



Número: **0843487-94.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **26/10/2018**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|--|----------------------------------|
| FABIO OLIVEIRA DA SILVA (AUTOR) | RAIMUNDO NONATO ALVES (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU) | |
| URAI DE OLIVEIRA (TERCEIRO INTERESSADO) | |

| Documentos | | | |
|--------------|--------------------|--|--------------------------|
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 12373 255 | 19/09/2017 20:42 | PROCURAÇÃO E DOCUMENTOS DE COMPROVAÇÃO DO AUTOR | Procuração |
| 12373 256 | 19/09/2017 20:42 | BOLETIM DE OCORRÊNCIA | Documento de Comprovação |
| 12373 257 | 19/09/2017 20:42 | ENCAMINHAMENTO - BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EXAMES | Documento de Comprovação |
| 12373 258 | 19/09/2017 20:42 | PRONTUÁRIO E RELATÓRIO DE ENFERMEGEM | Documento de Comprovação |
| 12373 261 | 19/09/2017 20:42 | LAUDO DE INTERNAÇÃO E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS | Documento de Comprovação |
| 12373 263 | 19/09/2017 20:42 | COMPROVANTE DE EXIGÊNCIAS- INDEFERIMENTO ADMINISTRATIVO | Documento de Comprovação |
| 12373 264 | 19/09/2017 20:42 | QUESITOS PERICIAIS | Documento de Comprovação |



RAIMUNDO NONATO ALVES - OAB/RN N° 11.608

PROCURAÇÃO "AD JUTICIA" E "EX EXTRA" - CONTRATO DE HONORÁRIOS

OUTORGANTES: Fabio Oliveira da Silva, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrita no RG sob o n°: 36.284.445-8-SSP/SP e no CPF de n°: 293.307.448-69, residente e domiciliada na Rua Sebastião Bezerra Guedes, N° 363, Centro, 59218-000, Passa e Fica/RN.

OUTORGADO: Raimundo Nonato Alves, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RN sob o n° 11.608, com endereço profissional à Rua Dr. Lauro Pinto, n 264, Lagoa Nova, CEP: 59065-250, Natal/RN.

PODERES: a OUTORGANTE constitui e nomeia o OUTORGADO seu bastante procurador, com os poderes contidos nas cláusulas "ad judicium" e "et extra", para representá-la no foro em geral ou fora dele, podendo, em qualquer Juízo, Grau ou Tribunal, propor, contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo até final decisão, usando dos recursos legais, acompanhando-o e praticando todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento do mandato ora outorgado, podendo mesmo substabelecer, com ou sem reserva de poderes, e, ainda, confessar, transigir, desistir, receber e dar quitação, firmar compromisso, oferecer recurso, tudo com os poderes especiais ressalvados no art. 105, "in fine" do Código de Processo Civil Brasileiro c/c o art. 5° e § 2°, da Lei n°. 8.906, de 4 de julho de 1994 (Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil), e, em especial, para propor ação de cobrança do seguro DPVAT.

HONORÁRIOS

CLÁUSULA PRIMEIRA - Em remuneração aos serviços profissionais supra referidos, pagarei ao advogado outorgado, ou a quem legalmente o substituir, quantia equivalente a **30% (trinta por cento)** sobre o valor dos atrasados apurado na condenação, sendo devido no caso de procedência da ação, realização de acordo judicial ou extrajudicial, ficando desde logo autorizada a retenção na ocasião do pagamento, mediante dedução da quantia que vier a receber ou for depositado em conta judicial, em favor do advogado contratado. (art. 22, Parágrafo 4° da Lei 8.906/94).

I - Fica ainda esclarecido, que em caso de não haver atrasados, quando o benefício é reconhecido somente a partir

E-mail: advocacia@raimundoalves.com.br

Telefones: (084)2040-1476 / 99122-8092 / 99648-6752

*FABIO O SILVA



RAIMUNDO NONATO ALVES - OAB/RN N° 11.608

da sentença, a remuneração dos serviços profissionais do advogado será pago na quantia de 30% (trinta por cento), dos 12 (dozes) primeiros salários recebidos a partir da sentença procedente, independentemente da condenação em honorários de sucumbência, que pertencem exclusivamente ao advogado contratado.

