



Número: **0818462-74.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **25ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **01/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JANIELDI ANSELMO DE SOUZA (AUTOR)		Rodrigo Cavalcanti Contreras (ADVOGADO)	
Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais (RÉU)			
MICHEL FREIRE DE ARAUJO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56307783	29/05/2020 16:42	JANIELDI ANSELMO DE SOUZA	Documento de Comprovação



Toscano &
Contreras
ADVOGADOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE(S): JANIÉLDI ANSELMO DE SOUZA, brasileiro, casado, motorboy, portador do RG nº 002.961.878 - SSP/RN, inscrito no CPF sob o nº 087.643.644-02, residente e domiciliado na Rua Angola, 10-B, Vida Nova, Parnamirim/RN, CEP 59.147-620.

OUTORGADO(S): RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 5990, **MARCOS RANGELI DA SILVA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 15.214, **ALINNE MARIA SOUTO DE QUEIROZ**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/RN sob o nº 16.177, **JANNA ABY ZAYAN TOSCANO LYRA CONTRERAS**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/RN sob o nº 14.284, todos integrantes do escritório de Advocacia **RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, regularmente inscrito na OAB/RN sob o nº 787, CNPJ nº 28.433.584/0001-08, com escritório profissional sito na Av. Amintas Barros, nº 2909, 1º andar, sala 13, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP: 59.062-250.

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

_____ Natal _____ /RN, 12 de Maio _____ de 2020.

X JANIÉLDI ANSELMO DE SOUZA
Outorgante



CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

1. PARTES: RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, com inscrição no CNPJ: 28.433.584/0001-08 e inscrição na OAB/RN N° 787, com escritório profissional sito na Av. Amintas Barros, n° 2909, sala 13, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP: 59.062-250, fone: 3206-9533, denominada CONTRATADA, e por outro lado JANIELDI ANSELMO DE SOUZA, casado, motorista, RG nº 002.961.878, CPF nº 087.643.644-02, residente e domiciliado na Rua Angola, 10-B, Vida Nova, Parna-minim/RN aqui denominado(a) CONTRATANTE.

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

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

4. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS:

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

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

5. DESISTÊNCIA E CONTUMÁCIA

5.1 No caso de desistência do processo antes da sentença ou ausência injustificada a perícia médica ou audiência, o contratante se compromete a pagar a título de honorários advocatícios, pelo trabalho já então realizado, a importância fixa de um salário mínimo vigente à época, salvo se for reajuizar o processo conosco. Em todo caso deverá o contratante arcar com as custas judiciais fixadas pelo abandono da causa.

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

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

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

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



Assim, em 12 de Maio / 2020 elegem o Foro da comarca de Natal/RN e assinam o presente instrumento em duas vias, para que possa produzir seus legais efeitos.

X ANILÉDI ANSELMO DI SOUZA
CONTRATANTE

CONTRATADA

TESTEMUNHAS :

Cristiane Barreto Barbosa



CÓDIGO DE CONTROLE
94AF.2725.1B7F.16FF

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 10:53:01 do dia 30/07/2013 (hora e data de Brasília)
dígitto verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
087.643.644-02

Nome
JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

Nascimento
19/12/1989

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Vista

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 002.961.878 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/07/2013

NOME
JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

PROVAÇÃO
MARIANO ANSELMO DE SOUZA
ROSILENE GOMES DA SILVA

NATURALIDADE
SERRINHA RN

DATA DE NASCIMENTO
19/12/1989

DIG. ORIGIN
CERT. DE CASAMENTO L-801 F-66 RS-132
SANTO ANTONIO - RN - 2 CARTÓRIO

087.643.644-02

2a. VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 20/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

Janiel di Anselmo de Souza

CARTERA DE IDENTIDADE



14/05/2020

2a Via de Fatura

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOS, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



COSERN

www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE JANIÉDI ANSELMO DE SOUZA CPF: 087.643.644-02		DATA DE VENCIMENTO 02/04/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 26/03/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 26/03/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 039858513 Série: U	CONTA CONTRATO 007009778866 Nº DO CLIENTE 3010908173 Nº DA INSTALAÇÃO 0002555076
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA ANGOLA 10 -B VIDA NOVA/AREA URBANA 59147-620 PARNAMIRIM RN		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL 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 D230.9CD6.CB89.9E8B.D324.C6CB.000E.3C0E		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	116,00	0,33389274	38,73
Consumo Ativo(kWh)-TE	116,00	0,32892356	38,15
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,79
Multa por atraso-NF 035348355 - 28/12/19			1,43
Multa por atraso-NF 036819889 - 28/01/20			1,55
Juros por atraso-NF 035348355 - 28/12/19			1,17
Juros por atraso-NF 036819889 - 28/01/20			0,80
Atualização IGPM-NF 035348355 - 28/12/19			0,51
Seguro Casa Protegida - 0800-200-9032			13,90
TOTAL DA FATURA			105,03

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
76,88	18,00	13,83	76,88	1,02	0,78
					4,71
					3,62

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.	
Vencimento	Valor
05/03/20	86,01

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,25466000	MAR 20	116
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25087000	FEV 20	118
		JAN 20	116
		DEZ 19	96
		NOV 19	98
		OUT 19	86
		SET 19	80
		AGO 19	69
		JUL 19	86
		JUN 19	84
		MAI 19	100
		ABR 19	98
		MAR 19	98

