

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 003.776.589, inscrito no Cadastro de Pessoa Física sob nº 139.828.684-24, residente e domiciliado na Rua Boa Vista nº 28, Centro, Felipe Guerra/RN, CEP: 59795-000.

OUTORGADO: WANDER ALISON COSTA DOS SANTOS, brasileiro, casado, **Advogado**, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional do Rio Grande do Norte sob o nº 15.032, com endereço na Rua São João Batista, nº 202 – Sala 01 - 1º Andar, Centro, Apodi/RN.

PODERES: De acordo com os termos do artigo 105, do Código de Processo Civil, os contidos na cláusula **ad judicium et extra**, para em nome do (a) ora outorgante, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, ou fora deles, defender seus interesses, promovendo medidas judiciais e administrativas, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e nas contrárias, seguindo umas e outras, até o final da decisão, usando dos recursos legais e, acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, **PODERES ESPECIAIS** para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, reconhecer a procedência do pedido, receber valores, levantar ou receber RPV e Alvarás, assinar declaração de hipossuficiência econômica, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda, substabelecer está a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Apodi/RN, 4 de setembro de 2020.

x Josivaldo nascimento da Costa
Outorgante

Rua São João Batista, 202 – Sala 01 – 1º Andar, Centro – Apodi/RN (84) 99163-1768
(84) 99621-7173 - e-mail: wanderlison@hotmail.com

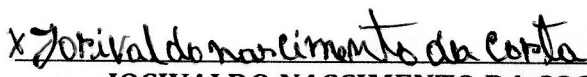


DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 003.776.589, inscrito no Cadastro de Pessoa Física sob nº 139.828.684-24, residente e domiciliado na Rua Boa Vista nº 28, Centro, Felipe Guerra/RN, CEP: 59795-000, **DECLARO**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e da minha família, necessitando, portanto, da Gratuidade da Justiça, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015. Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo. Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Apodi/RN, 24 de setembro de 2020.

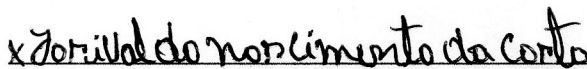

JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA



TERMO DE RESPONSABILIDADE


Eu, **JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 003.776.589, inscrito no Cadastro de Pessoa Física sob nº 139.828.684-24, residente e domiciliado na Rua Boa Vista nº 28, Centro, Felipe Guerra/RN, CEP: 59795-000, **DECLARO**, sob as penas da lei, que todos os documentos fornecidos ao advogado por mim constituído para me representar na Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, tais como, documentos pessoais, declarações, boletim de ocorrência, documentos médicos, etc., são verdadeiros, e me comprometo a responder por todos e quaisquer fatos atinentes aos mesmos na forma da Lei.

Apodi/RN, 24 de setembro de 2020.


JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA



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


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
MARIA AUXILIADORA DA SILVA NASCIMENTO
CPF: 028.737.554-40

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA BOA VISTA 28

CENTRO/ÁREA URBANA
59795-000 FELIPE GUERRA RN

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

DATA DE VENCIMENTO
21/08/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)
96,85

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
14/08/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO
14/08/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL
046769297

Série: U

CONTA CONTRATO
007006346914

Nº DO CLIENTE
3010596864

Nº DA INSTALAÇÃO
0000262261

CLASSIFICAÇÃO
**B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico**

RESERVADO AO FISCO
22F4.86B6.1B47.9B82.DE3D.4C07.3605.2B6C

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	130,00	0,36942853	48,02
Consumo Ativo(kWh)-TE	130,00	0,32126015	41,76
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,04
Multa por atraso-NF 045202423 - 15/07/20			1,78
Juros por atraso-NF 045202423 - 15/07/20			0,40
Atualização IGPM-NF 045202423 - 15/07/20			0,85
TOTAL DA FATURA			96,85

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,27733000
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,24117000

HISTÓRICO DO CONSUMO

			kWh
AGO	20		130
JUL	20		135
JUN	20		152
MAI	20		137
ABR	20		145
MAR	20		140
FEV	20		125
JAN	20		134
DEZ	19		135
NOV	19		134
OUT	19		141
SET	19		124
AGO	19		128

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	RS	%
Geração de Energia	30,33	33,77
Transmissão	4,15	4,62
Distribuição (Cosern)	22,47	25,03
Encargos Setoriais	4,79	5,34
Tributos	22,37	24,92
Perdas de Energia	5,67	6,32
TOTAL	89,78	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%		
89,78	18,00	16,16	1,24	1,11	89,78	5,69	5,10

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
C204424	CAT	15/07/2020	31.840,00	14/08/2020	31.970,00	30	130,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 15/09/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jun/2020					
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	5,19	10,38	20,77
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,23	6,47	12,95
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,94	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 36,05					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios fernando de noronh: rua jose barra neto, cidade alta / drogaria pedra de abelhas: av mira selva, 700, centroLista 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%(Lei 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.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO
007006346914


MÊS/ANO
08/2020

TOTAL A PAGAR(R\$)
96,85


VENCIMENTO
21/08/2020

TALÃO DE PAGAMENTO
**Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.**

838000000009 968500384076 006346914204 014243166036



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: WANDER ALISON COSTA DOS SANTOS - 28/10/2020 17:18:35
https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102817183444500000059653091
Número do documento: 20102817183444500000059653091