PARÁGRAFO ÚNICO - havendo desistência da ação, rescisão do contrato firmado ou revogação do mandado de procuração por vontade da(o) CONTRATANTE, este(a) pagará ao CONTRATADO pelos serviços já prestados (realizados), de acordo com os valores tabelados pela OAB/RN. 2

CLÁUSULA SEGUNDA - O valor total dos honorários poderá ser considerado automaticamente vencido e imediatamente exigível, sendo passível de execução, sem prévia notificação ou interpelação judicial, e resguardado o direito aos honorários de sucumbência, acrescido de multa contratual de 20 % (vinte por cento), juros de mora de 1% ao mês e atualização monetária pelo índice INPC nos seguintes casos:

- a) se houver composição amigável realizada por qualquer uma das partes litigantes sem anuência do Contratado;
- b) quando não forem pagos os honorários nas datas estabelecidas;
- c) se for cassado o mandato sem culpa do Contratado.

CLÁUSULA TERCEIRA - Para resolver quaisquer controvérsia decorrentes deste CONTRATO, as partes elegem o foro da Cidade de Natal, Estado do Rio Grande do Norte, como competente.

Por estarem assim de acordo, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor.

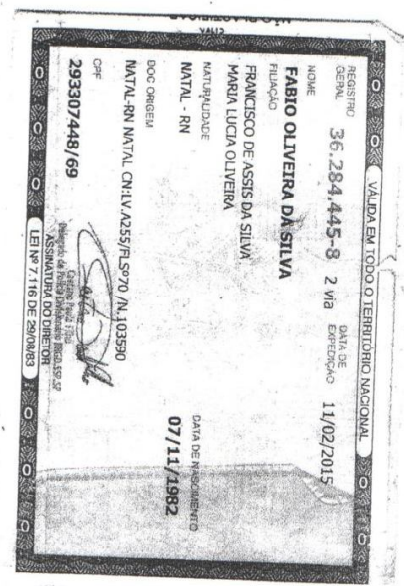
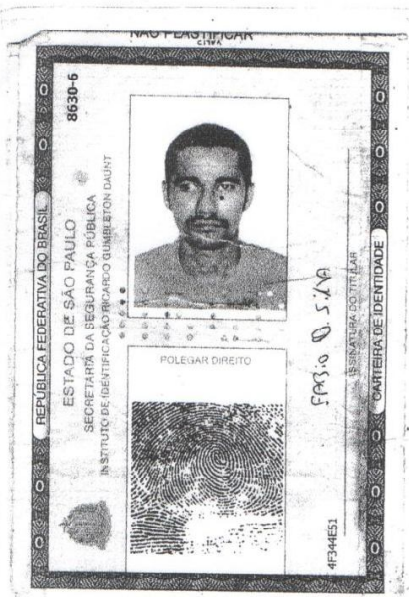
Passa e Fica/RN, 06 de setembro de 2017.



Fabio Oliveira da Silva

Raimundo Nonato Alves - OAB/RN: 11608

E-mail: advocacia@raimundoalves.com.br
Telefones: (084) 2040-1476 / 99122-8092 / 99648-6752



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

cosern Grupo Neoenergia
 Companhia Energética do Rio Grande do Norte
 Rua Mermoz, 150 - Baldo, Natal, RN - CEP 59025-250
 CNPJ 08.324.196/0001-81 | Fone: (52) 36 3301 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
 MARIA LUCIA OLIVEIRA
 CPF: 703 974 904-10

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA SEBASTIAO BEZERRA GUEDES 363
 CENTRO/AREA URBANA
 PASSA FICAR RN
 59218-000

CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL
 Monofásico

CONTAS ANTERIORES
 Nº DA NOTA FISCAL: 000351423
 APRESENTAÇÃO: 08/03/2017
 SÉRIE: 3000478442
 EMISSÃO: 09/03/2017
 Nº DO CLIENTE: 3000478442
 Nº DA INSTALAÇÃO: 1823025

CONTAS ATUAL
 Nº DA NOTA FISCAL: 0866554619
 DATA DE VENCIMENTO: 16/03/2017
 MÊS ANO: 03/2017
 DATA PRÓXIMA PROVA DE LEITURA: 08/04/2017
 TOTAL A PAGAR (R\$): 27,60

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL | QUANTIDADE | PREGO (R\$) | VALOR (R\$) |
|---------------------------------|-------------|-------------|--------------|
| Consumo Ativo (kWh) | 54,00000000 | 0,43483084 | 23,47 |
| Acrescimo Bandeira AMARELA | | | 0,27 |
| Contribuição Iluminação Pública | | | 3,86 |
| TOTAL DA FATURA | | | 27,60 |

| Nº DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR | | ATUAL | | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (kWh) |
|---------------|----------------|------------|----------|------------|----------|------------|-----------|--------|---------------|
| | | DATA | LEITURA | DATA | LEITURA | | | | |
| 20154840 | CAT | 07/02/2017 | 5.382,00 | 08/03/2017 | 5.416,00 | 36 | 1,00000 | | 54,00 |

