



Número: **0864719-60.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **27/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCIMARIO FRANCISCO DA SILVA (AUTOR)		EMANUELL CAVALCANTI DO NASCIMENTO BARBOSA (ADVOGADO) KENNEDY LAFAIETE FERNANDES DIOGENES (ADVOGADO)	
Porto Seguro Vida e Previdência S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62135380	27/10/2020 15:49	Petição Inicial, anexa em PDF.	Petição Inicial
62135386	27/10/2020 15:49	COMP RESIDENCIA	Documento de Comprovação
62135392	27/10/2020 15:49	DOCUMENTAÇÃO ADM DPVAT	Documento de Comprovação
62135396	27/10/2020 15:49	DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR-otimizado_1	Documento de Comprovação
62135398	27/10/2020 15:49	DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR-otimizado_2	Documento de Comprovação
62135410	27/10/2020 15:49	DOCUMENTAÇÃO PREVIDENCIARIA	Documento de Comprovação
62135401	27/10/2020 15:49	IDENTIDADE	Documento de Comprovação
62135403	27/10/2020 15:49	Inicial DPVAT - FRANCIMARIO FRANCISCO DA SILVA	Documento de Comprovação
62135405	27/10/2020 15:49	PROCURAÇÃO	Documento de Comprovação

Petição Inicial, anexa em PDF.



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Meneses, 150 - Bairro, Natal - RN, CEP 59025-260
CNPJ 08.324.196/0001-91 | Insc. Est. 20955199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
IZABEL ANA DA SILVA

CPF: 987.551.584-34

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL DE TRABALHO RURAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SERRA DA GAMELEIRA/ÁREA RURAL
CAICARÁ DO RIO DO VENTO RN
59540-000

0854872761 05/2020

DATA DE VENCIMENTO 15/05/2020 DATA DE PAGAMENTO 08/06/2020

TOTAL A PAGAR (R\$) 32,47

DATA DE EMISSÃO 05/05/2020 DATA DE RECEBIMENTO 08/06/2020

APRESENTAÇÃO 08/06/2020 DATA DE RECEBIMENTO 08/06/2020

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)-TUSD	60,000000	0,25269723	15,16
Consumo Ativo (kWh)-TE	60,000000	0,24883842	14,89
Cobrança de ICMS sobre Subvenção CDE			1,71
Multa por atraso NF 040276120 - 06/04/20			0,66
Juros por atraso NF 040276120 - 08/04/20			0,08
Atualização IGPM NF 040276120 - 08/04/20			0,26

TOTAL DA FATURA

32,47

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR 08/05/2020	ATUAL 08/06/2020	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
601910				31	1,00000		60,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

PERÍODO DE CONSUMO	PERCENTUAL DE CONSUMO	PERCENTUAL DE CUSTO
MAI 20 60	35,81%	35,81%
ABR 20 56	9,32%	9,32%
MAR 20 60	24,77%	24,77%
FEV 20 52	8,66%	8,66%
JAN 20 60	5,76%	5,76%
DEZ 19 72	23,30%	23,30%
NOV 19 69	100%	100%
OUT 19 70		
SET 19 64		
AGO 19 65		
JUL 19 98		
JUN 19 90		
MAY 19 64		

Para mais informações consulte o site www.cosern.com.br. O pagamento desta Nota Fiscal é obrigatório para o cliente. A Nota Fiscal é emitida em nome do cliente e não pode ser utilizada para fins de comprovação de pagamento. O cliente é responsável por manter a atualização dos dados cadastrais e por manter a atualização dos dados de consumo. O cliente é responsável por manter a atualização dos dados de consumo e por manter a atualização dos dados de consumo.

Não existem dívidas de 2019 e anos anteriores. Esta declaração é válida para o cliente e não pode ser utilizada para fins de comprovação de pagamento. O cliente é responsável por manter a atualização dos dados cadastrais e por manter a atualização dos dados de consumo. O cliente é responsável por manter a atualização dos dados de consumo e por manter a atualização dos dados de consumo.

UNIDADE E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS

SACRIFICANTO POTÊNCIA	VALOR NOMINAL	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	1,00	7,52	16,04	30,08
PSD	0,66	5,90	0,00	0,00
DISC				

Link de acesso: 16.01

ELSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 11,51

TIPO DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	202 - 231



Assinado eletronicamente por: KENNEDY LAFAIETE FERNANDES DIOGENES - 27/10/2020 15:48:33

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102715483315900000059596317

Número do documento: 20102715483315900000059596317

Seguro DPVAT - Proteção para todos

O Seguro DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua Carga a Pessoas Transportadas ou Não) foi criado em 1974, para amparar as vítimas de acidentes com veículos em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa. Como se vê, trata-se de um seguro eminentemente social.

saiba + www.seguradoralider.com.br

LÍDER
Seguradora

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Correios
RS 01
18.02.19 - 09:00
A/06 MAR

