



Número: **0821080-89.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **20/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 2.362,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA (AUTOR)		DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES (ADVOGADO)	
Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais (RÉU)			
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56916389	20/06/2020 11:52	Petição Inicial	Petição Inicial
56916390	20/06/2020 11:52	1 - Inicial - Indenização	Outros documentos
56916391	20/06/2020 11:52	2 - Procuração	Procuração
56916392	20/06/2020 11:52	3 - Documentação_Pessoal	Documento de Identificação
56916393	20/06/2020 11:52	4 - Comprovante_Residencia	Documento de Comprovação
56916394	20/06/2020 11:52	5 - Boletim_Ocorrancia	Documento de Comprovação
56916395	20/06/2020 11:52	6 - Documentação_Médica	Documento de Comprovação
56916396	20/06/2020 11:52	7 - Laudo_Médico	Documento de Comprovação

Segue anexo Petição Inicial e documentos.



EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUÍZO DE DIREITO DE UMA DAS VARAS CÍVEIS ESPECIALIZADAS DA COMARCA DE NATAL, ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE, A QUEM COUBER POR DISTRIBUIÇÃO LEGAL.

KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA, brasileiro, solteiro, encarregado de turma, sem endereço eletrônico, inscrito no CPF sob nº.: 110.400.694-44, residente e domiciliado na Rua Manoel Estevão do Nascimento, 30A – Pirangi do Norte, Parnamirim/RN, CEP nº. 59.161-700, vem, por intermédio de seu advogado, legalmente habilitado (doc. anexo), que esta subscreve, perante Vossa Excelência, propor

ACÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO

em desfavor da **PORTO SEGURO S/A**, inscrita no CNPJ sob o nº. 02.149.205/0001-69, com endereço para citação na Avenida Prudente de Moraes, nº. 4055, Candelária, Natal/RN, CEP 59063-200, o que faz pelos fatos e fundamentos jurídicos a seguir:

1. DA JUSTIÇA GRATUITA.

Antes de adentrar nas razões que impõem à propositura da presente demanda, faz-se necessário aduzir que o (a) requerente não possui meios suficientes para custear a presente ação judicial sem prejuízo de seu sustento e da sua família, razão pela qual requer, desde já, a concessão dos benefícios da justiça gratuita no sentido de dispensar o pagamento de quaisquer custas e emolumentos no curso do procedimento e porventura em eventual recurso, consoante os ditames da Lei nº. 1.060/50, art. 5º da Carta Magna Brasileira e art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil.

Rua Antônio Elias de França Neto, 1660 – Lagoa Nova – Natal-RN, Cep. 59.064-170;

e-mail: diogoguimaraes.adv@hotmail.com



2. DOS FATOS.

O (A) demandante se envolveu em acidente de trânsito no dia 29/04/2018, por volta das 23h30min, no município de Parnamirim/RN, conforme descrito em boletim de ocorrência anexo.

Em razão do acidente, **o promovente sofreu fratura/lesão no membro superior esquerdo (antebraço) e no membro inferior direito (fêmur)**, tratando-se, pois, de lesões de natureza grave, sendo socorrido pela SAMU até o Hospital Deoclécio Marques Gurgel, onde recebeu os primeiros atendimentos médicos.

Em detrimento do acidente automobilístico, ficou impedido de trabalhar e, atualmente, sente dores, sequela e limitação dos membros afetados.

É sabido que para o recebimento da indenização DPVAT basta que a vítima comprove a ocorrência do acidente de veículo e o dano consequente, independentemente da existência de culpa (Lei federal n. 6.194, de 1974).

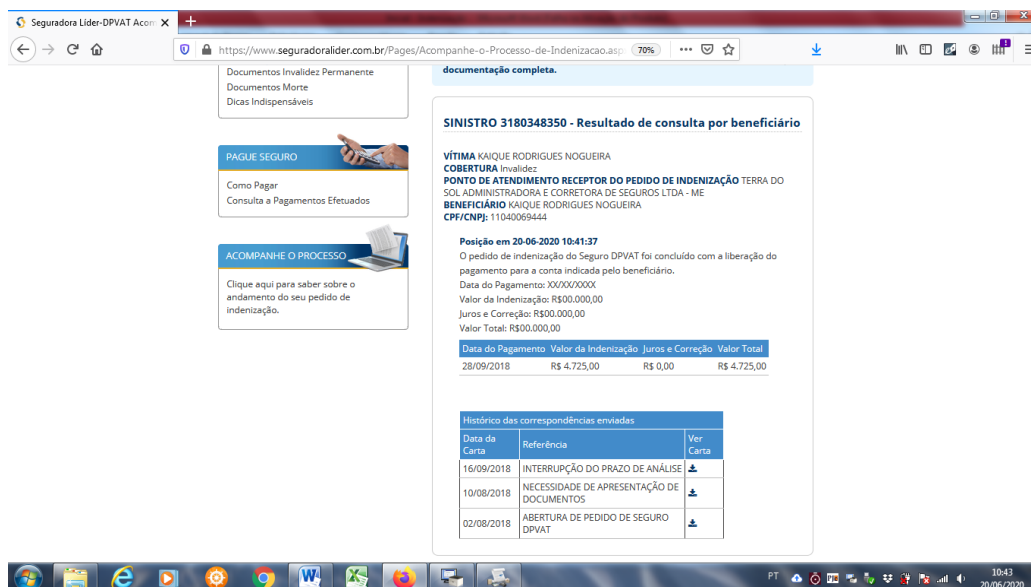
Preenchendo os requisitos para o recebimento da indenização, o (a) autor (a) encaminhou seu pedido administrativo. Juntamente com os documentos pertinentes, legalmente previstos e que são costumeiramente solicitados pela ré, o (a) requerente teve seu pedido autuado com o número de sinistro: 3180348350.

Certo do recebimento da indenização em conformidade com a gravidade de sua invalidez, a parte autora aguardou resposta da ré, tamanha fora a surpresa desta quando informada do pagamento da indenização, **NÃO POR SUA CONFIRMAÇÃO**, o que seria inevitável, mas pelo montante pago pela demandada.

De acordo com documento anexado, a ré efetuou o pagamento de valor irrisório, não condizente com a gravidade da lesão sofrida pelo (a) autor (a) e com a invalidez permanente que este (a) adquiriu, ou seja, após análise do pedido feito administrativamente, o (a)



requerente recebeu o valor de R\$ 4.725,00 (quatro mil, setecentos e vinte e cinco reais), conforme se demonstra abaixo.



Tal entendimento e enquadramento apresentado como caracterizador do pagamento, não é condizente com a previsão legal e com a seriedade da lesão sofrida.

O (A) demandante permaneceu com sérias limitações desencadeadas pelas lesões ocorridas no acidente de trânsito, recebeu atendimento que constatou estas, teve acompanhamento médico, passou por procedimento cirúrgico, e mesmo assim, restou com acentuadas limitações físicas, comprometendo de forma irreversível a realização de atividades cotidianas simples, bem como o desempenho de determinadas funções que poderia almejar.

O (A) segurado (a), por ora autor (a), juntou ao seu pedido administrativo, certidão de ocorrência policial relatando o acidente de trânsito, ficha de atendimento ambulatorial, documentação médica atestando as lesões e as limitações, e mesmo assim, teve como resposta da ré, um pagamento ínfimo, não compatível com a sua situação física e nem corretamente enquadrada na tabela de danos segmentares utilizada para este fim.



Dessa forma, resta claro que fora buscado através de procedimento administrativo solucionar a questão e receber a indenização correta, porém, tudo foi em vão, não havendo outra forma do demandante alcançar o seu direito a não ser com a intervenção judicial, através da correta quantificação do valor devido e consequente condenação da ré ao pagamento deste.

Diante da situação posta, o (a) Autor (a) se encontra acometido (a) por invalidez permanente parcial incompleta no membro afetado. Nesse sentido, e assim for o convencimento deste Magistrado (a), **requer que as indenizações sigam a orientação da súmula 474 e 580 do Superior Tribunal de Justiça - STJ, pleiteando os valores de forma decrescente de acordo com a gravidade da repercussão da invalidez, na modalidade de perda anatômica e/ou funcional, ou ainda, perda da mobilidade do membro que este juízo se convencer, amparado pela prova técnica/pericial.**

3. DOS DIREITOS.

3.1. Da competência jurisdicional para processar e julgar a demanda.

Constitui faculdade do (a) autor (a) 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 (art. 53, V, do CPC), bem como, ainda, **o do domicílio do réu (art. 46 do CPC).**

Assim já dispôs, recentemente, o Superior Tribunal de Justiça:

*CONFLITO DE COMPETÊNCIA Nº 159.803 - GO (2018/0181431-5)
RELATOR : MINISTRO LÁZARO GUIMARÃES (DESEMBARGADOR
CONVOCADO DO TRF 5ª REGIÃO) SUSCITANTE : JUÍZO DE
DIREITO DA 14ª VARA CÍVEL E AMBIENTAL DE GOIÂNIA - GO
SUSCITADO : JUÍZO DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DE SÃO
PAULO - SP INTERES. : YAMAHA MOTOR DA AMAZÔNIA LTDA
ADVOGADOS : FAUSTO MITUO TSUTSUI - SP093982 KARINA DE
SOUSA MARCONDES - SP212020 ANA CLAUDIA MOREIRA PERES E
OUTRO (S) - SP289619 INTERES. : OD MOTOS, PECAS E SERVICOS
LTDA INTERES. : WILLIAM LEYSER O DWYER INTERES. :*