HISTÓRICO DE CONSUMO

| Mês/Ano kWh | Consumo Ativo (kWh) |
|-------------|---------------------|
| MAR 17 54 | 54 |
| FEV 17 53 | 53 |
| JAN 17 42 | 42 |
| DEZ 16 42 | 42 |
| NOV 16 37 | 37 |
| OUT 16 47 | 47 |
| SET 16 53 | 53 |
| AUG 16 53 | 53 |
| JUL 16 46 | 46 |
| JUN 16 46 | 46 |
| MAI 16 50 | 50 |
| ABR 16 51 | 51 |
| MAR 16 46 | 46 |

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

| BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO |
|-----------------|------|------------------|
| ICMS | 1,01 | 0,23 |
| PIS | 0,23 | 1,38 |
| COFINS | 5,72 | 1,58 |
| Total | | 3,19 |

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

| Descrição | Valor (R\$) | Porcentagem |
|-----------------------|--------------|-------------|
| Geração de Energia | 9,93 | 41,81% |
| Transmissão | 0,56 | 2,37% |
| Distribuição (Cosern) | 0,87 | 3,87% |
| Perdas de Energia | 1,84 | 8,01% |
| Energia Solarizada | 3,37 | 14,20% |
| Tributos | 1,58 | 6,96% |
| Total | 23,14 | 100% |

RESERVAÇÃO AO FISCO
 217E 4DEU 8BA0 BDEA 1763 28C5 0817 32C6

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
 O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie na data da leitura e somente em nome do titular. Não é possível fazer o pagamento em nome de terceiros. O Cliente deve manter em seu arquivo o comprovante de pagamento desta fatura para fins de comprovação de pagamento. O Cliente deve manter em seu arquivo o comprovante de pagamento desta fatura para fins de comprovação de pagamento. O Cliente deve manter em seu arquivo o comprovante de pagamento desta fatura para fins de comprovação de pagamento.

Confirmação do pagamento de tributos de energia elétrica

| Valor | Valor | Valor | Valor |
|-------|-------|-------|-------|
| 21,41 | 0,63 | 25,90 | |

Em caso de não pagamento de tributos, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer a inclusão nos registros de cobrança de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este consumo não substitui o envio de dados anteriores em conformidade com o artigo 10º da Lei nº 10.438/02.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS TENSÕES

| CONJUNTO | VALOR APLICADO (kV) | LIMITE MENSAL | LIMITE TRIMESTRAL | LIMITE ANUAL |
|-------------|---------------------|---------------|-------------------|--------------|
| LAGOA DANTA | 0,08 | 6,03 | 12,06 | 24,12 |
| | 1,00 | 3,42 | 6,85 | 13,70 |
| | 0,00 | 2,54 | 0,00 | 0,00 |

NÍVEL DE TENSÃO

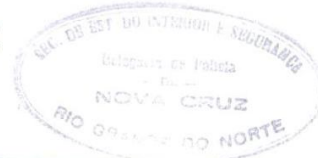
| TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO (%) |
|--------------------|------------------------|
| 220 | 202 - 231 |

Linhas de 12,22 kVSD - Valor do Encargamento de Tensão em Contorno



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL – DEGEPOL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN
6ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL - NOVA CRUZ – 6ª DRPC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 354/2017



Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO.

Local: Av. Selso Lisboa – Passa e Fica/RN.

Data e hora: 12/02/2017, por volta das 19:00h

Comunicante/Vítima: FÁBIO OLIVEIRA DA SILVA. RG: 36.284.445-8-SSP/SP.

Filiação: Francisco de Assis da Silva e Maria Lúcia Oliveira.

Natural: Natal/RN. **Nasc:** 07.11.1982

Endereço: Rua Sebastião Bezerra Guedes, 363, Centro – Passa e Fica/RN.

ACUSADO(s): não se aplica.

Histórico: Disse o comunicante, que em data, hora e local, descritos na ocorrência, pilotava uma motocicleta, (não sabendo informar os dados da moto em que pilotava, pois passou alguns dias internado no hospital e que durante esse período, o proprietário da referida moto, vendeu a moto, e foi para a cidade do Rio de Janeiro/RJ, pois já estava com a passagem comprada), quando, uma outra moto que vinha em sentido contrário, fez uma ultrapassagem indevida batendo na vítima; Que o condutor da outra moto se evadiu do local e que também não é possível informar que moto era e nem quem pilotava a referida moto; Que com a colisão a vítima caiu ao solo sofrendo as lesões descritas em laudo médico anexo e que foi primeiramente socorrido para o Hospital na cidade de Passa e Fica/RN, sendo transferido em seguida para o Hospital Walfredo Gurgel na Capital do Estado sendo atendido sob o Boletim de Atendimento n° 2664/2017. Este Boletim de Ocorrência se destina exclusivamente para pleito perante o Seguro DPVAT. Nada mais disse.

