



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
28499489	30/06/2018 13:34	Petição Inicial	Petição Inicial
28499499	30/06/2018 13:34	DPVAT - ITAMAR APARECIDO FERREIRA	Outros documentos
28499493	30/06/2018 13:34	PROCURAÇÃO E CONTRATO	Outros documentos
28499494	30/06/2018 13:34	DOCUMENTOS PESSOAIS	Outros documentos
28499495	30/06/2018 13:34	COMP. RESIDÊNCIA	Outros documentos
28499496	30/06/2018 13:34	PROVAS 1	Outros documentos
28499498	30/06/2018 13:34	PROVAS 2.compressed	Outros documentos

PETIÇÃO INICIAL EM PDF.





Toscar
Contre
A D V O G

Escritório Natal - Av. Amintas Barros, 2909, 1º andar, sala 13
Lagoa Nova - Natal/RN - CEP 59.062-250 – Tel/Fax: (84) 3206-
9533/9418-5780 – tcadvocacia5@hotmail.com

**EXCELENTÍSSIMO 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 uníssono 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 insuscetível 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 DE ILEGITIMIDADE 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. APLICABILIDADE 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. ÔNUS 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 Órgão 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 Excelência 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 lúdima 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 gradação 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): *Homem Apolício Ferreira, brasileiro, casado, pedreiro, RG nº 002.103.403, inscrito no CPF sob nº 012.836.944-25, residente e domiciliado, rua São Raimundo, nº 28-A, Belo Vista, Zona Rural, Nacibe / RN, CEP: 59.220-000*

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 declarações legais e representá-los, em tudo se fizer necessário em favor de seus interesses, em qualquer repartição pública federal, estadual, municipal, autárquica, requerendo ou representando defesa, inclusive substabelecer o todo ou em parte as prerrogativas que ora lhe são conferidas.

Nacibe /RN, *21* de *junho* de 2018.

Homem Apolício 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 Jonas Aparecido Fereira

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:

- a) **20% (vinte por cento)** sobre todos os valores líquidos recebidos pelo(a) **CONTRATANTE** decorrente da ação proposta.
- b) 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 reajuizar 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, subestabelecendo 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.

Itamar Aparecido Figueira
CONTRATANTE

CONTRATADA

TESTEMUNHAS :

Prisciane Barreto Barbosa



DIGIFORM FORMULÁRIOS E SERVIÇOS LTDA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 002.193.403 DATA DE EMISSÃO 09/06/2000

NOME ITAMAR APARECIDO FERREIRA

FILIAÇÃO FRANCISCO ANTONIO FERREIRA MARIA DO SOCORRO FERREIRA

NATURALIDADE SAO SIMAO GO

DOC. ORIGINAL NASCIM LA008 F-285 RG-009536

DATA DE NASCIMENTO 21/07/1979

CPF SAO SIMAO GO CARTORIO 132200 7

Hamelito Gracioso dos Santos

LEI NSubcoordenadora

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA

COCREDENADORIA DE IDENTIFICACAO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DE TITULAR

IDENTIFICACAO

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura

ITAMAR APARECIDO FERREIRA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 10/06/00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

ITAMAR APARECIDO FERREIRA

Nº de inscrição

012836944-25

Data do Nascimento

21/07/79





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 Marmoz, 480 - Baldo, Natal - Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Ins. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

ROSALIA DA SILVA CAXIAS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SÃO RAIMUNDO 28 --A

CPF 062 131 784-57 NIS 13084489044

BELA VISTA/ÁREA RURAL
MACAIBA RN
59280-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA/COM NIS
Monofásico

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7006035102	01/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
10/01/2018	02/02/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	4,75

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
000026548	ÚNICA	03/01/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
03/01/2018	3018568367	2347583

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,14872992	4,46
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,29
TOTAL DA FATURA			4,75

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
213004337	CAT	04-12-2017	1.380,00	03-01-2018	1.605,00	30	1.000,00		28,00

NATUREZA DE CONSUMO

MÊS/ANO kWh
JAN 18 30
DEZ 17 30
NOV 17 30
OUT 17 30
SET 17 30
AGO 17 30
JUL 17 30
JUN 17 30
MAI 17 30
ABR 17 30
MAR 17 34
FEV 17 35
JAN 17 41

IMPORTE MENSAL DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	4,75	0,73
PIS	4,75	0,03
COFINS	4,75	0,06

Faturado pelo mínimo da fatura - Custo de Disponibilidade Artigo 95, Resolução ANEEL 414/2010

Consumo Ativo até 30 kWh 0,14263200

RESERVAÇÃO AO FISCO
336C 8CB9 D1CC EDE7 C84F 1CC6 C809 44ED

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. Na data da leitura e bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagos em atraso geram multa 250% (Art. 4º da ANEEL), Juros 1% ao mês (Lei 10.438/02) e atualização monetária no pro. não isenção do ICMS conforme Art. 14, do RICMS-RN. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 9,17. O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido por atos legais de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos 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

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia elétrica(s).

