



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
56916 389	20/06/2020 11:52	Petição Inicial	Petição Inicial
56916 390	20/06/2020 11:52	1 - Inicial - Indenização	Outros documentos
56916 391	20/06/2020 11:52	2 - Procuração	Procuração
56916 392	20/06/2020 11:52	3 - Documentação_Pessoal	Documento de Identificação
56916 393	20/06/2020 11:52	4 - Comprovante_Residencia	Documento de Comprovação
56916 394	20/06/2020 11:52	5 - Boletim_Ocorrencia	Documento de Comprovação
56916 395	20/06/2020 11:52	6 - Documentação_Médica	Documento de Comprovação
56916 396	20/06/2020 11:52	7 - Laudo_Médico	Documento de Comprovação

Segue anexo Petição Inicial e documentos.



Assinado eletronicamente por: DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES - 20/06/2020 11:37:38
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062011373876300000054703256>
Número do documento: 20062011373876300000054703256

Num. 56916389 - Pág. 1

EXCELENTESSIMO (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

AÇÃO 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 JUSTICA 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



Assinado eletronicamente por: DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES - 20/06/2020 11:37:39
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062011373903600000054703257>
Número do documento: 20062011373903600000054703257

Num. 56916390 - Pág. 1

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)

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

e-mail: diogoguimaraes.adv@hotmail.com

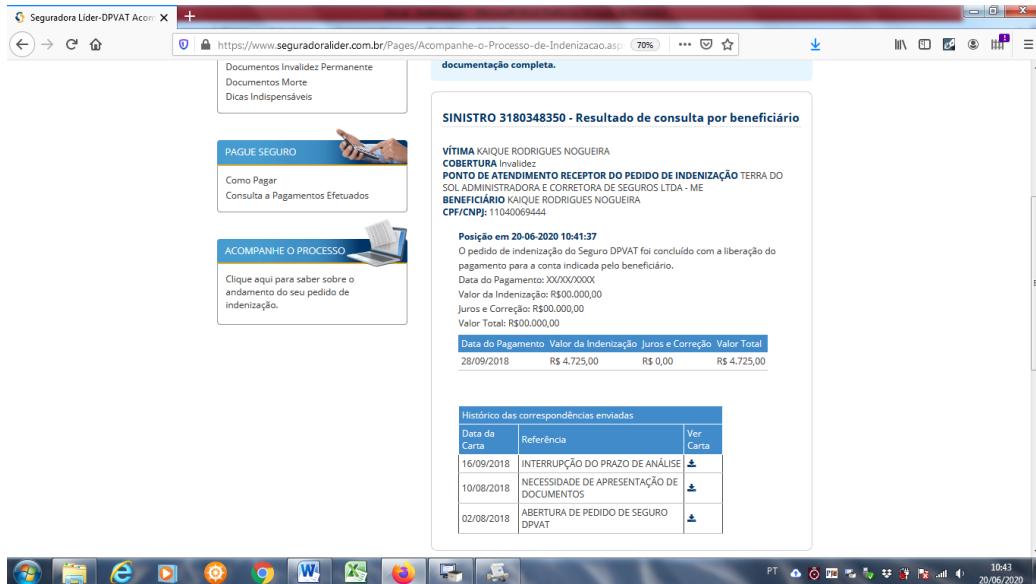


Assinado eletronicamente por: DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES - 20/06/2020 11:37:39
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062011373903600000054703257>
Número do documento: 20062011373903600000054703257

Num. 56916390 - Pág. 2

Advocacia e Consultoria Jurídica
Diogo Henrique Bezerra Guimarães
OAB/RN 9329

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



Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
28/09/2018	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

Data da Carta	Referência	Ver Carta
16/09/2018	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	+
10/08/2018	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	+
02/08/2018	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	+

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.

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

e-mail: diogoguimaraes.adv@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES - 20/06/2020 11:37:39
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062011373903600000054703257>
Número do documento: 20062011373903600000054703257

Num. 56916390 - Pág. 3

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. :*

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

e-mail: diogoguimaraes.adv@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES - 20/06/2020 11:37:39
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062011373903600000054703257>
Número do documento: 20062011373903600000054703257

Num. 56916390 - Pág. 4

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 vislumbra 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

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

e-mail: diogoguimaraes.adv@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES - 20/06/2020 11:37:39
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062011373903600000054703257>
Número do documento: 20062011373903600000054703257

Num. 56916390 - Pág. 5

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)".

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

e-mail: diogoguimaraes.adv@hotmail.com



Desta feita, aliando-se ainda pela Lei da Organização Judiciária do RN é competente para processar e julgar a demanda: a 19^a, 20^a, 23^a, 24^a e 25^a 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 despender; 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

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

e-mail: diogoguimaraes.adv@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES - 20/06/2020 11:37:39
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062011373903600000054703257>
Número do documento: 20062011373903600000054703257

Num. 56916390 - Pág. 7

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.

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

e-mail: diogoguimaraes.adv@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES - 20/06/2020 11:37:39
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062011373903600000054703257>
Número do documento: 20062011373903600000054703257

Num. 56916390 - Pág. 9

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



Assinado eletronicamente por: DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES - 20/06/2020 11:37:39
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062011373903600000054703257>
Número do documento: 20062011373903600000054703257

Num. 56916390 - Pág. 10

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**;

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

e-mail: diogoguimaraes.adv@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES - 20/06/2020 11:37:39
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062011373903600000054703257>
Número do documento: 20062011373903600000054703257

Num. 56916390 - Pág. 11

Advocacia e Consultoria Jurídica
Diogo Henrique Bezerra Guimarães
OAB/RN 9329

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

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



Assinado eletronicamente por: DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES - 20/06/2020 11:37:39
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062011373903600000054703257>
Número do documento: 20062011373903600000054703257

Num. 56916390 - Pág. 12

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?

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

e-mail: diogoguimaraes.adv@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES - 20/06/2020 11:37:39
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062011373903600000054703257>
Número do documento: 20062011373903600000054703257

Num. 56916390 - Pág. 13

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

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

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 desembaraçar 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.