CAROLINE LOUISE LEYSER O DWYER ADVOGADOS : THIAGO BRAGA FUJIOKA - GO028232 FLÁVIO MONTEIRO ÁLVARES - GO031861 NATALIA OLIVENCIA E SOUZA - GO042718 DECISÃO Cuida-se de conflito negativo de competência suscitado por JUÍZO DE DIREITO DA 14ª VARA CÍVEL E AMBIENTAL DE GOIÂNIA - GO e o do d. JUÍZO DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DE SÃO PAULO - SP nos autos de ação de execução proposta por YAMAHA MOTOR DA AMAZÔNIA LTDA em face de OD MOTOS, PECAS E SERVICOS LTDA e outros. A ação foi inicialmente proposta perante o d. Juízo de Direito da 1ª Vara Cível da Comarca de São Paulo/SP, foro diversos do eleito contratualmente, que se declarou absolutamente incompetente para processar e julgar o feito e determinou a remessa dos autos à Comarca de Goiânia/GO, sob a alegação de que "a livre escolha desvinculada de qualquer parâmetro, realizada unilateralmente pela parte elaboradora do contrato, seja por conveniência pessoal ou por suposta ineficiência do foro competente, não pode prevalecer, devendo ser admitido, excepcionalmente, a declinação da competência de ofício, mitigando-se a Súmula 33 do C. STJ" (na fl. 97). Recebidos os autos, o d. Juízo de Direito da 14ª Vara Cível e Ambiental da Comarca de Goiânia/GO, foro de eleição, suscitou o conflito negativo de competência, pois, no seu entender, a cláusula de eleição de foro "somente pode ser afastada se constatada abusividade, o que não é o caso dos autos, vez que não vislumbro qualquer hipossuficiência das partes, haja vista que a exequente e a 1ª (primeira) executada são 02 (duas) pessoas jurídicas, e não há nenhuma incidência de relação consumerista, pelo contrário, a relação das partes é estritamente civil, decorrente de contrato e relacionamento comercial oneroso, do qual esta não é destinatária final" (na fl. 1.116). O Ministério Público Federal opina pela competência do Juízo de Direito da 1ª Vara Cível da Comarca de São Paulo/SP. É o relatório. Passo a decidir. A hipótese ora



*analisada é de competência territorial, por via de regra relativa e o d. Juízo suscitado não destacou eventual peculiaridade do caso concreto que permita excepcionar a regra e possibilitar o declínio de ofício da competência. Nesse contexto, a competência só pode ser alterada caso a parte ré apresente exceção de incompetência, após a regular citação, não sendo possível, assim, sua declinação de ofício, nos moldes da súmula 33/STJ, in verbis: "A incompetência relativa não pode ser declarada de ofício". A propósito, confirmam-se os seguintes precedentes: CONFLITO DE COMPETÊNCIA. AÇÃO DE COBRANÇA. ACIDENTE DE VEÍCULOS. SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT. SÚMULA 33/STJ. 1. "A incompetência relativa não pode ser declarada de ofício" (Súmula n. 33/STJ). 2. 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. 3. Conflito conhecido para declarar competente o Juízo suscitado. (CC 110.236/MS, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 25/05/2011, DJe 02/06/2011) Ante o exposto, conheço do conflito para declarar a competência do Juízo de Direito da 1ª Vara Cível da Comarca de São Paulo/SP. Publique-se. Brasília, 24 de setembro de 2018. MINISTRO LÁZARO GUIMARÃES (DESEMBARGADOR CONVOCADO DO TRF 5ª REGIÃO) Relator (STJ - CC: 159803 GO 2018/0181431-5, Relator: Ministro LÁZARO GUIMARÃES (DESEMBARGADOR CONVOCADO DO TRF 5ª REGIÃO), Data de Publicação: DJ 26/09/2018).*

A súmula do STJ assim elenca: "Súmula 540 - Na ação de cobrança do seguro DPVAT, constitui faculdade do autor escolher entre os foros do seu domicílio, do local do acidente ou ainda do domicílio do réu. (Súmula 540, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 10/06/2015, DJe 15/06/2015)".



Desta feita, aliando-se ainda pela Lei da Organização Judiciária do RN é competente para processar e julgar a demanda: a 19ª, 20ª, 23ª, 24ª e 25ª Vara Cível desta Comarca, por distribuição legal.

3.2. Da legitimidade passiva.

A súmula 42, da Resolução 11 – TJRN, de 27 de março de 2019, assim estipula:
"Súmula 42: **Qualquer seguradora conveniada ao sistema de Seguro DPVAT é parte legítima para figurar no polo passivo da demanda** que pleiteia indenização em decorrência de acidente de trânsito.". (grifo meu)

3.3. Da aplicação da Lei nº. 6.194/74 e suas alterações posteriores.

Diante do que será exposto não restará dúvida do direito do (a) Promovente de receber a indenização do seguro obrigatório DPVAT uma vez que ocorreu debilidade permanente na função do membro inferior direito causado por acidente automobilístico, conforme documentação anexa.

O segurado deve ser beneficiado por motivo de todas as sequelas que sofreu, passando a receber uma quantia justa, nem exorbitante, nem inferior aos traumas a que passou.

Além do mais, ninguém está preparado para a ocorrência de um sinistro, o Seguro Obrigatório DPVAT visa justamente amenizar as despesas financeiras que o vitimado irá despendar; que em um caso de invalidez permanente, nunca cessarão.

A legislação vigente: art. 3º da lei nº. 6.194/74, estabelece que os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar, conforme se vê abaixo:

Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência



médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

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

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

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

§ 1o No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão



intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, fazendo jus a parte autora ao recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:

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

Note Excelência que a prova documental (documentação médica hospitalar e boletim de ocorrência) foi devidamente juntada aos autos comprovando o direito do (a) autor (a) ao recebimento da indenização pleiteada.

Desta forma é claro notar que: “O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente” e mediante a entrega dos seguintes documentos: “registro da ocorrência no órgão policial competente” – art. 5º, § 1, a, da Lei 6.194/74.

Percebe-se que a lei não diz se o Boletim de Ocorrência deve ser comunicado ou não, exige-se apenas o Boletim de Ocorrência OU Certidão de Ocorrência sendo, portanto, ônus da Seguradora fazer prova de que as informações contidas no Boletim de Ocorrência, ou na Certidão de Ocorrência, não são verdadeiras, se assim porventura alegar.

Além do Boletim de Ocorrência, outros documentos juntados pela parte autora, corrobora a veracidade das declarações expostas no referido documento. Portanto, o conjunto probatório, atesta o fato como verdadeiro.



Por conseguinte, é dever da Seguradora Requerida, cumprir com o determinado pelo inciso II do artigo 373 do Código de Processo Civil e comprovar a existência de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito autoral.

Em razão do acima exposto, demonstrado o nexo causal existente entre o acidente automobilístico e a lesão de caráter permanente na vítima, impõe-se o dever de indenizar.

3.4. Da audiência de conciliação ou mediação após a prova pericial. Aplicação do art. 139, VI do Código de Processo Civil.

Nos termos do art. 319, VII do CPC, opta a parte autora pela realização de audiência de conciliação e mediação.

Entretanto, Excelência, imprescindível para o resultado da demanda a ocorrência de prova pericial, de modo a conferir maior efetividade do direito tutelado, bem como auxiliar o livre convencimento motivado deste juízo.

Assim dispôs o art. 139, VI do CPC:

Art. 139. O juiz dirigirá o processo conforme as disposições deste Código, incumbindo-lhe:

*VI - dilatar os prazos processuais e **alterar a ordem de produção dos meios de prova, adequando-os às necessidades do conflito de modo a conferir maior efetividade à tutela do direito;** (grifo meu).*

Nesse sentido, requer que seja designada audiência conciliatória, porém que seja aprazada após a juntada do laudo pericial que, desde já se requer.

4. DOS PEDIDOS.

Rua Antônio Elias de França Neto, 1660 – Lagoa Nova – Natal-RN, Cep. 59.064-170;
e-mail: diogoguimaraes.adv@hotmail.com



Por todo exposto, requer a Vossa Excelência:

- a) que sejam concedidos **os benefícios da justiça gratuita** nos termos da Lei n. 1.060/50 e suas devidas alterações, bem como art. 98 e seguintes do CPC por ser o (a) autor (a) pobre nos termos da Lei e não possui condições financeiras favoráveis para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do seu próprio sustento e da sua família;
- b) que determine **a citação inicial do Requerido**, no endereço constante na folha de rosto da presente exordial para, caso pretendam, contestar a presente ação, no prazo legal, sob pena de incorrer nos efeitos da revelia, concedendo ao final, a procedência integral dos pedidos;
- c) nos termos do art. 319, VII do CPC, **opta** a parte autora pela realização de audiência de conciliação e mediação, **porém que seja aprazada após a juntada do laudo pericial** que, desde já se requer, em homenagem aos princípios da celeridade e economia processual, uma vez que a modulação e alteração da ordem de produção dos meios de prova se mostra imprescindível na presente ação (art. 139, VI do CPC), de modo a conferir maior efetividade do direito tutelado, bem como auxiliar o livre convencimento motivado deste juízo;
- d) em razão do acometimento pela parte autora de invalidez permanente parcial incompleta no (s) membro (s) afetado (s), requer a condenação da empresa requerida ao pagamento do seguro DPVAT, em favor do (a) requerente, no valor correspondente **ao grau de invalidez atestado** pelo *Expert* nomeado por este juízo, observando as orientações das súmulas **474 e 580 do Superior Tribunal de Justiça - STJ, pleiteando os valores de forma decrescente (75% > 50% > 25% > 10%) de acordo com a gravidade da repercussão da invalidez, na modalidade de perda anatômica e/ou funcional, ou ainda, perda da mobilidade do (s) membro (s) que este juízo se convencer, amparado pela prova técnica/pericial**, devendo incidir na condenação os devidos acréscimos de juros legais e correção monetária, abatendo-se o valor recebido administrativamente, julgando-se, por fim, a ação **TOTALMENTE PROCEDENTE**;



e) que seja condenado ainda, o requerido, ao pagamento das **custas processuais e honorários advocatícios**, estes no patamar de 20% (vinte por cento) do valor da causa;

f) que, em caso de procedência do pedido, **pugna pelo pagamento dos Honorários Advocatícios Contratuais (contrato particular anexo)**, em companhia dos honorários de sucumbência pagos pelo promovido, sendo confeccionado alvará judicial - conjuntamente - em favor do advogado: Diogo Henrique Bezerra Guimarães - OAB/RN 9329, para levantamento dos valores.

Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em Direito admitidas, sem exclusão de nenhum que se fizer necessário ao deslinde da demanda.

Dá-se à causa o valor de R\$ 2.362,50 (Dois mil, trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta).

Nestes termos,
pede e espera deferimento.
Natal/RN, 19 de junho de 2020.

DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES
OAB/RN 9329



QUESITOS A SEREM RESPONDIDOS PELO (A) SR. (A) PERITO (A):

1. Houve lesão à integridade física da parte autora em virtude do acidente de trânsito. Quais as lesões remanescentes na mesma após o acidente?

2. Queira o Sr. Perito esclarecer se as lesões são de caráter temporário ou definitivo.

3. Houve perda da força, mobilidade, flexibilidade ou outra limitação em virtude da lesão sofrida no acidente? Favor especificar as mesmas.

4. Das lesões identificadas, quais foram às consequências traumáticas e funcionais dos órgãos/membros afetados.

5. De acordo com a tabela anexa da Lei 11.945/2009, qual o percentual da perda funcional da parte autora em face da (s) lesão (es) ocasionada (s) em decorrência do sinistro?



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO**OUTORGANTE:**

Nome:	KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA		
Nacionalidade:	BRASILEIRO	Estado Civil:	SOLTEIRO
Profissão:	PORTEIRO	CPF nº.	110.400.694-44
Endereço com CEP	RUA MANOEL ESTEVÃO DO NASCIMENTO, 30 A, PIRANGI DO NORTE, 59161-700		

OUTORGADO: DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARÃES, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº. 9329, endereço eletrônico: diogoguimaraes.adv@hotmail.com, com endereço profissional na Rua Antônio Elias de França Neto – 1600 – Ed. Mauricio Caminha, Unidade II, Lagoa Nova, Cep. 59.064-170 - Natal/RN.

PODERES: Das cláusulas “**AD JUDICIA**” e “**EXTRA**” para o foro em geral, defender todos os direitos e interesses do (a) outorgante, podendo transigir, desistir, fazer acordos, discordar, concordar, declarar hipossuficiência financeira, requerer justiça gratuita, passar recibos, dar e receber quitação, levantar e sacar alvarás, apresentar, juntar e desembargar documentos, papéis, recibos e guias, requerer desistência da ação, interpor e seguir recursos administrativos e judiciais até Superior Instância e finalmente praticar e requerer todos os demais atos necessários ao fiel e cabal desempenho do presente mandato, inclusive substabelecer no todo ou em parte, com ou sem reservas de poderes.

Natal/RN, 15 de Abril do ano 2019.

KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA

OUTORGANTE

Rua Antônio Elias de França Neto, 1660 – Lagoa Nova – Natal-RN, Cep. 59.064-170;

e-mail: diogoguimaraes.adv@hotmail.com



TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como, para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, e seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR



MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

204.44964.55-4

NÚMERO

8107729

SÉRIE

0040

UF

RN

KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA

FILIAÇÃO: ANA CLAUDIA RODRIGUES NOGUEIRA
SEXO: MASCULINO
NASCIMENTO: 27/06/1995

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: BELO HORIZONTE - MG

DOCUMENTO: C. I. 02722502 0901/2013 8SDS RN

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 110.400.694-44

TIT. ELEITOR: SEÇÃO: 110

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RN - 20/10/2014

ZONA:

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /
DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

LEGENDA

A - CASAMENTO E - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEP. JUDICIAL D - ADOÇÃO F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

03



Assinado eletronicamente por: DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES - 20/06/2020 11:37:40

<https://pje1g.trjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062011373994300000054703259>

Número do documento: 20062011373994300000054703259

Num. 56916392 - Pág. 1

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH	DIABETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	HEMOFILIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ALERGIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. nº 879, de 12 de julho de 1993) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

CARTEIRAS ANTERIORES

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		

06

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: **STAFF SOLUCOES AMBIENTAIS E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS LTDA**
 CGC/CPF/CEI: **01.848.248/0001-70**
 ENDEREÇO: **R. EST. VALOIR Nº 24 - NOVA PARNAMIRIM**
 MUNICÍPIO: **PARNAMIRIM** UF: **RN**
 ESP. DO ESTABELECIMENTO: **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**
 CARGO: **PORTEIRO**
 CBO Nº: _____

DATA DE ADMISSÃO: **01** DE **DEZEMBRO** DE **2016**
 REGISTRO Nº: **000011** FLS. / FCHA: **000011**
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: **R\$ 907,00 (NOVECENTOS E SETE REAIS)**
 ASS. DO EMPREGADOR: _____
 ASS. DO TRABALHADOR: _____
 DATA DE SAÍDA: **31** DE **DEZEMBRO** DE **2018**
 MOTIVO: **Despedida de A. Trabalho**
 CPF: **655.267.884-04**
 CANCELADO: **17/01/2019**

COM. DISPENSAÇÃO: _____
 FGTS Nº DA CONTA: _____

07



CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

CGC/CPF/CEI

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

ESP. DO ESTABELECIMENTO

CARGO

CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO

DE

DE

REGISTRO Nº

RIS / FICHA

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA

ASS. DO EMPREGADOR OU ADEQUADO E TESTEMUNHA

DATA DE SAÍDA

DE

DE

ASS. DO EMPREGADOR OU ADEQUADO E TESTEMUNHA

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA

16

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

AUMENTADO EM 01/03/2017

MOTIVO PROMOÇÃO

PARA R\$ 1.101,08

ASSINATURA DO EMPREGADOR

AUMENTADO EM

PARA R\$

MOTIVO

ASSINATURA DO EMPREGADOR

AUMENTADO EM

PARA R\$

MOTIVO

ASSINATURA DO EMPREGADOR

AUMENTADO EM

PARA R\$

MOTIVO

ASSINATURA DO EMPREGADOR

AUMENTADO EM

PARA R\$

MOTIVO

ASSINATURA DO EMPREGADOR

AUMENTADO EM

PARA R\$

MOTIVO

ASSINATURA DO EMPREGADOR

AUMENTADO EM

PARA R\$

MOTIVO

ASSINATURA DO EMPREGADOR

AUMENTADO EM

PARA R\$

MOTIVO

ASSINATURA DO EMPREGADOR

17



ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

DE A
PERÍODO ASSINATURA DO EMPREGADOR

DE A
PERÍODO ASSINATURA DO EMPREGADOR

DE A
PERÍODO ASSINATURA DO EMPREGADOR

DE A
PERÍODO ASSINATURA DO EMPREGADOR

DE A
PERÍODO ASSINATURA DO EMPREGADOR

DE A
PERÍODO ASSINATURA DO EMPREGADOR

20

ANOTAÇÕES GERAIS


(Anotações autorizadas por lei).