19/08/2020 11:00

Num. 62196090 - Pág. 1



Vi Fina



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DETRAN - RN		Nº 011387321972
48004643/2014		15518044350
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO		
VIA	COD. RENAVAM	RNTRC
1	00905751566	*****
NOME/ENDEREÇO		
LUIZ GONZAGA DA SILVA NASCIMENTO		
R FRANCISCA MARIA DE MORAIS, 79		
CENTRO		
59.795-000 FELIPE GUERRA/RN		
CPF/CNPJ		
075.269.124-44		MEM9699
NOME ANTERIOR		
FRANCISCO JANUNCIO DE OLIVEIRA		
PLACA ANT/UF	CHASSI	
MEM9699/RN	9CZJC30707R067046	
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL	
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE	GASOLINA	
MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN	2006	2007
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
OCV/124 CILINDRADAS	PARTICULAR	PRETA
OBSERVAÇÕES		
MOTOR: JC30E77067046 SOMENTE PARA TRANSFERENCIA		
GUARDE EM LOCAL SEGURO		
FELIPE GUERRA/		DATA
04/03/2015		
 Wanda Valério Silva dos Santos Coordenador Intermédio do Registro de Veículos DETRAN-RN		





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE APODI
Telefone: (84) 3333-2737

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 867/2019

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo do Acidente: COLISÃO

Data e Hora do Acidente: 16./09/2019 às 09h30min.

Local da Ocorrência: Avenida Miraselva- Felipe Guerra/RN

Comunicante: A vítima

Identidade RG.:

CPF:

Profissão: Agricultor

Telefone: 99690-0121

Endereço:



Identificação da Vítima:

Nome: **JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA**

Identidade RG.: 3.776.589

CPF: 139.828.684-24

Naturalidade: Apodi/RN

Data Nascimento: 16/12/1997

Pai: Josivan da Costa

Mãe: Maria Auxiliadora da Silva Nascimento

Endereço: Rua Boa Vista, 28-Alta, Cidade Alta- Felipe Guerra/RN

Condutor ou Passageiro? Condutor não habilitado

Identificação do Veículo:

Tipo: MOTOCICLETA

Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN

Placa: MZM9699

Cor: PRETA

Chassi: 9C2JC30707R067046

RENAVAM: 00905751566

Proprietário: LUIZ GONZAGA DA SILVA NASCIMENT

ANO: 2006/2007

Condutor: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA

HISTÓRICO:

O comunicante comparece a esta delegacia para formalizar a ocorrência de ACIDENTE DE TRANSITO (COLISÃO); Que a vítima seguia na Avenida Miraselva na cidade de Felipe Guerra, quando colidiu com uma motocicleta que entrou repentinamente na pista; Que a vítima foi socorrida pela ambulância de Felipe Guerra e levada para o Hospital de Felipe Guerra e depois transferida para o Hospital Tarcísio Maia na cidade de Mossoró; Que a vítima sofreu fratura exposta na tíbia direita em decorrência do acidente; Que a vítima foi submetida a procedimento cirúrgico. E nada mais disse.

OBS.: É de inteira responsabilidade do/a comunicante, a informação prestada neste BO. Se comprovadamente falsa a comunicação, sujeitar-se-á o responsável as sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável – Artigo 340 do Código Penal.

Providências: Registro do fato; e Expedição do B.O.

Local e data deste Registro: Apodi/RN, 27 de novembro de 2019.

Josivaldo Nascimento da Costa

Comunicante / Vítima

APC
APC – Izabel Aprígida de Carvalho Neta
Matrícula: 129.235-8





Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE

[/Pages /Acessibilidade.aspx](#)

[/Pages /Através-de- /Como-Pedir-Indenizacao.aspx](#)

Nova Consulta

DOCUMENTOS PARA INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas [/Pages/Documentacao-Despesas-Medicinas.aspx](#)

Documentos Invalidiez Permanente [/Pages /Documentacao-Invalidiez-Permanente.aspx](#)

Documentos Morte [/Pages /Documentacao-Morte.aspx](#)

Dicas Indispensáveis [/Pages /Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx](#)

PAGUE SEGURO

Como Pagar [/Pages/Saiba-como-pagar.aspx](#)

Consulta a Pagamentos Efetuados [/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuos.aspx](#)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. [/Pages /Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora que disponibiliza para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão da documentação completa.

SINISTRO 3190704469 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA
COBERTURA Invalidiez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA
CPF/CNPJ: 13982868424

Posição em 28-10-2020 16:56:02

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
30/12/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
06/01/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/a80n52g9yWbX5YfjzwXmOg==/GVNHNWj4IzAh5nKpH1jCNhyn3InRxYsPIRQRGar6ok3o8bF6arOGJLmzyMVBvNE0/ark5u75u___Mh5na71KvjJlA==/SKNQ3C3ighPUMCAv+a+oahZikCanf___j9OmuCKiZaMkt6Kpj4b2gY9mYcdR5owKT7api_key=xv3QU6G4cejbHm+oZO
21/12/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/HjHhCsw4WAR153GvA0uc0g==/e1ds4zv___oMcnG4jtUFbF1++AHceqXQ0im+3f4iSrohpImbr5lkY8qW1Zow3Ad4X___/opRqCgOR4RvGr1jxtghGbg==/79U5VAh1FK8B5zh3jigVz54XicK6WLu50b+Zwepb5UMdrc4wpsD86eY___QUa02LViqeyzhn+OxjKk87frQM4w==7api_

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

[\(https://itunes.apple.com/us/app /seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8\)](#)

[\(https://play.google.com/store /apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital\)](#)

Serviços

- Acompanhe seu Processo [/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx](#)
- Consulta a Pagamentos Efetuados [/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuos.aspx](#)
- Saiba Como Pagar [/Pages /Saiba-como-pagar.aspx](#)
- Pontos de Atendimento [/Pages/Pontos-de-Atendimento.aspx](#)
- Como Pedir Indenização [/Pages/Como-Pedir-Indenizacao.aspx](#)