Vencido	Debitado	Valor	Vencido	Debitado	Valor
12/01/17	230118	4,97	10/11/17	0411/17	4,87
11/10/17	0311/17	4,75	12/09/17	0410/17	4,92
10/09/17	0409/17	5,50	09/01/17	0302/17	7,01

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débito anterior, bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Não é possível cancelar o contrato de 2016 e anos anteriores. Esta declaração substitui, para comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as declarações dos faturamentos mensais (Art. 4º, Lei 12.007/09). Esta declaração não abrange débitos de parcelamentos anteriores de débitos nem futuros em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo jurídico.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONJUNTO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
PASSAGEM DE ÁREA	nov/2017			
DIG	1,71	10,50	21,17	42,34
PRC	1,00	7,50	15,18	30,39
CBOC	1,71	5,00	0,00	0,00

Límite DICR: 16,50 EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 1,33

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
MÍNIMO	MÁXIMO
220	202 231

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



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





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

BOLETIM DE Ocorrência Nº0039/2018-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: _____ Profissão: _____
Documento: _____
Endereço: _____
Nascimento: _____
Telefone: (84) _____

PROTÓCOLO
RECEBIDO
23 FEV 2018
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORIA 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

UPA
24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTOPREFEITURA MUNICIPAL DE MACAIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA

AMARELO

BAM - BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

Nº 043114.17-2

MATRICULA: 2017.06875-0

DATA: 19/11/2017

HORA: 15:00:19

NOME: ITAMAR APARECIDO FERREIRA

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

EMIÇÃO: 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

Dor em região torácica irradiando para ombro E após
acidente de moto.

Itamar Aparecido Ferreira
Médico
CPF: 012.836.944-25

RECIBIDO
13 DE FEV 2018
TERRA DO SOL ADJ
E CORRETORA DE NEGÓCIOS

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

Dor em Reg. Torácica após Trauma

Assinatura e carimbo do Médico

Autenticação: 7efb15e6b792def08e307cb802f64d92

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

ATO DE CLARATÓRIO

UPA
24h UNIDADE
DE PRONTO
ATENDIMENTO

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO	ASS/CARIMBO (ENFERMAGEM)
19/11/17	15:57 16:00 16/10	1) Voltaren 75mg - O/cap IM 2) Dipirona — O/cap IM 3) Roio X qdo x.	[Signature] Medica CRS-AN 3721 CROB PIS/MOCEL Medica GRUPO 3721
			Sandra R. T.M.

[illegible]

ALTA DO PACIENTE <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 checked="" type="checkbox"/> MÉDICA _____			LIB. APÓS PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM DATA: 19/11/17 HORA: 17:05 ASSINATURA: Gabriela F. de Medeiros Téc. de Enfermagem	
DATA	HORA	ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO	DATA E HORA DA SAÍDA DA UNIDADE	
19/11/17	17:20	Hannellora Pires de Almeida CRP 000 2721	ASS.: DATA E HORA DA EVASÃO DA UNIDADE ASS.:	

Página: 77



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GR

SECRETARIA DE SAÚDE I
HOSPITAL DEOCLÉCIO M.
PARNAMIRIM / RN

POLITRAUMA



002193403

88878454

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

55/ Nº Politrauma

NOME:

Itamar Aparecido Foulina

IDADE:

21.07.1979

COR:

Parda

SEXO:

Masculino

ESTADO CIVIL:

casado

NATURALIDADE:

São Simão do

PROFISSÃO:

Pedreiro

PROCEDÊNCIA:

De la Vista

ENDEREÇO:

Rua São Bento 21 - Sor

BAIRRO:

De la Vista

CIDADE:

Parnamirim

DATA:

24/11/2017

HORA:

17:25

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐

REGULAR ☐

COM DISPNEIA ☐

CHOCADO ☐

COMATOSO ☐

C/ HEMORRAGIA ☐

EM CONVULSÃO ☐

POLITRAUMATIZADO ☐

AGITADO ☐

OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM ☐

NÃO ☐

PUPILAS

A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)

B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.