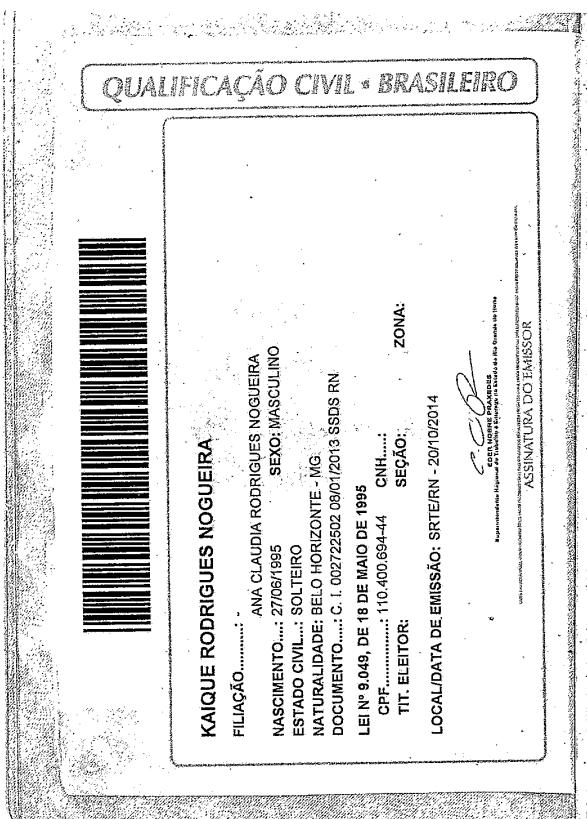
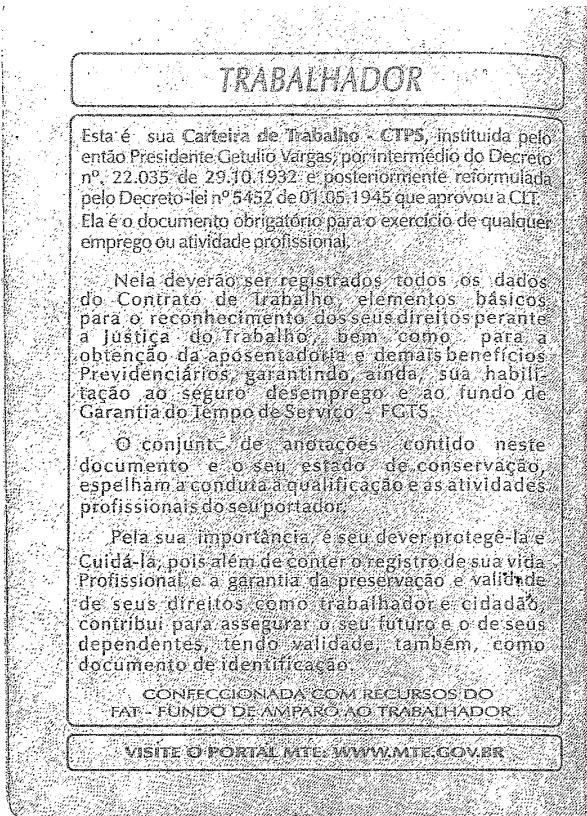
Kaique Rodrigues Nogueira

OUTORGANTE

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

e-mail: diogoguimaraes.adv@hotmail.com





ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE									
FILIAÇÃO _____ DATA DE NASC. DE _____ / _____ / _____ PARA _____ / _____ / _____ DOCUMENTO _____									
ASSINATURA E CARAMBO DO SERVIDOR									
NOME _____ DOCUMENTO _____									
ASSINATURA E CARAMBO DO SERVIDOR									
NOME _____ DOCUMENTO _____									
ASSINATURA E CARAMBO DO SERVIDOR									
NOME _____ DOCUMENTO _____									
ASSINATURA E CARAMBO DO SERVIDOR									
LEGENDA									
A - CASAMENTO		B - DIVÓRCIO		E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE				G - DATA DE NASCIMENTO	
B - CASAMENTO		C - DIVÓRCIO		F - MUDANÇA DE NOME				H - DATA DE NASCIMENTO	

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGUÍNEO FATOR RH	DIABETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	HEMÓFILIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ALERGIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
DOADOR DE ORGÃOS (Decreto nº 879, de 12 de julho de 1993)		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

CARTEIRAS ANTERIORES

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

06

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: STAFF SOLUÇÕES AMBIENTAL E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS LTDA
CNPJ/CPF/CET: 01.849.248/0001-70
ENDEREÇO: R. EST. VALDÉS, 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: 00011 FIS. / PCHA: 00011
REMUNERAÇÃO ESPECIFICA DA 1^a 907,00 (NOVECENTOS
E SETE REAIS)

1^a ABAIXO, PREENCHER A CADA MÊS DE PAGAMENTO

DATA DE SAÍDA: 31 DE DEZEMBRO DE 2018
MOTIVO DA SAÍDA: MIGRAÇÃO DE A. TRABALHO

1^a ABAIXO, PREENCHER A CADA MÊS DE PAGAMENTO

COM. DISPENSACAO: FGTS Nº DA CONTA:

07

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR	.....
CGC/CPF/CNPJ	.....
ENDERECO	.....
MUNICÍPIO	UF	.....
ESP. DO ESTABELECIMENTO	.....
CARGO	.....
CBO N°		
DATA DE ADMISSÃO	DE	DE
REGISTRO N°	.....
REGISTRO N°	.....
ASSINADO PELO EMPREGADOR (LÁpis, caneta ou tinta)		
1º	2º	.....
DATA DE SAÍDA	DE	DE
ASSINADO PELO EMPREGADOR (LÁpis, caneta ou tinta)		
1º	2º	.....
COM. DISPENSA CÓD N°	.....
FGTS N° DA CONTA	.....

16

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

AUMENTADO EM	01/03/2017	PARA R\$	101,08
MOTIVO	PROMOÇÃO		
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

20

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei).

A PARTIR DE 01.03.2017
FOI PROMOVIDO PARA FUNÇÃO
DE ENCARREGADO DE TURMA.