Dúvidas e Respostas

- A Seguradora Líder-DPVAT [/Pages/Quem-Somos.aspx](#)
- Sobre o Seguro DPVAT [/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx](#)
- Informações Gerais [/Pages /Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx](#)
- Dicas Indispensáveis [/Pages /Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx](#)
- Dicionário do Seguro DPVAT [/Pages/Dicionario-do-Seguro-DPVAT.aspx](#)
- Perguntas Frequentes [/Pages /Perguntas-Frequentes.aspx](#)

Atendimento

- Chat - Atendimento On-line [/Pages/Chat-e-Atendimento-On-Line.aspx](#)
- Dúvidas, Reclamações e Sugestões [/Pages /Duidas-Reclamacoes-e-Sugestoes.aspx](#)
- Telefones de Contato [/Pages /Contato-telefones-de-contato.aspx](#)
- Ouvidoria [/Pages /Ouvidoria.aspx](#)
- Canal de Denúncias [/Pages /Canal-de-Denuncias.aspx](#)
- Mapa do Site [/Pages /Mapa-do-Site.aspx](#)



[\(https://www.consumidor.gov.br /pages/principal /?1556814921288\)](#)

[Termos de uso e política de privacidade /Pages/Termos-de-Uso.aspx](#)





CONTROLE HÍDRICO E T.P.R.

APT₀

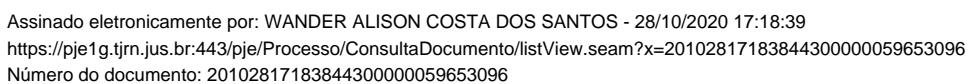
NOME.:

Pravice do v. da Costa

REG.:

MÉDICO.:

CONVÊNIO.:

[illegible]



**PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel**

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE: <u>José Roberto</u>	REGISTRO Nº _____
APTO.: _____	CONVENIO _____
MÉDICO: _____	

DATA / HORA	DESCRIÇÃO MÉDICA
08/11/19 10:00h	Admissão paciente admitido para tratamento cirúrgico de fratura de fêmur distal com placa e parafusos
08/11/19 15:15h	Exame agudo paciente submetido a osteotomia de fêmur + osteossíntese de fratura de fêmur com placa e parafusos. Pós-operatório estável de fratura distal de fêmur + osteossíntese de fêmur anterior
08/11/19 16:30h	S - 1.º dia - R. 1.º dia paciente em repouso, sem dor e febre. Hemodinâmica estável sem alterações e sem necessidade de medicação regular

[Stamp: Dr. Thiago José de S. Almeida, Ortopedia / Traumatologia, CRM 6619 / TEC 14815]

[Stamp: Dr. Thiago José de S. Almeida, Ortopedia / Traumatologia, CRM 6619 / TEC 14815]

Dr. Thiago José de S. Almeida
Ortopedia / Traumatologia
CRM 6619 / TEC 14815





Número do documento: 20102817183844300000059653096

PACIENTE:	JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA	APTO/ENF.	
REGISTRO:	CONVÊNIO: SUS	DATA:	05/11/2019
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
PRESCRIÇÃO	HORARIOS		
Dieta branda quando bem acordado			
RL 500ml, IV, 12/12h			
Cefalotina - 1FR + 50ml SF 0,9%, IV, 6/6h			
Dipirona - 1 amp + 18ml ABD, IV, 6/6h			
Tenoxicam, 40mg - 1FR + 20ml ABD, IV, 1X/DIA			
Tramal 100mg - 1 amp + 100ml SF 0,9%, IV, 8/8h.			
Plasil - 1amp + 100ml SF 0,9%, IV, 8/8h. SE NAUSEAS			
Mantenr MID elevado			
SSVV e CCGG			
Diagnóstico: Apendicite aguda Dr. Thiago S. Ribeiro Otorrinolaringologista CRM-SP nº 70.515		Validação: Conferência de Gomes Enfermeiro RFF	
Assinatura Médica: [assinatura]		Assinatura Enfermeira: [assinatura]	
Data da Prescrição: 05/11/2019		Local: URGÊNCIA	

RECIBO

PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

RELATORIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE Osvaldo N. da Costa
 APTO.: _____ Nº REGIST. _____
 CONVEN. _____

USO DE:		DATA / H		USO DE:		DATA	
BOMBA DE INF.	DIL			ECG			
NEBULIZADOR	Nº			OXIG./UMIDIF.			
ASPIRADOR	DIL			BERÇO AQUECIDO			
CURATIVO				FOTOTERAPIA			
				INCUBADORA			

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT.
05.11.19	10:00	Paciente admitido e atendido na redeja polidivisional com giro em "Tela D"	Diana Andreia S. de Araújo Téc. de Enfermagem COREN-PA 1.741.782
05.11.19	13:30	Paciente no C.C.C.	
05.11.19	16:40	Paciente no C.C.C. em maca, monitorando NF.	Diana Andreia S. de Araújo Téc. de Enfermagem COREN-PA 1.741.782
05.11.19	18h	Paciente apresentou náuseas + diarreia de vômitos admo plantel O1 amp + 100ml SF CV.	Diana Andreia S. de Araújo Téc. de Enfermagem COREN-PA 1.741.782
05.11.19	20h	Adm. med. EL Caputina 1 PR + 2 ml SF CV. Dexamet 1 amp + ABCL	Alexandre
05.11.19	22h	Adm. med. EL American King + ABCL	Alexandre
05.11.19	23h	Adm. med. EL Caputina 1 PR + 2 ml SF CV. + Dexamet 1 amp + ABCL	Alexandre
06.11.19	8h	Adm. med. efalobina 1g + 50ml SF CV. C. conforme prescrição. Revisão da depuração	Elsamir do Nascimento Silva COREN-PA 873.956-TE
06.11.19	11:30	Exatidão dos exames laboratoriais	
06.11.19	11:35	Paciente saiu de alta hospitalar acompanhado da família, levando seus pertences pessoais devidamente orientado, em um ambiente limpo de 10 pontos. 1 película de Rx pré + 03 imagens de Rx pós + exames lab.	Elsamir do Nascimento Silva COREN-PA 873.956-TE



PELE

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

APARELHO CARDIOPULMONAR

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

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

APARELHO DIGESTÓRIO**ABDOME**

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

LOCOMOÇÃO

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

DIETA

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

OBSERVAÇÕES: Rx pós O2. S/B.