Testemunha: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Providência (s) Adotada (s): Registro de B.O e 1ª via entregue ao declarante.

Nova Cruz/RN, 18/04/2017

Fábio Oliveira da Silva
ASSINATURA DO (A) COMUNICANTE

Sandro Negreiros
ASSINATURA E MATRÍCULA DO (A) SERVIDOR (A)
SANDRO NEGREIROS
Agente de Polícia Civil
Mat. 165.167-6

Rua Assis Chateaubriand, 842 – CEP. 59215-000 – fone/fax (84)3281-5905/5912



HOSPITAL MATERNIDADE NOSSA SENHORA APARECIDA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSA E FICA/RN
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Nº 169.365

NOME: Fabio Oliveira da Silva
IDADE: 34 anos HORA DE ENTRADA: 19:22 DATA: 12/02/17
END.: R. Sebastiao Bezerra Guedes
PA: 10/90 mm Hg: _____ TEMPERATURA: _____ °C
Nº DO DOCUMENTO: _____

SpO₂ - 96% FC 94

12/02/17
17
TAC UTERINA
COLISÃO ENTRE
ACORO COM DOB
EDEMA DEFORMA
DADO COLEA E
TAC SUPRA ORICU
TADA ABD-VDU
A R. MU ⊕

FRATURA completa
FEMUR E
ENC 914454



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSA E FICA
 SECRETARIA DE SAÚDE
 HOSPITAL MATERNIDADE NOSSA SENHORA APARECIDA
 TEL.: (84) 32882021 / (84) 98895-0145



RECEITUÁRIO

NOME: FABIO OLIVEIRA DA SILVA
 ENDEREÇO: 349
QUILACAMINHAMENTO

*pac alocada
 vizinha colisa entre
 motor com fratura
 completa femur e
 abd: nru
 at: m e @ pa 14/9/2011
 5702-961 2c. 9h
 fac. saude
 enc. hospitalar de
 14/09/2011*

PASSA E FICA - RN
 CEP 59218-000

ASS. PROFISSIONAL - CARIMBO
 SAÚDE E PAZ: A GENTE FAZ

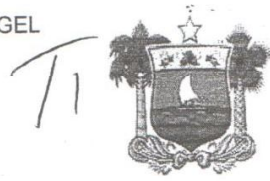
19:40/11

2003 12
 ASSINATURA



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **2664 /2017**
Admissão: **12/02/2017 22:40:13**



CIRURGIA GERAL - SEM CLASSIFICAÇÃO

Paciente: 2720 - **FÁBIO OLIVEIRA DA SILVA** (34 a 3 m 5 d)

Nascimento: 07/11/1982 Natural: NATAL.BRASIL

CNS:

CPF:

Prof:

Sexo: M Cor: **PARDA**

Mãe: MARIA LUCIA OLIVEIRA

Paí:

Logradouro: SEBASTIAO BEZERRA GUEDES, 363

CEP: 59218000

Bairro: PASSA E FICA

Cidade: PASSA E FICA

Telefone:84.987218763

Compl:

Motivo: MOTO X MOTO - COLISAO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

*Empresa:

| | | | | | | | | | |
|-------------|------|-----|-------|------|------------------------------------|------|-------|---------|-----|
| Fluxograma: | | | | | Discriminador: | | | | |
| OBS: | | | | | Classificação: 12/02/2017 22:17:29 | | | | |
| HORA | P.A. | HGT | SatO2 | FI02 | F.R. | F.C. | TEMP. | Glasgow | RTG |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

RADIOGRAFIA/HMWG
 12/02/17 - 22:17:29
 Data e hora de emissão
 de arquivo

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: colisão moto/moto trauma em perna esq.

Hora: 22:30 Colisão moto-moto há 4 horas com capacete.
Relato perda de consciência. Náusea vômitos e vômitos.
Anixa-se de dor em joelho E.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A VAP cervical baixa

B MV+ simétrica, r/ra

C Pulsos amplos, FC < 30, RR 20, BNF, N/ra, PA: 130x80 F: 88

D Glasgow 15, pupilas iso/foto, B/defeito

E Edema em joelho E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdomen flácido e indolor.