RESPIRAÇÃO

PULSO

T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente com trauma abdominal fechado em queda de moto há 5 dias. Vem com dor abdominal difusa. USG 24/11/17: bazo com perda da continuidade da capsula (ruptura de bazo parcial) + líquido livre (sangue). Dor piorou após esforço físico.

EXAME FÍSICO

BG, descorado + H+, desidratado + H+, taquicárdico (104 bpm). Abdome plano, com sinais de irritação peritoneal difusa.

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.

DIAGNÓSTICO INICIAL

Trauma esplênico / Trauma abdominal fechado

RECIBIDO
23 DE NOV
TERRA DO SOL PARNAMIRIM
SECRETARIA DE SAÚDE

CONFIRMAÇÃO COM ORIGINAL
Walter
Servidor

152396-1

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"/> BUCO-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.

Explicando sobre Hx cirúrgica x conservadora.

- 1) SFO, 9%, 500ml, IV, 6/6h. 18 24 06 19
- 2) SFO, 9%, 500ml, IV, ACN. 18
- 3) Repouso!
- 4) SFO, 9%, 1500ml EV em 12 horas.
- 5) Dipirona 500mg/ml - 02 amp + ABD, EV, 6/6h.
- 6) Tenoxicam 20mg - 01 amp + ABD, EV, 12/12h.
- 7) Tramal 50mg/ml - 01 amp + 100ml SFO, 9%, EV, 6/6horas.