A PARTIR DE 01.03.2017
FOI PROMOVIDO PARA FUNÇÃO
DE ENCARGADO DE TURMA

PROMOVIDO DE MATEMÁTICA
STAFF SOLUÇÕES AMBIENTAIS
01.848.248/0001-70

21



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA																																																											
COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE RUA MERMOZ, 150, BALDO, NATAL, RIO GRANDE DO NORTE CEP 59025-250 CNPJ 08.324.196/0001-81 INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0		 COSERN www.cosern.com.br		Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 Ligações Gratuitas: -TELEATENDIMENTO COSERN: 116 -Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 -Ouvidoria 0800 084 0404 Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167 Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis																																																							
DADOS DO CLIENTE ANA CLAUDIA RODRIGUES NOGUEIRA CPF: 003.844.266-38 NIS: 12513913584		DATA DE VENCIMENTO 09/04/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 97,92		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 02/04/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 02/04/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 039936778 Série: U																																																							
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA MANOEL ESTEVAO DO NASCIMENTO 30 A PIRANGI DO NORTE/DISTRITO LITORAL 59161-700 PARNAMIRIM RN		CONTA CONTRATO 000622270021 Nº DO CLIENTE 3000673715 Nº DA INSTALAÇÃO 0001269428																																																									
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico RESERVADO AO FISCO 4E46.2022.4C2C.8374.CB6A.45A1.CD5B.E0D5																																																									
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>QUANTIDADE</th> <th>PREÇO</th> <th>VALOR (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo-TUSD até 30 kWh</td> <td>30,00</td> <td>0,10562835</td> <td>3,16</td> </tr> <tr> <td>Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh</td> <td>70,00</td> <td>0,18107718</td> <td>12,67</td> </tr> <tr> <td>Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh</td> <td>85,00</td> <td>0,27161577</td> <td>23,08</td> </tr> <tr> <td>Consumo-TE até 30 kWh</td> <td>30,00</td> <td>0,11506290</td> <td>3,45</td> </tr> <tr> <td>Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh</td> <td>70,00</td> <td>0,19725068</td> <td>13,80</td> </tr> <tr> <td>Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh</td> <td>85,00</td> <td>0,29587603</td> <td>25,14</td> </tr> <tr> <td>Contrib. Ilum. Pública Municipal</td> <td></td> <td></td> <td>9,30</td> </tr> <tr> <td>ICMS-Parcela Subvencionada</td> <td></td> <td></td> <td>7,32</td> </tr> <tr> <td>TOTAL DA FATURA</td> <td></td> <td></td> <td>97,92</td> </tr> </tbody> </table>						DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,10562835	3,16	Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,18107718	12,67	Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	85,00	0,27161577	23,08	Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,11506290	3,45	Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,19725068	13,80	Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	85,00	0,29587603	25,14	Contrib. Ilum. Pública Municipal			9,30	ICMS-Parcela Subvencionada			7,32	TOTAL DA FATURA			97,92														
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)																																																								
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,10562835	3,16																																																								
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,18107718	12,67																																																								
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	85,00	0,27161577	23,08																																																								
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,11506290	3,45																																																								
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,19725068	13,80																																																								
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	85,00	0,29587603	25,14																																																								
Contrib. Ilum. Pública Municipal			9,30																																																								
ICMS-Parcela Subvencionada			7,32																																																								
TOTAL DA FATURA			97,92																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="6">INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS</th> </tr> <tr> <th colspan="3">ICMS</th> <th colspan="2">PIS</th> <th colspan="2">COFINS</th> </tr> <tr> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>81,30</td> <td>18,00</td> <td>14,63</td> <td>81,30</td> <td>1,02</td> <td>0,82</td> <td>81,30</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>4,67</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>3,79</td> </tr> </tbody> </table>						INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS						ICMS			PIS		COFINS		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	81,30	18,00	14,63	81,30	1,02	0,82	81,30							4,67							3,79													
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS																																																											
ICMS			PIS		COFINS																																																						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO																																																					
81,30	18,00	14,63	81,30	1,02	0,82	81,30																																																					
						4,67																																																					
						3,79																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="6">COMPOSIÇÃO DO CONSUMO</th> </tr> <tr> <th>Descrição</th> <th>R\$</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Geração de Energia</td> <td>30,25</td> <td>37,21</td> </tr> <tr> <td>Transmissão</td> <td>3,35</td> <td>4,12</td> </tr> <tr> <td>Distribuição (Cosern)</td> <td>21,06</td> <td>25,90</td> </tr> <tr> <td>Encargos Setoriais</td> <td>1,75</td> <td>2,15</td> </tr> <tr> <td>Tributos</td> <td>19,24</td> <td>23,67</td> </tr> <tr> <td>Perdas de Energia</td> <td>5,65</td> <td>6,95</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>81,30</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>						COMPOSIÇÃO DO CONSUMO						Descrição	R\$	%	Geração de Energia	30,25	37,21	Transmissão	3,35	4,12	Distribuição (Cosern)	21,06	25,90	Encargos Setoriais	1,75	2,15	Tributos	19,24	23,67	Perdas de Energia	5,65	6,95	TOTAL	81,30	100																								
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO																																																											
Descrição	R\$	%																																																									
Geração de Energia	30,25	37,21																																																									
Transmissão	3,35	4,12																																																									
Distribuição (Cosern)	21,06	25,90																																																									
Encargos Setoriais	1,75	2,15																																																									
Tributos	19,24	23,67																																																									
Perdas de Energia	5,65	6,95																																																									
TOTAL	81,30	100																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="6">DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES</th> </tr> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>CONJUNTO</th> <th>VALOR APURADO</th> <th>META MENSAL</th> <th>META TRIM.</th> <th>META ANUAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">fev/2020</td> </tr> <tr> <td>DIC-No.de horas sem Energia</td> <td>LITORAL SUL</td> <td>2,17</td> <td>10,44</td> <td>20,88</td> <td>41,76</td> </tr> <tr> <td>FIC-No.de vezes sem Energia</td> <td></td> <td>1,00</td> <td>7,52</td> <td>15,04</td> <td>30,09</td> </tr> <tr> <td>DMIC-Duração máxima de interrupção contínua</td> <td></td> <td>2,17</td> <td>5,58</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>DICRI-Duração de interrupção em dia crítico</td> <td></td> <td></td> <td colspan="3" style="text-align: center;">Limite DICRI: 16,60</td> </tr> <tr> <td colspan="6">EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 29,69</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.</td> </tr> </tbody> </table>						DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES						DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL	fev/2020						DIC-No.de horas sem Energia	LITORAL SUL	2,17	10,44	20,88	41,76	FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	7,52	15,04	30,09	DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		2,17	5,58	0,00	0,00	DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 16,60			EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 29,69						Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES																																																											
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL																																																						
fev/2020																																																											
DIC-No.de horas sem Energia	LITORAL SUL	2,17	10,44	20,88	41,76																																																						
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	7,52	15,04	30,09																																																						
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		2,17	5,58	0,00	0,00																																																						
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 16,60																																																								
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 29,69																																																											
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="6">NÍVEIS DE TENSÃO</th> </tr> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </tbody> </table>						NÍVEIS DE TENSÃO						TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231																																							
NÍVEIS DE TENSÃO																																																											
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)																																																										
	MÍNIMO	MÁXIMO																																																									
220	202	231																																																									
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																																																											
INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você! vanilda rodrigues de jesu - m: av dep marcio marinho,7, pirangi do nort / veronica variedades: sao jose de mipibu, pium (distrito litoral)Lista completa em www.cosern.com.br . O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. Na data da leitura a 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. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 41,25. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões 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. Coronavírus. Saiba como proteger você e sua família. Acesse saude.gov.br/coronavirus																																																											
DESTAQUE AQUI																																																											
CONTA CONTRATO 000622270021		MÊS/ANO 04/2020		TOTAL A PAGAR(R\$) 97,92																																																							
VENCIMENTO 09/04/2020		TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.																																																									
838400000006 979200384009 622270021204 013432502434																																																											
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																																																											





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 2ª DELEGACIA DE POLÍCIA DE PARNAMIRIM
Endereço: RUA LAGOA SALGADA, 10, NOVA PARNAMIRIM, PARNAMIRIM

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018024001282

1.2 Data de Expedição: 13/06/2018 11:28:18

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.4 Ligu CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 29/04/2018 23:30:00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.7 Logradouro: RN 063 - COM A AV, SÃO SEBASTIÃO

2.8 Número: SN

2.9 CEP:

2.10 Complemento:

2.11 Ponto de Referência:

2.12 Bairro: PIRANGI DO NORTE

2.13 Cidade: PARNAMIRIM

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai:

3.5 Etnia: Parda

3.6 Mãe: ANA CLAUDIA RODRIGUES NOGUEIRA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 11040069444

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 27/06/1995

3.13 Profissão: ESTUDANTE

3.14 RG: 002722502 - ITEP/RN

3.15 Telefone(s): 84 994434852

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 30

3.18 Naturalidade: BELO HORIZONTE MG

3.19 Bairro: PIRANGI DO NORTE

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: RUA: MANOEL ESTEVAM

3.23 Cidade: PARNAMIRIM

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS VEÍCULOS)

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE COMPARECEU A 2ª DP DE PARNAMIRIM-RN PARÁ RELATAR QUE NO DIA 29/04/2018 POR VOLTA DAS 23:30 HORAS, NO MOMENTO EM QUE O DECLARANTE ESTAVA TRANSITANDO NA SUA MOTO DE PLACA NOB 1131 - NATAL-RN CÔD. RENAVAM 00453511090 QUE SE ENCONTRA EM NOME DE JACKSON BEZERRA DE HOLANDA REGO E ENTRE A RN 063 E A RUA: SÃO SEBASTIÃO EM PIRANGI DO NORTE - PARNAMIRIM-RN, QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UMA VACA QUE SAIU DO MATO E COLIDIU COM A MOTO, DEVIDO A O IMPACTO DA COLISÃO FEZ O COMUNICANTE CAIR COM A MOTO, EM SEGUIDA UMA PESSOA PEGOU O CELULAR DO NOTICIANTE E SOLICITOU O ATENDIMENTO DA SAMU, QUE O SOCORREU PARA O HOSPITAL DEOCLÉCIO MARQUES EM PARNAMIRIM-RN, ONDE FICOU INTERNADO 12 (DOZE) DIAS, ONDE FOI SUBMETIDO A 02 (DUAS) CIRURGIAS. NADA MAIS DISSE.

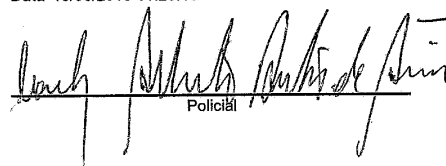
9.2 Informações do CIOSP

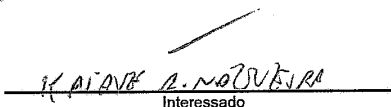
10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

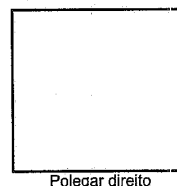
11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data 13/06/2018 11:28:18


Policial


Interessado

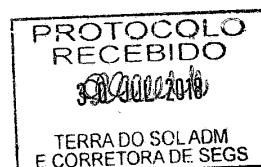


Polegar direito

Atendimento: 75.447-1 - CARLOS ALBERTO DANTAS DE ASSIS

Impresso por: 75.447-1 - CARLOS ALBERTO DANTAS DE ASSIS em 13/06/2018 11:28:23

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Protocolo: J2018024001282 - Código de autenticação: f3eae40222bd10471d11dca8ab403d6e

Página 1 1



Assinado eletronicamente por: DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES - 20/06/2020 11:37:40
https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062011374061500000054703261
Número do documento: 20062011374061500000054703261

Num. 56916394 - Pág. 1



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 RN



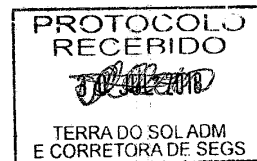
DECLARAÇÃO

/

Declaro para os devidos fins que se fazem necessário, que foi encontrado a ocorrência Nº 56016/1 referente a paciente KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA 22 anos atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 29/04/2018 em Pirangi - Parnamirim/RN. Vítima moto/animal. Conforme ficha anexa.