Trazido sem color cervical

Realizado em: _____
Técnico: _____
ASSINATURA

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por CELEIDE FERNANDES NASCIMENTO. Impresso em 12 de Fevereiro de 2017.

2010

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS): Neg

M (MEDICAÇÃO EM USO): Neg

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): Neg

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS)

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL): Há 3 anos

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)

Rx AP + Perfil Joelho E

Rx de Bacia AP

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MED. DAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

13/02/16 09:30.

Paciente no rob do CC, eufórico e bem colaborador, porém semi desorientado. Gênero e delírio à polares.

CA: Pnemodi SVD e edema sob 800ml.

Após SVD - melhorado do delírio e do edema.

CA: Sed. USG.

Dr. Irami Araujo Filho

Cirurgião Geral / Ap. Digestivo

CRM/RV - 4247

Dra. Karla Avelino

Urologista

CRM/RV 40330

Dr. Irami Araujo Filho

Cirurgião Geral / Ap. Digestivo

CRM/RV - 4247

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

| | | |
|----------------------------------|--------------------|-----------------------|
| ESPECIALISTA 1: <u>Ortopedia</u> | HORA: <u>22:50</u> | DATA: <u>12/02/17</u> |
| ESPECIALISTA 2: <u>NCR</u> | HORA: <u>22:50</u> | DATA: <u>12/02/17</u> |
| ESPECIALISTA 3: | HORA: | DATA: |

ANEXO: PLANILHA DE REGISTRO DE ATENDIMENTO - UNIDADE: MEDICINA DE UROLOGIA - HOSPITAL: HOSPITAL DAS CLÍNICAS - FOLHA Nº 01 DE 01

ALUNO: RAIMUNDO NONATO ALVES. ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: NCR - 2320

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: NCR - 2320

ANAMNESE: Acidente motorista com pluri de comatose por cerca de 04 hrs. ECG: IS - Sin. deph. pes. eolite com FRONTAL FRENTEO PARENTO

EXAME FÍSICO: PARA N.C.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: ~~FRONTAL FRENTEO PARENTO~~

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATORIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

24:20 / Lucas
CORREN 608335

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

| ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW | |
|--|---|
| Abertura Ocular (AO) | 0 |
| Oftalmos se abrem espontaneamente. | 3 |
| Oftalmos se abrem ao comando verbal. (Pode confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.) | 2 |
| Oftalmos se abrem por estímulo doloroso | 1 |
| Oftalmos não se abrem. | 0 |
| Melhor resposta verbal (MRV) | 5 |
| Orientação (Responde coerentemente a perguntas sobre seu nome, idade, endereço, mês, e período de ano - mês) | 4 |
| Conhecimento (Responde às perguntas espontaneamente, mas há alguma desorientação e confusão) | 3 |
| Palavras incoerentes (Fala aleatória, mas sem termos convencionais) | 2 |
| Sons ininteligíveis. (Gemeado com alterações palpitantes) | 1 |
| Ausência. | 0 |
| Melhor resposta motora (MRM) | 6 |
| Obedece a ordens verbais. (Faz testes simples quando lhe é orientado) | 5 |
| Localiza estímulo doloroso. | 4 |
| Resposta inespecífica à dor. | 3 |
| Flexão flexão à dor (Decorticação). | 2 |
| Flexão extensor à dor (Decorticação). | 1 |
| Sem resposta motora. | 0 |
| Total | |

| "ESCALA DE TRAUMA REVISADA - RTB" | |
|-----------------------------------|-------------|
| DISCRIMINADOR | 13-150 = 50 |
| ESCALA DE COMA DE GLASGOW | 9-120 = 3 |
| | 6-80 = 2 |
| | 4-50 = 1 |
| | 30 = 0 |
| FREQUÊNCIA RESPIRATORIA | 18-28 = 3 |
| | 7-20 = 2 |
| | 1-10 = 1 |
| | 0 = 0 |
| PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA | > 90 = 4 |
| | 75-90 = 3 |
| | 50-75 = 2 |
| | 1-50 = 1 |
| | 0 = 0 |

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)

03 - 08 grave (necessidade de intubação imediata);
09 - 13 moderado;
14-15 leve

* Referência: TEASDALE G., JENNET S. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974; 2: 959-964

** A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa aplica-se a 2 meses que desenvolvem a intencionalidade em sua age de acordo com os seguintes objetivos:

| SEM DOR | LEVE | Moderada | Intensa | Pior Possível |
|---------|------|----------|---------|---------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