EVOLUÇÃO ____/____/____

HORÁRIO: _____

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 _____

PELE

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

APARELHO CARDIOPULMONAR

() EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
() BRADIPNEICO () TIRAGEM: _____
() RUÍDOS 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**ABDOME**

() FLACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
() DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
() TIMPÂNICO () MACIÇO () RUÍDOS 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





Prontoclínica Dr. Paulo Gurgel
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

MÉDICO: Thiago
LEITO: 104 E
IDADE: 21 anos

PACIENTE: Jonildo Nascimento da Costa
DIAGNOSTICO MÉDICO: tbcc

PROCEDÊNCIA: ☒ DOMICILIAR () HOSPITALAR: QUAL: _____
ALERGIAS: Nse DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: Nse

EVOLUÇÃO 05/11/19 HORÁRIO: 10h

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: _____
() RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
() TAQUICÁRDICO () NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO _____

OBSERVAÇÕES: Resposta de lab. qto a tbcc + Rx pulm. pulmonar
em 2 dias de uso há 2 meses.

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 () RUÍDOS HIDROAÉREOS _____

LOCOMOÇÃO

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

DIETA

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

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 05/11/19 HORÁRIO: _____

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

EVACUAÇÃO

☒ ESPONTÂNEA _____



OPME: () NÃO ☒ SIM, qual

01 Alaca 10 F restrito
02 PF Nº 23
02 PF Nº 23 7 lob.
04 PF Nº 24

ex 4,5

Anotações de Enfermagem e Intercorrências

Início da cirurgia: 13:30 Término da cirurgia: 14:30

CIRURGIÃO: Dr. Thiago ASSISTENTE: ANESTESIOLOGISTA: Dr. Arthur
INSTRUMENTADORA: Renilde CIRCULANTE: Edna ENFERMEIRA: Edna

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: Ana Paula F. de Souza HORA: 14:30

Ana Paula F. de Souza
COREN-RN 001.432.55-76



12. Hemoderivados solicitados e reservados () sim (X) Não () Não aplicável
 13. Paciente tem alergia conhecida () sim (X) não
 14. Aparelho de anestesia testado (X) sim () não
 15. Esterilizações dos instrumentais com indicadores (X) sim () não

ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

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

EQUIPE DE ENFERMAGEM

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

INTRA-OPERATORIO

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

Monitorização cardíaca: (X) sim () não PNI/Manguito em: 3-5 Placa neutra: Local: M1E

Passado faixa de smarch: Não (X) sim, em: 3-5 Início 3:30 Término 4:15

Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório: (X) Clorex degermante () Clorex aquoso
 (X) Clorex Alcoolica () PVPI degermante
 () PVPI tintura ()

Infusões: SF0,9% 500 ml R.Lactato: 5000 ml Simples _____ ml SG5% _____ ml

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

Sinais vitais: PA 85x45 mmHg FC: 80 bpm Sat: 99 % T: _____ °C Hora: _____

Anestesia: Início 3:30 Término 4:15 () Geral Inalatório () Geral Venosa (X) Sedação () Local
 () Peridural (X) Raqui () Bloqueio: _____

IOT: (X) Não () sim - Cânula nº _____ IOT aramado: (X) não () sim nº _____

AVP: () não (X) sim 100, Jelco nº 50 por Dr. A. A. A.

Cateter O2: () não (X) sim SNG: (X) NÃO () SIM Nº _____ SVD (X) NÃO () SIM Nº _____

Ferida operatória: Curativo Longue

Cultura: _____ Anát. Patológico: (X) Não () Sim _____ Unid _____

Material Explantado: _____

Conferido por B. M. A. Intercorrência 5/

ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

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

Caso a cirurgia realizada não tenha sido a proposta,

Medicações administradas (anotar horários) Antibiótico 100mg + dipirona 500mg +
clorpromazina 10mg + clonitazepida 2mg + diclofenaco 50mg
10mg + ketol 100mg



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Josefa do Nascimento do Costa Nº REGISTRO 453641
Data Nascimento 16/12/97 IDADE 21 Sexo M LEITO: 104E Data de Admissão 05/11/19
MÉDICO: Dr. Thiago

ADMISSÃO DO CENTRO CIRURGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO AGUA? () Não (X) Sim início 23:00 PESO: 62 Kg Altura: _____ cm

RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: (X) SIM () NÃO

ALERGIAS: (X) NÃO () SIM: Não

DOENÇAS PREGRESSAS: () DM () HAS () TABAGISMO () HIV () Hep B () Hep C () Arritmias () DPOC () AVC ()
Marcapasso () Outros: Não Medicamentos de uso frequente: Não

Consentimento Cirúrgico Preenchido () Não () Sim

Exames: (X) Labor (X) Raio x () USG () TC () RNM () Risco cirúrgico Outros: _____

Encaminhado: () Deambulando () Cadeira de Rodas (X) Maca () consciente () Inconsciente () Orientado ()
Desorientado

Anotações de Enfermagem: _____

Conferido informação acima por: Dr. Paulo M. C. Vitor de Souza Admitido na sala: _____ Hora _____

ETAPA I: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta Exat. plasma 10"