Natal, 21 de junho de 2018

Ubiratan Wagner de Sousa
Coordenador da Regulação Médica do SAMU 192 RN
MAT.210991-3



SAMU 192 RN

END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 - BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545 - FONE: 84 3209-5316



FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 56016/1

Data: 29/04/2018

CHAMADO

TARM: ELAINE COUTO ROLIM BARBOSA

Médico Regulação: JOSE ALEXANDRE SOUZA SILVA

Rádio Operador: LUCIANO FERREIRA BARBALHO

Médico Cena: JULIANA LOPES DE AGUIAR

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: UR 23 (SUPER FACIL)

Equipe VTR: JOSÉ CARLOS ALVES DE CASTRO - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
EDNALDO ARAUJO BENTO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM
JOSÉ ERIVAN RAMALHO DOS S - TÉCNICO DE ENFERMAGEM☒ REGULAÇÃO
MÉDICA☐ TROTE☐ INFORMAÇÃO☐ ENGANO☐ QUEDA DA
LIGAÇÃO☐ CONTATO COM EQUIPE
SAMU☐ TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: PARNAMIRIM

Nome do Solicitante: RONALDO

Telefone: (84) 99443-4852

Nome do Paciente:

CAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA

Idade: *

22

ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

☐ Endereço não informado☐ Coordenadas Informadas

Latitude: Longitude:

Endereço: AV DEPUTADO MARCIO MARINHO

Nº: VP

Bairro: PIRANGI DO NORTE (DISTRITO LITORAL)

Outro Bairro:

Referência/Complemento: PX DA ARENA ECOMAX//PX AO CONDOMINIO PORTO BRASIL

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA

Observações Rádio Operador: PACIENTE ENTREGUE AOS CUIDADOS DA USB 62

Queixa Primária: MOTO X ANIMAL (VACA)

Quem Solicitou: Amigo

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

29/04/2018 23:59:43 - Dr(a). JOSE ALEXANDRE SOUZA SILVA

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE MOTO X ANIMAL

REGULAÇÃO: COLISÃO MOTO/VACA-CONSC E ORIENT,COM FRAT EM MEMB SUP E MEMB INF

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 29/04/2018 23:58:44 Usuário: (TARM) ELAINE COUTO ROLIM BARBOSA

Observação: QTH DA PRAIA DE PIRANGI DO NORTE E NAO CAJUPIRANGA.

Data: 30/04/2018 01:05:49 Usuário: (TARM) NÚBIA KARLA MACIEL CARVALHO DA SILVA

Observação: TENTANDO CONTATO COM DEOCLÉCIO MARQUES 9-8132-6541 SEM SUCESSO TEL SÓ CHAMA.

Data: 30/04/2018 01:25:25 Usuário: (TARM) NÚBIA KARLA MACIEL CARVALHO DA SILVA

Observação: REGULADA COM CONCEIÇÃO NA UGV DO DEOCLÉCIO MARQUES.

Data: 30/04/2018 01:40:33 Usuário: (RADIO OPERADOR) LUCIANO FERREIRA BARBALHO

Observação: Controle de frota: PACIENTE ENTREGUE AOS CUIDADOS DA USB 62

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:

29/04/2018

23:57:51

Liberação VTR:

30/04/2018

01:40:30

Regulação Médica:

29/04/2018

23:59:43

Solicitação VTR:

30/04/2018

00:01:04

Saída VTR:

30/04/2018

00:01:08

Chegada Local:

30/04/2018

01:29:00



Conta - 981793151/6706.RG.
JUS. 898 0011: 84340PF 310 400 694-44



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

Mãe Anaclaudia Rodrigues Nogueira

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

01 055
Núcleo de Atendimento de Urgência
AUTORIZADO

NOME: Kaique Rodrigues Nogueira

IDADE: 22 COR: Branco SEXO: M ESTADO CIVIL: Solteiro

NATURALIDADE: Belo Horizonte PROFISSÃO: Torcedor PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: Rua Manoel Estanislau do Nascimento BAIRRO: Praia Pinheiro do Norte

CIDADE: Parnamirim DATA: HORA:

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: PPR A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) 15 B) FREQUÊNCIA RESPIRATORIA 22 rpm C) PRESSÃO ARTERIAL 150 x 90

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

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

→ Vítima de lesão moto-ciclista; com capacete; pega ingesta alcoólica; pega cafeína; pega drogas; pega falta de consciência.

EXAME FÍSICO

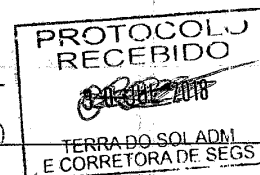
A - Pálidas; úmido; sy; fútil
B - expiratório; sy; fútil; ta: 22
C - Espiratório;
D - 15
E - fútil; M/G e HSE

pressão: 160/90; RHM +; sy; fútil

pulso: 22 bpm

Servidor

CONFERE COM ORIGINAL



SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO
	150 x 90	22	15	19/15		83

CONFERE COM ORIGINAL

Servidor

DIAGNÓSTICO INICIAL

lesão moto-ciclista

Ortopédia



EXAMES COMPLEMENTARES

transc 100% XE-1 04/00

Tenorm 100%

57097-100%

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE	
----------------------------	--

CONDUTA	
1)	✓
①	At. Paracetamol; MGD e MBE
②	Forças de suporte.
<div>Assinatura do Jefe para Transmissão</div> <div>Elisedson Godoy Cirurgia Geral e Digestiva CRM/RN 6093</div> <div>Dr. Carlos Maia Cirurgia Geral e Digestiva CRM 6194 SP CT 12510</div> <div>Ass. do Responsável</div>	

DESTINO DO PACIENTE	
---------------------	--





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

(☒) Hemoconcentrado Unid. 1 (☐) Plasma Unid. 1 (☐) Plaquetas Unid. 1
(☐) Albumina Unid. 1 (☐) Expansor plasmático Unid. 1

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

Insul h: 10:30 h: 10:30 h: 10:30
Boletim anestésico h: 10:30 h: 10:30 h: 10:30

HIDRATAÇÃO VENOSA

(☒) Soro Fisiológico: 1 ml (☐) Soro Ringer Simples: 1 ml Quantidade total de volume
(☐) Soro Glicosado: 1 ml (☐) Soro Ringer Lactato: 1 ml administrado: 300ml

ANATOMO PATOLÓGICO

(☒) Não (☐) Sim Peça: 1 Peça para sepultamento: (☒) Não (☐) Sim
Swab para cultura: 1 Líquido: 1

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

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

INTERCORRÊNCIAS: Re encaminhado ao EPO

Ass: Aline Vidal Coren: 621.186

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: EPO

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

Hora: 10:30 Data: 30/04/18 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: AVP Local: MSD 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	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão		<u>94</u>			<u>96</u>	
30'		<u>92</u>			<u>98</u>	
60'		<u>92</u>			<u>100</u>	
Alta						

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: 1 ml
Soro Fisiológico: 1 ml
Ringer: 1 ml
Irrigação vesical contínua: 1 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:

11h Encaminhado p/ RX + selo

Ass: Fernando Coren: 450542





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Kaique Rodrigues Nogueira Idade: 22a D/N: 27/06/1995
Pront.: 360551 Município: Rio de Janeiro Procedência: ☒ Interno () Externo
Data da cirurgia: 30/04/18 Hora Admissão: Bloco: 01 Sala: 01 Hora Saída: 14:30 Peso: 70
Alergias: ☒ Não () Sim Comorbidades: () H.S () DM () Outras NEGA
Uso de medicações: ☒ Não () Sim Jejum: () Não () Sim
SSVV Admissão: PA: 120/80 mmHg Pulso: 70 bpm FI: 10 rpm FC: 70 bpm SpO₂: 98 % T: 36 °C

Enfermeiro(a): Tatiane Instrumentado (a): _____ Circulante: Almeida (A) Pablo S.

