o real grau de incapacidade ou sequela do requerente.

É justamente por essa razão que a atribuição do valor da causa é feito de modo a contemplar “Até a Quantia Máxima Prevista na Tabela” que fixa a proporção dos valores em razão da graduação da incapacidade/sequelas, qual seja, R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), abatendo-se, obviamente, desse valor o quantitativo já recebido pela via administrativa, quando existente.

E isso se mostra legítimo porque a estipulação do valor da causa de modo diverso, fixando objetivamente algum valor específico e inferior, tendo como base a aludida tabela, pode limitar o direito do proponente, haja vista que a quantificação da indenização a que faz jus depende da análise do Perito judicial.

Requer que todas as intimações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do advogado RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS, inscrito na OAB/RN 5990.

Dá-se à causa o valor de R\$ 12.150,00 (doze mil cento e cinquenta reais).



Nesses termos,
Pede Deferimento.

Natal/RN, 29 de Junho de 2018.

RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS
OAB/RN 5990



QUESITOS DIRIGIDOS AO ILUSTRÍSSIMO SR. PERITO JUDICIAL:

1. Há ofensa à integridade física ou a saúde do periciando? Qual o meio ou instrumento que a produziu?
2. Resultou debilidade parcial ou permanente de membro, sentido ou função?
3. Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias?
4. Resultou parcial ou total perda ou inutilização de membro, sentido ou função?
5. Resultou deformidade parcial ou permanente?





Toscano &
Contreras
ADVOGADOS

Escritório Natal - Av. Amintas Barros, 2909, 1º andar, sala 13
Lagoa Nova - Natal/RN CEP 59.062-250 - Tel/Fax: 84
3206.9533 - tcadvocacia5@hotmail.com

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE(S): Flávia Aparecida Ferreira, brasileira, casada, pedreiro, RG nº 002.103.403, morante no CPF nº 012.836.944-25, residente e domiciliado, na Rua São Reimundo, nº 28-A, Belo Vizinho, Zona Rural, Nacibe / RN, CEP: 59.280-000

OUTORGADO(S): RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 5990, CRISTINA MARIA DE SIQUEIRA MACHADO, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/RN sob o nº 600-A, ALINNE MARIA SOUTO DE QUEIROZ, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/RN sob o nº 16.177, JANNA ABY ZAYAN TOSCANO LYRA CONTRERAS, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/RN sob o nº 14.284, todos integrantes do escritório de Advocacia RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, regularmente inscrito na OAB/RN sob o nº 787, CNPJ nº 28.433.584/0001-08, com escritório profissional sito na Av. Amintas Barros, nº 2909, 1º andar, sala 13, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP: 59.062-250.

PODERES: a quem conferem amplos poderes da cláusula “ad-judicia et extra”, para o foro em geral, podendo dito (s) procurador (es) em conjunto ou isoladamente, em qualquer instância, juízo ou tribunal, propor contra a quem de direito as ações competentes e defendê-los nas contrárias, e, ainda, requerer, acordar, discordar, confessar, transigir, desistir, receber e dar quitação, variar de ações, firmar termos de interesses, em qualquer repartição pública federal, estadual, municipal, autárquica, representando defesa, inclusive substabelecer o todo ou em parte as prerrogativas que ora lhe são conferidas.

Nacibe /RN, 21 de junho de 2018.

Flávia Aparecida Ferreira
Outorgante



CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento, as partes abaixo qualificadas, contratam a prestação de assistência advocatícia, na forma e para os fins adiante estipulados:

1. PARTES: RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, com

inscrição no CNPJ: 28.433.584/0001-08 e inscrição na OAB/RN Nº 787, com escritório profissional sito na Av. Amintas Barros, nº 2909, sala 13, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP: 59.062-250, fone: 3206-9533, denominada CONTRATADA,

e

por

outro

lado

Honorário Spacial

Fernanda

aqui denominado(a) CONTRATANTE.

2. FINALIDADE DO CONTRATO: O(A) CONTRATANTE contrata os serviços profissionais da CONTRATADA, para que este ajuíze ação perante os Juizados Especiais Cíveis ou Justiça Estadual Comum.

3. DESEMPENHO DO MANDATO: A CONTRATADA postulará, em todas as instâncias, através de recursos adequados, para o fiel cumprimento do mandato outorgado pelo(a) CONTRATANTE.

4. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS:

4.1 Pela propositura da ação judicial, o/a CONTRATANTE pagará à CONTRATADA, a título de honorários advocatícios, o valor de:

- 20% (vinte por cento) sobre todos os valores líquidos recebidos pelo(a) CONTRATANTE decorrente da ação proposta.
- O/A CONTRATANTE autoriza, expressamente, o desconto dos valores aqui contratados quando da expedição do Alvará Judicial ou ordem de pagamento decorrente da ação proposta.

5. DESISTÊNCIA E CONTUMÁCIA

5.1 No caso de desistência do processo após protocolada a ação judicial ou ausência injustificada aos atos processuais, o contratante se compromete a pagar a título de honorários advocatícios, pelo trabalho já então realizado, a importância fixa de um salário mínimo vigente à época, salvo se for reajustar o processo conosco. Em todo caso deverá o contratante arcar com as custas judiciais fixadas pelo abandono da causa.

5.2 A verba oriunda da parte adversa, pelo princípio da sucumbência, reverterá a CONTRATADA.

5.3 No caso de desistência do processo após prolação de sentença, o (a) contratante fica obrigado a pagar os honorários advocatícios na sua integralidade.

6. Agindo o (a) CONTRATANTE de forma dolosa ou culposa em face da CONTRATADA, restará facultado a este, rescindir o contrato, substabelecendo sem reserva de iguais e se exonerando de todas as obrigações.

7. CLÁUSULA DE RISCO: em caso de insucesso da ação proposta, o/a CONTRATANTE não desembolsará quaisquer valores à CONTRATADA, inclusive os gastos havidos com a demanda.



Assim, em 21 de 06 / 2018 elegem o Foro da comarca de Natal/RN e assinam o presente instrumento em duas vias, para que possa produzir seus legais efeitos.