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

- Equipe completa presente (X) Sim () Não
- Paciente com identificação e cirurgia confirmada (X)
- Termo de consentimento (X) Cirúrgico () hemoterapico () não, caso não esteja assinado contatar o médico.
- Local da intervenção marcado corretamente (X) sim () não () não aplicável
- Bisturi elétrico disponível e testado (X)
- Aparelho de Anestesia (X)
- Equipamento de Vídeo ()
- Monitor Multi-Parâmetro (X)
- Saída de: Oxigênio (X) Ar Comprimido () Vácuo ()
- Aspirador cirúrgico disponível e testado (X)
- Mesa cirúrgica testada (X)



DESCRICÃO DO ATO CIRURGICO

PACIENTE EM DDH + RAQUIANESTESIA

GARROTE + ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

INCISÃO EM FACE ANTEROLATERAL DE PERNA DIREITA + DIVULSÃO POR PLANOS

OSTEOTOMIA PARA EXPOR REDUZIR E FIXAR FRATURA DE TIBIA COM PLACA E PARAFUSOS

INCISÃO EM CRISTA ILÍACA DIREITA + OSTEOTOMIA DA PELVE PARA RETIRADA DE ENXERTO ÓSSEO + INSERÇÃO DE ENXERTO ÓSSEO EM FOCO DE FRATURA

TENOPLASTIA DE TIBIAL ANTERIOR + SUTURA POR PLANOS + CURATIVO + RETIRADA DE GARROTE

Dr. Thiago José G. C. Ararum
Ortopedia / Traumatologia
CRM 45.6619 RFO 14815

ASSINATURA OU CARIMBO DO MEDICO

BOLETIM DE ANESTESIA

ANESTESIA TIPO RAQUI SIMPLES + SEDACÃO IV

[illegible]

Dr. Artur Henrique C. da Silveira
Anestesiologista

CRM-RN 5607 CDF 353 882 554-50

05/21/89





PACIENTE: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA

CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TÍBIA + OSTEOATOMIA + TENOPLASTIA + ENXERTO

ÓSSEO

REG. PACIENTE Nº
COD. PROCEDIMENTO(S):

EQUIPE MÉDICA		EQUIPAMENTOS / TEMPO DE USO		GASOMETRIA / TEMPO DE USO		DATA:
CIRURGIÃO: THIAGO ARARUNA CRM 6619		BISTURI ELÉTRICO:				
1º AUXILIAR: Dr. Thiago Araruna CRM 6619		CAPNOGRAFO:		GÁS CARBÔNICO:		HORA:
2º AUXILIAR: Anestesiologista		INTENS. DE IMAGENS:		NITROGENIO:		TERMINO:
3º AUXILIAR: CRM 6607		MONITOR CARDIACO:		O ² SOB CATETER:		SANGUE:
ANESTESISTA: ARTUR SILVEIRA CRM 6607		OXIM. DE PULSO:		O ² SOB PRESSÃO:		
INSTRUMENTADOR(A):		SERRA ELÉTRICA:		ÓXIDO NITROSO:		
CATGUT CROMADO 1.0	ATACÚRIO	SERVOFLORANE		ÁGUA OXIGENADA		CAPA DE VIDEO
CATGUT SIMPLES 5.0	C. PAPAVERINA 50MG/2ML	TRAMAL		ALCOOL 70%		TUBO S/ BALÃO 3.0
CERA OSSEA	CLONIDIN	PROPOFOL		ALCOOL IODADO		TUBO C/ BALÃO 3.0
ETHYBOND 2.0	CLORETO DE SUXAMETÔNIO	SORO		DETERGENTE ENZIMÁTICO		ARRUELAS
FIO ALGODÃO C/ AGULHA	DEXAMETASONA 4MG	ABD 1000ML		DETERGENTE ENZIMÁTICO		ASPIRADOR
MONOCRYL 3.0	DIPIRONA	ABD 10ML		FORMOL		CIDEX POR ML
NYLON 2.0 (2CM)	DIPROSPAM	FISIOLÓGICO 0.9% 1000ML		PVPI DEGERMANTE		CIMENTO ORTOPÉDICO
NYLON 2.0 (4CM)	DRAMIN 86DL	FISIOLÓGICO 0.9% 250ML		PVPI TÓPICO		DRILL ELÉTRICO
PDS II 1.0	EDEFIRINA	FISIOLÓGICO 0.9% 500ML		VASELINA		FIO DE KIRSCHNER
PROLENE 2.0	EPINEFRINA	GLICOSADO 5% 250ML				FIO DE LUQUE
VICRYL 0	FENERGAN 50MG 2ML	GLICOSADO 5% 500ML		ALGODÃO GRIBOLA		FIXADOR EXTERNO
ISOFLURANO	FUROSEMIDA	GLICOSE 50% AMPOLA		CATETER TIPO ÓCULOS		GANCHO
LINDOCAINA 10% SPRAY	GLICONATO DE CÁLCIO 10%	RINGER LACTATO 500ML		COLETOR DE URINA FECHADO		GEOLFOAM
LINDOCAINA 2% C/ VASO	HIDROCORTIZONA 500MG	RINGER SIMPLES 500ML		COMPRESSA CIRÚRGICA		GRAMPO
LINDOCAINA 2% GEL	IPSILON 1G			ELETRODOS		HASTER
LINDOCAINA 5% VASO	IPSILON 4MG			EQUIPO MACROC/ INJETOR		LAMINA DE SHAVER
NEOCAINA C/ VASO	METOCLOPRAMIDA			EQUIPO P/ ARTROSCOPIA 4 VIAS		LIGAMENTO SINTÉTICO
NEOCAINA S/ VASO	NIBIUM			EQUIPO P/ SANGUE		PARAF. INTERF. TITANEO
NOVABUPI C/ VASO	ONDASETRONA			ESCOVA SECA		PARAFUSO ANCORA
NOVABUPI S/ VASO	PROSTIGMINE	PÉRFURO CORTANTE		ESPARADRAPO		PARAFUSO CANULADO
SERVO FLORANO	RANITIDINA	AGULHA DE STIMUPLEX		GASES 10X10 PCT 20		PARAFUSO CORTICAL
XILOCAINA C/ VASO	SELOKEN 5 MG / 5ML	AGULHA		GORRO DESCARTAVEL		PARAFUSO ESPONJOSO
XILOCAINA S/ VASO	TILATIL 40MG	AGULHA P/ RAQUIN		LUVAS DE PROCEDIMENTO		PARAFUSO TRANSVERSO
	TRAPIL 50MG	AGULHAS		LUVAS ESTÉREIS		PINO
		JELCO		MASCARA		PINO DESLIZANTE
ADRENALINA	DIMORF	LAMINA DE BISTURI		MÁSCARAS DESCARTAVEL		PLACA
AMINOFLINA	DOLANTINA	SCALPS		MICROPORÉ		PLAST ANEL 1.4
AMIODARONA	FENTANIL			MICROPORÉ LARGO		PROTESE
ATROPINA	FLUMAZENIL	ATADURA CREPOM		POLIFIXO 2 VIAS		SURGICEI
BUSCOPAM SIMPLES	ISOFLORANE	ATADURA DE ALGODÃO		PRÓ-PE		SONDAS
CAFAZOLINA 1G	KETAMINA	ATADURA GESSO		SERINGA DE INSULINA		NASO LONGA 04
CAPTAPRIL 25MG	MIDAZOLAM	MALHA TUBULAR		SERINGA DESC. 10ML		SONDA DE FOLEY
CEFALOTINA 1G	MIDAZOLAM	SOLUÇÃO		SERINGA DESC. 20ML		URETRAL 4
CEFETRIAXONA 1G	NARCAN	CLOREXIDINA ALCOOLICA		SERINGA DESC. 3ML		SONDA CURTA
CLORETO DE POTÁSSIO 19%	NILPERIDOL	CLOREXIDINA AQUOSA 2%		SERINGA DESC. 5ML		
CLORETO DE SÓDIO 20%	NUBAIN	CLOREXIDINA DEGERMANTE				

REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH: _____ Nº ATENDIMENTO: 483641 DATA: 05/11/2019
TIPO DE INTERNAMENTO: _____ HORA: _____
ACOMODADO: ENFERMARIA LEITO: TERREO104 € CONVENIO: SUS
MATRÍCULA: 708602036278382 VALIDADE: _____
Criado por João Pedro Gomes Lucas em 05/11/2019 07:39

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA SEXO: Masculino
DATA DE NASCIMENTO: 16/12/1997 RG: 003776589 CPF: _____
FILIAÇÃO MÃE: MARIA AUXILIADORA DA SILVA NASCIMENTO
FILIAÇÃO PAI: _____
ENDEREÇO: BOA VISTA Nº 28
BAIRRO: CENTRO CIDADE: FELIPE GUERRA
ESTADO: RN CEP: 59795-000
FONE: (84) 99690-0121 FONE: (84) 99662-1803

SUMÁRIO DE ALTA

TIPO DE ALTA: ☒ MÉDICA ☐ ADMINISTRATIVA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ ÓBITO
DATA: 06/11/2019 HORA: _____ ASS. RESPONSÁVEL DO SETOR: _____

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

Paciente submetido a tratamento
cirúrgico de fratura de fêmur
direito
evoluindo bem com medicação

PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA

CNPJ: 09.417.742/0001-91

Confere com o Original

Data: 22 / 11 / 2019

João Pedro Gomes Lucas

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



DATA: 20/09/2019

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA

21 ANOS

CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC

Leito: 306-4

DATA DA ADMISSÃO: 16/09/19

FELIPE GUERRA -RN

CODIGO: 49352

DATA	EVOLUÇÃO
Nºfraturas: 01	4º DIH: FX EXPOSTA DIAFISE DA TIBIA DIREITA (EM USO DE FIXADOR EXTERNO) QP: SEM QUEIXAS NO MOMENTO EF: BEG, COTE, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO E AFEBRIL . ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO. BNF AR: MV+ EM AMBOS HEMITORAX. SRA. ABDOMEN: ATÍPICO, FLACIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO. RHA+ SITUAÇÃO: LABORATORIO (18/09/19): HB: 13.5 LEUCO: 8600 PLAQ: 263000 UREIA: 26 CR:1,00 TGO: 29 TGP: 15 GUIA PARA SOLICITAÇÃO DE SISREG PREENCHIDA – AGUARDA MARCAÇÃO CIRURGIA RISCO CIRÚRGICO BAIXO CD: <i>ALTA CS orientações</i> VPM

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA VO PARA HAS E DM	
2	SF0,9% 2000 ML EV PARA 24 HORAS	
3 D3	OXACILINA 1G + 100ML SF0,9% EV 6/6HORAS	
4 D2	CLINDAMICINA 600MG + 100ML SF0,9% EV 6/6 HORAS	
5	DIPIRONA 1G+ 8ML ABD EV 6/6 HORAS	
6	TRAMADOL 50MG + 100ML SF0,9% EV 8/8 HORAS SN	
7	OMEPRAZOL, 40MG VO 1XDIA EM JEJUM	
8	CLEXANE 40MG SC 1XDIA AS 16 HORAS	
9	PLASIL – 01 AMPOLA NO SORO 8/8 HORAS SE NAUSEA/VOMITO	
10	SSVV + CCGG 6/6H	