FRANCIMARIO FRANCISCO DA SILVA
POV SERRA DA GAMELEIRA, 23
ZONA RURAL
CEP 59540-000 - CAÇARA DO RIO DO VENTO - RN

DEVOLUÇÃO Seguradora Líder - DPVAT CEP: 20.270-971 www.seguradoralider.com.br	Para uso dos correios ☐ Mudou-se ☐ Desconhecido ☐ Recusado ☐ Ausente ☐ Não procurado	Responsável pela informação Entregador _____ ☐ Marador ☐ Sincido ☐ Porteiro
---	---	---

SAC DPVAT 0800 022 12 04
Entre em contato conosco
www.seguradoralider.com.br

25 MAR 2019





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190105738

Vítima: FRANCIMARIO FRANCISCO DA SILVA

Data do Acidente: 27/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCIMARIO FRANCISCO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13939510





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: 1ª DEL. REGIONAL DE SÃO PAULO DO POTENGI / RN
Endereço: RUA OURO BRANCO, 126, NOVO JURENAL, SÃO PAULO DO POTENGI

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018071000721
1.2 Data de Expedição: 26/09/2018 16.02.10
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: 27/07/2018 12.30.00
2.2 Autoria: Conhecida
2.3 Fato: Consumado
2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Outros
2.6 Tipo do local: Rural
2.7 Logradouro: POVOADO SERRA DA GAMELEIRA
2.8 Número: SN
2.9 CEP:
2.10 Complemento:
2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: CENTRO
2.13 Cidade: CAIÇARA DO RIO DO VENTO
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FRANCIMARIO FRANCISCO DA SILVA
3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Nome Social:
3.4 Pai:
3.5 Etnia: Branca
3.6 Mãe: IZABEL ANA DA SILVA
3.7 Sexo: MASCULINO
3.8 Orientação Sexual: Heterossexual
3.9 CPF:
3.10 Identidade de Gênero: Cisgenero
3.11 Nacionalidade:
3.12 Data de Nascimento: 19/01/1979
3.13 Profissão: AGRICULTOR
3.14 RG: 002481226 - ITEP
3.15 Telefone(s):
3.16 Passaporte:
3.17 Número: 23
3.18 Naturalidade: SÃO PAULO DO POTENGI
3.19 Bairro: ZONA RURAL DE CAIÇARA DO RIO DOS VENTOS
3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.22 Logradouro: SERRA DA GAMELEIRA
3.23 Cidade: CAIÇARA DO RIO DO VENTO
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1 1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não
7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi: 9C2KDO540CR507142
7.1.4 Renavam: 00402663985
7.1.5 Placa: NOE4939
7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.8 Modelo: BROSS ESD
7.1.9 Ano do Modelo: 2012
7.1.10 Ano de Fabricação: 2011
7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do proprietário: FRANCIMARIO FRANCISCO DA SILVA
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.1.17 Nome do condutor: FRANCIMARIO FRANCISCO DA SILVA
7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE INFORMA QUE VINHA NO CAMINHO CITADO E QUE UMA OUTRA PESSOA HAVIA FEITO UM COXETE E O MESMO NÃO SABIA, FOI NESSE MOMENTO QUE ACONTECEU O ACIDENTE, QUE O MESMO NÃO TEM CNH, QUE DEU ENTRADA NO MESMO DIA NO HOSPITAL WILFREDO GURGEL, POIS O MESMO FICOU LESIONADO.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS

Data do Complemento: 02/10/2018
Usuário: 1651935 - WASHINGTON TARGINO TAVARES COSTA
Complemento: DATA 26-06-2018

Data do Complemento: 27/05/2019
Usuário: 1573330 - GUSTAVO HENRIQUE CAVALCANTI ALBUQUERQUE
Complemento: INFORMA A VÍTIMA QUE A DATA CORRETA DO ACIDENTE SE DEU NO DIA 26/06/2018, NA COMUNIDADE RURAL DENOMINADA SERRA DA GAMELEIRA, MUNICÍPIO DE CAIÇARA DO RIO DO VENTO/RN.

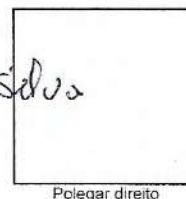
11. DECLARAÇÃO

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

Data 26/09/2018 16.02.10

Policial
Gustavo Cavalcanti
Chefe de Investigação - 1º DPAC
Mat.: 157.333-0

Interessado



Polegar direito



Atendimento: 1651935 - WASHINGTON TARGINO TAVARES COSTA

Impresso por: 1573330 - GUSTAVO HENRIQUE CAVALCANTI ALBUQUERQUE em 27/05/2019 11:42:12

FINAL DO BOLETIM DE OCORRNCIA



ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 60300523 - AC CAICARA DO RIO DO VENTO
CAICARA DO RIO DO VENTO - RN
CNPJ....: 34028316028466 Ins Est.: 200530941