Cirurgia: Tiactão tibial direita e fêmur Especialidade: Ortopedia Sala: 02
Hora Início: 10:30 Hora Término: 10:30 Tipo de cirurgia: () Eletiva ☒ Urgência ☒ Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: Dr. Poqueiro Aux: Dr. Elson Residente: _____

Anestesia: () Local ☒ Sedação () Geral TOT: _____ () Bloqueio () Raquidiana Ag.nº _____ () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag.nº _____ Cateter nº: _____ Início: _____ Garrote: () Smarch () Pneumático Início: _____ Término: _____
Anestesiologista: Dr. Wellington

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 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 type="checkbox"/> Íntegra	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Diprifusor
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
<input 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC				Bpm
Pulso				Bpm
Oximetria				%
Capnografia				%
PA				mmHg

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

SONDAGEM GÁSTRICA	
<input type="checkbox"/> SNG nº	
Retorno:	
CATETERISMO VESICAL	
<input type="checkbox"/> SVR nº	
<input type="checkbox"/> SVA nº	
Diurese:	
Profissional responsável:	

EXAMES SOLICITADOS:	
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input 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 type="checkbox"/> Cabeça	<input type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/> Pescoço	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Fletidos
<input type="checkbox"/> Litotômica	<input type="checkbox"/> Lombar	<input checked="" type="checkbox"/> MMII
<input type="checkbox"/> Trendlemburg		<input type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Canivete		<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Proclive		<input type="checkbox"/> Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Metal () Descartável	
Local:	
DEGERMAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	
Local: <u>MD</u>	Solução: <u>DGC</u>
TRICOTOMIA	
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Local:	

IMPLANTE CIRÚRGICO	
Drenos:	
Tela:	
Cateter:	
Ostomia:	
Fio de KC: <u>Fio nº 04</u>	Parafuso - tipo:
Placa - Tipo:	
Outros:	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: Perfurador Quant. Material: OK!
Val.: 06.05.18 Contagem de gaze e compressa: ☒ Não () Sim



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital				Enfermaria		Leito		Nº prontuário																																																											
Nome <i>Kaíque Rodrigues Aragão</i>				Idade <i>22</i>		Sexo <i>M</i>		Cor																																																											
Data <i>30/04/18</i>	Pressão arterial <i>160 x 110</i>	Pulso <i>180</i>	Respiração <i>18</i>	Temperatura		Peso <i>130 kg</i>		Outros																																																											
Tipo sanguíneo	Hemáticas	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia		Uréia																																																													
	Urina																																																																		
Ap. respiratório <i>MVA simétricos e A/RA</i>						Asma		Bronquite																																																											
Ap. circulatório <i>R CR, 2+, BNF, S/AOP, 2+</i>						Eletrocardiograma																																																													
Ap. digestivo <i>jejum + 8h</i>				Dentes		Pescoco		Ap. urinário																																																											
Estado mental <i>DOTB</i>				Atarácicos		Corticoides		Alergia																																																											
Diagnóstico pré-operatório						Estado físico		Risco																																																											
Anestesias anteriores																																																																			
Medicação pré-anestésica				Aplicada às		Efeito																																																													
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <p><i>Angio 10mg</i></p> <p><i>ECG 94-98</i></p> <p><i>SpO2 94-98</i></p> <p><i>MSD (R)</i></p> </div> <div style="width: 60%;"> <p><i>monitores: ECG, SpO2, PA, L</i></p> </div> </div>																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th rowspan="2">Agentes Anestésicos</th> <th rowspan="2">Líquidos</th> <th rowspan="2">Oper.</th> <th rowspan="2">Anest.</th> <th rowspan="2">O Resp.</th> <th rowspan="2">P Pulso</th> <th colspan="10">Gráfico de Monitorização</th> </tr> <tr> <th>260</th><th>250</th><th>240</th><th>230</th><th>220</th><th>210</th><th>200</th><th>190</th><th>180</th><th>170</th><th>160</th><th>150</th><th>140</th><th>130</th><th>120</th><th>110</th><th>100</th><th>90</th><th>80</th><th>70</th><th>60</th><th>50</th><th>40</th><th>30</th><th>20</th><th>10</th> </tr> <tr> <td colspan="6"></td> <td colspan="10"> <i>Gráfico de Monitorização</i> <i>ECG 94-98</i> <i>SpO2 94-98</i> <i>MSD (R)</i> </td> </tr> </table>										Agentes Anestésicos	Líquidos	Oper.	Anest.	O Resp.	P Pulso	Gráfico de Monitorização										260	250	240	230	220	210	200	190	180	170	160	150	140	130	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10							<i>Gráfico de Monitorização</i> <i>ECG 94-98</i> <i>SpO2 94-98</i> <i>MSD (R)</i>									
Agentes Anestésicos	Líquidos	Oper.	Anest.	O Resp.	P Pulso	Gráfico de Monitorização																																																													
						260	250	240	230	220	210	200	190	180	170	160	150	140	130	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10																																				
						<i>Gráfico de Monitorização</i> <i>ECG 94-98</i> <i>SpO2 94-98</i> <i>MSD (R)</i>																																																													
SIMBOLOS										<i>elétricos</i> <i>O2 - 10L/min - 30mm</i> <i>RSO ML 01</i> <i>Eq. 01</i>																																																									
E																																																																			
ANOTAÇÕES																																																																			
POSIÇÃO																																																																			
Agentes																																																																			
Técnica <i>sedação IV</i>																																																																			
Operação <i>Tratamento transesquelético</i>																																																																			
Cirurgião <i>Dr. Rodrigo + Dr. Elson</i>																																																																			
Anestesistas <i>Dr. Wellington</i>																																																																			
Observações																																																																			
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias										Perda sanguínea																																																									





Hospital

Nome do paciente

KAIQUE R. NOGUEIRA

Nº prontuário

Data operação

30/04/2018

Enf.

Leito

Operador

DR ELSON JOSÉ

1º auxiliar

DR ROGERIO SANTOS

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Tipo de operação

FRATURA DE FÊMUR DIREITO

Diagnóstico pós operatório

TRATAMENTO CIRÚRGICO

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 DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ASSESPIA E ANTISSEPSIA
3. INSTALAÇÃO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL
4. CURATIVO
5. ATO CIRÚRGICO SEM INTERCORRÊNCIAS

CONFERE COM ORIGINAL

Sendo

Elson José S. Miranda
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 6301 - TEOT 13807





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

() Hemocentrado Unid. () Plasma Unid. () Plaquetas Unid.
() Albumina Unid. () Expansor plasmático Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

Reforço 1g h: 14h
Snamal h: 16:30
Ondansetron h: 16:30

HIDRATAÇÃO VENOSA

(X) Soro Fisiológico: 17 ml () Soro Ringer Simples: ml Quantidade total de volume administrado: 1500ml
() Soro Glicosado: ml () Soro Ringer Lactato: ml

ANATOMO PATOLÓGICO

(X) Não () Sim Peça: Peça para sepultamento: (X) Não () Sim
Swab para cultura: Líquido:

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

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

INTERCORRÊNCIAS: Sinais vitais em observação

Ass: J. B. L. Coren: 207702

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

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

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

Hora: 16:40 Data: 08/05/18 Nível de consciência: (X) Acordado () Sonolento () Narcose (X) Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O₂ (X) O₂ Ambiente
Mobilização MMII: (X) Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: (X) Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não (X) Sim Tipo: 20 Local: Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim (X) Não Especifique:
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
Curativo: (X) Oclusivo () Descoberto (X) Limpo () Sujo Monitorização: () ECG (X) Oxímetro () PA

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

SINAIS VITAIS

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	37	97	107	18	98	2/3
30'	37	107	107	18	100	2/3
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: Paciente encaminhado para PAIO X.

Ass: S. J. Coren: 504067





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA Idade: 22 D/N: 27/06/1995
Pront.: 160551 Município: PARNAMIRIM Procedência: ☒ Interno () Externo
Data da cirurgia: 08/05/18 Hora Admissão: Bloco: 11 Sala: 55 Hora Saída: 16:30 Peso: 70
Alergias: ☒ 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): LEIANNE Instrumentado(a): DATA FERRAZ Circulante:
Cirurgia: DEFEITAÇÃO DO NÓDULO OBLITO-HSC Especialidade: ORTOPEDIA Sala: 02
Hora Início: 14:55 Hora Término: 16:30 Tipo de cirurgia: ☒ Eletiva () Urgência ☒ Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: Dr. Goulart Aux.: Dr. Carlos Pinto Residente:
Anestesia: () Local () Sedação ☒ Geral TOT: 8.0 Bloqueio: () Raquidiana Ag.nº () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag.nº Cateter nº: Início: 14:45 Garrote: ☒ Smarch () Pneumático Início: 14:50 Término: 16:30
Anestesiologista: MO. ROSA

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input 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"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/> Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Íntegra	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Diprifusor
<input checked="" type="checkbox"/> Ansioso	<input type="checkbox"/> C/lesões	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
<input type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<input type="checkbox"/> t/dificuldade	<input type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input type="checkbox"/> Cistostomia	<input type="checkbox"/> Dreno:
<input checked="" type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input type="checkbox"/> Aparelho gessado	<input type="checkbox"/> Tração
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Talas	<input type="checkbox"/> Talas
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input type="checkbox"/> Manchas	<input type="checkbox"/> Dispositivo O ₂		
<input type="checkbox"/> Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia			

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>98</u>	<u>98</u>	<u>98</u>	Bpm
Pulso	<u>98</u>	<u>100</u>	<u>98</u>	Bpm
Oximetria	<u>97</u>	<u>97</u>	<u>98</u>	%
Capnografia	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	%
PA	<u>155x95</u>	<u>154x98</u>	<u>170x104</u>	mmHg

POSICÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Sapêga	<input type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Ventral	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Lombar	<input type="checkbox"/> Fletidos
<input type="checkbox"/> Litotômica	<input type="checkbox"/> Lombar	<input checked="" type="checkbox"/> MMII
<input type="checkbox"/> Trendleburg	<input type="checkbox"/> Lombar	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Canivete	<input type="checkbox"/> Lombar	<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Proclive	<input type="checkbox"/> Lombar	<input type="checkbox"/> Fletidos

ACESSO VENOSO
<input type="checkbox"/> Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Central
<input type="checkbox"/> Dissecção venosa
Local: <u>H50</u>
Cateter: <u> </u>

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

CATETERISMO VESICAL
<input type="checkbox"/> SVF nº <u> </u>
<input type="checkbox"/> SVA nº <u> </u>
Diurese: <u> </u>
Profissional responsável: <u> </u>

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)	<u> </u>

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
() Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não () Metal () Descartável	
Local: <u> </u>	
DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não
Local: <u>H5E</u>	Solução: <u>cloroxedina</u> Local: <u>H5E</u>

IMPLANTE CIRÚRGICO	
Drenos:	
Tela:	
Cateter:	
Ostomia:	
Fio de KC: <u> </u>	Parafuso - tipo: <u>2 pontual</u>
Placa - Tipo: <u>DCP = 02 unid</u>	
Outros:	