Ass. do Responsável

Médica - CERN 8400

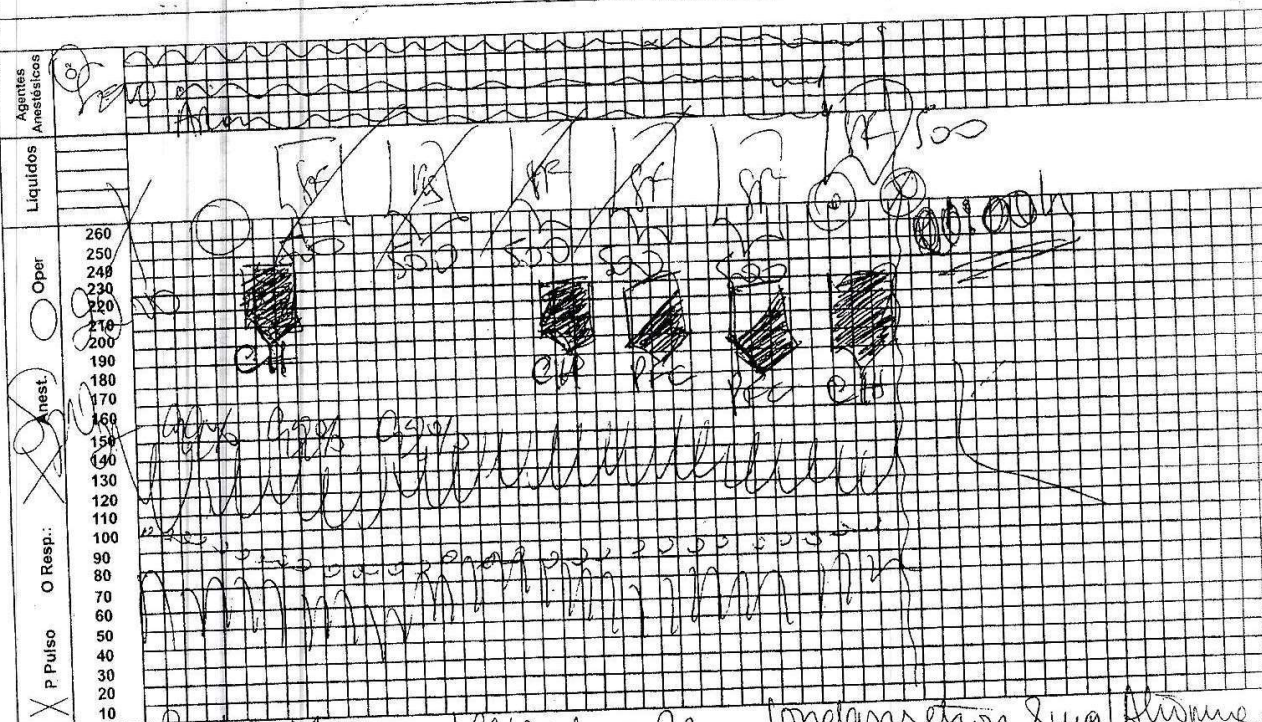
DESTINO DO PACIENTE

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



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital					Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome					Idade	Sexo	Cor	
Data	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros		
24/11/17					70kg			
Tipo sanguíneo	Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia			
	Urina							
Ap. respiratória					A asma		Bronquite	
MV@ e simétricos S/ RA					Nepe			
Ap. circulatória					Eletrocardiograma			
Ritmo cardíaco regular. RA=120bpm FC=90					156396			
Ap. digestivo					Ap. urinário			
Dor no epigastrio					Alergia		Hipotensores	
Estado mental					Nepe			
Consente e orientado					Estado físico		Risco	
Diagnóstico pré-operatório					ASA I			
Trauma abdominal traumático								
Anestesias anteriores					Aplicada às		Efeito	
Medicação pré-anestésica								



SÍMBOLOS	Fentanyl 250ug	Propofol 20ug	Rocuronium 50ug	Midazolam 5ug	Aluprim 20
E	Propofol 20ug	Rocuronium 50ug	Midazolam 5ug	Aluprim 20	Propofol 20
ANOTAÇÕES	Propofol 20ug	Rocuronium 50ug	Midazolam 5ug	Aluprim 20	Propofol 20
POSIÇÃO	Propofol 20ug	Rocuronium 50ug	Midazolam 5ug	Aluprim 20	Propofol 20

Agentes	Técnica
	General balanceada C/ VMC
Operação	laparoscopia exploradora + laparotomia + laparoscopia
Cirurgiões	Dr. Renan e Dr. Thiago Grossi
Anestesiistas	Dr. Jackson e Dr. Thiago
Observações	Procedimento sem intercorrências
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias	





Hospital

Nome do paciente		Nº prontuário	
Kamary Aparecido Ferreira		149945	
Data operação	Enf.	Leito	
24/06/2018			
Operador	1º auxiliar	Instrumentador	
Dr. Renan Pessoa	Dr. Thiago Grossi		
2º auxiliar	3º auxiliar		
Anestesista	Tipo de anestesia		
	Geral		
Diagnóstico pré-operatório			
Abdomen agudo traumático fechado			
Tipo de operação			
LE + exploratória + limpeza da cavidade			
Diagnóstico pós-operatório			
Lesão esplênica			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - Aspecto - vísceras

- ① Paciente em DJH sob anestesia geral e SPO (clara)
- ② Antisepsia, anesquia e campos estéril;
- ③ Incisão xifo-púbica e abertura por planos;
- ④ Inventário de cavidade:
 - 4.1 Presença de ± 1.500 ml de sangue + coágulos
 - 4.2 Sensível pelo inferior de bazo com sangramento ativo
- ⑤ Intervenções cirúrgicas:
 - 5.1 Sangramento da cavidade
 - 5.2 Insuflação do bazo com clamping do hilo esplênico
 - 5.3 Retirada da peça e safes do hilo com alças O e Barra Guige
 - 5.4 Pexões da hemostasia - OK
 - 5.5 Pexões de alças e fístulas, estômago, fígado e pelo remanescente de sangramento ou lesões hemorrágicas
 - 5.6 Por transfusão não foi identificado hemostase pelo remanescente ou em outros pontos de bazo no dia
 - 5.7 Limpeza da cavidade com SFO 9% iônico
 - 5.8 Contagem de material - OK
- ⑥ Fechamento de aponeurose c/ nylon e em pontos simples
- ⑦ Sutura da pele c/ nylon 4-0 em pontos simples
- ⑧ Curativo local

Thiago R. Madel Grossi
CIRURGIÃO GERAL E UROLOGISTA
CRM/RN 5876

Renan Santos Pessoa
Cirurgião Geral
CRM/RN - 7974

CONFERE COM ORIGINAL

Servidor

152376-1





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Fernando Aparecido Ferreira Idade: 98 D/N: 21/07/1979
Pront.: 149945 Município: Porvenir Procedência: () Interno (X) Externo
Data da cirurgia: 24/11/17 Hora Admissão: Bloco: 21:15 Sala: 21:45 Hora Saída: 21:45 Peso: ± 61kg
Alergias: (X) Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras neq
Uso de medicações: (X) Não () Sim Jejum: () Não (X) Sim
SSVV Admissão: PA: 100x80 mmHg Pulso: 80 bpm FI: 80 rpm FC: 80 bpm SpO₂: 93 % T: — °C