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente..... SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF..... 0924608000104
Doc. Post..... 31145
Contrato... 9912280636 Adm.: 11205709
Cartao... 62267655

Movimento... 25/01/2019 Hora... 09:44:22
Caixa..... 91886350 Matrícula... 86265610
Lancamento... 004 Atendimento: 00002
Modalidade... A Faturar ID Tiquete... 1589484120

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	23,26+
Valor do Porte(R\$)	23,26	
Peso real (G)	10	
CNPJ/CPF Remet	06045013409	
Nome Remetente	FRANCIMARIO FRANCISCO DA S	
Cont. Nome	ILVA	
Endereço Remet	SITIO SERRA DA GAMELEIRA, S	
Cont. Endereço	N CASA - ZONA RURAL	
Cep Remetente	59540-000	
Cidade Remet...	CAICARA DO RIO DO VENTO	
UF Remet.....	RN	

POSTAL RESPOSTA DPV	1	29,00+
Valor do Porte(R\$)	29,00	
Cep Destino	20031-205 (RJ)	
Peso real (G)	10	
OBJETO	DY0383034348R	

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 52,26

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais.

Nome: RG.

Ass. Responsável.....

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Ganhe tempo!

Baixe o APP de Pré-Atendimento dos Correios

VIA-CLIENTE SARA 7.8.01

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 60300019 - AC CENTRAL DE NATAL
NATAL - RN
CNPJ....: 34028316493975 Ins Est.: 200530941

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente..... SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF..... 0924608000104
Doc. Post..... 327808524
Contrato... 9912280636 Adm.: 11205709
Cartao... 62267655

Movimento... 30/05/2019 Hora... 11:35:17
Caixa..... 91886350 Matrícula... 86265610
Lancamento... 004 Atendimento: 00002
Modalidade... A Faturar ID Tiquete... 1651398560

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
POSTAL RESPOSTA DPV	1	30,43*
Valor do Porte(R\$)	30,43	
Cep Destino	20031-904 (RJ)	
Peso real (G)	34	
Peso Tarifado	0,034	
OBJETO	DY1569843348R	

Postagem ocorrida após o horário limite de postagem (DH), será acrescentado 1 (um) dia útil ao prazo padrão de entrega.

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 30,43

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais.

Nome: RG.

Ass. Responsável.....

Postagem ocorrida após o horário limite de postagem (DH), será acrescentado 1 (um) dia útil ao prazo padrão de entrega.

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Ganhe tempo!

Baixe o APP de Pré-Atendimento dos Correios
Tenha sempre em mãos o número do ID Tiquete
deste comprovante, para eventual contato com
os Correios

VIA-CLIENTE SARA 7.9.00

DY 15698433 4 BR



Pag. 01745/01746 - carta_03 - INVALIDEZ

00010873



Seguradora

LIDER

Administradora do Seguro DPVAT



Correio

R\$ 13,4

15-01-19 - 09:42

CAR
MARIZ/

FRANCIMARIO FRANCISCO DA SILVA
POVOADO SERRA DA GAMELEIRA, 23
ZONA RURAL
CEP 59540-000 - CAIÇARA DO RIO DO VENTO - RN



BI345361841BR

Saiba + www.seguradoralider.com.br

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples; basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

DPVAT - Como Requerer

Seguradora
LIDER
Administradora do Seguro DPVAT





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180507134
Vítima: FRANCIMARIO FRANCISCO DA SILVA
Data do Acidente: 27/07/2018
Cobertura: INVALIDEZ

CPF: 060.450.134-09
Data de Nasc. 19/01/79
3190105738
Lo Novo sinistro

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCIMARIO FRANCISCO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovação de ato declaratório não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

00010873
07722679

Carta nº 13786418

00010873



saiba +
www.seguradoralider.com.br

O Seguro DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua Carga e Pessoas Transportadas ou Não) foi criado em 1974, para amparar as vítimas de acidentes com veículos em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa. Como se vê, trata-se de um seguro eminentemente social.

Seguro DPVAT - Proteção para todos



Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT



Correios
RS01,95
26.07.19 18:36
GABTA
ARF 140827RJ

FRANCIMARIO FRANCISCO DA SILVA
POVOADO SERRA DA GAMELEIRA, 23 RURAL
RURAL
CEP 59540000 - CAIÇARA DO RIO DO VENTO - RN

DEVOLUÇÃO
Seguradora Líder - DPVAT
CAIXA POSTAL 40.970
CEP: 20.270-971
www.seguradoralider.com.br

Para uso dos correios
☐ Mudou-se
☐ Desconhecido
☐ Recusado
☐ Ausente
☐ Não procurado
☐ Falecido
☐ Não existe o nº indicado
☐ Endereço insuficiente
Data _____