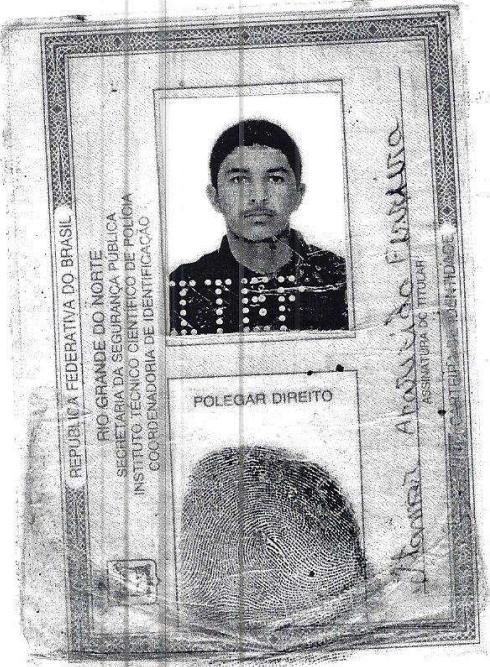
Jeanne Pereira Ferreira
CONTRATANTE

CONTRATADA

TESTEMUNHAS :

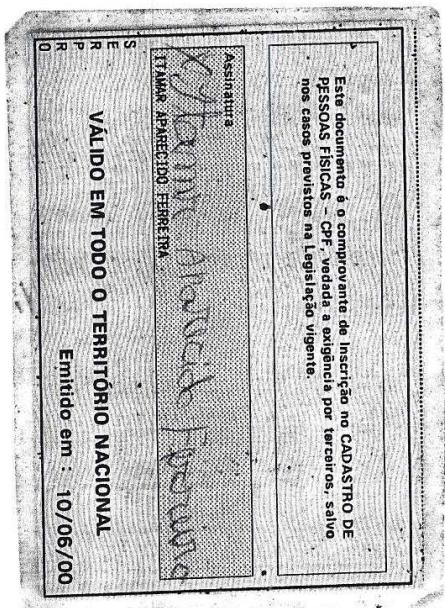
Briaguine Barreto Barbosa





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	002.193.403	DATA DE EXPEDIÇÃO	09/06/2000
NAME	ITAMAR APARECIDO FERREIRA		
FILIAÇÃO	FRANCISCO ANTONIO FERREIRA MARIA D) SOCORRO FERREIRA		
SOC. ORIGEM	SÃO SIMÃO GO	DATA DE NASCIMENTO	21/07/1979
NATURALIDADE	NASCIM LA008	RG	009536
CARTÓRIO	SÃO SIMÃO GO	CPF	
		Hamilton Ferreira dos Santos	132200 7
		LEI NSUBORDINADA.	





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mermoz, 180, Baldo, Natal - Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 06.324.986/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

ROSALIA DA SILVA CAIXIAS

CPF: 062 131 784-57 NIS: 13084489644

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
000026549	ÚNICA	03/01/2018
APRESENTAÇÃO	3019556387	2347583

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SÃO RAIMUNDO 28-A

BELA VISTA/ÁREA RURAL
MACAIBA/RN
59280-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7006035102	01/2018
10/01/2018	02/02/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	4,75

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo ate 30 kWh Acréscimo Bandeira VERMELHA	30.000.000	0,14872992	4,46 0,29

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA LEITURA	ATUAL DATA LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
213004337	CAT	04/12/2017 1.580,00	03/01/2018 1.605,00	20	1.00200		25,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

HISTÓRICO DE TÍTULOS

Mês/Año kWh	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
JAN18 30	ICMS		
DEZ17 30	PIS	0,73	0,03
NOV17 30	COFINS	3,37	0,16
OUT17 30			
SET17 30			
AGO17 30			
JUL17 30			
JUN17 30			
MAI17 30			
ABR17 30			
MAR17 34			
FEV17 35			
JAN17 41			

Faturado pelo mínimo da fase
• Custo de Disponibilização
Artigo 95, Resolução ANEEL
414/2010

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo ate 30 kWh 0,14263200

RESERVADO AO FISCO

33BC 8CB9 D1CC EDE7 C94F 1CC6 C609 44BD

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento dessa Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em aéreas. Na data de leitura a bandeira em vigor é a Verde/Mar. Informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há variação no consumo individual ou no nível de tensão de fornecimento. Pago em atraso gerará 2% (dois por cento) de multa (Artigo 110 § 4º da ANEEL), juros 1% a.m. (Artigo 430/02) e penalizações monetárias no prazo, não linear, de 10 dias a 120 dias (Artigo 430/02). Deverá ser observado o Artigo 10 da Resolução ANEEL nº 10433 de 26/04/02-R\$ 9,17. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo estabelecido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão do fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 (dois) meses de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

ATENÇÃO! A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO!

Convidamos a não pagamento das(s) conta(s) de energia citada(s).

Vencido	EF revisão	Venc.	Vencido	EF revisão	Venc.
12/10/17	03/01/18	4,97	10/01/17	04/01/17	4,67
11/10/17	03/01/18	4,75	12/09/17	04/01/17	4,92
10/09/17	03/01/18	5,00	09/09/17	04/01/17	7,01

Em caso de não pagamento da(s) dívida(s), o fornecedor de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer a cobrança de juros e penalizações monetárias (Artigo 430/02). Deverá ser observado o Artigo 10 da Resolução ANEEL nº 10433 de 26/04/02-R\$ 9,17. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo estabelecido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão do fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 (dois) meses de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

Nosso sistema deixa de emitir a declaração de faturamento, se substitui, para comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, caso existam faturamentos mensais (Art. 4º, Lei 12.007/00). Esta declaração não exige despesas com o pagamento de dívidas nem futuras em discussão judicial que poderão ser cobradas após o fim do processo judicial.

DURADA E FREQUÊNCIA DAS INTERRUÇÕES

CONJUNTO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE TENSÃO (V)
DIC PASSAGEM AREA	nov/2017	1,71	10,58	21,17	220	202 231
FIC		1,00	7,69	15,19		30,39
DMC		1,71	5,68	0,00		0,00

AUTORIZADO PARA SEREM FIRMADAS
AUTORIZADO PARA SEREM FIRMADAS

CONTA CONTRATO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)
7006035102 01/2018 10/01/2018 4,75

83810000000-0 04750038407-6 00603510220-8 01995602013-6





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA-GERAL DE PÓLICIA CIVIL - (DEGEPOL)
DIRETORIA DE PÓLICIA DA GRANDE NATAL - (DPGRAN)
DELEGACIA DE PÓLICIA CIVIL DE MACAÍBA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°0039/2018-DPM

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO
LOCAL DO FATO: BR 226, GUARAPES, PRÓXIMO A PONTE, MACAÍBA-RN
DATA E HORA DO FATO: 19/11/2017 HORA: 15 H