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
RS	%
Geração de Energia	27,22 35,40
Transmissão	3,01 3,92
Distribuição (Cosern)	18,94 24,64
Encargos Setoriais	4,40 5,72
Tributos	18,23 23,71
Perdas de Energia	5,08 6,61
TOTAL	76,88 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000002140912487	CAT	27/02/2020 5.237,00	28/03/2020 5.353,00	28	1,00000	0,00	116,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Jan/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	PARNAMIRIM	0,79	4,95	9,91	19,82
FIC-No.de vezes sem Energia		3,00	3,11	6,22	12,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,50	2,77	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 29,54					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO							
Pague no ponto mais perto de você passos e magalhães Ltda - app: rua cruzelro do sul, santos reis / posto pinheiro borges: av. pres. getúlio vargas 1010, monte casteloLista 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(Lel 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. 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		<table><tr><th>TENSÃO NOMINAL(V)</th><th>LMITE DE VARIAÇÃO(V)</th></tr><tr><td></td><td>MÍNIMO MÁXIMO</td></tr><tr><td>220</td><td>202 231</td></tr></table>		TENSÃO NOMINAL(V)	LMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO MÁXIMO	220	202 231
TENSÃO NOMINAL(V)	LMITE DE VARIAÇÃO(V)								
	MÍNIMO MÁXIMO								
220	202 231								
		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA							

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007009778866	03/2020	0,00	02/04/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

IMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS - 29/05/2020 16:41:53

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052916414693500000054144410

Número do documento: 20052916414693500000054144410

Num. 56307783 - Pág. 5

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 014526973200
EXERCÍCIO: 2019

VIA 2
COD. RENAVAM 00994631537
NOME: CARMELITÁ MARIA DE ARAÚJO
PLACA ANT./UF 523.475.164-34
PLACA 0329302 / RN
CHASSI 9C2JC4110ER109448
PLACA 0329D02

PASSAGIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE
MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN XS
CAP. / POT. / CIL 0CV/124 CILINDRADAS
CATEGORIA PARTICULAR
COR. PREDOMINANTE PRETA
ANO FAB. 2013
ANO MOD. 2014
COMBUSTIVEL GASOLINA
VENO / COTAS
1º PAGO
2º PAGO
3º PAGO

VENO COTA UNICA 12/03/2019
FAIXA LPVA 002844 3X
PARCELAMENTO / COTAS R\$ *****
PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$)
DATA DE PAGAMENTO
DETRAN: PAGO ***
DETRAN: PAGO
MOTOR: JC41E1E109448
CURRAIS NOVOS

DATA 12/04/2019
Cartão de Registro de Veículo
Cópia para o Registro de Veículo
DETRAN - RN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

RN Nº 014526973200 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 12/04/2019
VIA 2
CPF / CNPJ 523.475.164-34
PLACA 0329D02
RENAVAM 00994631537
MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN XS
ANO FAB. 2013
CHASSI 9C2JC4110ER109448
PRÊMIO TARIFÁRIO
DENATIM (R\$)
CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)
IOF (R\$)
TOTAL A SER PAGO (R\$)
DATA DE OUTUBRO
COTA UNICA
PAGAMENTO
PARCELADO

SEGURO LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.240.808/0001-04





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MONTE ALEGRE - MONTE ALEGRE - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005937/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 17/01/2020 09:02 Data/Hora Fim: 17/01/2020 09:22
Delegado de Polícia: Ben-Hur Cirino de Medeiros

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Monte Alegre

Data/Hora do Fato: 26/12/2019 05:30

Local do Fato

Município: Monte Alegre (RN)
Bairro: SÍTIO CASTANHA
Logradouro: SÍTIO CASTANHA

Tipo do Local: Outro

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 19/02/1989 Idade: 30 anos
Naturalidade: RN - Serrinha Profissão: Motoboy
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Rosilene Gomes da Silva Nome do Pai: Mariano Anselmo de Souza

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 087.643.644-02
RG - Carteira de Identidade: 2961878

Endereço

Município: Pamamirim - RN
Logradouro: RUA ANGOLA Nº: 10B
Bairro: VIDA NOVA
Telefone: (84) 8880-1899 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 523.475.164-34	Placa OJZ9D02
Renavam 00994631537	Número do Motor JC41E1E109448
Número do Chassi 9C2JC4110ER109448	Ano/Modelo Fabricação 2014/2013
Cor PRETA	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Currais Novos	Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Modelo HONDA/CG 125 FAN KS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 01/04/2019	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos



Delegado de Polícia Civil: Ben-Hur Cirino de Medeiros
Impresso por: Ricardo Wagner Constantino
Data de Impressão: 17/01/2020 09:22
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MONTE ALEGRE - MONTE ALEGRE - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

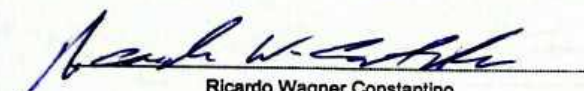
Nº: 005937/2020

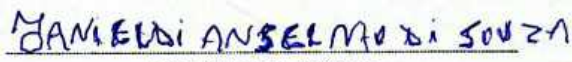
Nome Envolvido	Envolvimentos
Janieli Anselmo de Souza	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O DECLARANTE INFORMA QUE NO DIA E LOCAL SUPRACITADO, PILOTAVA O VEÍCULO DE PLACA OJZ9D02, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA SUPRACITADA AO COCHILAR; QUE FOI AO SOLO; QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL LAVOISIER MAIA, EM MONTE ALEGRE/RN, CONFORME BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 60/19 DATADO DO DIA 26/12/2019. NADA MAIS DECLAROU.