Responsável pela informação
☐ Morador
☐ Síndico
☐ Porteiro
Entregador _____

Entre em contato conosco
SAC DPVAT 0800 022 12 04
www.seguradoralider.com.br





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190443317

Vítima: FRANCIMARIO FRANCISCO DA SILVA

Data do Acidente: 26/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCIMARIO FRANCISCO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14607237



COMPROVANTE DO CLIENTE

Movimento	18/10/2018	Hora	09:32:48
Caixa	88728835	Valor	88284.339
Lancamento	007	Atendimento	00004
Modalidade	A Faturar	10 Inscrito	1543156833

TOTAL DO ATENDIMENTO: 52,26

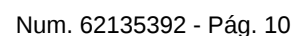
Valor Declarado não se aplica a: ☐
 No caso de objeto não tangível,
 utilize o serviço em, para se obter o declarado.

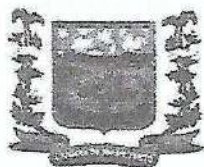
$$A \cong \mathbb{Z} \oplus \mathbb{Z}/2\mathbb{Z}$$

Nome: _____ RG: _____
Ass. Responsável: _____

Ganhe tempo!
 Baixe o APP de Pré-Atendimento dos Correios

VIA-CLIENTE SARA 7 8.01





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAIÇARA DO RIO DO VENTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMUS
UNIDADE MISTA MÃE TONHA
RUA SÃO SEBASTIÃO S/N - CENTRO
CNPJ 04.067.932



**SECRETARIA
DE SAÚDE**
DE CAIÇARA DO RIO DO VENTO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o Senhor Francimário Francisco da Silva, portador do Cartão SUS nº 700.0003.4104.8105, deu entrada nesta Unidade de Saúde, referindo-se acidente de moto, politraumatizado, apresentando possível fratura no tornozelo direito.

Sendo o mesmo encaminhado ao Hospital Walfredo Gurgel/Pronto Socorro Clóvis Sarinho.

Atendimento realizado no dia 26/06/2018, boletim de atendimento em anexo.

Caiçara do Rio do Vento – RN, 07 de Abril de 2019.



Dra. Ligia O. Torres de Azevedo
Clinica Médica – Especialista
CRM: 2243 – CPF: 595.445.114-15





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAICARA DO RIO DO VENTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE - SEMUS
UNIDADE MISTA MÃE TONHA
RUA SP7, JARDIM OLÍMPIA S/N - CENTRO
CAICARA DO RIO DO VENTO



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº. 071

DATA: 26/06/18

HORA DA ENTRADA 13:27 HS.

NOME: Franciméria franciscas da Silva
NOME DA MÃE: Isabel da Silva
CARTÃO SUS: 700034248105 TELEFONE:
DN: 13/01/1977 RACIA/COR: () Branca () Preta (x) Parda SEXO: (x) Masculino () Feminino
ESTADO CIVIL: NATURALIDADE: S. P. P. PROFISSÃO:
ENDEREÇO: RUA: Rua da Granlândia BAIRRO: Z. Rural
CIDADE: Caicara do Rio do Vento ESTADO: RN

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

(x) APARENTEMENTE BEM () REGULAR () COM DISPNEIA () CHOCADO () COMATOSO
() COM HEMORRAGIA () EM CONVULSAO (x) POLITRAUMATIZADO () AGITADO () OUTROS

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO () SIM (x) NÃO

CASO SUSPEITO DE ARBOVIROSES () SIM (x) NÃO QUAL?

VITIMA DE VIOLÊNCIA () SIM (x) NÃO

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

EXAME FÍSICO - LESÃO OU AFECÇÕES ENCONTRADAS

TA: 140x90 mmHg

PULSO

RESPIRAÇÃO

TEMPERATURA

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

CASO SUSPEITO DE:

() Abord. Antitrófico humano. () Acidente por animal peçonhento. () Botulismo. () Cólera. () Coqueluche.
() Dengue. () Difteria. () Doença de Chagas - aguda. () Doença de Chagas - crônica. () Doença Meningocócica.
() Chikungunya () Febre amarela. () Febre tifóide. () Hanseníase. () Hantavirose. () Hepatites virais. () Tuberculose.
() HIV em gestantes e crianças. () Infecção humana. () Leishmaniose Tegumentar. () Leishmaniose visceral.
() Leptospirose. () Malaria. () Meningite por criptococo. () Peste. () Poliomielite. () Paralisia aguda flácida - < de 15
anos. () Raiva humana. () Doença zoon. Rubéola e Sarampo. () SIDA. () Sífilis cong. em gestante. () Tétano.



→ Em algum dos campos, citar Acidente Transito.