"Escala de Trauma Revisada (RTB): São índices de sobrevivência para pacientes de trauma fechados. Referências: Adaptado de Champion DL, Sacco WJ, Copes, et al: A revision of the Trauma score. J Trauma 20(5) 624, 1985.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO: Ortopedia

ANAMNESE: Acidose do parto com fratura
PIE.
Rx: Rx deq. joelho +

EXAME FÍSICO: Importante edema e vermelhidão em
joelho e quadril + diminuição de
deformação: BPO. Não possível avaliar
deformação de joelho.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: Rx deq. joelho + tiro no joelho

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLÓGIA E IMAGEM) LABORATÓRIO
Rx joelho - BSA - APTD
Rx joelho - BSA - APTD
Rx joelho - BSA - APTD

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Dpo CC para 70
unidade
D. Anestesia com bloqueio
periférico em joelho
em duas partes anestesiado
D. Cefalotina 1g 2x

Assinatura e Carimbo do Responsável: Dr. Virgílio S. Azevedo
CRM/RN 6641 - ECF 14505
CPF 065.216.8243

DESTINO DO PACIENTE: CC. Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: Ortopedia DATA: 13/02/17 HORA: 02:00h

SAÍDA: DATA: / / HORA:

Decisão Médica À Revelia Transferido para:

ÓBITO: DATA: / / HORA:

Entregue à família com Atestado S.V.O. I.T.E.P.

Médico (Carimbo): Dr. Virgílio S. Azevedo
CRM/RN 6641 - ECF 14505
CPF 065.216.8243

DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA:

SAÍDA: DATA: / / HORA:

Decisão Médica À Revelia Transferido para:

ÓBITO: DATA: / / HORA:

Entregue à família com Atestado S.V.O. I.T.E.P.



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFRIDO GURGEL
PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO - 1156258



| | | | | | |
|---------------|-------------------------|---------|-----------------|-------|-----|
| PACIENTE | FABIO OLIVEIRA DA SILVA | | | | |
| CARTÃO SUS | - | Nº | 1156258 | | |
| IDADE | 34 | SEXO | - | ETNIA | - |
| NOME DA MÃE | MARIA LUCIA OLIVEIRA | | | | |
| NOME DO PAI | - | Nº | - | | |
| RUA/AV. | - | BAIRRO | - | | |
| COMPLEMENTO | - | CIDADE | Passa e Fica-RN | | |
| CEP | - | UNIDADE | Observação 2 | LEITO | 954 |
| ESPECIALIDADE | Ortopedia | USUÁRIO | Celeide | | |

ADMISSÃO 13/02/2017 02:44 ALTA ___/___/___ ÓBITO ___/___/___ DIAS DE PERMANÊNCIA ___

DIAGNÓSTICO INICIAL *Fratura de fêmur exposta*

DIAGNÓSTICO FINAL

Empty lined area for medical notes, with a large handwritten 'X' and a stamp that says 'TO DESF' and 'ASSINATURA'.

Natal, 13/02/17

Manoel Victor F. Marques
Ortopedia - CRM 4612
Assinatura do médico responsável - CRM


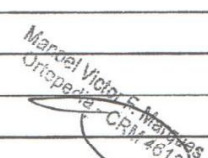
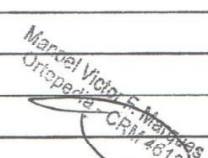
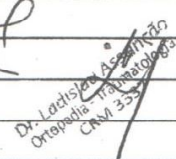


Nome **FABIO OLIVEIRA DA SILVA**

Leito:

Idade:

Nº Registro:

| DATA | EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR |
|----------|--|
| 13/02/17 | - Coluna com fratura - Fratura femur direita + hemostase por protocolo Santa Helena. Pulso bilateral normal e quente intacto, sensível, quente e úmido.  |
| 14/02/17 | Exatid. - lesões tendões membros membros. (d. Exatid. <u>usa</u> .  |
| 15/02/17 | Exatid. - lesões tendões membros membros. (d. Exatid. <u>usa</u> .  |
| 16/02/17 | Paciente estável (d. <u>prontidão</u>  |



GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL

Identificação

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 12/02/2017 Alta: 1/1/_____
Nome: Fabris Oliveira da Silva Naturalidade: Natal
Idade: 34 Sexo: (X) Masculino () Feminino Data de Nascimento: 07/11/1982
RG: 36.284.445-8 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: Em Função Ocupado
Filiação: Pai: Francisco de Assis da Silva Mãe: Maria Lucia Oliveira
Endereço: R. Sebastião Pereira Gomes, 363 Cidade: Parnaíba
Telefone: 987218763 () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: _____ Outros telefones: _____
Composição familiar: 02 pessoas
Outras informações: Faz uso de (X) Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Servente de Pedreiro Trabalho c/ vínculo empregatício (X) Não () Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPs () SAD
Interrupção decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa _____