Enfermeiro(a): Lidiane Instrumentado(a): Ana Paula Circulante: Clara

Cirurgia: Laparotomia exploradora (esplenotomia) Especialidade: C. geral Sala: 03
Hora Início: 22:00 Hora Término: 23:30 Tipo de cirurgia: () Eletiva (X) Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1ª Cirurgião: Dr. Renan Aux.: Dr. Thiago Residente: Andressa

Anestesia: () Local () Sedação (X) Geral TOT: 8.0 () Bloqueio () Raquidiana Ag. nº — () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag. nº — Cateter nº — Início: 21:55 Garrota: () 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"/> Normotenso	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Letárgico	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/> Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Íntegra	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Diprifusor
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input type="checkbox"/> C/lesões	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<input type="checkbox"/> t/dificuldade	<input type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input type="checkbox"/> Cistostomia	
<input type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Dreno:	
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input type="checkbox"/> Manchas		<input type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input 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

ACESSO VENOSO
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Central
<input type="checkbox"/> Dissecção venosa
Local: <u>USE</u>
Cateter: <u>514</u>

SONDAGEM GÁSTRICA
<input type="checkbox"/> 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: <u>Enf. Lidiane</u>

EXAMES SOLICITADOS:	
() Hemograma	() Gasometria
() Coagulograma	() Outras
() Tipagem Sanguinea	() Glicosimetria.
() Radioscopia (Raio X)	

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

Proctive	
PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não <input checked="" type="checkbox"/> Metal () Descartável	
Local: <u>Panturrilha dir.</u>	TRICOTOMIA
DEGERMAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	Local: <u>Abdomen</u>
Local: <u>Abdomen</u> Solução: <u>Cloro x.</u>	

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

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: <u>Laparotomia</u> Quant. Material: <u>59 + 45</u>
Val.: <u>—</u> Contagem de gaze e compressa: () Não (X) Sim





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Flamary Aparecida Ferreira Idade: 98 D/N: 21/07/1979
Pront.: 149945 Município: Pontalzinho Procedência: () Interno (X) Externo
Data da cirurgia: 24/11/17 Hora Admissão: Bloco: 04:15 Sala: 21:45 Hora Saída: Peso: ± 65kg
Alergias: (X) Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras nefro
Uso de medicações: (X) Não () Sim Jejum: () Não (X) Sim
SSVV Admissão: PA: 100x80 mmHg Pulso: 80 bpm FI: rpm FC: 80 bpm SpO₂: 93 % T: °C

Enfermeiro(a): Lidiane Instrumentado(a): Ana Paula Circulante: Clara

Cirurgia: Laparotomia exploradora (esplenotomia) Especialidade: C. geral Sala: 03
Hora Início: 22:00 Hora Término: 23:30 Tipo de cirurgia: () Eletiva (X) Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1ª Cirurgião: Dr. Renan Aux.: Dr. Thiago Residente: Andressa

Anestesia: () Local () Sedação (X) Geral TOT: 8.0 () Bloqueio () Raquidiana Ag.º () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag.º 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"/> Normotenso	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Letárgico	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/> Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Íntegra	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Diprifusor
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input type="checkbox"/> C/lesões	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<input type="checkbox"/> t/dificuldade	<input type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input type="checkbox"/> Cistostomia	
<input type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Dreno	
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input type="checkbox"/> Manchas		<input type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC				Bpm
Pulso	<u>74</u>	<u>81</u>		Bpm
Oximetria	<u>100</u>	<u>100</u>		%
Capnografia				%
PA	<u>125x94/110x84</u>			mmHg

ACESSO VENOSO
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Central
<input type="checkbox"/> Dissecção venosa
Local: <u>USE</u>
Cateter: <u>514</u>

SONDAGEM GÁSTRICA
<input type="checkbox"/> SNG nº <u> </u>
Retorno: <u> </u>

CATETERISMO VESICAL
<input checked="" type="checkbox"/> SVF nº <u>16</u>
<input type="checkbox"/> SVA nº <u> </u>
Diurese: <u>Clara</u>
Profissional responsável: <u>Enf. Lidiane</u>