COMUNICANTE: ITAMAR APARECIDO FERREIRA

Filiação: FRANCISCO ANTONIO FERREIRA E MARIA DO SOCORRO FERREIRA
Documento: RG. 002.193.403 CPF: Naturalidade: SÃO SIMÃO/GO
Endereço: RUA SÃO RAIMUNDO, Nº 28A, BELA VISTA I, MACAÍBA/RN
Data de Nascimento: 21/07/1979
Profissão: PEDREIRO
Telefone: (84) 98837-5452

VÍTIMA: COMUNICANTE

Filiação:
Documento: ---- Profissão:
Endereço: ----
Nascimento:----
Telefone: (84) ----

PROTÓCOLO
RECEBIDO
23 FEV 2018
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

Acusado(a): A ESCLARECER

Endereço:
Ponto de referência:

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

O comunicante compareceu a esta unidade de polícia, onde informou que trafegava sentido Macaíba - Natal, pilotando a motocicleta de placa MXI 6180, em nome de Valdir Aparecido Ferreira, seu irmão, quando nas proximidades da Ponte do Rio Guarapes na BR 226, colidiu em um animal que atravessou bruscamente a pista de rolamento. A colisão provocou a queda da vítima, que sofreu escoriações pelo corpo, que mesmo ferido conseguiu pilotar a motocicleta até a UPA DE MACAÍBA. Nada mais disse.

OBS: O DECLARANTE ACIMA É RESPONSÁVEL PELAS DECLARAÇÕES PRESTADAS NESTE ATO.

MACAÍBA/RN, 12 DE JANEIRO DE 2018.

Assinatura do(a) Comunicante/Vítima	Assinatura e Matrícula do Policial

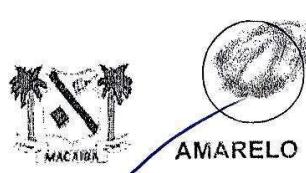
Praça José da Penha, 46, centro, Macaíba/RN, CEP 59.380-000, Tel. (84) 3271-6836/6835.



081



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA



Nº 043114.17-2

BAM - BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

MATRÍCULA: 2017.06875-0

DATA: 19/11/2017

NOME: ITAMAR APARECIDO FERREIRA

HORA: 15:00:19

IDADE: 38.(a) e 3 (m) DATA DE NASC.: 21/07/1979 NOME DA MÃE: MARIA DO SOCORRO FERREIRA

SEXO: M(x) F() TELEFONE: (84) 8837-5452 COR: PARDO

ESTADO CIVIL:

RG: 002193403 EMISSÃO: 00/00/0000 CPF: 012.836.944-25

CARTÃO SUS: 700004987370705

PROFISSÃO: ESCOLARIDADE: ENSINO FUNDAMENTAL

END.: RUA SAO RAIMUNDO, nº 15

BAIRRO: CENTRO ZONA: URBANA

CIDADE: SAO GONCALO DO AMARANTE

PONTO DE REFERÊNCIA:

CEP:

ACOMPANHANTE: AMIGO- JOSIVAN

QUEIXA PRINCIPAL: DOR FORTE ABDOME IRRADIANDO PARA OMBRO ESQUERDO. HÁ QUANTO TEMPO: 19/11/2017

DIABETES: SIM() NÃO(X) NÃO SABE() HAS: SIM() NÃO(x) NÃO SABE() ETILISTA: SIM(X) NÃO() SOCIALMENTE()

ALERGIA: SIM() NÃO(X)

GESTANTE: SIM() NÃO(X)

TABAGISTA: SIM(X) NÃO() QUAL: _____

MEDICAÇÕES EM USO: _____

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM() NÃO()

NOTIFICAÇÃO: SIM() NÃO(X)

É CADASTRADO(A) EM ALGUM SERVIÇO DE SAÚDE? SIM() NÃO(x) QUAL: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM NA ADMISSÃO:

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, DEAMBULANDO COM QUEIXAS DE DOR FORTE ABDOME IRRADIANDO PARA OMBRO ESQUERDO, APÓS
ACIDENTE DE MOTO

SINAIS VITAIS DA CHEGADA:

HORA: 14:59

TA: 110,0x80,0

PULSO:

ALTURA:

PESO:

RESPIRAÇÃO:

TEMPERATURA:

HGT:

ESCALA DE DOR: () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 (x) 7 () 8 () 9 () 10

ENFERMEIRA: IZABEL CRISTINA MATIAS DE MEDEIROS

Assinatura e Carimbo profissional

EVOLUÇÃO MÉDICA

1º Dr m Regis Forálio mudando para ombro E após
audirem da moto.

*melhora Riquelme
CRM- RN 2721*

*1º RECEBIDO
2º CORRETADO
3º FEV 2018*

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

DOR em Regis Forálio. após Trouxe

Assinatura e carimbo do Médico

Autenticação: 7efb15e6b792def08e307cb802f64d92

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ALUÍZIO ALVES
Av. Estrada de Jundiaí, 100
CENTRO - CEP: 59.280-000 - Fone: (84) 3271-4204

ATO DE DECLARAÇÃO

081

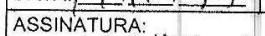
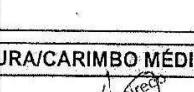
UPA
UNIDADE
DE PRONTO
ATÉNDEMTO
24h

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAÍBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA



AMARELO

SUTURA LAVAGEM GÁSTRICA RETIRADA DE PONTOS CURATIVO PEQUENO CURATIVO GRANDE

ALTA DO PACIENTE			LIB. APÓS PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM	
<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA PARA _____ <input type="checkbox"/> A REVELIA <input checked="" type="checkbox"/> POR ÓBITO: <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> Itep <input type="checkbox"/> D.O. _____ <input type="checkbox"/> MÉDICA _____			DATA: 19/11/17 HORA: 17:05 ASSINATURA:  <p>Gabriela B. de Melo Téc. Enfermagem</p>	
DATA	HORA	ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO	DATA E HORA DA SAÍDA DA UNIDADE	
			ASS.: _____	DATA E HORA DA EVASÃO DA UNIDADE
19/11/17	17:00	 Hannellyra Figueiredo Crm: 2.721	ASS.: _____	DATA E HORA DA EVASÃO DA UNIDADE
			ASS.: _____	DATA E HORA DA EVASÃO DA UNIDADE
			ASS.: _____	DATA E HORA DA EVASÃO DA UNIDADE

Autenticação: 7efb15e6b782def08e307cb802f64d92

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ALUÍZIO ALVES
Av. Estrada de Jundiaí, 100
CENTRO - CEP: 59.280-000 - Fone: (84) 3271.4204

Página: 7



Assinado eletronicamente por: RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS - 30/06/2018 13:32:24
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1806301330247070000027527024>
Número do documento: 1806301330247070000027527024

Num. 28499496 - Pág. 3

EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUZO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

Solicito laboratório -

CONDUTA

Solicito TC abdome com contraste.