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 13/11/2019
SAME / ARQUIVO

Dr. Leonardo M. C. Freitas
CRM: 13111 / SBO 18086





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

DÉBITO CIRÚRGICO

Nome do paciente: Wanderilson Alexandre dos Santos do Pront.:
Cirurgia: III cirúrgico das ossas da perna D. Data: 16-09-19
Cirurgião: Dr. Fabrício Auxiliar: pinheiro Instrumentadora: Antônio de
Anestesista: Dr. João Paulo Anestesia: Rogee
Início da Cirurgia: 14:20 Término: 14:50

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	5 unidades
* GASES	02 gases
* ESPARADRAPO	
* COMPRESSAS	
* LÂMINA DE BISTURI N°	
* LUVAS 7.5	02 unid.
* EQUIPO PARA SORO	
* S CALPS N°	
* JELCOS	
* CATETER PARA SUBCLAVIA	Agulha p/ Rogee 01 unid.
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	
* SERINGAS DE 05 ML	
* SERINGAS DE 10 ML	01 unid.
* SERINGAS DE 20 ML	
* AGULHAS DESCARTÁVEIS 40x12	01 unid.
* SONDA ENDOTRAQUEAL N°	
* TRAQUEOSTOMO	
* SONDA URETRAL N°	
* SONDA FOLEY N°	
* SONDA NASOGÁSTRICA N°	
* CATETER PARA 02	
* SONDA PARA ASPIRAÇÃO N°	
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
* BOLSA DE COLESTOMIA	
* DRENO DE PENROSE N°	
* DRENO DE TORAX N°	
* ATADURA GESSADA	
* FAIXA DE CREPOM	02 unid.
* ALGODÃO ORTOPÉDICO	
* CATGUT CROMADO	
* CATGUT SIMPLES	
* FIO DE ALGODÃO	
* MONONYLON	
* OUTROS FIOS	
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	
* USO DE OXIGÊNIO	
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCÓOLICA	
* SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE	30ml
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	
* SOLUÇÃO DE ETER	
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	
* SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%	
* SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES	
* MANITOL	06 unid.
* XILOCAINA A 2%	03 unid.
* ABD	03 unid.
	1.00 unid. moved. 04 unid.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 13/11/2019
BIM
SAME/ARQUIVO





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Josivaldo Nascimento da Costa Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: Fratura exposta da tíbia (diáfise) direita

Indicação terapêutica: _____

INTERVENÇÃO

Início: 13:40 Fim: 14:40 Duração: _____

Operador Dr. Fabiano

1ª Auxiliar: Dr. Pinheiro

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: _____

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

() Limpa () Pot. Contaminada (X) Contaminada () Infectada

Paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia, oxigenia e antissepsia; colocação de campos estéreis; ampliado quimanto de exposição e realizado debridamento e lavagem exaustiva com SFO, 9%; Observado fratura caldweide com comê cominuída; fixado com fixador externo linear 350,0mm; sutura de pele; curativo estéril. PSRA.

Fabiano Dantas de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
TEO: 45176
CRM: 6672

16/09/19

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
JANEIRO 13/11/2019

SAME / ARQUIVO



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	2 - CNES 2503689
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	4 - CNES 2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA (8 - 4864/2019)		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 209646	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 162384265600003	8 - DATA DE NASCIMENTO 16/12/1997	9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	10 - RAÇA/COR PARDA
11 - NOME DA MÃE MARIA AUXILIADORA SILVA NASCIMENTO		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD 84 96547984	10.1 - ETNIA
13 - NOME DO RESPONSÁVEL JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD 84 96547984	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) BOA VISTA, 28 / - CIDADE ALTA			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA FELIPE GUERRA	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 240370	18 - UF RN	19 - CEP 59795000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Resultados exames realizados
com fratura de 3 dedos 31/01/2019*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Gravidade lesão

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

Exames realizados

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MÚLTIPLAS DE UM MEMBRO INFERIOR

24 - CID 10 PRINCIPAL
T02.3

25 - CID 10 SECUNDÁRIO
S82.8

26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.
V84.9

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPI

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

060805050

29 - CLÍNICA
CIR

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
2

31 - DOCUMENTO
() CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) - ROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
13186183472

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
ANTONIO PINHEIRO DE ALMEIDA NETO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
16/09/2019

35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
Dr. Antonio Pinheiro de Almeida Neto
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR LIGINEY LINO DE OLIVEIRA	47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR 980016001835565	<p>HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA ESTÁ CONFORME ORIGINAL SOME MOSSORÓ 13/11/2019 BPM</p> <p>SOME/ARQUIVO</p>
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 61556 /2019

Admissão: 16/09/2019 11:43:52

CIRURGIA GERAL - AMARELO

20.96.46

Paciente: 49352 - JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA (21 a 9 m)

Nascimento: 16/12/1997

Natural: APODI.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 162384265600003

CPF: 13982868424

Prof:

Mãe: MARIA AUXILIADORA SILVA NASCIMENTO

Pai: JOSERAN DA COSTA

Logradouro: BOA VISTA, 28

CEP: 59795000

Bairro: CIDADE ALTA

Cidade: FELIPE GUERRA

Telefone: 84.96547984

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

*Empresa:

OBS: FELIPE GUERRA

Classificação:

16/09/2019 11:35:41

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: QUEDA DE MOTO, COM PROVAVEL FRATURA EXPOSTA EM TIBIA

Hora: ____

*Relato Trauma direto em Pernas D
Unidade, corado, pedreiro exposto
AR: normal
ABR: Flegmático e indolente
CD: Ortostático*

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1) 2000 5000			
2) 1000 fisiológico 1000 R		1º 2º	
3) 500mg A sub. qv. 500			
4) 200mg 5/ 1000			
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ 13.11.2019 BIM		3030100 1º	
SAME/ARQUIVO		700.3	

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito (x) Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data:

/ /19.