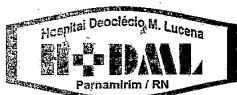
ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
Caixa cirúrgica: <u>05 + 35 + 04</u>	Quant. Material: <u> </u>
Val.: <u>14/05/2018</u>	Contagem de gaze e compressas: <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital HDM L				Enfermaria	Leito	Nº prontuário																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
Nome Kiki Ramires Noronha				Idade	Sexo	Cor																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
Data 02/05/18	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
Tipo sanguíneo	Hemáticas	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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
Anestesias anteriores																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 5px;"> 08:40 09:40 10:40 </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 5%;">Agentes Anestésicos</td> <td style="width: 5%;">O₂</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="width: 5%;">Líquidos</td> <td></td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td rowspan="12" style="width: 5%;">Oper. Anest. O Resp. P Pulso</td> <td>260</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>250</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>240</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>230</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>220</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>210</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>200</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>190</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>180</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>170</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>160</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>150</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>140</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>130</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>120</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>110</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>100</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>90</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>80</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>70</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>60</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>50</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>40</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>30</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>20</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td colspan="12"></td> </tr> </table>								Agentes Anestésicos	O ₂																										Líquidos																											Oper. Anest. O Resp. P Pulso	260													250													240													230													220													210													200													190													180													170													160													150													140													130													120													110													100													90													80													70													60													50													40													30													20													10												
Agentes Anestésicos	O ₂																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Líquidos																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Oper. Anest. O Resp. P Pulso	260																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	250																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	240																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	230																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	220																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	210																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	200																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	190																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	180																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	170																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	160																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	150																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
140																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
130																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
120																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
110																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
100																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
90																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
80																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
70																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
60																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
50																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
40																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
30																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
20																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
10																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
SIMBOLOS		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> X O ⊗ </div>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
E																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
ANOTAÇÕES		<p>X- Montougonas</p> <p>1- Anestesia com halotano</p> <p>2- 250 ml de Solução de Cloreto de Sódio 0.9%</p> <p>3- 250 ml de Solução de Cloreto de Sódio 0.9%</p> <p>4- 250 ml de Solução de Cloreto de Sódio 0.9%</p> <p>5- 250 ml de Solução de Cloreto de Sódio 0.9%</p> <p>6- 250 ml de Solução de Cloreto de Sódio 0.9%</p> <p>7- 250 ml de Solução de Cloreto de Sódio 0.9%</p> <p>8- 250 ml de Solução de Cloreto de Sódio 0.9%</p> <p>9- 250 ml de Solução de Cloreto de Sódio 0.9%</p> <p>10- 250 ml de Solução de Cloreto de Sódio 0.9%</p> <p>11- 250 ml de Solução de Cloreto de Sódio 0.9%</p> <p>12- 250 ml de Solução de Cloreto de Sódio 0.9%</p>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
POSIÇÃO		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> ⊗ A ⊗ A </div>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
Agentes																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Técnica Propofol + halotano																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Operação Tratamento cirúrgico fístula de Lúmen																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Cirurgiões																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Anestesistas Dr. Carlos Henrique R. F. Junior																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Observações CRM - RN 5.097																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias					Perda sanguínea																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											





Hospital

Nome do paciente

KAIQUE RODRIGUES ROBERTO

Nº prontuário

Data operação

02/5/18

Enf.

Leito

Operador

Rafael de Aguiar

1º auxiliar

Marcos Eduardo

2º auxiliar

Rogério Santos

2º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Marcos Eduardo

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Fratura fechada

Tipo de operação

Tratamento cirúrgico fratura

Diagnóstico pós-operatório

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

Incisão sobre o local da fratura.
Exatidão sobre o local da fratura.
Exatidão sobre o local da fratura.
Exatidão sobre o local da fratura.
Exatidão sobre o local da fratura.
Exatidão sobre o local da fratura.
Exatidão sobre o local da fratura.
Exatidão sobre o local da fratura.
Exatidão sobre o local da fratura.
Exatidão sobre o local da fratura.

Rogério Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 1226 - SBOT 1341

19/10/18
CONFERE COM ORIGINAL
Servidor



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital DML				Enfermaria		Leito		Nº prontuário																																									
Nome Kaíque L. Nogueira						Idade 22a		Sexo M		Cor																																							
Data 08/05/2018		Pressão arterial 150/90		Pulso		Respiração		Temperatura		Peso +100 kg																																							
Tipo sanguíneo		Hemoglobina		Hematócrito		Glicemia		Uréia		Outros																																							
Hemáticas		Hemoglobina		Hematócrito		Glicemia		Uréia		Outros																																							
Urina																																																	
Ap. respiratório N						Asma		Bronquite																																									
Ap. circulatório N						Eletrocardiograma																																											
Ap. digestivo N						Dentes		PESCOÇO		Ap. urinário																																							
Estado mental Suado						Atarácicos		Corticoides		Alergia																																							
										Hipotensores																																							
Diagnóstico pré-operatório Fratura de osso do antebraço						Estado físico		Risco																																									
Anestésias anteriores																																																	
Medicação pré-anestésica						Aplicada às		Efeito																																									
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">Agentes Anestésicos</td> <td rowspan="2">Líquidos</td> <td rowspan="2">Oper</td> <td rowspan="2">Anest.</td> <td rowspan="2">O Resp.:</td> <td rowspan="2">P Pulso</td> <td colspan="16"></td> </tr> <tr> <td colspan="16"></td> </tr> </table>												Agentes Anestésicos	Líquidos	Oper	Anest.	O Resp.:	P Pulso																																
Agentes Anestésicos	Líquidos	Oper	Anest.	O Resp.:	P Pulso																																												
SIMBOLOS E ANOTAÇÕES POSIÇÃO																																																	
Agentes Ropiv 0,75% - 0,5h + Xilocaína 2% - 0,5h + Clonidina 0,75mcg + Fentanyl 250mcg + Técnica Blindado deplexo braço antebraço + Dormonid 5mg + Propofol 0,5mcg + Operação Pericúteo distal de ATB E Axilar Cirurgiões João Vitor + Carlos Paulo Anestésistas Kalle Rosa Maria P. Valle Observações Diprônio 0,5mcg + Pelasol 0,1mcg + Ondansetrona 10mg + Anotar no verso as complicações pré-operatórias, intraoperatórias e pós-operatórias Normal 100ml perda sanguínea 100ml SF 0,9%																																																	

Baculi avulsado no e.Ro aguarda transferência para enfermaria





Hospital

Nome do paciente		Nº prontuário	
KAIQUE R. NOGUEIRA			
Data operação	08/05/2018	Enf.	Leito
Operador	1º auxiliar		
2º auxiliar	DR. JOSIVAN NUNES	3º auxiliar	DR. CARLOS PINTO Instrumentador
Anestesista	Tipo de anestesia		
Diagnóstico pré-operatório			
Tipo de operação			
FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO			
Diagnóstico pós operatório			
TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA ANTEBRAÇO ESQUERDO			
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 DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA;
2. ESVASIAMANETO MSE + GARROTEAMENTO;
3. ASSEPSIA; ANTISSEPSIA E CAMPOS ESTEREIS;
4. INCISÃO DORSAL + DISSECÇÃO CUIDADOSA
5. FIXAÇÃO DE FRATURA COM PLACA 3,5 MM DCP + PARAFUSOS
6. INCISÃO EM BORDA ULNAR + FIXAÇÃO COM PLACA 3,5 MM DCP + PARAFUSOS
7. LAVAGEM
8. SUTURA POR PLANOS ANATOMICOS
9. CURATIVO
10. SOLTURA DO GARROTE
11. BOA PERFUSÃO DISTAL
12. CRO.

19/05/2018
CONFERE COM ORIGINAL
SERVIÇO





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

() Hemoconcentrado _____ Unid. () Plasma _____ Unid. () Plaquetas _____ Unid.
() Albumina _____ Unid. () Expansor plasmático _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

Endartéria 4ml h: _____ h: _____ h: _____
Dexametasona 25mg h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

(X) Soro Fisiológico: 1 ml () Soro Ringer Simples: _____ ml Quantidade total de volume
() Soro Glicosado: _____ ml () Soro Ringer Lactato: _____ ml administrado: 1000 ml

ANATOMO PATOLÓGICO

() Não () Sim Peça: _____ Peça para sepultamento: () Não () Sim _____
Swab para cultura: _____ Líquido: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

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

INTERCORRÊNCIAS: Procedimento realizado com sucesso. Paciente segue bem para o CRO no pós-operatório imediato.

Ass: [Assinatura] Coren: _____

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

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

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

Hora: 10:40 Data: 02/05/18 Nível de consciência: (X) Acordado () Sonolento () Narcose (X) Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O₂ (X) O₂ Ambiente
Mobilização MMII: () Normal (X) Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: (X) Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não (X) Sim Tipo: AVF Local: _____ Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim (X) Não Especifique: _____
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
Curativo: (X) Oclusivo () Descoberto (X) Limpo () Sujo Monitorização: () ECG (X) 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	—	<u>90</u>	—	—	<u>98</u>	<u>Não</u>	Soro Fisiológico: _____ ml
30'	—	<u>87</u>	—	—	<u>99</u>	<u>Não</u>	Ringer: _____ ml
60'							Irrigação vesical contínua: _____ ml
Alta							

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: Paciente encaminhado para clínica ortopedica.