Explique sobre fto cirúrgico x conservador.

1) SBC, 9%, 500 ml, IV, 6/6h. ✓ 18 24 06/19

2) SF0, 9%. 500 ml, IV, ACM. ✓ 18

3) Repouse!

4) SF 0,9% 1500ml EV em 12 horas.

5) Dipivona 500 mg/ml - 02 amp + ABD, EV, 6/6h.

6) Tenoxicam 20mg - 01 amp + ABD, EV, 12/12h.

7) Tramal 50 mg/ml - 01 amp + 100ml SF 0,9%, EV, 6/6horas

Ricardo de Souza e Silva
MÉDICA
CRM/RN 3182

CONFERE COM ORIGINAL

Servidor

(SC 31/6/18)

Ass. do Responsável

Anteza de Farias Calado
Médica-CRM/RN 8400

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>C. geral</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM / /
HORA _____ HS		HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
DATA _____ / _____ / _____	HORA _____	
ÓBITO _____ / _____ / _____	HORA _____	
ENTREGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
<i>Fernanda Ito Cirurgiologia CRM/RN 49</i>		
MÉDICO (Carimbo)		CHAVE DO PLANTÃO (Carimbo)



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital					Enfermaria	Leito	Nº prontuário																																																
					Idade	Sexo	Cor																																																
Nome																																																							
Data	Pressão arterial	P脉搏	Respiração	Temperatura	Peso	70kg	Outros																																																
Tipo sanguíneo	Hematíaxis	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia																																																		
	Urina																																																						
Ap. respiratório	MV ⁺ e simétricas S/ RA				Asma	Nepe	Bronquite																																																
Ap. circulatório	Pulso ligeiro regular PA = 120/70 Freq 90				Eletrocardiograma	15 L 37 E																																																	
Ap. digestivo	Doloroso difusamente				Dentes Perde mão de elementos	Ap. urinário																																																	
Estado mental	Consciente e orientado				Ataracicos	Corticoides	Alergia Nepe																																																
Diagnóstico-pré-operatório	Nausea abdominal traumática						Estado fisiológico AFA I Risco																																																
Anestesias anteriores																																																							
Medicação pré-anestésica					Aplicada às	Efeito																																																	
<table border="1"> <tr> <td>Agente Anestésicos</td> <td colspan="7"> </td> </tr> <tr> <td>Líquidos</td> <td colspan="7"> </td> </tr> <tr> <td>Oper.</td> <td>260</td> <td>250</td> <td>240</td> <td>230</td> <td>220</td> <td>210</td> <td>200</td> </tr> <tr> <td>Anest.</td> <td>190</td> <td>180</td> <td>170</td> <td>160</td> <td>150</td> <td>140</td> <td>130</td> </tr> <tr> <td>O Resp:</td> <td>120</td> <td>110</td> <td>100</td> <td>90</td> <td>80</td> <td>70</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>P Pulso</td> <td>50</td> <td>40</td> <td>30</td> <td>20</td> <td>10</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>								Agente Anestésicos								Líquidos								Oper.	260	250	240	230	220	210	200	Anest.	190	180	170	160	150	140	130	O Resp:	120	110	100	90	80	70	60	P Pulso	50	40	30	20	10		
Agente Anestésicos																																																							
Líquidos																																																							
Oper.	260	250	240	230	220	210	200																																																
Anest.	190	180	170	160	150	140	130																																																
O Resp:	120	110	100	90	80	70	60																																																
P Pulso	50	40	30	20	10																																																		
SÍMBOLOS	Fentanil 25mcg	Levafloxacine 20	Ondansetron 8mcg	Alprazolam 0,5mg																																																			
E	Gramicidina 50mcg	Ramipril 5mg	Dipirona 20																																																				
ANOTAÇÕES	Aciclovir 800mg	Dexametasona 8mg	Morfina 8mg																																																				
POSIÇÃO	Defuntam 0,2mg	Namoxol 50mg	Glicurabeta + 0,5mg																																																				
Agentes																																																							
Técnica	Geral balanceado c/ VNC																																																						
Operação	Intervenção explosiva + limpeza envolvente																																																						
Cirurgiões	Dr. Renan Dr. Thiago Grossi																																																						
Anestesistas	Dr. Jackson Almeida																																																						
Observações	Procedimento sob intercorrências																																																						
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias																																																							





Hospital

Nome do paciente		Nº prontuário	
Lanay Aparecida Ferreira		149945	
Data operação	24/03/2018	Enf.	Leito
Operador	Dra. Renan Pessoa	1º auxiliar	Da. Thiago Grossi
2º auxiliar		3º auxiliar	Instrumentador
Anestesista		Tipo de anestesia Geral	
Diagnóstico pré-operatório	Abdome agudo traumático fechado		
Tipo de operação	LE + exenterio + limpeza da cavidade		
Diagnóstico pós operatório	lesão expuriosa		
Relatório imediato do patologista	FOLTRUMATIZADO (0415000013)		
Exame radiológico no ato	PROC CLINICO		
Acidente durante a operação	X PROC CIRURGICO 0407030123 CBO 223220 CBO 223270 5 DIAS 536		
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO			
Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - Aspecto - vísceras			
(1) Períitoneo em DTH sob anestesia geral e SVD (clara).			
(2) Antirriscos, asepsia e campos esterilizados;			
(3) Incisão tipo pubica e extensão por planos;			
(4) Inventário de cavidade: 4.1. Presença de \pm 1.500 ml de sangue + coágulos. 4.2. Descida profunda de bexiga com sangramento alto,			
(5) Técnicas cirúrgicas: 5.1. Sangramento de cavidade. 5.2. Suturação de bexiga com clipes e remoção do tubo epidérmico. 5.3. Retirada de fuso e raias do bexiga com algodão em forma de barra grande. 5.4. Revisão da bexiga - OK. 5.5. Revisão de órgãos testiculares, estâncos, fígado e pelve renal. 5.6. Por transparência não foi identificada lesão na pelve renal ou no resto - sentimento de dor devido à infusão. 5.7. Encerramento da cavidade com 50,9% viável. 5.8. Contagem de material - OK.			
(6) Fechamento de apêndice c/ nito 4-0 em pontos simples;			
(7) Sutura de fuso c/ nito 4-0 em pontos simples;			
(8) Curativos locais			
Renan Santos Pessoa (Cirurgião Geral CRM/RN - 7071		Thiago R. Madiel Grossi CIRURGIA GERAL E UROLOGISTA CRM/RN 5876	
		COMPROVANTE CONFERIDA COM ORIGINAL Servidor 152396-1	





HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUC^{CA}
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Nomes: Flávia Aparecida Ferreira Idade: 38 D/N: 21/07/1979
 Pron: 149945 Município: Pomarão Procedência: Interno Externo
 Data da cirurgia: 24/11/17 Hora Admissão: Bloco: 91 Sala: 21:45 Hora Saída: _____ Peso: ± 61Kg
 Alergias: Não Sim Comorbidades: HAS DM Outras: mega
 Uso de medicações: Não Sim Jejum: Não Sim
 SSVV Admissão: PA: 120x80 mmHg Pulso: 80 bpm Fl: _____ rpm FC: 80 bpm SpO₂: 93 % T: — °C
 Enfermeiro(a): Lidiâne Instrumentado (a): Ana Paula Circulante: Cecília
 Cirurgia: Laparotomia exploradora (esplenectomia) Especialidade: C. genit. Sala: 03
 Hora Início: 22:00 Hora Término: 23:30 Tipo de cirurgia: Eletiva Urgência Limpa Contaminada Infectada
 1º Cirurgião: Dr Renan Aux: Dr Thiago Residente: Andressa
 Anestesia: Local Sedação Geral TOT: 8.0 Bloqueio Raquidiana Ag.nº _____ Peridural c/cateter s/cateter
 Ag.nº _____ Cateter nº: _____ Início: 21:55 Garrote: Smarch Pneumático Início: _____ Término: _____
 Anestesiologista: Dr Jackson

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input type="checkbox"/> Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/> Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Diprifusor
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
t/dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	
<input type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno:	
Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente		<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas		<input checked="" type="checkbox"/> Tração	
Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC				Bpm
Pulso	<u>79</u>	<u>81</u>		Bpm
Oximetria	<u>100</u>	<u>100</u>		%
Capnografia				
PA	<u>125x94</u>	<u>110x84</u>		mmHg

ACCESSO VENOSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Arterial	
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica	
	Punção Venosa Central
	Dissecção venosa
Local: <u>MSC</u>	
Cateter: <u>J14</u>	

SONDAGEM GÁSTRICA	
SNG nº	
Retorno:	

CATETERISMO VESICAL	
<input checked="" type="checkbox"/> SVF nº <u>16</u>	<input type="checkbox"/> SVA nº
Diurese: <u>Clara</u>	

Profissional responsável: Enfermeira Lidiâne

EXAMES SOLICITADOS:	
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input checked="" type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input checked="" type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input checked="" type="checkbox"/> Glicosimetria
<input type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Ventral	<input checked="" type="checkbox"/> PESCOÇO	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Lateral	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos
<input checked="" type="checkbox"/> Litotómica	<input checked="" type="checkbox"/> Lombar	<input checked="" type="checkbox"/> MMII
<input checked="" type="checkbox"/> Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Canivete		<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Proclive		<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Local: <u>Panturrilha dir.</u>	
DEGERMAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Local: <u>Abdômen</u>	Solução: <u>Clorhex.</u>
	Local: <u>Abdômen</u>
IMPLANTE CIRÚRGICO	
Drenos:	
Tela:	
Cateter:	
Ostomia:	
Fio de KC:	
Placa - Tipo:	
Outros:	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
 Caixa cirúrgica: Laparotomia Quant. Material: 59 + 10
 Val.: _____ Contagem de gaze e compressa: Não Sim





HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUC^{CA}
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Nomes: Flávia Abreido Ferreira Idade: 38 D/N: 21/07/2017
 Pront.: 149945 Município: Pomerode Procedência: () Interno () Externo
 Data da cirurgia: 24/01/17 Hora Admissão: Bloco: 91 : 20 Sala: 21 : 45 Hora Saída: _____ Peso: + 61Kg
 Alergias: () Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras _____
 Uso de medicações: () Não () Sim Jejum: () Não () Sim
 SSVV Admissão: PA: 120x80 mmHg Pulso: 80 bpm Fi: _____ rpm FC: 80 bpm SpO₂: 93 % T: _____ °C
 Enfermeiro(a): Lidiane Instrumentado (a): Ana Paula Circulante: Cecília
 Cirurgia: Laparotomia exploradora (esplenectomia) Especialidade: Cirurgia Sala: 03
 Hora Início: 22:00 Hora Término: 23:30 Tipo de cirurgia: () Eletiva (X) Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
 1º Cirurgião: Dr Renan Aux: Dr Thiago Residente: Andressa
 Anestesia: () Local () Sedação Geral TOT: 8.0 () Bloqueio () Raquidiana Ag.nº _____ () Peridural () c/cateter () s/cateter
 Ag.nº _____ Cateter nº: _____ Início: 21:55 Garrot: () Smarch () Pneumático Início: _____ Término: _____
 Anestesiologista: Dr Jackson

NEUROMUSCULAR		PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/>	Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input checked="" type="checkbox"/>	Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input checked="" type="checkbox"/>	Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/>	Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input checked="" type="checkbox"/>	Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input checked="" type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input checked="" type="checkbox"/>	Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input checked="" type="checkbox"/> Dífrifusor
<input checked="" type="checkbox"/>	Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input checked="" type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/>	Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfigmico	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador
<input checked="" type="checkbox"/>	t/dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	
<input checked="" type="checkbox"/>	Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input checked="" type="checkbox"/>	Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas		<input checked="" type="checkbox"/> Tração	
<input checked="" type="checkbox"/>	Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Inicio	Meio	Fim	Unid.
FC				Bpm
Pulso	79	81		Bpm
Oximetria	100	100		%
Capnografia	125x94	110x84		mmHg

ACESSO VENOSO

<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Venosa Periférica
<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Venosa Central
<input checked="" type="checkbox"/>	Dissecção venosa
Local:	MSC
Cateter:	S/14

SONDAGEM GÁSTRICA

SNG nº
Retorno:

CATETERISMO VESICAL

<input checked="" type="checkbox"/> SVF nº 16	<input checked="" type="checkbox"/> SVA nº
Diurese: Claro	Profissional responsável: Enfermeira Lidiane

EXAMES SOLICITADOS:

<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input type="checkbox"/> Glicosimetria
<input type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Ventral	PESCOÇO	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Lateral	Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos
<input checked="" type="checkbox"/> Litotómica	Lombar	<input checked="" type="checkbox"/> MMII
<input checked="" type="checkbox"/> Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Canivete		<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Proclive		<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	<input checked="" type="checkbox"/> Metal () Descartável
Local:	Panturrilha dir.
DEGERMAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não
Local:	Abdômen Solução: Clorexide
	Local: Abdômen

IMPLANTE CIRÚRGICO	
Drenos:	
Tela:	
Cateter:	
Ostomia:	
Fio de KC:	
Placa - Tipo:	
Outros:	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
Caixa cirúrgica: Laparotomia	Quant. Material: 53 + 1
Val.: _____	Contagem de gaze e compressa: () Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim





HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

<input checked="" type="checkbox"/> Hemocconcentrado 03 Unid.	<input checked="" type="checkbox"/> Plasma 02 Unid.	<input type="checkbox"/>) Plaquetas _____ Unid.
() Albumina _____ Unid.	() Expansor plasmático _____ Unid.	
Tramal h: _____	Cetazoline h: _____	CONFERE COM ORIGINAIS h: _____
Ranitidina h: _____	h: _____	_____ Serv. Br.
Dexamôn h: _____	h: _____	
HIDRATAÇÃO VENOSA		
<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico: 4 ml	() Soro Ringer Simples: _____ ml	Quantidade total de volume administrado: _____
() Soro Glicosado: _____ ml	() Soro Ringer Lactato: _____ ml	
ANÁTOMO PATOLÓGICO		
() Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Peça: Baco	Peça para sepultamento: <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim	
Swab para cultura: _____	Líquido: _____	
CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES		
FO de aspecto: <input checked="" type="checkbox"/> Limpo () c/exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros:		
INTERCORRÊNCIAS: Cirurgia transcorreu sem intercorrências		
Ass: Celvay Coren: 118-644		

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO						
Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado						
Respiratório: () Intubado <input checked="" type="checkbox"/> Extubado () Cânula de Guedel <input checked="" type="checkbox"/> O ₂ ambiente Curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro:						
Diurese: () Espontânea <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Hematuria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: CR						
UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO						
Hora: 23:40 Data: 24/11/17 Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Concordado () Sonolento () Narcose () Orientado						
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O ₂ O ₂ Ambiente						
Mobilização MMII: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Diminuída () Sem mobilidade						
Venoclise: () Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Tipo: gelco Local: MSDA Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical						
Drenos: () Sução () Torácico () Penrose () Kheir Ostomias: () Sim () Não Específico:						
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos						
Curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: ECG + Oxímetro () PA						
INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração FC						
Relate: _____						

SINAIS VITais							Líquidos administrados na URPA:			
Hora	Tc	P	PA	FR	Sat.%	Dor	Soro glicosado: _____ ml			
Admissão	36,1	92	120x79		99	Normal	Soro Fisiológico: 500 ml + Glucosato			
30'	36,2	93	—		100	Normal	Ringer: 500 ml			
60'	35,9	92	130x80		97	Normal	Irrigação vesical contínua: _____ ml			
Alta	36,3	89	130x78		99	Normal				
Medicações administradas URPA:							Eliminações:			
Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura		Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da irrigação	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: 5/intercorrências, encaminhado p/ Cirurgia. Cirurgia c/ peritonite em mãos e curativo limpo, 55W de sangue. Afimou sentir dor, mas o anestesista já havia feito Tramal e Morphina só em sala (trans operati). Pedindo para a enfermagem se há possibilidade de den ping para o médico que negou, pediu bainha. Ass: _____ Caren: 655008 D.
Com Objetivo finalizar cultivo concentrado de bactérias na enfermagem. Fernando





HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

Evolução de Enfermagem – Centro Cirúrgico

Nome: <u>Thomas Apolinario Kestrel</u>	Idade: <u>38</u>	D/N: <u>21/07/79</u>			
Pront: _____	Município: <u>Ribeirão Preto</u>	Procedência: (<input checked="" type="checkbox"/>) Interno (<input type="checkbox"/>) Externo			
Data da cirurgia: <u>27/01/17</u>	Hora Admissão: Bloco: <u>14:50</u>	Sala: <u>15-00</u> Hora Saída: <u>16:50</u> Peso: _____			
Alergias: (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim	Comorbidades: (<input type="checkbox"/>) HTS (<input type="checkbox"/>) DM (<input type="checkbox"/>) Outras				
Uso de medicações: (<input type="checkbox"/>) Não (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim	Jejum: (<input type="checkbox"/>) Não (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim				
SSVV Admissão: PA: _____ mmHg	Pulso: _____ bpm	Fl: _____ rpm	FC: _____ bpm	SpO ₂ : _____ %	T: _____ °C
Enfermeiro(a): <u>LEONARDO</u>	Instrumentado (a): <u>BITA</u>	Circulante: <u>VISVITTO</u>			
Cirurgia: <u>LAPAROSCOPIC EXPLORAÇÃO RPP</u>	Especialidade: <u>GERAL</u>	Sala: <u>02</u>			
Hora Início: <u>11:00</u>	Hora Término: <u>16:50</u>	Tipo de cirurgia: (<input type="checkbox"/>) Eletiva (<input checked="" type="checkbox"/>) Urgência (<input type="checkbox"/>) Limpa (<input type="checkbox"/>) Contaminada (<input type="checkbox"/>) Infectada			
1º Cirurgião: <u>WLF FELICIANO</u>	Aux: <u>WIL CLEINER</u>	Residente: _____			
Anestesia: (<input type="checkbox"/>) Local (<input type="checkbox"/>) Sedação (<input checked="" type="checkbox"/>) Geral TOT: <u>810</u> () Bloqueio () Raquidiana Ag.nº _____ () Peridural () c/cateter () s/cateter					
Ag.nº _____ Cateter nº: _____ Início: <u>15:15</u> Garrote: () Smarch () Pneumático Início: _____ Término: _____					
Anestesiologista: <u>DR 160R</u>					

ANESTESIOLOGISTA: <u>Nº 160K</u>	NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
Consciente		Normocorada	Normotensão	Jelco	ECG
Letárgico		Hipocorada	Hipotensão	Acesso V. Central	Oximetria
Coma		Cianótica	Hipertensão	Cat. Diálise	Capnógrafo
Orientado		Ictérica	Normocárdico	Fistula	PA
Desorientado		Desidratada	Bradicardia	Arteriovenosa	Estimul. Nervo
Sedado		Integra	Taquicardia	SNG	Diprifusor
Ansioso		C/lesões	Choque	SVD	BIC
Deambula t/dificuldade		Sudorese	Normoesfígmanico	Colostomia	Desfibrilador
Acamado		Cicatriz cirúrgica -	Eupnéia	Cistostomia	
Paraplégico		Higiene Satisfatória	Dispnéia	Dreno:	
Tetraplégico		Higiene deficiente	Dispositivo O ₂	Aparelho gessado	
Amputações		Manchas		Tração	
		S/Tricotomia		Talas	