ASSINATURAS


Ricardo Wagner Constantino
Servidor Público
Matrícula 978981
Responsável pelo Atendimento


Janieli Anselmo de Souza
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del originou, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Ben-Hur Cirino de Medeiros
Impresso por: Ricardo Wagner Constantino
Data de impressão: 17/01/2020 09:22
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE DR. LAVOISIER MAIA
UNIDADE DE EMERGÊNCIA DE MONTE ALEGRE

Nº 60

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME: Joniel de Jesus da Silva RG: 50180
DN: 20/08/89 COR: M SEXO: M ESTADO CIVIL: S
NATURALIDADE: Paraná PROFISSÃO: CARTÃO SUS: 201306025/200
RESIDÊNCIA: Rua: Angola BAIRRO:
CIDADE: Paraná DATA: 25/12/19 HORA ENTRADA: 15
Q.P.:

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

() APARENTEMENTE () REGULAR () COM DISPNEIA () CHOCADO () COMATOSO
() COM HEMORRAGIA () EM CONVULSÃO () POLITRAUMATIZADO () AGITADO () OUTROS

Alega Acidente de Trabalho: () SIM () NÃO

História – Causa Eficiente da Lesão (Alegada):

Queda de moto

Exame Físico – Lesão Afecções Encontradas:

contusão em HTD. Possível Fratura de
costelas

TA: mmHg: PULSO: RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA:

120/80 mmHg

Diagnóstico Provisório:

Trauma



CONDUTA MÉDICA:

- Solicita Rx
 - Ceto profeno 50mg/ml 050mg
 - Dexametasona 4mg, 05amp
 - Paracetamol 80gts VO
- } IM
27/05/20
- fo anorexia

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DESTINO DO PACIENTE:

() FICOU NO LOCAL

HORA _____ HS

INTERNADO NO SERVIÇO DE

REMOVIDO EM ____/____/____

HORA _____

PARA _____

() Acidente de Trabalho

RETIROU-SE POR:

() DECISÃO

() A PEDIDO

() A REVELIA

DATA: ____/____/____

AS _____ HS

ÓBITO EM: ____/____/____

AS _____ HS

ENTREGUE:

() A FAMÍLIA

() INST. MÉDICO LEGAL

Médico (carimbo)





SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 67441 /2019
Admissão: 26/12/2019 10:52:13

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 157548 - JANIÉLDI ANSELMO DE SOUZA (30 a 26 d)

Nascimento: 19/12/1989

Natural: SERRINHA, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 201396025120003

CPF: 08764364402

Prof: MOTO BOY

Mãe: ROSILENE GOMES DA SILVA

Pai: MARIANO ANSELMO DE SOUZA

Logradouro: ANGOLA, 10

CEP: 59147620

Bairro: VIDA NOVA

Cidade: PARNAMIRIM

Telefone: 84 .987490296

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 26/12/2019 10:45:17				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FI02	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM DEFORMIDADE EM PUNHO DIREITO E DOR EM GUADRIL COSTAL A D, CONSCIENTE ORIENTADO.

Hora: _____



EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: 26/12/2019 11:47:38 - INTERNADO

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por CLAUDIA FERREIRA DE FREITAS. Impresso em 14 de Janeiro de 2020.



Assinado eletronicamente por: RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS - 29/05/2020 16:41:53

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052916414693500000054144410>

Número do documento: 20052916414693500000054144410

Num. 56307783 - Pág. 11



Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **157548 JANIÉLDI ANSELMO SOUZA**

Prontuário: 1192335

CNS: 201396025120003

Nascimento: 19/12/1989

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: ROSILENE GOMES DA SILVA

Pal: MARIANO ANSELMO DE SOUZA

Endereço: RUA ANGOLA, 10 - VIDA NOVA - PARNAMIRIM

Fone: 987490296 /

Município: PARNAMIRIM

Código Municipal IBGE:

240325 UF: RN

CEP: 59147-620

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo Nº 38113 / 2019

NIR

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM PUNHO DIREITO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RX E EXAME FÍSICO

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S52.6 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO*408020423. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

PUNHO ARTICULAR, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão

☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

CRM: 4781 / RN

Data da Solicitação 26/12/2019

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 Trajetado

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____

Órgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

Data da Autorização: ____/____/____

Assinatura/Carimbo: _____



Assinado eletronicamente por: RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS - 29/05/2020 16:41:53

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052916414693500000054144410>

Número do documento: 20052916414693500000054144410

NÚCLEO ESTADUAL
DE ORTOPEDIA

3209 5330

pleno
Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **157548 JANIELDI ANSELMO SOUZA**

Prontuário:

CNS: 201396025120003

Nascimento: 19/12/1989

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: ROSILENE GOMES DA SILVA

Pai: MARIANO ANSELMO DE SOUZA

Endereço: RUA ANGOLA, 10 - VIDA NOVA - PARNAMIRIM

Fone: 987490296 /

Município: PARNAMIRIM

Código Municipal IBGE:

240325 UF: RN

CEP: 59147-620

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo Nº 38113 / 2019

NIR

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

PACIENTE COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM PUNHO DIREITO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PROCEDIMENTO CIRURGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX E EXAME FISICO

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S52.6 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO*408020423. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

PUNHO ARTICULAR, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão

☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

CRM - 4781 / RN

Data da Solicitação 26/12/2019

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:

Número da Autorização:

Data da Autorização: ____/____/____

Assinatura/Carimbo:



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

PRMY015_R7 - Impressão da Prescrição Médica



90101157548

Página 1 de 1

14/01/2020 09:51

Paciente: 157548 - JANIÉLDI ANSELMO SOUZA**FIA:** 4-12422/2019**Idade:** 30 ano(s) 0 mes(es) e 26 dia(s)**Prescrição Nº:** 5**Hospital / Unidade:** WG - OBS II**Convênio:** SUS/GRATUITO**Nr. Prontuário:** 1192335**Peso:****Data Internação:** 26/12/2019 11:47**Início Validade:** 30/12/2019 19:00 até 31/12/2019 18:59**Quarto / Leito:** 2 - 959**Médico Resp.:** 116-GEAN GUARNIERE RODRIGUES**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

30/12/2019 17:02:48 - FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO
ESTÁVEL, DOR LEVE CONTROLADA, EUPNEICO, AFEBRIL E COM BOA PERFUSÃO EM DEDOS
AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA CIRURGIA PELA REGULAÇÃO SESAP.

QUEIXA DE CEFALÉIA -> SOLICITADO TC CRÂNIO E AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA.
AGUARDANDO AVALIAÇÃO.

PRESCRIÇÃO MÉDICA**NUTRIÇÃO**

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

1 - LIVRE

MEDICAMENTO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

2 - DAPIRONA, SODICA (500 MG/ML 20 ML GOTAS)

40

GTS

VO 6h/6h

3 - **TRAMADOL 50MG**

1

COM

VO 12h/12h

4 - RANITIDINA 150 MG

1

COM

VO 12h/12h

5 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML
S/N vômitos/na

1

AMP

IV 8h/8h

CUIDADOS

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

6 - SSVV + CCGG

FERNANDO SERGIO DE MACEDO CALDAS

CRM-2779/RN

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 14/01/20
MAT. Nº. 152025
SAME
CH
ASSINATURA

nda: (A) alterado - (S) suspenso - (S/N) se necessário. Item em negrito e sublinhado é de Alto Risco

14/01/2020 09:51

Assinado eletronicamente por: RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS - 29/05/2020 16:41:53

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052916414693500000054144410>

Número do documento: 20052916414693500000054144410

Num. 56307783 - Pág. 14

PRONTOCLINICA DR. PAULO GURGEL
MONTESINHA, CAPIM MACIO, Natal - RN
CEP: 53078-360, Fone: (84) 4008-5000

PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH: _____ Nº ATENDIMENTO: 503678 DATA: 22/01/2020
TIPO DE INTERNAMENTO: _____ HORA: _____
ACOMODADO: ENFERMARIA LEITO: TERREO103 B CONVENIO: SUS
MATRÍCULA: 201396025120003 VALIDADE: _____
Criado por Joyce de Lima Soares em 22/01/2020 20:23

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: JANIÉLDI ANSELMO DE SOUZA SEXO: Masculino
DATA DE NASCIMENTO: 19/12/1989 RG: 002961878 CPF: _____
FILIAÇÃO MÃE: ROSILENE GOMES DA SILVA
FILIAÇÃO PAI: MARIANO ANSELMO DE SOUZA
ENDEREÇO: Rua Angola Nº 10B
BAIRRO: Vida Nova CIDADE: PARNAMIRIM
TADO: RN CEP: 59147-620
FONE: (84) 98749-0226 FONE: (84) 98880-1899

SUMÁRIO DE ALTA

TIPO DE ALTA: () MÉDICA () ADMINISTRATIVA () A PEDIDO () EVASÃO () ÓBITO
DATA: _____ HORA: _____ ASS. RESPONSÁVEL DO SETOR: _____

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA
CNPJ: 09.417.742/0001-91
Confere com o Original
Data: 16 / 02 / 2020

[Assinatura]