EXAMES COMPLEMENTARES (COM. DO REGISTRO)

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

() SERVIÇO CLÍNICO () CIRURGIA () ORTOPEDIA () ODONTOLOGIA () OTORRINO () OFTALMOLOGIA
() C. PLÁSTICA () ATENDIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA () OUTRO _____

CLÍNICA

Traumatismo do + 18C
Diplopia 200 ABD EV
Acet

União O. Torres da Silva
Clínica de Especialidades
Cirurgia

ESPECIALISTA/ CARIMBO

DESTINO DO PACIENTE

() FICOU NO LOCAL

() INTERNADO NO SERVIÇO DE
SAÚDE

HORA _____

REMOVIDO EM 26/06/2018
HORA 13:35
PARA: PSCS/HUGO
ACIDENTE DE TRABALHO ()
DOENÇA DE NOT. COMPULSÓRIA ()
NOTIFICADO? () SIM () NÃO

RETIROU-SE POR DECISÃO MÉDICA ()

A PEDIDO ()

A REVELIA ()

DATA ____/____/____ ÀS ____ h

ÓBITO EM: ____/____/____ ÀS ____ h
DECLARAÇÃO DE ÓBITO Nº _____

ENTREGUE A FAMÍLIA ()

INST. MÉDICO LEGAL ()

MÉDICO (CARIMBO)



SUS

Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar
Nº 871 / 2018

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou:

CNES: 2653923
CNES: 982

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **80967 FRANCIMARIO FRANCISCO DA SILVA**
CNS: 700000341048105
Mãe: IZABEL ANA DA SILVA
Endereço: SITIO SERRA DA GAMELEIRA, 1 - AREA RURAL - CAICARA DO RIO DO VENTO
Município: CAICARA DO RIO DO VENTO
Nascimento: 19/01/1979
Sexo: Masculino
Paí:
Código Municipal IBGE: 240190
UF: RN

Prontuário:
Cor: PARDA
938237391
Fone: 98585644 /
CEP: 59540-000

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

PACIENTE COM TRAUMA NO TORNOZELO DIREITO HOJE

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
TRATAMENTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RX

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.6 FRATURA DO MALEOLO LATERAL*408050497. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR

Profissional Solicitante / Assistente:
MICHEL FREIRE DE ARAUJO
Dr. Michel Freire de Araujo
Ortopedista e Traumatologista
CRM 4423 - TE07 10751

CRM: 4423 / RN-10751 Data da Solicitação 26/06/2018

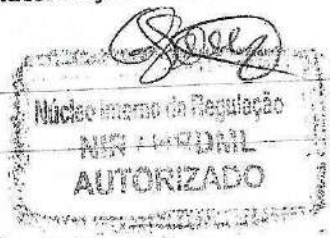
PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: Nº do bilhete: Série:
() Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: CNAE da Emp.: CBOR:
() Acidente de Trabalho Trajeto
Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: Orgão Emissor:
Documento: () CNS () CPF nº
Data da Autorização: Assinatura/Carimbo:

Nº Autorização da AIH:





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

FRANCIMARIO FRANCISCO DA SILVA

6- NUMERO DO PRONTUÁRIO
161343

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

700 0003 4104 8105

8- DATA DE NASCIMENTO

19/01/1979

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/COR

PARDA

11- NOME DA MÃE

IZABEL ANA DA SILVA

12- TELEFONE DE CONTATO
996725497

13- NOME DO RESPONSÁVEL

VALDETIANA DA SILVA

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

POVOADO SERRA DA GAMELEIRA, 23

16- MUNICÍPIO

CAIÇARA DO RIO DO VENTO

17- BAIRRO

SERRA DA GAMELEIRA

18- UF

RN

19- CEP

59540000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor e edema na perna D

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de cirurgia

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

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fratura no tornozelo D S82

Procedimento Solicitado

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Jessé de Moura L. Neto

Ortopedia - Traumatologia

CRM - 6718

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGAO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

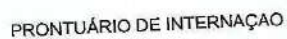
51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CONFERE COM ORIGINAL

CONFERE COM ORIGINAL

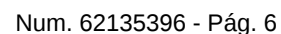
198 671





Jessé de Moura L. Neto
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 6718

CONFIDENTIAL



Mãe: Zabele Ana da Silva
CPF: 700.000341048105



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

RG 002.481.226
CPF: 060.450.134-59
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 094

NOME: Francisco Francisco da Silva
IDADE: 19.01.1979
COR: Parda
SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Solteiro
NATURALIDADE: São Paulo do Potengi, RN
PROFISSÃO: Agente de Saúde
PROCEDÊNCIA: Zona Rural
ENDEREÇO: Sítio Souza da Gamaleira
BAIRRO: Zona Rural
CIDADE: Encarnação do Rio
DATA: 01.07.2018
HORA: 09:50

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SIM ☐ NÃO ☐

PUPILAS, A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA C) PRESSÃO ARTERIAL

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

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Fratura de fêmur em 1/3 médio, Hs 05 dias.