Parceria MDR e ANG 2017
2017
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 MERMOSZ, 150, BALDO, NATAL, RIO GRANDE DO NORTE CEP 59025-250 CNPJ 08.324.196/0001-81 INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0				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 -Ouvíndia 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																																																																																																										
 www.cosern.com.br																																																																																																														
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	CONTA CONTRATO 000622270021 Nº DO CLIENTE 3000673715 Nº DA INSTALAÇÃO 0001269428																																																																																																								
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA MANOEL ESTEVAO DO NASCIMENTO 30 A PIRANGI DO NORTE/DISTRITO LITORAL 59161-700 PARNAMIRIM RN				CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico																																																																																																										
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				RESERVADO AO FISCO 4E46.2022.4C2C.8374.CB6A.45A1.CD5B.E0D5																																																																																																										
DESCRÍÇÃO 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	EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Vencido</th> <th>Dt Reav</th> <th>Valor</th> <th>Vencido</th> <th>Dt Reav</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10/03/20</td> <td>02/04/20</td> <td>89,54</td> <td>13/01/20</td> <td>03/02/20</td> <td>120,79</td> </tr> <tr> <td>10/02/20</td> <td>03/03/20</td> <td>108,76</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.</p>				Vencido	Dt Reav	Valor	Vencido	Dt Reav	Valor	10/03/20	02/04/20	89,54	13/01/20	03/02/20	120,79	10/02/20	03/03/20	108,76																																																
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																																																																																																											
Vencido	Dt Reav	Valor	Vencido	Dt Reav	Valor																																																																																																									
10/03/20	02/04/20	89,54	13/01/20	03/02/20	120,79																																																																																																									
10/02/20	03/03/20	108,76																																																																																																												
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>ICMS</th> <th>PIS</th> <th>COFINS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BASE DE CÁLCULO</td> <td>%</td> <td>VALOR DO IMPOSTO</td> <td>BASE DE CÁLCULO</td> <td>%</td> <td>VALOR DO IMPOSTO</td> <td>BASE DE CÁLCULO</td> <td>%</td> <td>VALOR DO IMPOSTO</td> </tr> <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> <td>4,67</td> <td>3,79</td> </tr> </tbody> </table>				ICMS	PIS	COFINS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	81,30	18,00	14,63	81,30	1,02	0,82	81,30	4,67	3,79	Tarifas Aplicadas <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">HISTÓRICO DO CONSUMO</th> </tr> <tr> <th></th> <th>kWh</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo-TUSD até 30 kWh</td> <td>0,08060500</td> <td>ABR 20</td> <td>185</td> </tr> <tr> <td>Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh</td> <td>0,13818000</td> <td>MAR 20</td> <td>172</td> </tr> <tr> <td>Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh</td> <td>0,20727000</td> <td>FEV 20</td> <td>182</td> </tr> <tr> <td>Consumo-TE até 30 kWh</td> <td>0,08780450</td> <td>JAN 20</td> <td>202</td> </tr> <tr> <td>Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh</td> <td>0,15052200</td> <td>DEZ 19</td> <td>183</td> </tr> <tr> <td>Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh</td> <td>0,22578300</td> <td>NOV 19</td> <td>197</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>OUT 19</td> <td>177</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>SET 19</td> <td>186</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>AGO 19</td> <td>188</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JUL 19</td> <td>186</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JUN 19</td> <td>207</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>MAI 19</td> <td>183</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>ABR 19</td> <td>175</td> </tr> </tbody> </table> COMPOSIÇÃO DO CONSUMO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></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>					HISTÓRICO DO CONSUMO			kWh		Consumo-TUSD até 30 kWh	0,08060500	ABR 20	185	Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,13818000	MAR 20	172	Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,20727000	FEV 20	182	Consumo-TE até 30 kWh	0,08780450	JAN 20	202	Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,15052200	DEZ 19	183	Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,22578300	NOV 19	197			OUT 19	177			SET 19	186			AGO 19	188			JUL 19	186			JUN 19	207			MAI 19	183			ABR 19	175		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
ICMS	PIS	COFINS																																																																																																												
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO																																																																																																						
81,30	18,00	14,63	81,30	1,02	0,82	81,30	4,67	3,79																																																																																																						
	HISTÓRICO DO CONSUMO																																																																																																													
	kWh																																																																																																													
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,08060500	ABR 20	185																																																																																																											
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,13818000	MAR 20	172																																																																																																											
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,20727000	FEV 20	182																																																																																																											
Consumo-TE até 30 kWh	0,08780450	JAN 20	202																																																																																																											
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,15052200	DEZ 19	183																																																																																																											
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,22578300	NOV 19	197																																																																																																											
		OUT 19	177																																																																																																											
		SET 19	186																																																																																																											
		AGO 19	188																																																																																																											
		JUL 19	186																																																																																																											
		JUN 19	207																																																																																																											
		MAI 19	183																																																																																																											
		ABR 19	175																																																																																																											
	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																																																																																																												
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>NÚMERO DO MEDIDOR</th> <th>TIPO DA FUNÇÃO</th> <th>ANTERIOR</th> <th>ATUAL</th> <th>Nº DIAS</th> <th>CONSTANTE</th> <th>AJUSTE</th> <th>CONSUMO kWh</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000002150755690</td> <td>CAT</td> <td>03/03/2020</td> <td>8.431,00</td> <td>02/04/2020</td> <td>8.616,00</td> <td>30</td> <td>1,00000 0,00 185,00</td> </tr> </tbody> </table>				NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	00000002150755690	CAT	03/03/2020	8.431,00	02/04/2020	8.616,00	30	1,00000 0,00 185,00	DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <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></td> <td></td> <td>Limite DICRI: 16,60</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 29,69</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.</td> </tr> </tbody> </table>				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.																																												
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh																																																																																																							
00000002150755690	CAT	03/03/2020	8.431,00	02/04/2020	8.616,00	30	1,00000 0,00 185,00																																																																																																							
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.																																																																																																														
INFORMAÇÕES IMPORTANTES <p>Pague no ponto mais perto de você! vanilda rodrigues de jesus - m: av dep marcio marinho,7, pirangi do nort / veronica variedades: sao jose de miprobi, 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 próximo 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</p>				NÍVEIS DE TENSÃO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>220</td> <td>202</td> </tr> <tr> <td></td> <td>231</td> </tr> </tbody> </table> <p>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</p>				TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	MÍNIMO	MÁXIMO	220	202		231																																																																																															
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)																																																																																																													
MÍNIMO	MÁXIMO																																																																																																													
220	202																																																																																																													
	231																																																																																																													
DESTAQUE AQUI <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>CONTA CONTRATO</th> <th>MÊS/ANO</th> <th>TOTAL A PAGAR(R\$)</th> <th>VENCIMENTO</th> <th colspan="4">TALÃO DE PAGAMENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>000622270021</td> <td>04/2020</td> <td>97,92</td> <td>09/04/2020</td> <td colspan="4"> Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica. </td> </tr> </tbody> </table>								CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO				000622270021	04/2020	97,92	09/04/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.																																																																																										
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO																																																																																																										
000622270021	04/2020	97,92	09/04/2020	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 Ligou 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

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

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.9 CEP:

2.8 Número: SN

2.11 Ponto de Referência:

2.10 Complemento:

2.13 Cidade: PARNAMIRIM

2.12 Bairro: PIRANGI DO NORTE

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

3.19 E-Mail:

3.20 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 INCLUIDOS ACUSADOS)

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

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

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE COMPARCEU A 2º DP DE PARNAMIRIM-RN PARA 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 CÓD. 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.

Dáta 13/06/2018 11:28:18

Policl

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
RECEBIDO
30/06/2018
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

Protocolo: J2018024001282 - Código de autenticação: f3eae40222bd10471d11dca8ab403d6e

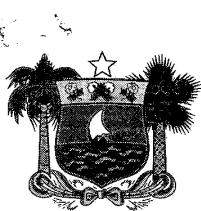
Página 11

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

<https://pje1g.tjrn.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 N° 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

Rádio Operador: LUCIANO FERREIRA BARBALHO

Equipe Enfermagem Cena:

VTR: UR 23 (SUPER FACIL)

Médico Regulação: JOSE ALEXANDRE SOUZA SILVA

Médico Cena: JULIANA LOPES DE AGUIAR

Usuário Pós-Cena:

Equipe VTR: JOSÉ CARLOS ALVES DE CASTRO - CONDUTOR DE VÉHICULO DE EMERGÊNCIA
EDNALDO ARAUJO BENTO - TECNICO DE ENFERMAGEM
JOSÉ ERIVAN RAMALHO DOS S - TECNICO DE ENFERMAGEM

<input type="radio"/> REGULAÇÃO MEDICA	<input type="radio"/> TROTE	<input type="radio"/> INFORMAÇÃO	<input type="radio"/> ENGAÑO	<input type="radio"/> QUEDA DA LIGAÇÃO	<input type="radio"/> CONTATO COM SAMU	<input type="radio"/> EQUIPE	<input type="radio"/> TRANSF./INTERNAÇÃO
Cidade: PARNAMIRIM							
Nome do Solicitante: RONALDO				Telefone: (84) 99443-4852			
Nome do Paciente: CAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA							
Idade: * 22 ANO(S) ▼				Sexo: * MASCULINO ▼			
<input type="checkbox"/> Endereço não informado							
<input type="checkbox"/> Coordenadas Informadas Latitude: Longitude:							
Endereço: AV DEPUTADO MARCIO MARINHO							
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		Nº: VP	
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	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
Liberação VTR: 30/04/2018 01:40:30				



contato 981793151 / 6706. R6.
JUS. 898 VOL: 84340PF 310 400 694-44



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

OBS

Núcleo Integrado de Atendimento
Reflexo de Vida
AUTORIZADO

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGENCIA

Nº

Mae Andre claudia Rodrigues no queimado

NOME: Kaique Rodrigues no queimado
IDADE: 22 COR: Pardo SEXO: M ESTADO CIVIL: Solteiro.