EXAMES SOLICITADOS:	
() Hemograma	() Gasometria
() Coagulograma	() Outros
() Tipagem Sanguínea	() Glicosimetria.
() Radioscopia (Raio X)	

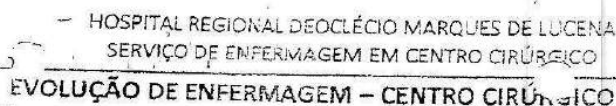
POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/> Pescoço	<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Tórax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

Proctive	
PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não <input checked="" type="checkbox"/> Metal () Descartável	
Local: <u>Panturrilha dir.</u>	
DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não
Local: <u>Abdomen</u> Solução: <u>Cloro x.</u>	Local: <u>Abdo</u>

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

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: <u>Laparotomia</u> Quant. Material: <u>59 + 44</u>
Val.: <u> </u> Contagem de gaze e compressa: () Não (X) Sim





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

ANATOMO PATOLÓGICO	
1) Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Peça: <u>Baco</u>	Peça para sepultamento: <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim
Swab para cultura: _____	Líquido: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

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

INTERCORRÊNCIAS: Cirurgia transcorrente / intercorrências

Ass: CC Coren: 118-644

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TERMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: ☒ Consciente () Inconsciente () Narcoze () Coma () Vigil () Agitado

Respiratório: () Intubado ☒ Extubado () Cânula de Guedel ☒ O₂ ambiente Curativo: ☒ Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro: _____

Diurese: () Espontânea ☒ Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: CR

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

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

Hora: 23:40 Data: 24/11/17 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: fecho Local: MSD 1 e Sondas: () Gástrica () Enteral ☒ Vesical

Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr 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 EC

Relate: _____

SINAIS VITAIS

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat. %	Dor
Admissão	36,1	92	120x79	1	99	Neg
30'	36,2	93	—	1	100	Su +
60'	35,9	92	130x80	1	97	Neg
Alta 00:50	36,3	89	130x78	1	99	Neg

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: _____ ml
Soro Fisiológico: 500 ml + glucose 500
Ringer: Simple 500 ml
Irrigação vesical contínua: _____ ml

Medicações administradas URPA:

[illegible]

Eliminações:

	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO	350ml			
Desprezado URPA	—	—	—	—

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: S/intercorrências, encaminhado p/ Cir. Ginecologia c/ prescrição em mãos e curativo limpo. 55VV
 no de atmg. Afirmação: sentia dores, mas no Anestésico Jackson afirmou ter feito tramal e morfina no sala (transoperatório) pedindo para esquecer se há prova de dor pós fazer a medicação prescrita pela cirurgia. Ass: [assinatura] Data: 6/5/2006
 Alta para casa (ambulatorial).
 Cont. Obss: finalizar este tumor concentrado de hérnias na internação. [assinatura]





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Stamara Aparecida Kellein Idade: 38 D/N: 21/07/79
Pront.: _____ Município: Rancharia Procedência: () Interno () Externo
Data da cirurgia: 21/07/17 Hora Admissão: Bloco: 14:50 Sala: 15:00 Hora Saída: 16:50 Peso: _____
Alergias: (X) Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras _____
Uso de medicações: () Não () Sim Jejum: () Não () Sim
SSVV Admissão: PA: _____ mmHg Pulso: _____ bpm FI: _____ rpm FC: _____ bpm SpO₂: _____ % T: _____ °C

Enfermeiro(a): LEDIANE Instrumentado(a): PRITA Circulante: AVUGSTO

Cirurgia: LAPAROTOMIA EXPLODADA POR Especialidade: GERAL Sala: 02
Hora Início: 15:00 Hora Término: 16:30 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: LUIS FELIPE Aux.: LUIS CLAYTON Residente: _____

Anestesia: () Local () Sedação (X) Geral TOT: 80 () Bic. queiro () Raquidiana Ag. nº _____ () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag. nº _____ Cateter nº: _____ Início: 15:15 Garrote: () Smarch () Pneumático Início: _____ Término: _____
Anestesiologista: DR. LEO