EXAME FÍSICO

Sob 204 gressas

CONFERE COM ORIGINAL

Assinatura

Assinatura

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de fêmur em 1/3 médio

Marcus Vinicius C. Freire
Ortopedia / Traumatologia
CRM/RN 5781
TEOT 14910



EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

☐ HEMATOLOGIA	☐ NEUROLOGIA	☐ NEFROLOGIA	☐ CIR. VASCULAR	☐ ENDOSCOPIA
☐ CLÍNICA MÉDICA	☐ CIRURGIA GERAL	☐ ORTOPEDIA	☐ BUCO-FACIAL	☐ UROLOGIA
☐ NEUROCIRURGIA	☐ OTORRINO	☐ OFTALMOLOGIA	☐ C. PLÁSTICA	☐

CONDUTA

=> Internamento p/ Ho Curativo

Marcus Vinícius C. Freire
Ortopedia / Traumatologia
CRM/RN 5781
TEO 14910

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>Ortopedia</i>	☐ REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA ☐ HORA _____ HORA _____	A REVELIA ☐
ENTREGUE À FAMÍLIA ☐	S.V.O. ☐	I.T.E.P. ☐
Marcus Vinícius C. Freire Ortopedia / Traumatologia CRM/RN 5781 TEO 14910 MÉDICO (Carimbo)		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)





Hospital

Nº prontuário

Nome do paciente

Francisciano Francisco da Silva

Data operação

04/7/18

Enf.

1º auxiliar

Leito

Instrumentador

Operador

2º auxiliar

Anestesista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Tipo de operação

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Incisão fêmor lateral proximal.
Exatidão fratura avulsão lateral.
Fecarot com placa e parafusos.
Sutura plano a plano.
Sutura por sutura proximal.
Redução cecotom avulsão.
Fixação com parafusos avulsão e
cercado. Sutura plano a plano.
Curativo. Sutura tipo 8/0.

Rogério Santos

Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 1226 - SBOT 1341

☐	CIRURGIAS MÚLTIPLAS
☐	(0415010012)
☐	POLITRAUMATIZADO
☐	(0415030013)
☐	PROC. CLÍNICO
☒	PROC. CIRÚRGICO
0408050497	
☐	CBO. 225225
☒	CBO. 225270
☐	DIAS
☐	CID S82.8

19/05/18
Cirurgia Original
Eduardo

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Gilvan de Carvalho
Anestesiologista
CRM/RN 1904

Hospital	H.D.M.L			Enfermaria	Leito	Nº prontuário																			
Nome	FRANCINIANO FRANCISCO DO SILVA			Idade	Sexo	Cor																			
Data	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros																			
04-07-2018																									
Tipo sanguíneo	Hematias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia																				
	Urina																								
Ap. respiratório																									
Ap. circulatório																									
Ap. digestivo																									
Estado mental				Dentes	Pescoço	Ap. urinário																			
Diagnóstico pré-operatório				Ataracicos	Corticoides	Alergia																			
Anestesias anteriores				Estado físico		Risco																			
Medicação pré-anestésica																									
				Aplicada às	Efeito																				
<table border="1"> <tr> <td>Agentes Anestésicos</td> <td>O₂</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Líquidos</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Oper</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Anest.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>O Resp.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>P Pulso</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>								Agentes Anestésicos	O ₂		Líquidos			Oper			Anest.			O Resp.			P Pulso		
Agentes Anestésicos	O ₂																								
Líquidos																									
Oper																									
Anest.																									
O Resp.																									
P Pulso																									
260 250 240 230 220 210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10																									
SIMBOLOS E ANOTAÇÕES POSICÃO Agentes Técnica Operação Cirurgiões Anestesistas Observações																									

Gilvan de Carvalho
Anestesiologista
CRM/RN 1904

Gilvan de Carvalho
Anestesiologista
CRM/RN 1904

Gilvan de Carvalho
Anestesiologista
CRM/RN 1904





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:-

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

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: _____ ml () Soro Ringer Simples: _____ ml Quantidade total de volume
() Soro Glicosado: _____ ml ~~Soro Ringer Lactato~~ 5000 ml administrado: _____

ANATOMO PATOLÓGICO

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

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

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

INTERCORRÊNCIAS: PRE-SUR-METAL A UMA CÂMERA DE
TAZ D. FOI REALIZADO O PLASMA 5000
DE OY PÓS-OP + 21 HOURS, FEITO TELA GEL
CÂMERA DE SUCESSO.

Ass: Augusto Coren: 27724

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: ~~Consciente~~ () Inconsciente () Narcoze () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel ~~O2~~ ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de
colostomia () Outro: _____
Diurese: ~~Spontânea~~ () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: CR

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

Hora: 18:30 Data: 04/07/18 Nível de consciência: ~~Acordado~~ () Sonolento () Narcoze ~~Orientado~~
() Desorientado () Agitado () Choroso Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O2 ~~O2~~ Ambiente
Mobilização MMII: () Normal ~~Diminuída~~ () Sem mobilidade Mobilização MMSS: ~~Normal~~ () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não () Sim Tipo: AD Local: MS Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG () Oxímetro () PA

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

SINAIS VITAIS

Líquidos administrados na URPA:

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão		80		-	99	
30'		78		-	98	
60'		77		-	98	
Alta		60		-	98	

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

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: SEM QUEIXAS INCOMINHAÇÃO AO
RX.