NATURALIDADE: Belo Horizonte PROFISSÃO: Porteiro PROCEDÊNCIA:
ENDERECO: Rua manel Estevam do nascimento Bairro: Praia Pirangi do
CIDADE: Parnamirim DATA: HORA:

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	COM DISPNEIA <input type="checkbox"/>	CHOCADO <input type="checkbox"/>	COMATOSO <input type="checkbox"/>
C/ HEMORRAGIA <input type="checkbox"/>	EM CONVULSÃO <input type="checkbox"/>	POLITRAUMATIZADO <input type="checkbox"/>	AGITADO <input type="checkbox"/>	OUTROS <input type="checkbox"/>

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM NÃO

PUPILAS, Rx	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) 15	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA 22 / min	C) PRESSÃO ARTERIAL 150x90
----------------	-----------------------------------------	----------------------------------------	-------------------------------

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

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.
-------	------------	-------	------

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)
S Vítima de violência moto-animais; com suspeita; Hora ingesta alucinógenos; Hora bala; Hora Nerves; Hora forte de consumo.

EXAME FÍSICO A - Pálpebras: clorofílica; SRY: negativo B - Sínfise: SRY: fratura; (C: 22) C - Estômico: SRY: fratura; D - Fratura: SRY: negativo E - Fratura: SRY: negativo	peito: flácido; RHR: +; SRY: fratura. Pulmão: SRY: negativo	Protocolo Recebido 06/06/2020 Servidor
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------

CONFIRME COM ORIGINAL

PROTÓCOLO RECEBIDO

06/06/2020

TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGUROS

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO
	150x90	22	15	15		83

CONFIRME COM ORIGINAL
Servidor

DIAGNÓSTICO INICIAL

Violento moto-animais

Ortopédica



EXAMES COMPLEMENTARES

Transc 100g ~~200g~~ 04/00
 Tension 20g
 Sínt 100g

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

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

CONDUTA

N
 ① N. Vias (fita) MGD + MGB
 ② fator de risco de infecção
 Agendar Jejum para Transfusão

Elledson Godoy
 Cirurgia Geral e Digestiva
 CRW/RN 6083

Dr. Carlos Matos
 Cirurgia Geral e Digestiva
 CRW/RN 6083

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

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





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

(c) Hemocconcentrado _____ Unid.		(c) Plasma _____ Unid.	(c) Plaquetas _____ Unid.																																																
(c) Albumina _____ Unid.		(c) Expansor plasmático _____ Unid.																																																	
MEDICAÇÕES UTILIZADAS																																																			
<i>Vielle</i>		<i>colesterol anestésico</i>																																																	
h: _____		h: _____																																																	
h: _____		h: _____																																																	
h: _____		h: _____																																																	
HIDRATAÇÃO VENOSA																																																			
(c) Soro Fisiológico: _____ ml		(c) Soro Ringer Simples: _____ ml																																																	
(c) Soro Glicosado: _____ ml		(c) Soro Ringer Lactato: _____ ml																																																	
Quantidade total de volume administrado: <u>500 ml</u>																																																			
ANÁTOMO PATOLÓGICO																																																			
(c) Não () Sim Peça: _____		Peça para sepultamento: (c) Não () Sim _____																																																	
Swab para cultura: _____		Líquido: _____																																																	
CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES																																																			
FO de aspecto: (c) Limpo () c/exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros: _____																																																			
INTERCORRÊNCIAS: <i>Pac. encaminhado ao ORO</i>																																																			
Ass: <u>Aline Vital</u> Coren: <u>621.186</u>																																																			
CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO																																																			
Nível de consciência: (c) Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado																																																			
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel (c) O ₂ ambiente Curativo: (c) Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro: _____																																																			
Diurese: (c) Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: <i>ERO</i>																																																			
UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO																																																			
Hora: <u>10:30</u> Data: <u>30/04/18</u> Nível de consciência: (c) Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado () Desorientado () Agitado () Choroso Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O ₂ (c) O ₂ Ambiente																																																			
Mobilização MMII: (c) Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: (c) Normal () Diminuída () Sem mobilidade Venoclise: () Não (c) Sim Tipo: <u>AVP</u> Local: <u>MSD</u> Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical																																																			
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Khef Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____																																																			
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos																																																			
Curativo: (c) Oclusivo () Descoberto (c) Limpo () Sujo Monitorização: () ECG () Oxímetro () PA																																																			
INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração FC																																																			
Relate: _____																																																			
SINAIS VITAIS																																																			
<table border="1"> <tr> <td>Hora</td> <td>T°C</td> <td>P</td> <td>PA</td> <td>FR</td> <td>Sat.%</td> <td>Dor</td> <td>Líquidos administrados na URPA:</td> </tr> <tr> <td>Admissão</td> <td><u>94</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><u>96</u></td> <td></td> <td>Soro glicosado: _____ ml</td> </tr> <tr> <td>30'</td> <td><u>95</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><u>95</u></td> <td></td> <td>Soro Fisiológico: _____ ml</td> </tr> <tr> <td>60'</td> <td><u>92</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><u>100</u></td> <td></td> <td>Ringer: _____ ml</td> </tr> <tr> <td>Alta</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Irrigação vesical contínua: _____ ml</td> </tr> </table>				Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor	Líquidos administrados na URPA:	Admissão	<u>94</u>				<u>96</u>		Soro glicosado: _____ ml	30'	<u>95</u>				<u>95</u>		Soro Fisiológico: _____ ml	60'	<u>92</u>				<u>100</u>		Ringer: _____ ml	Alta							Irrigação vesical contínua: _____ ml								
Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor	Líquidos administrados na URPA:																																												
Admissão	<u>94</u>				<u>96</u>		Soro glicosado: _____ ml																																												
30'	<u>95</u>				<u>95</u>		Soro Fisiológico: _____ ml																																												
60'	<u>92</u>				<u>100</u>		Ringer: _____ ml																																												
Alta							Irrigação vesical contínua: _____ ml																																												
Medicações administradas URPA:																																																			
<table border="1"> <tr> <td>Hora</td> <td>Medicação</td> <td>Dose</td> <td>Via</td> <td>Assinatura</td> <td>Eliminações:</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Diaréa ()</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Retorno Gást. ()</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Drenagem ()</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Retorno da Irrigação ()</td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> <td>Recebido da SO</td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> <td>Desprezado</td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> <td>URPA</td> </tr> </table>				Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura	Eliminações:						Diaréa ()						Retorno Gást. ()						Drenagem ()						Retorno da Irrigação ()						Recebido da SO						Desprezado						URPA
Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura	Eliminações:																																														
					Diaréa ()																																														
					Retorno Gást. ()																																														
					Drenagem ()																																														
					Retorno da Irrigação ()																																														
					Recebido da SO																																														
					Desprezado																																														
					URPA																																														
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:																																																			
<i>Pac. encaminhado p/ RX + setor</i>																																																			
Ass: <u>Técnico</u> Coren: <u>450520</u>																																																			