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso	<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"/> Arterlovenosa	<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"/> Diprifusor
<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"/> Normoesfígmico	<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	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>63</u>	<u>60</u>	<u>40</u>	Bpm
Pulso	<u>63</u>	<u>60</u>	<u>40</u>	Bpm
Oximetria	<u>98</u>	<u>99</u>	<u>99</u>	%
Capnografia	<u>30</u>	<u>28</u>		%
PA	<u>120/80</u>	<u>121/92</u>	<u>103/81</u>	mmHg

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"/> Litotômica	<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

ACESSO VENOSO
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica <u>Nº 18</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Central
<input checked="" type="checkbox"/> Dissecção venosa
Local: <u>MSD</u>
Cateter: _____

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não <input checked="" type="checkbox"/> Metal () Descartável
Local: <u>HTD</u>
DEGERMAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não
Local: <u>ABD T. Solução Chlorox</u>

SONDAGEM GÁSTRICA
SNG nº _____
Retorno: _____
CATETERISMO VESICAL
<input checked="" type="checkbox"/> SVF nº <u>18</u> <input checked="" type="checkbox"/> SVA nº _____
Diurese: <u>CLORO PRESENTE</u>
Profissional responsável: <u>ENFª LEDIANE</u>

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

EXAMES SOLICITADOS:	
() Hemograma	() Gasometria
() Coagulograma	() Outros
() Tipagem Sanguinea	() Glicosimetria:
() Radioscopia (Raio X)	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: <u>LAPAROTOMIA</u> Quant. Material: <u>OK</u>
Val: <u>21/07/17</u> Contagem de gaze e compressa: () Não (X) Sim

RECIBO DE ENTREGA DE MATERIAL
Nº 121107179
DATA 21/07/2017
LOCAL RANCHARIA





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:
() Hemoprecipitado Unid. () Plasma Unid. () Plaquetas Unid.
() Albumina Unid. () Expansor plasmático Unid.
MEDICAÇÕES UTILIZADAS
h: h: h: h: h: h:
h: h: h: h: h: h:
HIDRATAÇÃO VENOSA
() Soro Fisiológico: ml () Soro Ringer Simples: 1000 ml
() Soro Glicosado: ml () Soro Ringer Lactato: 1000 ml
Quantidade total de volume administrado: ml

ANATOMO PATOLÓGICO
Não () Sim Peça: ☒ Não () Sim
Swab para cultura: ☒ Líquido: ☒

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES
FO de aspecto: () Fimpo () c/exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros:
INTERCORRÊNCIAS:
Paciente foi submetido a cirurgia de abdômen exploratória, cirurgião e enfermeiro

Ass: Augusto Coren: 291211

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 () Hematúria () 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: Perif Local: Na D Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr 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

Hora	TC	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:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:
O₂ ambiente, paciente consciente e orientado, em enfermagem cirúrgica

Ass: Kadyany 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
HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES
3515168

5- PACIENTE
ITAMAR APARECIDO FERREIRA

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO
149945

7- CARTÃO NACIONAL/SUS
898 0034 2804 6864

8- DATA DE NASCIMENTO
21/07/1979

9- SEXO
MASCULINO

10- RAÇA/COR

11- NOME DA MÃE
MARIA DO SOCORRO FERREIRA

12- TELEFONE DE CONTATO

13- NOME DO RESPONSÁVEL
ROSALIA CAXIAS (ESPOSA)

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)
RUA JOAO IZAIAS, 474

16- MUNICÍPIO
PARNAMIRIM

17- BARRIO
VALE DO SOL

18- UF
RN

19- CEP
59143-020

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23- DIAGNÓSTICO INICIAL
Trauma abdominal

24- CID 10 PRINCIPAL
S39

25- CID 10 SECUND.
K66.1

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Laparotomia exploradora

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA
Cirúrgica

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO
Infante

31- DOCUMENTO
() CNS () CPF

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
KENAN PEREIRA

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

36- () AC. TRANSITO

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

38- () ACI. TRABALHO TRAJETO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

48- DOCUMENTO
() CNS () CPF

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA
ORTOPÉDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO
		149945
DATA	HORA	CATEGORIA
24/11/2017	21:17	
PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO
ITAMAR APARECIDO FERREIRA		21/07/1979
ESTADO CIVIL		PROFISSÃO
CASADO		PEDREIRO
ENDEREÇO (RUA Nº)		
RUA JOAO IZAIAS, 474		
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF
PARANIRIM	VALE DO SOL	RN
LOCAL DE TRABALHO		CEP
		59143-020
		TELEFONE
FILIAÇÃO		
MARIA DO SOCORRO FERREIRA		
RESPONSÁVEL		TELEFONE
ROSALIA CAXIAS (ESPOSA)		
ENDEREÇO		
O MESMO		
DIAGNOSTICO PROVISÓRIO		
DIAGNOSTICO DEFINITIVO		

DATA DE ADMISSÃO

ALTA

OBITO

3-11-2017

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente vit-e de quadro de insuficiência cardíaca de etiologia hipertensiva, com quadro de insuficiência cardíaca congestiva (ICC) em fase de descompensação, com sintomas de dispnéia noturna e ortopneia, com edema de membros inferiores. Hb = 7,5.