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



BOLETIM DE SALA DE CIRURGIA - PRONTOCLINICA DA CRIANÇA PAULO GURGEL

PACIENTE: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA		REG. Nº: 01210007		CONVENIO: SUS	
CIRURGIA: FRATURA ANTEBRAÇO + ENXERTO + NEUROLISE ÚNICA + TENOPLASTIA		COD. PROCEDIMENTO(S): 0408020407 + 0408060530 + 0408070050 + 0408060530		DATA: 04/08/2020	
EQUIPE MÉDICA		EQUIPAMENTOS / TEMPO DE USO		GASOMETRIA / TEMPO DE USO	
CIRURGIÃO : GENTIL FERNANDES 5647		BISTURI ELÉTRICO:		GÁS CARBÔNICO:	
1ª AUXILIAR:		CAPINOGRAFO:		NITROGENIO:	
2ª AUXILIAR:		INTENS. DE IMAGENS:		O² SOB CATETER:	
3ª AUXILIAR:		MONITOR CARDIACO:		O² SOB PRESSÃO:	
ANESTESISTA:		OXIM. DE PULSO:		ÓXIDO NITROSO:	
INSTRUMENTADOR(A):		SERRA ELÉTRICA:		SANGUE:	
CATERGUT CROMADO 1.0		A. TRACURIO		CAPA DE VIDEO	
CATGUT SIMPLES 5.0		C. PAPAVERINA 50MG/2ML		ALCOOL 70%	
CERA OSSEA		CLONIDIN		TUBO S/ BALÃO 3.0	
ETHYBOND 2.0		CLORETO DE SUXAMETÔNIO		TUBO C/ BALÃO 3.0	
FIO ALGODÃO C/ AGULHA		DEXAMETASONA 4MG		ARRUELAS	
MONOCRYL 3.0		DIPHRONA		ASPIRADOR	
NYLON 2.0 (2CM)		DIPROSPAM		CIDEX POR ML	
NYLON 2.0 (4CM)		DRAMIN BGD		CIMENTO ORTOPEDICO	
PDS II 1.0		EFDERINA		DRILL ELÉTRICO	
PROLENE 2.0		EPINEFRINA		FIO DE KIRSCHNER	
VICRYL 0		FENERGAM 50MG 2ML		FIO DE LUQUE	
ISOFLURANO		FURSEMIDA		GANCHO	
LINDOCAINA 10% SPRAY		GLUCONATO DE CÁLCIO 10%		GEOLFOAM	
LINDOCAINA 2% C/ VASO		HIDROCORTISONA 500MG		GRAMPO	
LINDOCAINA 2% GEL		IPSILON 1G		HASTER	
LINDOCAINA S/ VASO		IPSILON 4MG		LAMINA DE SHAVER	
NEOCAINA C/ VASO		METOCLOPRAMIDA		LIGAMENTO SINTETICO	
NEOCAINA S/ VASO		NIBIUM		PARAF: INTERF. TITANEO	
NOVABUPI C/ VASO		ONDASETRONA		PARAFUSO ANCORA	
NOVABUPI S/ VASO		PROSTIGMINE		PARAFUSO CANULADO	
SERVO FLORANO		RANITIDINA		PARAFUSO CORTICAL	
XILOCAINA C/ VASO		SELOKEN 5 MG / 5ML		PARAFUSO ESPONJOSO	
XILOCAINA S/ VASO		TILATIL 40MG		PARAFUSO TRANSVERSO	
ADRENALINA		TRIMETOPRIM		PINO	
AMINOFLUNA		TILATIL 40MG		PINO DESLIZANTE	
AMIODARONA		TRIMETOPRIM		PLACA	
ATROPINA		TRIMETOPRIM		PLAST ANEL 1.4	
BUSCOPAM SIMPLES		TRIMETOPRIM		PROTESE	
CAFAZOLINA 1G		TRIMETOPRIM		SURGICEI	
CAPTOPRIL 25MG		TRIMETOPRIM		SONDAS	
CEFALOXITINA 1G		TRIMETOPRIM		NASO LONGA 04	
CEFTETAXONA 1G		TRIMETOPRIM		SONDA DE FOLEY	
CLORETO DE POTÁSSIO 19%		TRIMETOPRIM		URETRAL 4	
CLORETO DE SÓDIO 20%		TRIMETOPRIM		SONDA CURTA	

DESCRICÃO DO ATO CIRURGICO

DECUBITO DORSAL SOB BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL E SEDACÃO + ANTISSEPSIA E ASSEPSIA MSD

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS + INCISÃO VOLAR PARA RADIO + DIVULSAO POR PLANOS.

NEUROLISE DO NERVO MEDIANO. RETIRADO DE FRAGMENTOS PARA ENXERTO

TRANSPOSIÇÃO MUSCULAR APÓS DESINSERÇÃO DOS MUSCULOS FLEXORES ANTEBRAÇO

REDUÇÃO DA FRATURA COM DIFICULDADE E FIXAÇÃO DA MESMA COM PLACA VOLAR E PARAFUSOS

CRUENTIZAÇÃO LOCAL, OSTECTOMIA. HEMOSTASIA CALTELOSA LOCALMENTE

FECHAMENTO DOS PLANOS CURATIVOS. ENCAMINHAMENTO PCTE AO CRPA SOB CUIDADOS DA ANESTESIA.

ASSINATURA OU CARIMBO DO MEDICO

BOLETIM DE ANESTESIA

SEDACAO + LOCAL

MONITORIAÇÃO	
20	O ₂ CONTÍNUO
18	SpO ₂ ETCO ₂
16	MIDAZOLAN 5 mg - 1 AMP --> 5MG FENTANIL 250 mcg - 1 AMP --> 200
14	CEFAZOLINA - 2FR --> 2G
12	DEXAMETAZONA 40mg - 1 AMP --> 10mg DIPIRONA - 1AMP --> 2G
10	BROMOPRIDA 10mg - 1 AMP --> 10mg RANITIDINA 50mg - 1AMP --> 50mg
8	PROPOFOL 20ML AMP- KETAMINA 10ML - AMP.
6	
4	
2	

N O T A Ç Õ E S	
TECNICA ANESTESICA	
AVALIAÇÃO PRE ANEST	
CHECO SALA OPERATORIO	
MONITORIZAÇÃO	
SEDAÇÃO + LOCAL REALIZADA PELO CIRURGIÃO	

CATETER TIPO ÓCULOS - UN	
EQUIPO - UN	
SF 0.9% 250ML -	
RL 500ML - FR	
JELCO	
AGULHA-ESTÍMULO PLEX	
MASCARA LARÍNGEA	
CANULA OROTRAQUEAL	

MIN. C/ ACRÉSCIMO	MIN S/ ACRÉSCIMO	TOTAIS	INÍCIO DA ANESTESIA:
			INÍCIO DA CIRURGIA:
			TÉRMINO DA CIRURGIA:
			TÉRMINO DA ANESTESIA:
			OBSERVAÇÕES:





RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Samuel Anselmo da Silva Nº REGISTRO _____
Data Nascimento 19/12/89 IDADE 30 Sexo M LEITO: 103 Data de Admissão 24/01/2020
MÉDICO: _____

ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO AGUA? () Não (☒) Sim x início 22/01 PESO: 73 Kg Altura: 1,70 cm
RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: (☒) SIM () NÃO
ALERGIAS: ~~NÃO~~ () SIM: nequ
DOENÇAS PREGRESSAS: () DM () HAS () TABAGISMO () HIV () Hep B () Hep C () Arritmias () DPOC () AVC ()
Marcapasso () Outros: _____ Medicamentos de uso frequente: nequ
Consentimento Cirúrgico Preenchido () Não (☒) Sim
Exames: (☒) Labor (☒) Raio x () USG () TC () RNM () Risco cirúrgico Outros: _____
Encaminhado: (☒) Deambulando () Cadeira de Rodas () Maca () consciente () Inconsciente () Orientado ()
Desorientado

Anotações de Enfermagem: _____

Conferido informação acima por: Liliane Pereira da Silva
Cohen RA 1.431.423-TE Admitido na sala: 060 Hora _____

ETAPA I: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta Proctotomia "D"

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO: (☒) Limpa () Contaminada () Potencialmente Contaminada () Infectada

1. Equipe completa presente (☒) Sim () Não
2. Paciente com identificação e cirurgia confirmada (☒)
3. Termo de consentimento (☒) Cirúrgico () hemoterapico () não, caso não esteja assinado contatar o médico.
4. Local da intervenção marcado corretamente (☒) sim () não () não aplicável
5. Bisturi elétrico disponível e testado (☒)
6. Aparelho de Anestesia (☒)
7. Equipamento de Vídeo ()
8. Monitor Multi-Parâmetro (☒)



9. Saída de: Oxigênio ☒ Ar Comprimido () Vácuo ()
 10. Aspirador cirúrgico disponível e testado ☒
 11. Mesa cirúrgica testada ☒
 12. Hemoderivados solicitados e reservados () sim ☒ Não () Não aplicável
 13. Paciente tem alergia conhecida () sim ☒ não
 14. Aparelho de anestesia testado ☒ sim () não
 15. Esterilizações dos instrumentais com indicadores ☒ sim () não

ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

16. Confirma nome do paciente, local da intervenção e cirurgia proposta ☒
 17. Confirma preparo da pele com clorexidine Degermante e tópica ☒ Sim () não
 18. Confirmar antibiótico profilático administrado ☒ sim () não aplicável
 19. Paciente em posição adequada ☒ sim () não

EQUIPE DE ENFERMAGEM

20. Confirmar se a disponibilidade dos materiais e equipamentos solicitados para cirurgia ☒
 20. Confirmar com a equipe médica se os exames necessários estão disponíveis ☒
 21. Confirma bisturi elétrico e placas instalados corretamente ☒

INTRA-OPERATORIO

Posicionamento: Dorsal ☒ Lateral direita () Lateral esquerda () Posição Ginecológica ()
 () Decúbito Proclie () Decúbito Ventral

Monitorização cardíaca: ☒ sim () não PNI/Manguito em: MD Placa neutra: Local: —

Passado faixa de smarch: Não ☒ sim, em: MD Início 14:00 Término 14:30

Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório: ☒ Clorex degermante () Clorex aquoso
☒ Clorex Alcolica () PVPI degermante
 () PVPI tintura () —

Infusões: SFO, 9% 250 ml R. Lactato: 500 ml Simples — ml SG5% — ml

Drenos: () Penrose nº — () Porto-vac nº — () Tórax nº —

Sinais vitais: PA 120/70 mmhg FC: 64 bpm Sat: 99 % T: — °C Hora: —

Anestesia: Início 14:00 Término 17:30 () Geral Inalatório () Geral Venosa ☒ Sedação () Local
 () Peridural () Raqui ☒ Bloqueio: —

IOT: ☒ Não () sim - Cânula nº — IOT aramado: ☒ não () sim nº —

AVP: () não ☒ sim ME, Jelco nº 20 por 100 hemolise

Cateter O2: () não ☒ sim SNG: ☒ NÃO () SIM nº — SVD ☒ NÃO () SIM nº —

Ferida operatória: Curativo —

Cultura: — Anát. Patológico: ☒ Não () Sim — Unid —

Material Explantado: —

Conferido por — Intercorrência —

ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

Confirmar se a contagem de compressas, instrumentais e agulhas foi realizada ☒ sim () não

Caso a cirurgia realizada não tenha sido a proposta, —

Medicações administradas (anotar horários) 10mg morfina 1 amp + 10mg clonidina 1 amp
10mg fentanil 1 amp + 10mg metoprolol 1 amp



OPME: () NÃO ☒ SIM, qual

01 placa em Y 4x6
02 PE Nº 20
02 PE Nº 36 / Corb.
03 PE Nº 34

Anotações de Enfermagem e Intercorrências S/

Início da cirurgia: 14:00 Término da cirurgia: 14:30

CIRURGIÃO Dr. Guntz ASSISTENTE: Thelma ANESTESIOLOGISTA Dr. Melo
INSTRUMENTADORA Thelma CIRCULANTE: Thelma ENFERMEIRA: Donat

URPA (Unidade de Recuperação pós-anestésica)

Condições de admissão do paciente:

☒ Acordado () Sonolento () agitado Ar ambiente () MV 50%

() Cateter de O2 () TQT ☒ AVP () AVC

() Hipotensão () Hipertensão () Bradicardia () Taquicardia () Tremor () Dor () Baixa Saturação