HOSPITAL REGIONAL DE OLÉCIO 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.:	160551	Município:	Paraná
Procedência:	<input checked="" type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Externo		
Data da cirurgia:	30/04/18	Hora Admissão:	Bloco: 10h
Sala:		Hora Saída:	
Peso:			
Alergias: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Comorbidades: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Outras	NEGA	
Uso de medicações: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Jejum: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
SSVV Admissão: PA:	mmHg	Pulso:	bpm
Fl:	bpm	FC:	bpm
SpO ₂ :	%	T:	°C
Enfermeiro(a):	Tatiene	Instrumentado (a):	
Circulante: Aline (A) Pablo S.			
Cirurgia: Fracção tibial direita e ferulato			
Especialidade: Ortopédica Sala: 02			
Hora Início: 10:20	Hora Término: 10:30	Tipo de cirurgia: <input type="checkbox"/> Electiva <input checked="" type="checkbox"/> Urgência <input checked="" type="checkbox"/> Limpa <input type="checkbox"/> Contaminada <input type="checkbox"/> Infectada	
1º Cirurgião: Dr. Rogério	Aux: Dr. Elson	Residente:	
Anestesia: <input type="checkbox"/> Local <input checked="" type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Geral TOT: <input type="checkbox"/> Bloqueio <input type="checkbox"/> Raquidiana Ag. nº <input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> c/cateter <input type="checkbox"/> s/cateter			
Ag. nº <input type="checkbox"/> Cateter nº: <input type="checkbox"/> Início: <input type="checkbox"/> Garrota: <input type="checkbox"/> Smarch <input type="checkbox"/> Pneumático Início: <input type="checkbox"/> Término: <input type="checkbox"/>			
Anestesiologista: Dr. Wellington			

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Letárgico	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetria
<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"/> Integra	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Díprifusor
<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"/> Normoesfígmeno	<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"/> Dispnéia	<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	Inicio	Meio	Fim	Unid.
FC				Bpm
Pulso				Bpm
Oximetria				%
Capnografia				%
PA				mmHg

ACÉSSO VENOSO				
<input type="checkbox"/> Puncão Arterial				
<input checked="" type="checkbox"/> Puncão Venosa Periférica				
<input type="checkbox"/> Puncão Venosa Central				
Dissecção venosa				
Local: MSO				
Cateter: Jelco				

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 (Ralo 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 type="checkbox"/> MMII
<input type="checkbox"/> Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Canivete		<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Proclive		<input type="checkbox"/> Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Descartável
Local:		
DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Local: M ID.	Solução: DCO.	Local:

IMPLANTE CIRÚRGICO		
Drenos:		
Tela:		
Cateter:		
Ostomia:		
Fio de KC: FIO N° 04	Parafuso - tipo:	
Piaca - tipo:		
Outros:		

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO		
Caixa cirúrgica: Despachador	Quant. Material:	OK
Val.: 06/05/18	Contagem de gaze e compressa:	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome <i>Kaiane Rodrigues Neves</i>		Idade <i>18</i>	Sexo <i>M</i>	Cor	
Data <i>30/04/18</i>	Pressão arterial <i>160x110</i>	P脉 <i>80</i>	Respiração <i>18</i>	Temperatura	
Tipo sanguíneo	Hematíias	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	
	Urina				Uréia
Ap. respiratório <i>MVC sintéticos 1/2A</i>				Asma	Bronquite
Ap. circulatório <i>RCF, 2T, BNF, 1/200mg</i>				Eletrocardiograma	
Ap. digestivo <i>CEMM + 8h</i>		Dentes	Pescoço	Ap. urinário	
Estado mental <i>NOTA</i>		Ataracicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores
Diagnóstico pré-operatório				Estado físico	Risco
Anestesias anteriores					
Medicação pré-anestésica <i>Ning</i>			Aplicada às	Efeito	
Agentes Anestésicos	O ₂	ECG	SpO ₂	<i>monitores, ECB, SpO₂, PA, ECG</i>	
	SpO ₂	ECG	O ₂		
Líquidos	<i>MD (R)</i>				
Anest. <input checked="" type="checkbox"/> Oper. <input type="checkbox"/>	P Pulso <input checked="" type="checkbox"/> Resp: <input type="checkbox"/>	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		<i>abertos</i>			
E		<i>O₂ - 100mm - 30ml</i>			
ANOTACÕES					
POSIÇÃO					
Agentes <i>o</i>					
Técnica <i>redutora</i>					
Operação <i>Plataforma transsequeletica</i>					
Cirurgiões <i>D. Pádua + Dr. Wilson</i>					
Anestesistas <i>Dr. Willian</i>					
Observações					
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias				Perda sanguínea	



Nome do paciente		KAIQUE R. NOGUEIRA		Nº prontuário
Data operação		30/04/2018	Enf.	Leito
Operador		DR ELSO JOSE	DR ROGÉRIO SANTOS	1º auxiliar
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				

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

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

19/07/19

CONFERE COM ORIGINAL

Scritto

Elson José S. Miranda
Ortopediatra Traumatologista
CRM-RN 6301 - TECOT 13807





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO





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

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Nome: <u>KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA</u>	Idade: <u>22</u>	D/N: <u>27/06/1995</u>
Pront: <u>160551</u>	Município: <u>PARNAMirim</u>	Procedência: <input checked="" type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Externo
Data da cirurgia: <u>08/05/18</u>	Bloco: <u>1</u>	Sala: <u>5</u> Hora Saída: <u></u> Peso: <u></u>
Alergias: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Comorbidades: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Outras	
Uso de medicações: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Jejum: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
SSVV Admissão: PA: <u>mmHg</u>	Pulso: <u>bpm</u>	FI: <u>rpm</u> FC: <u>bpm</u> SpO ₂ : <u>%</u> T: <u>°C</u>
Enfermeiro(a): <u>LEIRANNE</u>	Instrumentado (a): <u>DATA FEMININA</u>	Circulante: <u>leiranne</u>
Cirurgia: <u>Intervento do nódulo ósseo</u>		Especialidade: <u>ORTOPEDIA</u> Sala: <u>01</u>
Hora Início: <u>14:55</u>	Hora Término: <u>16:30</u>	Tipo de cirurgia: <input type="checkbox"/> Eletiva <input type="checkbox"/> Urgência <input checked="" type="checkbox"/> Limpa <input type="checkbox"/> Contaminada <input type="checkbox"/> Infectada
1º Cirurgião: <u>DR. VILMAR</u>	Aux: <u>DR. VILMAR</u>	Residente: <u></u>
Anestesia: <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Sedação <input checked="" type="checkbox"/> Geral TOT: <u>8,0</u> Bloqueio <input type="checkbox"/> Raquidiana Ag.nº <u></u> Peridural <input type="checkbox"/> cateter <input type="checkbox"/> s/cateter		
Ag.nº <u></u> Cateter nº: <u></u> Início: <u>14:45</u> Garrote: <input checked="" type="checkbox"/> Smarch <input type="checkbox"/> Pneumático Início: <u>14:50</u> Término: <u>16:30</u>		
Anestesiologista: <u>DR. ROSE</u>		

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

SINAIS VITAIS	Inicio	Meio	Fim	Unid.
FC	98	98	98	Bpm
Pulso	98	100	98	Bpm
Oximetria	97	97	98	%
Capnografia				%
PA	155X95	154X98	170X114	mmHg

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

SONDAGEM GÁSTRICA	
SNG nº	
Retorno:	

CATETERISMO VESICAL	
SVF nº	SVA nº
Diurese:	

Profissional responsável:	

EXAMES SOLICITADOS:	
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input checked="" 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	<u>19</u>	<u>1</u> Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Ventral	<u>1</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Lateral	<u>CONFÉRE COLAR</u>	<u>1</u> Fletidos
<input checked="" type="checkbox"/> Litotômica	<u>CONFÉRE COLAR</u>	<u>1</u> MMII
<input checked="" type="checkbox"/> Trendlemburg	<u>SANTO</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Canivete		<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Proclive		<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos

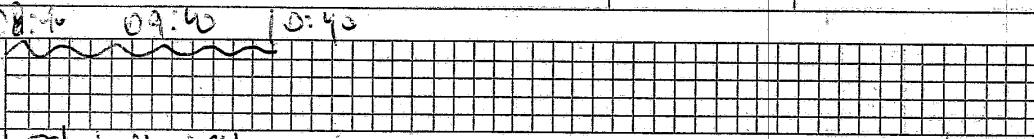
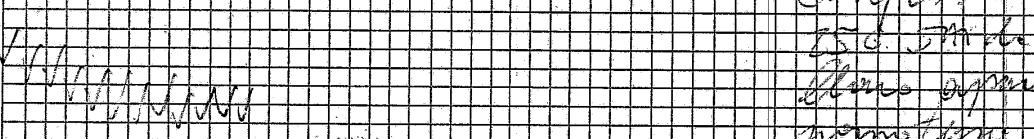
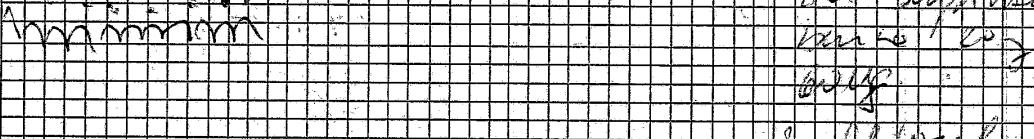
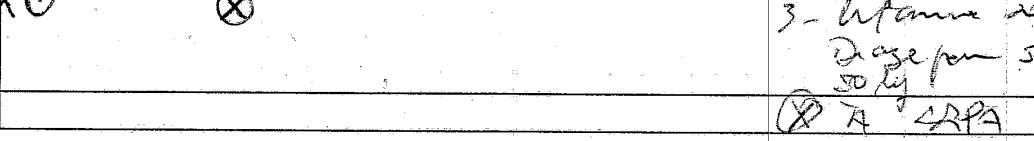
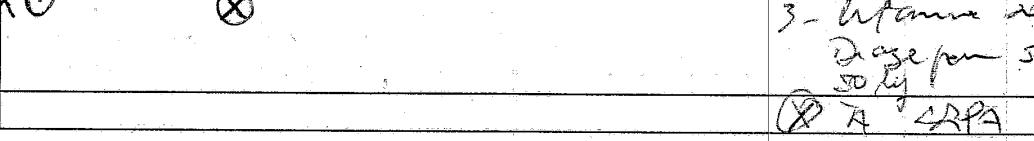
PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Metal	<input checked="" type="checkbox"/> Descartável
Local:	
DEGERMAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<input checked="" type="checkbox"/> Solução	<input checked="" type="checkbox"/> Vaseline
Local: <u>HSE</u>	Local: <u>HSE</u>
TRICOTOMIA	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

IMPLANTE CIRÚRGICO	
Drenos:	
Tela:	
Cateter:	
Ostomia:	
Fio de KC:	Parafuso - tipo: <u>3,2 mm x 16</u>
Placa - Tipo: <u>DCP = 024 mm x 16</u>	
Outros:	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
Caixa cirúrgica: <u>100 + 35 + 10</u>	Quant. Material: <u></u>
Val: <u>141,50</u>	Contagem de gaze e compressa: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital	Nome				Enfermaria	Leito	Nº prontuário
HDM L	Kiki Ribeiro Nozawa						
Data	22/05/18	Pressão arterial	P脉	Respiração	Temperatura	Peso	Outros
Tipo sanguíneo	Hematíes	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia		
	Urina						
Ap. respiratório						Asma	Bronquite
Ap. circulatório						Eletrocardiograma	
Ap. digestivo			Dentes	Pescoço	Ap. urinário		
Estado mental			Ataracicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores	
Diagnóstico pré-operatório						Estado físico	Risco
Anestesias anteriores							
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito		
$08:40 \quad 09:40 \quad 10:40$ 							
Agentes Anestésicos	0 ^o						
	ST	JH	PR	X- Monitores			
Liquidos	0						
	100 100 100 100						
Oper.	250, 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						
Anest.	○						
							
O Resp:	+						
							
P Pulso	+						
							
SÍMBOLOS							
E							
ANOTAÇÕES							
POSIÇÃO							
Agentes							
Técnica							
Operação							
Cirurgiões							
Anestesistas							
Observações							
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias							
Perda sanguínea							





Hospital

Nome do paciente	Kaique Zodriores Roberto		Nº prontuário
Data operação	02/5/18	Enf.	Leito-
Operador	Rogério Santos	1º auxiliar	Carlos Cesarof
2º auxiliar	Tiago Ferreira	Instrumentador	
Anestesista	Carlos Cesarof	Tipo de anestesia	
Diagnóstico pré-operatório	Fractura fechada		
Tipo de operação	Tratamento cirúrgico fractura fechada		
Diagnóstico pós operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Incisão tática feita sobre oco d.
Técnica dura feita laparotomia
Colocada ferida feita extensão
Elevadas fraturas livradas
Ossos simbólicos feitos para exposição
Hemostase feita com fios
Fratura feita a fogo
Recostado

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

19/11/2018

CONFERE COM ORIGINAL
Assinatura



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital DML				Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome	Kaique L. Nogueira				Idade 22a	Sexo Mas	Cor
Data	08/05/2018	Pressão arterial 150/90	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso +100 kg	Outros
Tipo sanguíneo	Hematílias	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia		
	Urina						
Ap. respiratório					Asma	Bronquite	
Ap. circulatório					Eletrocardiograma		
Ap. digestivo		Dentes	Pescoço	Ap. urinário			
Estado mental		Ataracicos	Corticoides	Alergia		Hipotensores	
Diagnóstico pré-operatório		Fratura de ossos do antebraço				Estado físico	Risco
Anestesias anteriores							
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito		
Agentes Anestésicos	O ₂						
Líquidos	Oper	SF SF 1/200					
		1/200					
Anest.	O Resp:	1/200					
		1/200					
P Pulse	SIMBOLOS	ECG, PANI, SpO ₂					
ANOTAÇÕES							
POSIÇÃO	↓						
Agentes	Domi 0,75% - O ₂ 1l + Xilacaina 2% 0,5l + Clonidina 0,75mcg + Fentanil 250mcg						
Técnica	Bloco muscular endotraqueal + Dexmedetomidina + Propofol 0,1mcg +						
Operação	Tumor hat de ATB E Oxiáxi						
Cirurgiões	Posto Vdm - Carlos Pinto						
Anestesistas	Kaique Rosa Maria P. Valle						
Observações	Medida Anestesiologista						
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias							

Béenli avondado no e Ro aquande *Tucus ferreirae* para
fazer a manteiga.





Hospital

Nome do paciente		Nº prontuário	
KAIQUE R. NOGUEIRA			
Data operação	08/05/2018	Enf.	Leito
Operador	DR. JOSIVAN NUNES	1º auxiliar	
2º 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			

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA;
2. EVASIAMANETO MSE + GARROTEAMENTO;
3. ASSEPSIA; ANTISSEPSIA E CAMPOS ESTÉREIS;
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.