Ass: Manúlio Coren: 58900





HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE L. ENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: <u>FRANCO MARIO FRANCISCO DA SILVA</u>		Idade: <u>39</u>		D/N: <u>17/07/1979</u>	
Pront.: <u>161343</u>		Município: <u>CAIARA D</u>		Procedência: ☒ Interno () Externo	
Data da cirurgia: <u>07/07/18</u>		Hora Admissão: Bloco: <u>15:10</u>		Sala: <u>17:00</u> Hora Saída: _____	
Alergias: ☒ Não () Sim _____		Comorbidades: () HAS () DM () Outras _____			
Uso de medicações: ☒ Não () Sim _____		Jejum: () Não ☒ Sim			
SSW Admissão: PA: _____		mmHg Pulso: _____		bpm FL: _____ rpm FC: _____ bpm SpO2: _____ % T: _____ °C	
Enfermeiro(a): <u>Luciana + Sabot</u>		Instrumentador (a): <u>Luciana</u>		Circulante: <u>Augusto</u>	
Cirurgia: <u>1ª Cirurgia de T2 e T3</u>		Especialidade: <u>ORT</u>		Sala: <u>03</u>	
Hora Início: <u>14:35</u>		Hora Término: <u>18:20</u>		Tipo de cirurgia: ☒ Eletiva () Urgência ☒ Limpa () Contaminada () Infectada	
1º Cirurgião: <u>Elson Miranda</u>		Aux.: <u>WRA</u>		Residente: _____	
Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: _____		() Bloqueio ☒ Raquidiana Ag. nº _____		() Peridural () c/cateter () s/cateter	
Ag. nº _____		Cateter nº: _____		Início: <u>14:25</u> Garrote: () Smarch () Pneumático Início: <u>18:21</u> Término: _____	
Anestesiologista: <u>Dr. Gervan</u>					
NEUROMUSCULAR		PELE/HIGIENE		CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO	
☒ Consciente	☒ Letárgico	☒ Coma	☒ Orientado	☒ Desorientado	☒ Sedado
☒ Ansioso	☒ Deambula	☒ t/ dificuldade	☒ Acamado	☒ Paraplégico	☒ Tetraplégico
☒ Amputações	☒ Normocorada	☒ Hipocorada	☒ Cianótica	☒ Ictérica	☒ Desidratada
☒ Integra	☒ C/lesões	☒ Sudorese	☒ Cicatriz cirúrgica	☒ Higiene Satisfatória	☒ Higiene deficiente
☒ Manchas	☒ S/Tricotomia	☒ Normotenso	☒ Hipotensão	☒ Hipertensão	☒ Normocárdico
☒ Bradicardia	☒ Taquicardia	☒ Choque	☒ Normoesfígmico	☒ Eupnéia	☒ Dispnéia
☒ Dispositivo O2	☒ Jelco	☒ Acesso V. Central	☒ Cat. Diálise	☒ Fístula	☒ Arteriovenosa
☒ SNG	☒ SVD	☒ Colostomia	☒ Cistostomia	☒ Dreno:	☒ Aparelho gessado
☒ Tração	☒ Talas	☒ ECG	☒ Oximetria	☒ Capnógrafo	☒ PA
☒ Estimul. Nervo	☒ Diprifusor	☒ BIC	☒ Desfibrilador		
SINAIS VITAIS		Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>100</u>	<u>95</u>	<u>101</u>	Bpm	
Pulso	<u>100</u>	<u>95</u>	<u>101</u>	Bpm	
Oximetria	<u>98%</u>	<u>98%</u>	<u>98%</u>	%	
Capnografia	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	%	
PA	<u>120/70</u>	<u>120/70</u>	<u>118/70</u>	mmHg	
ACESSO VENOSO					
☒ Punção Arterial					
☒ Punção Venosa Periférica					
☒ Punção Venosa Central					
☒ Dissecção venosa					
Local: _____					
Cateter: _____					
SONDAGEM GÁSTRICA					
☒ SNG nº _____					
Retorno: _____					
CATETERISMO VESICAL					
☒ SVF nº _____					
☒ SVA nº _____					
Diurese: _____					
Profissional responsável: _____					
EXAMES SOLICITADOS					
☐ Hemograma					
☐ Gasometria					
☐ Coagulograma					
☐ Outros					
☐ Tipagem Sanguínea					
☐ Glicosimetria:					
☒ Radioscopia (Raio X)					
POSICÃO					
☒ Dorsal	☒ Ventral	☒ Lateral	☒ Litotômica	☒ Trendleburg	☒ Canivete
☒ Proclive	☒ Cabeça	☒ Pescoço	☒ Tórax	☒ Lombar	☒ MMII
☒ Anatômicos	☒ Abduzidos	☒ Fletidos	☒ Anatômicos	☒ Abduzidos	☒ Fletidos
PLACA DO BISTURI ELÉTRICO					
☐ Sim ☒ Não ☐ Metal ☐ Descartável					
Local: _____					
DEGERMAÇÃO					
☒ Sim ☐ Não					
Local: <u>MD</u> Solução: <u>CLORÉX</u> Local: <u>MD</u>					
IMPLANTE CIRÚRGICO					
Drenos: _____					
Tela: _____					
Cateter: _____					
Ostomia: _____					
Fio de KC: _____					
Placa - Tipo: <u>1/2 canulão 5 Pared</u>					
Outros: _____					
ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO					
Caixa cirúrgica: <u>Básica + 3.1</u> Quant. Material: <u>OK</u>					
Val.: <u>11/07/18</u> Contagem de gaze e compressa: ☒ Não ☐ Sim					