() Hemorragias () Desorientação () Agitação () Dispneia () Broncoespasmo () Outros. _____

Medicações Administradas na URPA (anotar horários) _____

Encaminhado para o andar

AVP () AVC () SNG () SVD FECHADA () DRENOS () CURATIVOS LIMPO ()

GESSO EM: MSD () MSE () MID () MIE ()

EXAMES: ☒ Labort ☒ Raio x () USG () TC () RNM () RISCO CIRURGICO () OUTROS _____

ENCAMINHADO: () Enfermaria () UTI () Alta Hospitalar () Outros _____

Anotações de Enfermagem : _____

ENCAMINHADO POR: _____

HORA: 15:20



Prontoclínica Dr. Paulo Gurgel
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

PACIENTE: Camilla Gurgel Souza
DIAGNOSTICO MÉDICO: Leishmaniose

MÉDICO: Dr. Gentil
LEITO: 103-B

PROCEDÊNCIA: ☒ DOMICILIAR ☐ HOSPITALAR: QUAL: _____
ALERGIAS: negas DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: negas

ASPECTO GERAL

☒ CONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ ALGO ORIENTADO _____
☐ ATIVO ☐ REATIVO ☐ HIPOATIVO
☐ HIPERTÔNICO ☐ HIPOTÔNICO
☐ COMATOSO ☐ SEDADO ☐ ANASARCA ☐ EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

☐ AVP: _____
☐ AVC: _____
☐ Jelco: _____
☐ Scalp: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

☐ HV _____
☐ BI _____
☐ ATB _____

PELE

☐ HIDRATADA ☐ RESSECADA ☐ ICTÉRICA
☐ NORMOCORADA ☐ HIPOCORADA ☐ CIANOSE
☐ EXTREMIDADE FRIAS ☐ NORMOTÉRMICA
☐ HIPOTERMIA: _____
☐ HIPERTERMIA: _____
☐ DRENO Local: _____
Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

☐ EUPNEICO ☐ DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO ☐ TIRAGEM: _____
☐ RUIDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
☐ TAQUICÁRDICO ☐ NORMOCÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES:

Paciente admitida para realizar cirurgia, mas cancelada, exames em anexo e orientada sobre o caso.

Mércia Maria Bezerra de O. Medeiros
Enfermeira
COREN/RN.000.454.807

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

ASPECTO GERAL

☐ CONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ ALGO ORIENTADO _____
☐ ATIVO ☐ REATIVO ☐ HIPOATIVO
☐ HIPERTÔNICO ☐ HIPOTÔNICO
☐ COMATOSO ☐ SEDADO ☐ ANASARCA ☐ EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

☐ AVP: _____
☐ AVC: _____
☐ Jelco: _____
☐ Scalp: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

☐ HV _____
☐ BI _____
☐ ATB _____

VENTILAÇÃO

☒ O2 AMB ☐ MV _____ % ☐ HOOD: _____
☐ ENTUBADO TOT Nº _____
OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE
☐ ESPONTÂNEA ☐ JSVA A CADA: _____
☐ HEMATÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ ANÚRIA
☐ POLIÚRIA ☐ SVD _____
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

☒ ESPONTÂNEA



PELE

☒ HIDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA
☒ NORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE
☒ EXTREMIDADE FRIAS () NORMOTÉRMICA
HIPOTERMIA: _____
HIPERTERMIA: _____
DRENO Local: _____
Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

☒ EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
☒ BRADIPNEICO () TIRAGEM: _____
RUIDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
TAQUICÁRDICO () NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

() ESTÍMULO: _____
() AUSENTE _____ DIAS
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO**ABDOMEN**

☒ FLACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
() DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
() TIMPÂNICO () MACIÇO () RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

() DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
☒ SOBRE MACA () MULETA

DIETA

() AO SEIO () ORAL/COPINHO () GTM
() SOG/SNG _____
() RESÍDUO GÁSTRICO: _____
() ZERO () VÔMITO _____ vezes

OBSERVAÇÕES: 28/05
De 08h às 18h

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

ASPECTO GERAL

☒ CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
☒ ATIVO () REATIVO () HIPOATIVO
☒ HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
☒ COMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

☒ AVP: _____
☒ AVC: _____
☒ JEICO: _____
☒ SCALO: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

IV _____
IB _____
ATE _____

PELE

☒ HIDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA
☒ NORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE
☒ EXTREMIDADE FRIAS () NORMOTÉRMICA
HIPOTERMIA: _____
HIPERTERMIA: _____
DRENO Local: _____
Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

☒ EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
☒ BRADIPNEICO () TIRAGEM: _____
RUIDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
☒ TAQUICÁRDICO () NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

VENTILAÇÃO

() O2 AMB () MV _____ % () HOOD: _____
() ENTUBADO TOT Nº _____
OBS: _____

ELIMINAÇÕES**DIURESE**

☒ ESPONTÂNEA () SVA A CADA: _____
() HEMATÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
() POLIÚRIA () SVD _____
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

() ESPONTÂNEA
() ESTÍMULO: _____
() AUSENTE _____ DIAS
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO**ABDOMEN**

☒ FLACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
() DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
() TIMPÂNICO () MACIÇO () RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