SINAIS VITais	início	Meio	Fim	Unid.
FC	62	60	80	Bpm
Pulso	63	60	80	Bpm
Oximetria	98%	99%	99%	%
Capnografia	30	28		%
PA	128/88	121/92	103/81	mmHg

ACESSO VENOSO

- | | |
|----------|--------------------------------|
| | Punção Arterial |
| ✓ | Punção Venosa Periférica N° 18 |
| | Punção Venosa Central |
| | Dissecção venosa |
| Local: | MSD |
| Cateter: | |

SONDAGEM GÁSTRICA

- SNG nº
Retorno:
CATETERISMO VESICAL
 SVF nº 18 SVA nº 18-000-TE

REUNIAO SOLICITADORES:

- | EXAMES SOLICITADOS: | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hemograma | <input type="checkbox"/> Gasometria |
| <input type="checkbox"/> Coagulograma | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea | <input type="checkbox"/> Glicosimetria: |
| <input type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X) | |

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
Dorsal	Cabeça	Anatômicos
Ventral	PESCOÇO	Abduzidos
Lateral	TÓRAX	Fletidos
Litotômica	LOMBAR	MMII
Trendlemburg		Anatômicos
Canivete		Abduzidos
Prodive		Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

- | | | | |
|---|---|--------------------------------|--------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Metal | <input type="checkbox"/> Descartável |
| Local: | | MTO | |
| DEGERMAÇÃO | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sim | | <input type="checkbox"/> Não | |
| Local: | | ABO T - Solução Clorofórmica | |
| TRICLOROFÓRMICO
() SEM SORVETE
Local: RIO DE JANEIRO | | | |

IMPIANTE CIRÚRGICO

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO

- Caixa cirúrgica: JAPANTERIA Quant. Material: OK
Vall: 2/12/17 Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim





HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

() Hemocomponente Unid.
() Álbumina Unid.

() Plasma Unid.
() Expansor plasmático Unid.

() Plaquetas Unid.

h:
h:
h:

h:
h:
h:

() Soro Fisiológico: ml
() Soro Glicosado: ml

~~Soro Ringer Simples: 1000 ml~~
~~Soro Ringer Lactato: 1000 ml~~

HEMOTRANSFUSÃO:

CONFERE COM ORIGINAIS:

Unid.

h:

h:

h:

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

Conferência:

h:

h:

h:

HIDRATAÇÃO VENOSA

Quantidade total de volume administrado:

Não () Sim Peça:
Swab para cultura:

Peça para sepultamento: Não () Sim
Líquido:

ANÁTOMO PATOLÓGICO

FO de aspecto: () Limpo () c/exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros:

INTERCORRÊNCIAS:

Ranterior explorado, curvatura da coluna

Ass: AUGUSTO Coren: 297211

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () O₂ ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro:
Diurese: () Espontânea () Normal () Hematuria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia:

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: 16:50 Data: 27/11/17 Nível de consciência: () Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂ () O₂ Ambiente
Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não () Sim Tipo: *fleca* Local: *Abd* Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Succção () Torácico () Penrose () Kher Ostomias: () Sim () Não Especifique:
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG () Oxímetro () PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração FC
Relate:

SINAIS VITais

Horas	T°C	P	PA	FR	Sat %	Dor
Admissão						
30'	66			98		
60'						
Alta						

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: ml

Soro Fisiológico: ml

Ringer: ml

Irrigação vesical contínua: ml

Medicações administradas URPA:				
Horas	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

	Diurese	Retorno Gás.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

Evolução de Enfermagem/Intercorrências:

Oz ambiente sonolento e orientado, segue em observação. Enc. a enfermagem Urtigão

Ass: *Kadiyamy* Coren: 863 325





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO
149945

ITAMAR APARECIDO FERREIRA

7- CARTÃO NACIONAL SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RACA/COR

898 0034 2804 6864

21/07/1979

MASCULINO

11- NOME DA MÃE

12- FONE DE CONTATO

MARIA DO SOCORRO FERREIRA

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- FONE DE CONTATO

RODALIA CAXIAS (ESPOSA)

CONFERE COM ORIGINAL

15- ENDEREÇO (RUA, N°)

1/2/3 Servidor

RUA JOÃO IZAIAS, 474

152316 /

16- MUNICÍPIO

17- BARRA

18- UF

PARNAMIRIM

VALE DO SOL

RN

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Quedas de mola há 05 dias + dor abdominal.
Quedas de HB e VSG mostrando trago de redução
de continuidade e sangue livre é abdominal.

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de Tto cirúrgico

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Anamnese + Exame Físico + ex. complementares

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Traume abdominal 539

K66.1

Procedimento Solicitado

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

hospatotomia exploradora

30- CARÁTER DA INTERNACAO

31- DOCUMENTO

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

29- CLÍNICA

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

RENAN PESQUA

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- N° DO BILHETE

41- SÉRIE

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- () ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NAO SEGURADO

Autorização:

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISOR

52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO	149945
DATA	HORA	CATEGORIA	GIH
24/11/2017	21:17		
PACIENTE			
ITAMAR APARECIDO FERREIRA			
ESTADO CIVIL	PROFISSÃO		
CASADO	PEDREIRO		
ENDEREÇO (RUA, N°)			
RUA JOAO IZAIAS, 474			
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF	CBP
PARNAMIRIM	VALE DO SOL	RN	53143-020
LOCAL DE TRABALHO			TELEFONE
RESIDÊNCIA			
MARIA DO SOCORRO FERREIRA			
RESPONSÁVEL			
ROSLIA CAXIAS (ESPOSA)			
ENDEREÇO			
O MESMO			
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO			

DATA DE ADMISSÃO

ALTA

3-11-2017

ÓBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente visto de que de ontem
há os dias de enchede na unha da
mão (24/11/2017) e queixa de dor aliviada
usando medicamento adquirido de confiabilidade
de base e sempre tive a comodida de aliviá-
la. Peso = 75

CD: Indicado tratamento exploratório /
intervenções.