Ass: Sayonara Coren: 504067





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA Idade: 22 D/N: 27/06/1995
Pront.: 160551 Município: PARANAMIRIM Procedência: X Interno () Externo
Data da cirurgia: 02/05/18 Hora Admissão: Bloco: 08 Sala: 07 Hora Saída: Peso:
Alergias: X Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras
Uso de medicações: X Não () Sim Jejum: () Não X Sim
SSVV Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm FI: rpm FC: bpm SpO₂: % T: °C

Enfermeiro(a): LUCIANA Instrumentado (a): Augusto Circulante: Adriane Fernandes

Cirurgia: T1 Linfático Jato de Fêmur Especialidade: ORTOPEDIA Sala: 01
Hora Início: 08:00 Hora Término: Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: Michel Aux.: Rafael e Ricardo Residente:

Anestesia: () Local X Sedação () Geral TOT: () Bloqueio X Raquidiana Ag.nº 25 () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag.nº Cateter nº: Início: 08:35 Garrota: () Smarch () Pneumático Início: Término:
Anestesiologista: Helmano

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Normotenso	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Letárgico	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input 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 checked="" 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 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 checked="" type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Dreno	
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input checked="" 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 type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>82</u>	<u>77</u>	<u>94</u>	Bpm
Pulso	<u>81</u>	<u>76</u>	<u>93</u>	Bpm
Oximetria	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>	%
Capnografia	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	%
PA	<u>16/47</u>	<u>17/57</u>	<u>126/80</u>	mmHg

ACESSO VENOSO
<input type="checkbox"/> Punção Arterial
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Central
<input type="checkbox"/> Dissecção venosa

Local:
Cateter:

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

Retorno:

CATETERISMO VESICAL
<input type="checkbox"/> SV nº <u> </u> SVA nº <u> </u>

Diurese:
Profissional responsável:

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	<input type="checkbox"/> Cabeça	<input type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/> Pescoço	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Fletidos
<input type="checkbox"/> Litotômica	<input type="checkbox"/> Lomb. <u>40/15</u>	<input type="checkbox"/> MMII
<input type="checkbox"/> Trendlemburg	<input type="checkbox"/> Original	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Canivete	<input type="checkbox"/> Abduzidos	<input type="checkbox"/> Fletidos
<input type="checkbox"/> Proclive	<input type="checkbox"/> Fletidos	

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Metal () Descartável
Local: <u>Clavícula D</u>
DEGERMAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não
Local: <u>US D</u> Solução: <u>clorixidina + álcool</u>

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos: <u> </u>
Tela: <u> </u>
Cateter: <u> </u>
Ostomia: <u> </u>
Fio de KC: <u> </u> Parafuso - tipo: <u>9 parafusos</u>
Placa - Tipo: <u>DCL larga (12 furos)</u>
Outros: <u> </u>

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: 415 + 117 + 1 caixa quant. Material:
Val.: 08105118 Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim





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 KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA		6- NUMERO DO PRONTUÁRIO 160551	
7- CARTÃO NACIONAL/SUS 708 5093 5268 6875	8- DATA DE NASCIMENTO 27/06/1995	9- SEXO MASCULINO	10- RAÇA/COR PARDA
11- NOME DA MAE ANA CLAUDIA RODRIGUES NOGUEIRA (MAE)		12- TELEFONE DE CONTATO 98179-3151	
13- NOME DO RESPONSÁVEL A GENITORA		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA MANOEL ESTEVAM DO NASCIMENTO 30 A			
16- MUNICÍPIO PARNAMIRIM	17- BAIRRO PIRANGI DO SUL PRAIAS	18- UF RN	19- CEP 59161-700
Justificativa de Internação			
20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Prontuário 160551 fórmula de ATB C</i>			
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Of. clínico</i>			
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>S. A. T. B. C.</i>			
23- DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Prontuário 160551</i>	24- CID 10 PRINCIPAL <i>D. 12. ATB C</i>	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Prontuário 160551</i>		28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29- CLÍNICA	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO () CNS () CPF	32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Manoel Estevam do Nascimento Otorrinolaringologista CRM 849</i>	
Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)			
36- () AC. TRÂNSITO	39- CNPJ DA SEGURADORA	40- Nº DO BILHETE	41- SÉRIE
37- () AC. TRABALHO TÍPICO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNAE DA EMPRESA	44- CBOR
38- () AC. TRABALHO TRAJETO			
45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
Autorização			
46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47- COD. ORGAO EMISSOR	52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>191571</i>	
48- DOCUMENTO () CNS () CPF	49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>CONFERE COM ORIGINAL</i>		
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Manoel Estevam do Nascimento CRM 849</i>		

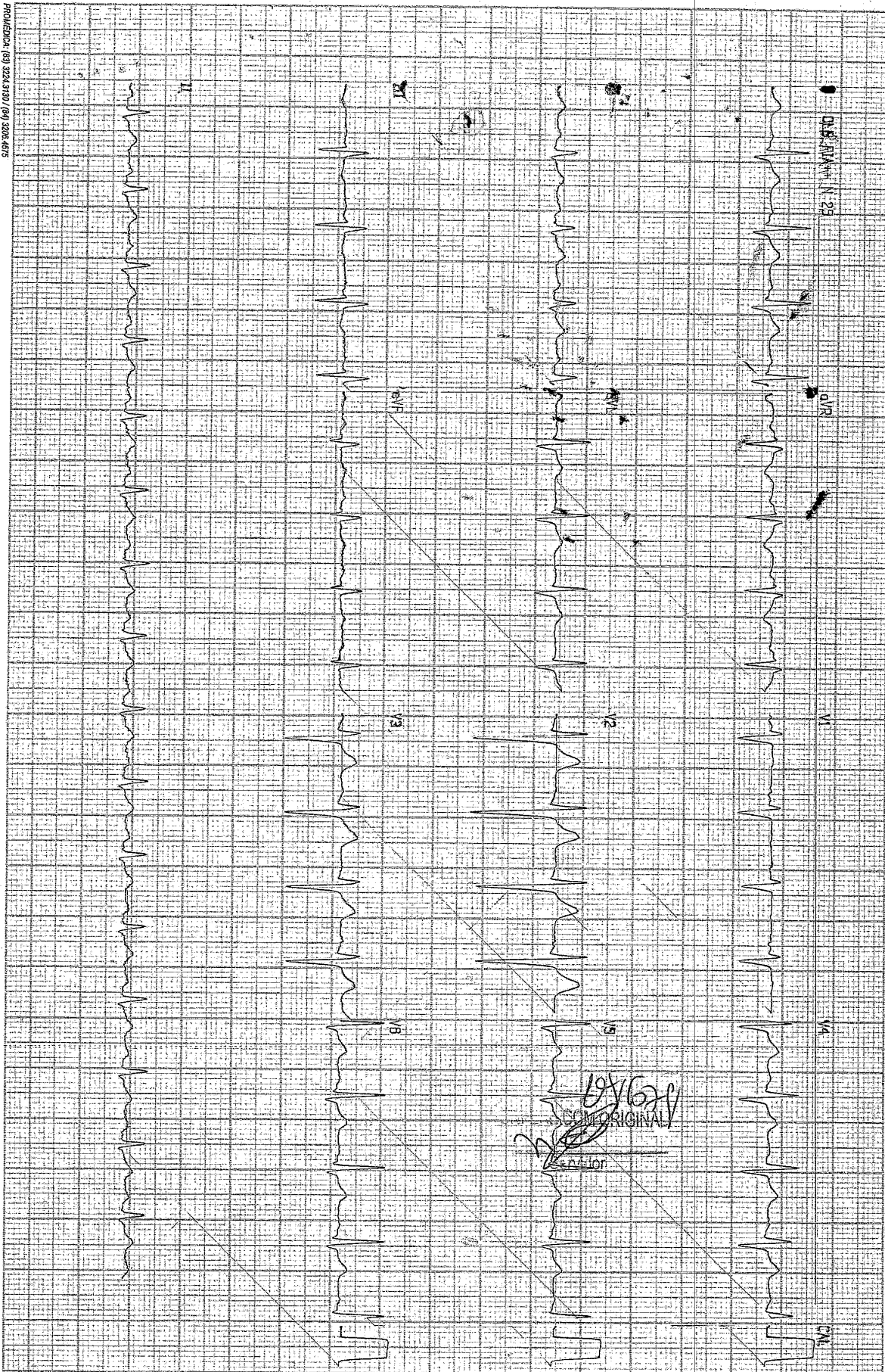


PRONTUÁRIO DE INTERNACAO

CLINICA
ORTOPEDIA

[illegible]

Kaigue Rodrigues Noqueira
22 anos
01/05/18 - 10:20



PROMEDICA (03) 3224.3130 (09) 3208.4672



Laudo Médico

Pac: Kaique Rodrigues Nogueira - 33anos.

Sequela de Acidente Motoacústico em Autóvelo
esquerdo e Fôrm Direto na Embos atrás.

Paciente foi prontamente atendido, diagnosticado,
internado e realizado cirurgias ortopédicas em membros
citados.

~~Em~~ quando houve com perda de arco de movimento
prosservação em "USE" e "MARCHA", principalmente
em lado esquerdo.

Apresenta perda funcional definitiva de 30%
em USE e MARCHA.

CID: T92.1T93

Dr(a):

CREMER 6224

Data:

30/08/18

MOSSORÓ:	ASSÚ:	PARNAMIRIM	NATAL:
Rua Juvenal Lamartine, 119 Centro Fones: (84) 3315.6900 / 3315-6901	Av. Senador João Câmara, 1304 Centro Fone: (84) 3331.4994	Av. Bela Parnamirim, 880 Vila Nova	Av. Presidente Medice, 256 - Igapo - Zona Norte Fones: (84) 3614.9655 / 3651.0568 Av. Capitão Mor Gouveia, 880 - Cidade da Esperança