☒ DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
() SOBRE MACA () MULETA

DIETA

() AO SEIO () ORAL/COPINHO () GTM
() SOG/SNG _____
() RESÍDUO GÁSTRICO: _____
() ZERO () VÔMITO _____ vezes

OBSERVAÇÕES: _____

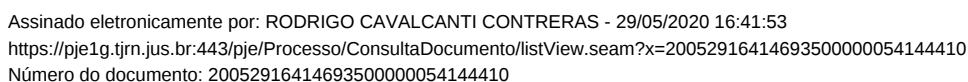
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro





PACIENTE Jonilda Almeida
 APTO.: 104 B Nº REGIST. _____
 CONVEN. _____

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT.
22.01.20	12h	pt. de observação do Seta P/ Monitorar condição de saúde geral, SGL pela enfermeira responsável —	Joana Karla Rodrigues COREN-RN 1.150.689-TE
23.01.20		pt. de observação do Seta P/ Monitorar condição de saúde geral, SGL pela enfermeira responsável —	Francisca Wiltonia dos Santos COREN-RN 049.510-TE
23.01.20	12:00	Atenção: paciente tem Cefaleia moderada, leve para hipertensão da sala de espera	Waldenir Oliveira Ferreira COREN-RN 1.230.165-TE
24.01.20	13:20	Exame físico do C.C. em anexo da farmácia + 04 impressões RX.	Mariceia Oliveira de Silva Freit COREN-RN 331.626-TE
24.01.20	15:30	pt. de observação do C.C. em maca + monitorar na HUP.	Regina T. COREN-RN 1.377.816-TE
24.01.20	16h	Atenção: paciente SFR + sema de SFR, conforme prescrição —	Ingrid Dias Cortez COREN-RN 1.377.816-TE
	17h	pt. de observação do Seta P/ Monitorar condição de saúde geral, SGL pela enfermeira responsável —	Ingrid Dias Cortez COREN-RN 1.377.816-TE
	18h	Atenção: paciente SFR + sema de SFR, conforme prescrição —	Ingrid Dias Cortez COREN-RN 1.377.816-TE
25.01.20	15:15	pt. de alta hospitalar levando o do seu pertencente —	Marta Helena de Oliveira Machado COREN-RN 061.342.972-TE



PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA
 REGISTRO: CONVÊNIO: SUS
 APTO./ENF. DATA: 24/01/2020

PRESCRIÇÃO	HORARIOS
Dieta branda quando bem acordado	
Cefazolina - 1FR + 50ml SF 0,9%, IV, 6/6h	
Tramal 100mg - 1 amp + 100ml SF 0,9%, IV, 8/8h. SE DOR	
Plasil - 1amp + 100ml SF 0,9%, IV, 8/8h. SE NÁUSEAS OU COM ADMINISTRAD	
TROCA DE CURATIVOS SE NECESSÁRIO	
MANTER TIPOIA	
Manter cabeceira elevada	
SSV e CCGG	
25/01/2020	
ALTA HOSPITALAR	

RC FARMÁCIA

RECIBO

DÉBITOS
SERINGA 01
SERINGA 03 cc
SERINGA 05 cc
SERINGA 10 cc
SERINGA 20 cc
EQUIPO MICROGOTAS
EQUIPO P/ BI
JELCO Nº
SCALP Nº
POLIFIX
LUVA PROCEDIMENTO
LUVA ESTER. Nº
GASES PCT
ESPARADRAPO
MICROPORE
PVPI
ETER
ALCOOL 70%ml
ALGUDÃO BOLA
AGULHA DESC.
CREPOM Nº
ALGODÃO ORTOP.
CEPACOL ml
POMADA
SONDA DE FOLEY
SONDA URETRAL
SONDA NASO
COLETOR FECHADO
COLETOR ABERTO
LAMINA BISTURI
ELETRODO
MASC. DESCAT
SORO FISIO. 0,9%
FITA HGT





Funfeldt Anselmo Souza-

PACIENTE:

REGISTRO Nº

APTO.:

10.3 B

CONVENIO

MÉDICO:

--	--	--



CONTROLE HÍDRICO E T.P.R.

APTº

PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

NOME: *Antônio*

REG.:

MÉDICO:

CONVÊNIO: *1045*

DIA	HORAS	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PULSO	DIETA	VÔMITO	DIURSE	EVACUAÇÃO	ASSINATURA
23/05/20	08:00	110 x 70	18	35.0°C	81	-	-	-	-	<i>Antônio</i>
24/05/20	19:00	120 x 80	-	35.2°C	-	-	-	-	-	<i>Antônio</i>
24/05/20	06:17	120 x 80	-	35.0°C	-	-	-	-	-	<i>Pl. Gurgel</i>
24/05/20	06:20	120 x 70	-	35.1°C	-	-	-	-	-	<i>Antônio</i>
24/05/20	06:20	120 x 70	-	35.2°C	-	-	-	-	-	<i>Antônio</i>
24/05/20	08:00	120 x 70	-	35.9°C	-	-	-	-	-	<i>Antônio</i>



TR.20

D



Id. Paciente: 67441/2019 Data Exame: 26/12/2019 11:00:27
Paciente: JANIÉL DI ANSELMO SOUZA
HOSPITAL MONSENHOR WÁLFREDO GURGEL

Técnico: M. PAZ
Idade: 30 ano(s) PUNHO AP
Tam. real





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, 10 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200128164

Vítima: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

Data do Acidente: 26/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATA DA SILVA SANTOS SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JANIELDI ANSELMO DE SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 033

Agência: 000003211

Conta: 000002006488-9

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