CONFIRME COM ORIGINAL
N.C.
SERVIÇO





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

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

		HEMOTRANSFUSÃO:			
<input checked="" type="checkbox"/> Hemaconcentrado	Unid.	<input type="checkbox"/> Plasma	Unid.	<input type="checkbox"/> Plaquetas	Unid.
<input type="checkbox"/> Albumina	Unid.	<input type="checkbox"/> Expansor plasmático	Unid.		
Endotransfusão 4 ml		h:		h:	
Dextranose 25 ml		h:		h:	
		h:		h:	
MEDICAÇÕES UTILIZADAS					
Endotransfusão 4 ml		h:		h:	
Dextranose 25 ml		h:		h:	
		h:		h:	
HIDRATAÇÃO VENOSA					
<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico:	ml	<input type="checkbox"/> Soro Ringer Simples:	ml	Quantidade total de volume administrado: 1000 ml	
<input type="checkbox"/> Soro Glicosado:	ml	<input type="checkbox"/> Soro Ringer Lactato:	ml		
ANÁTOMO PATOLÓGICO					
<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	Peça para sepultamento:	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	
Swab para cultura:		Líquido:			
CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES					
FO de aspecto: <input type="checkbox"/> Limpo <input type="checkbox"/> c/exsudato <input type="checkbox"/> Contaminada <input type="checkbox"/> Aparelho gessado <input type="checkbox"/> Bandagens <input type="checkbox"/> Talas <input type="checkbox"/> Outros:					
INTERCORRÊNCIAS: — Precisamente realizado com sucesso. Paciente segue bem para o CRG no pós operatório imediato.					
Ass: <i>S. S. S. S.</i> Coren: _____					
CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO					
Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Narcose <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Vigil <input type="checkbox"/> Agitado					
Respiratório: <input type="checkbox"/> Intubado <input type="checkbox"/> Extubado <input type="checkbox"/> Cânula de Guedel <input checked="" type="checkbox"/> O ₂ ambiente Curativo: <input type="checkbox"/> Oclusivo <input type="checkbox"/> Compressivo <input type="checkbox"/> Bolsa de colostomia <input type="checkbox"/> Outro:					
Diurese: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Irrigação Vesical <input type="checkbox"/> Oligúrico Destino após a cirurgia: <i>ERG</i>					
UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO					
Hora: 10:40 Data: 02/05/18 Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Narcose <input checked="" type="checkbox"/> Orientado					
<input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Choroso Vias aéreas: <input type="checkbox"/> Intubado <input type="checkbox"/> Extubado <input type="checkbox"/> Cânula de Guedel <input type="checkbox"/> Cateter O ₂ <input checked="" type="checkbox"/> O ₂ Ambiente					
Mobilização MMII: <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Sem mobilidade Mobilização MMSS: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Sem mobilidade					
Venóclise: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Tipo: <i>ANP</i> Local: _____ Sondas: <input type="checkbox"/> Gástrica <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Vesical					
Drenos: <input type="checkbox"/> Succión <input type="checkbox"/> Torácico <input type="checkbox"/> Penrose <input type="checkbox"/> Kherr Ostomias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Especifique:					
Irrigação vesical contínua: <input type="checkbox"/> Retorno satisfatório <input type="checkbox"/> Retorno Insuficiente <input type="checkbox"/> Coágulos					
Curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Oclusivo <input type="checkbox"/> Descoberto <input type="checkbox"/> Limpo <input type="checkbox"/> Sujo Monitorização: <input type="checkbox"/> ECG <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro <input type="checkbox"/> PA					
INTERCORRÊNCIAS NA URPA: <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Bexigoma <input type="checkbox"/> Alteração PA <input type="checkbox"/> Alteração FC					
Relate: _____					
SINAIS VITAIS					
Líquidos administrados na URPA:					
Hora	TC	P	PA	FR	Sat% Dor
Admissão	—	90	—	—	98 0/00
30'	—	87	—	—	79 0/00
60'					
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 ORTO PÉDICA.					
Ass: <i>S. S. S. S.</i> Coren: 504067					





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

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Nome: <u>KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA</u>		Idade: <u>22</u>	D/N: <u>27/06/1995</u>				
Pront:	<u>160581</u>	Município: <u>PARNAMirim</u>	Procedência: <input checked="" type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Externo				
Data da cirurgia:	<u>02/05/18</u>	Hora Admissão: Bloco: <u>08</u> - Sala: <u>07</u>	Hora Saída: _____ Peso: _____				
Alergias:	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Comorbidades: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Outras	_____				
Uso de medicações:	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Jejum: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim	_____				
SSVV Admissão: PA:	_____ mmHg	P脉搏: _____ bpm	FI: _____ rpm	FC: _____ bpm	SpO ₂ : _____ %	T: _____ °C	
Enfermeiro(a): <u>LUCIANA</u>	Instrumentado (a): <u>Augusta</u>	Circulante: <u>Adriane Fernandes</u>					
Cirurgia: <u>III Enigma Fratura do Femur</u>	Especialidade: <u>ORTOPEDIA</u>	Sala: <u>01</u>					
Hoja Início: <u>08:00</u>	Hoja Término: <u>10:35</u>	Tipo de cirurgia: <input type="checkbox"/> Eletiva <input checked="" type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Limpa <input type="checkbox"/> Contaminada <input type="checkbox"/> Infectada					
1º Cirurgião: <u>Dieckel</u>	Aux: <u>Reyrio e Dicardo</u>	Residente: _____					
Anestesia: <input type="checkbox"/> Local <input checked="" type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Geral TOT: <u>95</u>	Bloqueio: <input checked="" type="checkbox"/> Raquidiana Ag.º <u>95</u>	Peridural: <input type="checkbox"/> c/cateter: <input type="checkbox"/> s/cateter					
Ag.º: _____	Cateter n°: <u>08.35</u>	Garrote: <input type="checkbox"/> Smarch <input type="checkbox"/> Pneumático	Inicio: <u>08:35</u>	Término: <u>10:35</u>			
Anestesiologista: <u>tel mcm</u>							

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

SINAIS VITAIS	Inicio	Meio	Fim	Unid.	POSIÇÃO	COXIM	MMSS
FC	<u>82</u>	<u>77</u>	<u>94</u>	Bpm	<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	<input type="checkbox"/> Anatômicos
Pulso	<u>81</u>	<u>76</u>	<u>93</u>	Bpm	<input checked="" type="checkbox"/> Ventral	<input checked="" type="checkbox"/> Pescoco	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
Oximetria	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>	%	<input type="checkbox"/> Lateral	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Fletidos
Capnografia	—	—	—	%	<input type="checkbox"/> Litotômica	<input checked="" type="checkbox"/> Lombar	<input type="checkbox"/> MMII
PA	<u>16/47</u>	<u>67/57</u>	<u>326/100</u>	mmHg	<input type="checkbox"/> Trendlemburg	<input checked="" type="checkbox"/> COXIM COMERGINAL	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos

ACESSO VENOSO		POSIÇÃO	COXIM	MMSS
Punção Arterial		<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	<input type="checkbox"/> Anatômicos
Punção Venosa Periférica		<input checked="" type="checkbox"/> Ventral	<input checked="" type="checkbox"/> Pescoco	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
Punção Venosa Central		<input type="checkbox"/> Lateral	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Fletidos
Dissecção venosa		<input type="checkbox"/> Litotômica	<input checked="" type="checkbox"/> Lombar	<input type="checkbox"/> MMII
Local:		<input type="checkbox"/> Trendlemburg	<input checked="" type="checkbox"/> COXIM COMERGINAL	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
Cateter:		<input type="checkbox"/> Canivete	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
		<input type="checkbox"/> Proclive	<input checked="" type="checkbox"/> Pescoco	<input type="checkbox"/> Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Descartável	
Local: <u>Clavícula D</u>	<u>DNIDCC</u>

DEGERMAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> TRICOTOMIA
Local: <u>UJD</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Solução: <u>eloxidi noelcoop</u>	
----------------------------------	--

IMPLANTE CIRÚRGICO	
Drenos:	
Tela:	
Cateter:	
Ostomia:	
Fio de KC:	Parafuso - tipo: <u>9 parafuso</u>
Placa - tipo: <u>DCP longa (12 furos)</u>	
Outros:	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
Caixa cirúrgica: <u>113+167+1 box</u>	Quant. Material: _____
Val.: <u>08105118</u>	Contagem de gaze e compressa: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 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

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

KAIQUE RODRIGUES NOGUEIRA

160551

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RACA/COR

708 5093 5268 6875

27/06/1995

MASCULINO

PARDA

11- NOME DA MÃE

12- FONE DE CONTATO

ANA CLAUDIA RODRIGUES NOGUEIRA (MAE)

98179-3151

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- FONE DE CONTATO

A GENITORA

15- ENDEREÇO (RUA, N°)

RUA MANOEL ESTEVAM DO NASCIMENTO 30 A

16- MUNICÍPIO

17- BAIRRO

18- UF

19- CEP

PARNAMIRIM

PIRANGI DO SUL PRAIAS

RN

59161-700

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

--	--

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

--	--

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

--	--

23- DIAGNOSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

--	--

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

--	--

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

--	--

() CNS () CPF

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

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

*Manoel Henrique Bezerra Guimaraes
CRM 16179
Ortopedia e Traumatologia*

--	--

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- N° DO BILHETE

41- SÉRIE

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- () ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREV. JÉNCIA

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

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

*CONFIRMO
CONFERI CONFI
S. R. 2019*

() CNS () CPF

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



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIA

~~CONFIRME CAMP. ORIGINAL~~
~~2010~~
Senador



Kaigue Rodrigues Nogueira

22 a 24

01/05/18 - 10:20

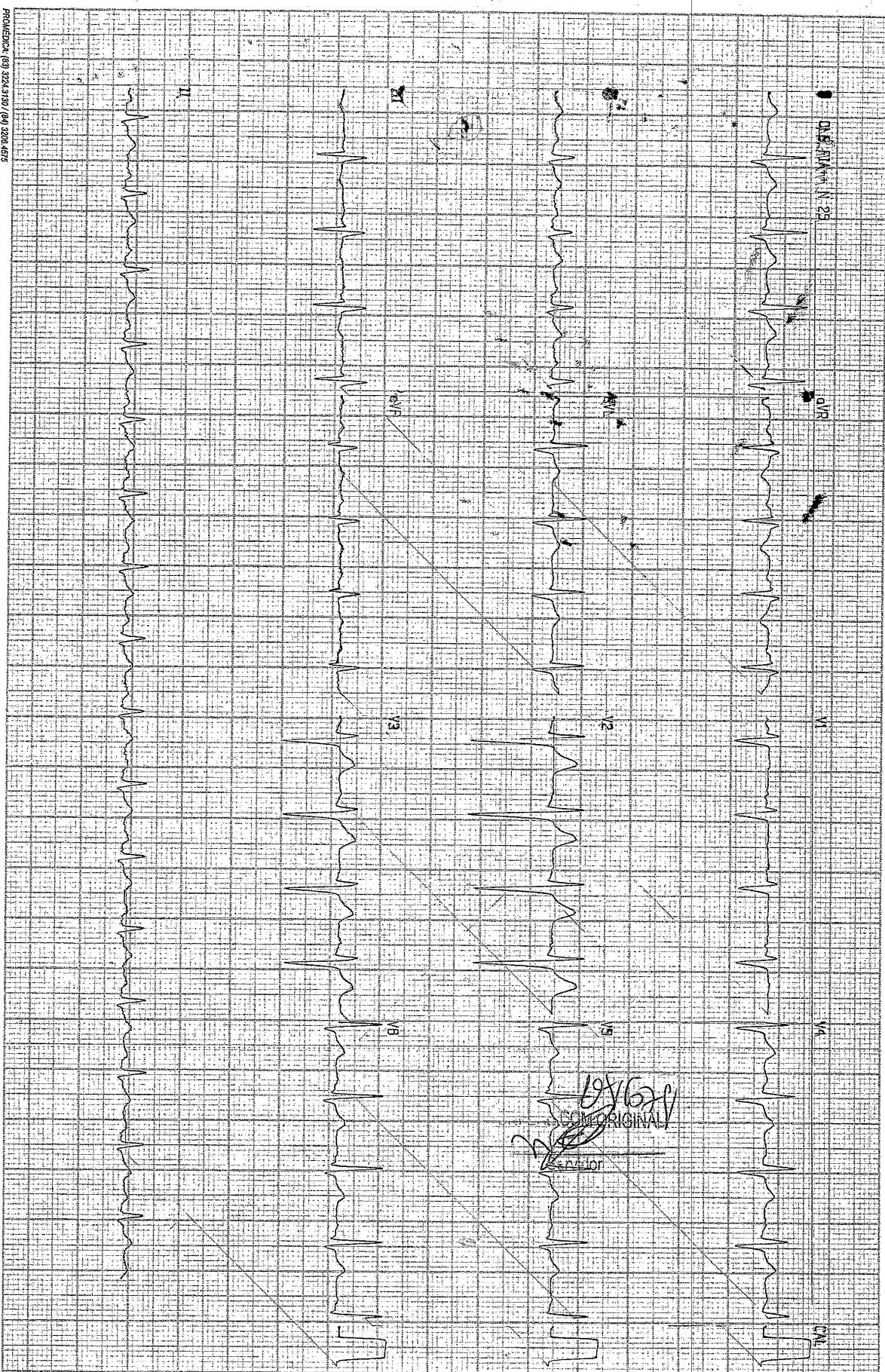
DESENHO 23

OUR

V1

V4

DM





honda felice

Nome: Kaíque Rodrigues Nogueira - 23 anos.

Sintoma de Acidente Motociclistico em Autobrigo
desvindo e falar direito há 4 meses atrás.

Paciente foi PRONTAMENTE ATENDIDO, DIAGNOSTICADO,
INTORNADO e REALIZADO CIRURGIA ORTOPEDICA EM NÚMERO
CITADO.

Desenvolveu SWOL com PORDA DE ARCO DE Movimento
PROVOCANDO EM "MSE" e "MARCHA", principalmente
em LADO DESVIRADO.

APRESENTA PIERDA FUNCIONAL DEFINITIVA DE 30%

EM MSE e MARCHA

CID : T92/T93

Dr(a):

Dr. Tiago Ambrade Rodrigues
Ortopedia e Traumatologia

CRM/PE 6224

Data: 30/08/18

MOSSORÓ:
Rua Juvenal Lamartine, 119
Centro
Fones: (84) 3315.6900 / 3315-6901

ASSÚ:
Av. Senador João Câmara, 1304
Centro
Fone: (84) 3331.4994

PARNAMIRIM:
Av. Bela Parnamirim, 880
Vila Nova

NATAL:
Av. Presidente Medice, 256 - Igapo - Zona Norte
Fones: (84) 3614.9655 / 3651.0568
Av. Capitão Mor Gouveia, 880 - Cidade da Esperança