Renan Santos Pessoa
Cirurgião Geral
CRM/RN - 7974



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital	(H)BH	Enfermaria	Leito	Nº prontuário				
Nome	Flávio Apotecado Ferreira							
Data	27/11/2017	Pressão arterial	P脉	Respiração	Temperatura	Idade	Sexo	Cor
Tipo sanguíneo	Hematílias	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia	Outros		
	Urina							
Ap. respiratório	S/ alter.				Asma	Bronquite		
Ap. circulatório	S/ alter.				Eletrocardiograma			
Ap. digestivo					Dentes	Pescoço	Ap. urinário	
Estado mental	LORT				Ataracicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores
Diagnóstico pré-operatório	Aneurisma aórtico inflamatório				ASA I E		Estado físico	Risco
Anestesias anteriores								
Medicação pré-anestésica					Aplicada às	Efeito		
Agentes Anestésicos	O ₂	Fenômeno do 20mL				O ₂ 100% 50mL		
	Líquidos	Fenômeno 30mL				O ₂ 100% 50mL		
Oper.	260	Fenômeno 40mL				O ₂ 100% 50mL		
	250	Fenômeno 50mL				O ₂ 100% 50mL		
Anest.	240	Fenômeno 60mL				O ₂ 100% 50mL		
	230	Fenômeno 70mL				O ₂ 100% 50mL		
O Resp.	220	Fenômeno 80mL				O ₂ 100% 50mL		
	210	Fenômeno 90mL				O ₂ 100% 50mL		
P Pulso	200	Fenômeno 100mL				O ₂ 100% 50mL		
	190	Fenômeno 110mL				O ₂ 100% 50mL		
X	180	Fenômeno 120mL				O ₂ 100% 50mL		
	170	Fenômeno 130mL				O ₂ 100% 50mL		
X	160	Fenômeno 140mL				O ₂ 100% 50mL		
	150	Fenômeno 150mL				O ₂ 100% 50mL		
X	140	Fenômeno 160mL				O ₂ 100% 50mL		
	130	Fenômeno 170mL				O ₂ 100% 50mL		
X	120	Fenômeno 180mL				O ₂ 100% 50mL		
	110	Fenômeno 190mL				O ₂ 100% 50mL		
X	100	Fenômeno 200mL				O ₂ 100% 50mL		
	90	Fenômeno 210mL				O ₂ 100% 50mL		
X	80	Fenômeno 220mL				O ₂ 100% 50mL		
	70	Fenômeno 230mL				O ₂ 100% 50mL		
X	60	Fenômeno 240mL				O ₂ 100% 50mL		
	50	Fenômeno 250mL				O ₂ 100% 50mL		
X	40	Fenômeno 260mL				O ₂ 100% 50mL		
	30	Fenômeno 270mL				O ₂ 100% 50mL		
X	20	Fenômeno 280mL				O ₂ 100% 50mL		
	10	Fenômeno 290mL				O ₂ 100% 50mL		
SÍMBOLOS		CONFERE COM ORIGINAL						
E		LGR						
NOTAÇÕES		Senhor						
POSIÇÃO		1525761						
Agentes								
Técnica A6B(IV+Inj.) + I01 C1 teles m²80C1CVI-R + Vmc C1 Est. Semelhança								
Operação LIG + clorofenoxil hemostasia em lobo esplênico								
Cirurgião Felipe Ferreira + Lees cleaner								
Anestesistas Jgor Ferreira								
Observações Igreja Anestesiologista Medico de Emergência								
Notar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias								
Perda sanguínea								



Nome do paciente				Nº prontuário
Nome do paciente	Flávia Aparecida Ferreira			
Data operação	28/11/17	Enf.	Leito	
Operador	Filipe Figueiredo		1º auxiliar	Luzia Oliveira
2º auxiliar	3º auxiliar			Instrumentador
Anestesista				
Diagnóstico pré-operatório	Peritonite difusa			
Tipo de operação	Laparotomia exploradora			
Diagnóstico pós-operatório	Hipopertônio modificado			
Relatório imediato do patologista				
Exame radiológico no ato				
Acidente durante a operação				

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - esceras

- Pique de sob ferimento, duro, sob austera gelosia
- Retirado pontos da membrana peritoneal e da apêndise
- Acesso à cavidade abdominal
- Repetida quantidade de sangue na lata aspirativa
- Acesso à tonsiloma → pequeno tumoroma no corpo da pancreata.
- Tonsiloma esquerda:
 - ① Tonsiloma com pardeira íntegra
 - ② Cauda algo de degenerada, sem lesões
 - ③ Calo, sem lesões
 - ④ Zona II e III sem hematomas
 - ⑤ O epitelio, em pequena quantidade de sangue
- Ressecção exaustiva da gengiva com solo kum pelliz
- Retirada da epiderme em lata aspirativa, seu conteúdo de sangue muito diluído.
- Largura da compressão 1 gotej
- Sutura de apêndise com fio 0
- Sutura de pele em nylon 4-0
- Curva lata

J. Filipe
 Dr. Filipe Figueiredo
 Cirurgião Geral
 CRM/RN 7503



SSC/CARIMBO
EMISSOR

AMARELO



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAÍBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA
SOLICITAÇÃO DE EXAMES



PROTÓCOLO
RECEBIDO
23 FEV 2018
TERÇA DO SOL
E CORRETORA DE SEGUROS.

081

24h
ATENDIMENTO

MATRÍCULA: 2017.06875-0
DATA: 09/01/2017

DETALHAMENTO PESSOAL

NOME: ITAMAR APARECIDO FERREIRA
IDADE: 38 (a) e 3 (m)
SEXO: M() F()
HORA: 15:58:28

MÃE: MARIA DO SOCORRO FERREIRA
LOCAL: MEDICAÇÃO
ACOMPANHANTE: AMIGO- JOSIVAN

LEITO: NA

NATUREZA DO EXAME:
- RX DE TORAX EM PA / PERfil

INDICAÇÃO CLÍNICA
DOR APÓS TRAUMA DE MOTO

MÉDICO: HANNELLORA FREIRE QUEIROZ
CRM:

Hannellora Freire Queiroz

CRM 0722





Rio de Janeiro, 27 de Março de 2018

Carta nº: 12578455

A/C: ITAMAR APARECIDO FERREIRA

Nº Sinistro: 3180087054
Vítima: ITAMAR APARECIDO FERREIRA
Data do Acidente: 19/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSALIA DA SILVA CAXIAS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ITAMAR APARECIDO FERREIRA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000002008

Conta: 000000085471-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Perda integral (retirada cirúrgica) do baço 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =

R\$	1.350,00
-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