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:-

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

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: _____ ml () Soro Ringer Simples: _____ ml Quantidade total de volume
() Soro Glicosado: _____ ml () Soro Ringer Lactato: 500 ml administrado: _____

ANATOMO PATOLÓGICO

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

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

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

INTERCORRÊNCIAS: PR. SUR-ALTA A UMA CLÍNICA DE
TRZ D. POR MANEJO DE PLASMA E SORO
DE QUANTIDADE E TIPO, PELO DR. GABRIEL
ENUNCIAR O LUCAS.

Ass: Augusto Coren: 29724

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

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

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

Hora: 18:30 Data: 04/07/18 Nível de consciência: ☒ acordado () Sonolento () Narcoze ☒ Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O₂ ☒ O₂ Ambiente
Mobilização MMII: () Normal ☒ Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: ☒ Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não ☒ Sim Tipo: AVP Local: MSB Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG () Oxímetro () PA

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

SINAIS VITAIS

Líquidos administrados na URPA:

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão		<u>80</u>		<u>-</u>	<u>99</u>	
30'		<u>78</u>		<u>-</u>	<u>98</u>	
60'		<u>77</u>		<u>-</u>	<u>98</u>	
Alta		<u>60</u>		<u>-</u>	<u>98</u>	

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

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: sem queixas encaminhado ao
RX.

Ass: Manúlio Coren: 58900





Técnico: SANDRO
Idade: 39 ano(s)
TORNOZELO AF
87,6 %

Id. Paciente: 31926/18
Data Exame: 26/06/2018 16:05:21
Paciente: FRANCIMARIO FRANCISCO DA SILVA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

D





LAUDO

PACIENTE Francemário Francisco da Silva, FOI SUBMETIDO(A) A TRATAMENTO
CIRURGICO DE tal do tornozelo, NO HOSPITAL DEOCLECIO
MARQUES NO DIA 04.07.18. DEVE MANTER ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL
E FISIOTERAPICO.

AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS A CRITERIO MEDICO PERITO.

CD. 5827


Dr. Roberto Pereira Freire
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5504 - RPP 1249

PARANAMIRIM, 06.07.18





NOME: Francimário Francisco da Silva

RECEITUÁRIO

USO ORAL:

1) CEFALEXINA 500 MG 06:00h manhã
12:00h meio dia
06:00h noite
00:00h meia noite
TOMAR 1 COMP 6/6 HS 7 DIAS

2) NISULID 100 07:00 manhã
07:00 noite
TOMAR 1 COMP 12/12 HS 7 DIAS

3) DIPIRONA 500 06:00h manhã
12:00h meio dia
06:00h noite
00:00h meia noite
TOMAR 2 COMP 6/6 HS CASO DOR

Dr. Edmar M. Dantas
Ortopedia e Traumatologia
CRM 942 - TEOT 13187

PARNAMIRIM, 06.07.18

Rotário

18.07.18

Quarta-feira 8L

Rot. torç. 8L

Volts um
20 VIII 18

Dr. Edmar M. Dantas
CRM - 942
Ortopedia-Traumatologia





NOME: Francimirus Francisco da Silva

RECEITUÁRIO

USO ORAL:

1) CEFALOXINA 500 MG 06:00h manhã
12:00h meio dia
06:00h noite
00:00h meia noite
TOMAR 1 COMP 6/6 HS 7 DIAS

2) NISULID 100 07:00 manhã
07:00 noite
TOMAR 1 COMP 12/12 HS 7 DIAS

3) DAPIRONA 500 06:00h manhã
12:00h meio dia
06:00h noite
00:00h meia noite
TOMAR 2 COMP 6/6 HS CASO DOR

PARNAMIRIM,

06.07.18

Rolando

18.07.18

Quarta-feira 8L

Ret. homeozato.