CS: Indicação de cirurgia exploradora / internamento.

Renan Santos Pessoa
Cirurgião Geral
CRM/RN - 7974



Hospital		Enfermaria		Leito	Nº prontuário	
Nome		Idade			Sexo	Cor
Data	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros
Tipo sanguíneo	Hematírias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia	
Urina						
Ap. respiratório				Asma		Bronquite
Ap. circulatório				Eletrocardiograma		
Ap. digestivo			Dentes	Pescoço	Ap. urinário	
Estado mental			Atarácicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores
Diagnóstico pré-operatório				Estado físico		Risco
Anestésias anteriores						
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito	

Assinado eletronicamente por: RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS - 30/06/2018 13:32:26
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18063013312476400000027527025>
 Número do documento: 18063013312476400000027527025



Hospital

Nome do paciente		Flammar Aparecida Ferreira		Nº prontuário	
Data operação		29/11/19		Enf.	
Operador		Felipe Figueiredo		1º auxiliar	
2º auxiliar		3º auxiliar		Instrumentador	
Anestesista		Tipo de anestesia			
Diagnóstico pré-operatório		Tentante difusa			
Tipo de operação		laparotomia exploradora			
Diagnóstico pós-operatório		Hemoperitônio moderado			
Relatório imediato do patologista					
Exame radiológico no ato					
Acidente durante a operação					

☒ PROC. CIRÚRGICO
0407040161
☒ CBO. 225225
CBO. 225270
5 DIAS
CID R100

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Realizada sob punção, após, sob anestesia geral.

Realizado pontos de incisão principal e de apendicectomia.

Acesso à cavidade abdominal.

Observada quantidade de sangue na loja splênica.

Acesso a torção de intestino → pequena hemorragia em campo de punção.

Inspeção geral da cavidade:

1. Estômago com parede íntegra.
2. Grande fígado de dimensão normal, sem lesões.
3. Bexiga sem lesões.
4. Uterus e ovários sem hemorragias.
5. Ovarianos, com pequena quantidade de sangue.

Realizada exatidão da torção com uma pinça.

Realizada a compressão da loja splênica, sem evidência de sangue.

Realizada a compressão dos gomos.

Sutura de apendicectomia com ligadura.

Sutura da pele com nylon 4-0.

Curativo.

Dr. Felipe Figueiredo
Cirurgião Geral
CRM/RN 2603



SS/CA/IMBO

AMARELO

081



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



AMARELO

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

MATRICULA: 2017.06875-0

BOLÉTIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

Nº 081/14/72

CUPA 1

DATA: 19/01/2017

NOME: TITAMAR APARECIDO FERREIRA

DATA DE NASC.: 21/07/1979

MÃE: MARIA DO SOCORRO FERREIRA

LOCAL:

MEDICAÇÃO

LEITO:

NA

IDADE: 38 (a) e 3 (m)

TELEFONE: (84) 8837-5452

ACOMPANHANTE: AMIGO - JOSIVAN

SEXO: M(x) F ()

HORA: 15:58:28

NATUREZA DO EXAME:

- RX DE TORAX EM PA / PERFIL

INDICAÇÃO CLÍNICA

DCR APÓS TRAUMA DE MOTO

MEDICO: HANNELLORA FREIRE QUEIROZ
CRM:

Hannelora Freire Queiroz
Médica
CRM: 15.012/012

PROTÓCOLO
PRECEBIDO
23 FEV 2018
TERRA DO SOL - RJ
E CORRETOR DE SEGS.

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2018

Carta nº: 12578455

A/C: ITAMAR APARECIDO FERREIRA

Nº Sinistro: 3180087054
Vitima: 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 braço 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

Pag. 0184101842 - Carta 10R - INVALIDEZ

00020521