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento (X) Trazido por familiares () Trazido pelo SAMU
() Socorrido em via pública () Outros meios _____
() Encaminhado: Hospital de origem: Parnaíba

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Maria Lucia Oliveira
Parentesco: Mãe Telefone: _____
Endereço do Responsável: O mesmo

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Paciente reside com a mãe. Pais separados sem relacionamento autônomo. Solteiro divorciado.

Saída

óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs. _____
Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____
Orientações/Encaminhamentos: _____

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 Secretaria de estado da Saúde Pública
 Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
 Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Fabio oliveira da silva
 DATA DE NASCIMENTO: 02/11/1982 IDADE: 34 anos
 REGISTRO: 1156258
 DATA DE ADMISSÃO: 13/02/2014 HORA: 8:00

ADMISSÃO DO PACIENTE:
 CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Ortopedia

HIDRATAÇÃO: SIM () NÃO () VIA: PERIFÉRICO () ACESSO CENTRAL: ()
 NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONSCIENTE () ORIENTADO () VIGIL () AGITADO ()
 INCONSCIENTE: ()

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () GRAVE ()

SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE () M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()

ALÉRGICO: SIM () NÃO () HIPERTENSO: SIM () NÃO ()

DIABÉTICO: SIM () NÃO () ASMÁTICO: SIM () NÃO ()

DOENÇA RENAL: SIM () NÃO () OUTRAS PATOLOGIAS: _____

MEDICAÇÕES EM USO: _____

CIRURGIAS ANTERIORES: Nega

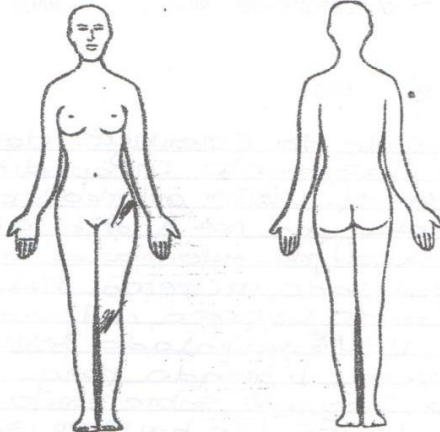
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()

OBSERVAÇÃO: blauve parca do Geral em sala cirurgica (sala 3)

ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____

ÁREA DE PUNÇÃO: braco esquerdo HORA: 8:05

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



JALECO Nº _____ ACESSO CENTRAL: _____

INSTRUMENTADO: Rosane Vieira

CIRCULANTE: Rosane e Sacavato

TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI () PERIDUAL () B.P.B. () LOCAL ()

OBS: Sedação Venosa

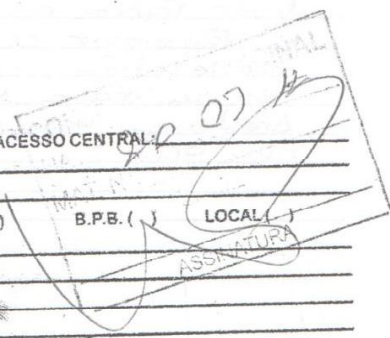
ANESTESISTA: Dr. e Andrea pinto

INÍCIO DE ANESTESIA: 8:35

TÉRMINO DE ANESTESIA: 9:25

ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: Moxifloxacil 400mg, Doxiciclina 100mg

HORA: Dexametasona 2mg/6h, Clavulanic 1000mg



ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

INICIO DE CIRURGIA: 08:45
CIRURGIÃO: Dr.º Manoel Victor
1º AUXILIAR: _____
2º AUXILIAR: _____
3º AUXILIAR: _____
TIPO DE CIRURGIA: Drenagem de Idematoma, Patela exposta +
fixação esquelética

TÉRMINO DE CIRURGIA: 09:00
SONDAGEM VESICAL: SIM (x) NÃO () N° DA SONDA: 18
SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (x) N° DA SONDA: _____
EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (x) RX: SIM () NÃO ()
RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO (x) TIPO: _____

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (x) TIPO: _____
ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO (x) FEITO FICHA: SIM () NÃO ()
MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO (x) ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM () NÃO ()
FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO (x)
DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO (x)
COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM (x) NÃO () QUANTIDADE: 10 unidades
GAZES CONFERIDAS: SIM (x) NÃO () QUANTIDADE: 05 unidades
CAIXA CIRÚRGICA: PC