Hr:

Médico:

*Gerado via SX por FRANCISCO KLEBER PINHEIRO MEDEIROS. Impresso em 16 de Setembro de 2019.
Carimbar)

Dr. Antonio Cleber de A. Neto
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM 1.161-PR (Assinar e)



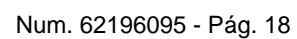
Assinado eletronicamente por: WANDER ALISON COSTA DOS SANTOS - 28/10/2020 17:18:39

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102817183844300000059653096

Número do documento: 20102817183844300000059653096

Num. 62196095 - Pág. 17

Dr. Antonio Pinheiro de A. 1979
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 1.181-FM



Prontuário: 209646



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA** (Fia: 4864/2019), CPF:13982868424.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 16 de Setembro de 2019.

Paciente ou responsável

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA - H.R.T.M.

DATA 01/10/19

Assinatura

CCIH - HRTM

DATA 02/10/19

Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTÁ COM O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 13/11/2019

SAME / ARQUIVO





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
2ª Vara da Comarca de Apodi
BR 405, KM 76, Portal da Chapada, APODI - RN - CEP: 59700-000

Processo nº 0804216-31.2020.8.20.5112

CHECKLIST INICIAL DE PROCESSO

Em análise inicial do presente feito foram verificados os requisitos necessários abaixo descritos, com a informação "OK", não sendo identificada qualquer irregularidade:

- [OK] Documentos pessoais da parte autora;
- [OK] Comprovante de residência da parte autora;
- [OK] Instrumento procuratório em favor do(a) subscritor(a) da inicial;
- [OK] Assinatura do autor no instrumento procuratório;
- [OK] Endereço completo da parte requerida;
- [OK] Pagamento de custas processuais (FDJ e/ou FRMP) ou Pedido de Gratuidade Judiciária;
- [OK] Declaração de hipossuficiência ou outro documento hábil (em caso de Pedido de Gratuidade Judiciária);
- [OK] Valor da causa.

Apodi/RN, 6 de novembro de 2020.

MADSON VINICIUS FIGUEIREDO LOPES
Servidor





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
2ª Vara da Comarca de Apodi
BR 405, KM 76, Portal da Chapada, APODI - RN - CEP: 59700-000

Processo: 0804216-31.2020.8.20.5112

Ação: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

DESPACHO

Vistos.

Defiro a gratuidade judiciária em favor da parte autora.

Da análise da inicial, verifica-se de logo a necessidade de prova pericial, motivo pelo qual as circunstâncias fático-jurídicas da lide inviabilizam a conciliação neste momento.

Demais disso, consigno que a Seguradora Líder adotou a política de não conciliar nas ações que discutem a cobrança e/ou diferenças do pagamento de indenizações do Seguro DPVAT, alegando a existência de fraudes, razão pela qual deixo de marcar audiência prévia de conciliação prevista no art. 334 do CPC, nada impedindo a designação posterior.

Dito isto, Cite-se a parte requerida para contestar no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial.

Havendo questões preliminares, reconvenção e/ou alegação de fatos impeditivos, modificativos ou extintivos do direito autoral, ouça-se a parte autora, no prazo de 15 (quinze) dias.

Em seguida, designe-se perícia técnica a ser realizada por profissional com especialidade de ortopedia/traumatologia, nos termos do Convênio nº 39/2018, fixando-se honorários no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), a serem pagos pela Seguradora Líder, no prazo de 15 (quinze) dias após realizada a perícia, contados da data da intimação, independente do resultado.



Oficie-se ao NUPEJ para indicar o profissional, remetendo-se os quesitos do Juízo e aqueles elaborados pelas partes, ou, alternativamente, inclua-se no Mutirão para realização de perícias do DPVAT, adotando-se a providência mais célere.

Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pela parte autora? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5- Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 9- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média(50%), leve (25%) ou residual(10% ou menos)?

Intimem-se as partes para indicarem assistente técnico e, querendo, apresentarem outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de quinze dias.

Designada a data, intimem-se pessoalmente as partes para se fazerem presentes, devendo os advogados serem intimados pelo DJe/PJe.

Apresentado o laudo, intimem-se os advogados das partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de quinze dias, expedindo-se imediatamente o Alvará para levantamento dos honorários periciais.

Após, retornem os autos conclusos, nos termos do art. 352 e 353 do CPC.

P. I. Cumpra-se.

APODI/RN, 9 de novembro de 2020.

JOAO MAKSON BASTOS DE OLIVEIRA

Juiz de Direito Substituto

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

2ª Vara da Comarca de Apodi

BR 405, KM 76, Portal da Chapada, APODI - RN - CEP: 59700-000

Processo nº 0804216-31.2020.8.20.5112 - PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Parte Requerente: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA

Parte Requerida: Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

CITAÇÃO

De ordem do(a) MM(a) Juiz(íza) de Direito, Dr(a). **JOAO MAKSON BASTOS DE OLIVEIRA**, serve o presente para **CITAÇÃO** do(a)(s) parte(s) requerida(a)(s), para, no prazo de **15 (quinze) dias**, responder aos termos da inicial, sob pena de decretação da revelia e de se presumir como verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte autora, nos termos do art. 344, do CPC/2015.

OBSERVAÇÃO: O prazo para apresentação de defesa é contado da ciência eletrônica do presente ato.

Dado e passado nesta Cidade e Comarca de Apodi/RN, aos 23 de novembro de 2020. Eu, MADSON VINICIUS FIGUEIREDO LOPES, Servidor(a) desta Vara, o digitei.

(Assinado Digitalmente - Lei nº 11.419/2006)

MADSON VINICIUS FIGUEIREDO LOPES

Servidor(a)