COMPLETA: SIM (x) NÃO () OBS.: _____
ÓBITO: SIM () NÃO (x) HORA: _____ REALIZADO RCP: SIM () NÃO ()
RESPONSÁVEL PELA RCP: _____
PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (x) UTI () ALTA ()
EM AR AMBIENTE: SIM (x) NÃO () TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO ()
ENTUBADO: SIM () NÃO (x)
PREENCHIDO AIH: SIM (x) NÃO ()
FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (x) NÃO ()
FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (x) NÃO ()

OBSERVAÇÕES: paciente proveniente da observação das
(2), para submeter-se a tratamento ortopédico
nas condições de Dr.º Manoel Victor, ortopedista
induzido por via endovenosa por Dra.ª Andréa Pinto,
sem legado cateterismo venoso pela enfermeira Ana
cláudia, monitorizado, fixado o arímetro, PNI, após
dado início ao procedimento cirúrgico, a fixação
de stayman e o fio de N.º 1/8 sustentado pela
esqueletica, em seguida liberado para o
caso, em mãos sigueridas, comente sobre o efeito de
Anestesia, verificado SIV, FC 100 bpm, PA 138/83
spO2 96%

Ana cláudia Assinatura do (a) Enfermeiro(a)
Andreia Vieira COREN 43083 Assinatura do Circulante
Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria do Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

BOLETIM OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Fabrizio Oliveira da Silva Reg. Nº 1156258
Diagnóstico pré-operatório: Fratura de fêmur esquerda + hematoma pelo pé direito
Indicação terapêutica: Redução hematoma + colocação de placa e parafusos
Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 13/02/17 Início: 8h40min Término: 9h07min Duração:
Operador: Waldemar Victor F. Marques CRM/CRO:
Ortopedia - CRM 4612
1º Auxiliar: CRM/CRO:
2º Auxiliar: CRM/CRO:
Instrumentador: Leonel
Anestesista: Andréa Pinto CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Anestesia e antitrombose, aplicação de campo cirúrgico, posicionamento para pedruz lateral pelo membro superior esquerdo, redução da hematoma com aspiração com punção, aplicação de placa ligamentar pedruz com parafusos isolados por S. Anestesia 5.0 em plano distal. (Sintoma melhor 3-0 pelo fêmur).

Waldemar Victor F. Marques
CRM 4612

COMPARTAMENTO OPERATÓRIO
DATA: 13/02/17
NAT. N.º
ASSINATURA

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?
Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

| | | | | | |
|--|--------------------------------|-----------------|---------------|------------------|------------------|
| Hospital DHL | | Enfermaria | Leito | Nº prontuário | |
| Nome Fabio Oliveira do Nascimento | | Idade 31 | Sexo M | Cor | |
| Data 20/12/2017 | Pressão arterial 130/90 | Pulso | Respiração | Temperatura | Peso 77,5 |
| Tipo sanguíneo | Hematomas | Hemoglobina | Hematócrito | Glicemia | Uréia |
| | Urina | | | | Outros |
| Ap. respiratório N | | | | Asma | |
| Ap. circulatório N | | | | Bronquite | |
| Ap. digestivo V | | | | Eletrcardiograma | |
| Estado mental lucido | | Dentes | Pescoço | Ap. urinário | |
| Diagnóstico pré-operatório Fratura de fêmur | | Ataraxicos | Corticoides | Alergia | Hipotensão |
| Anestésias anteriores | | Aplicada às | | Efeito | |
| Medicação pré-anestésica | | | | | |

| | | |
|---------------------|---|-----------------------------|
| Agentes Anestésicos | 0 | |
| Líquidos | | GA 500 RL 500 |

| | | | | | |
|------|--------|---------|---------|---|--|
| Oper | Anest. | O Resp. | P Pulso | | |
| ○ | X | ○ | X | 200 250 240 230 220 210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 | 1. Clonazepam 2. Propofol 3. Atarax 4. Relaxante Musc. 5. Antibiotico |

SIMBOLOS **ECG, PAIN.**

ANUIAÇÕES

POSIÇÃO

Agentes **Neocinoma 0,5% - clonaz + Dexam + DA + morad + Depressor**

Técnica **Intubação**

Operação **Fratura de fêmur**

Cirurgiões **Carvalho + N. Costa**

Anestésistas **Fabio** **Rosa Maria P. Valle**

Observações **Médica Anestesiologista CRM/RN 1123**

Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias Perda sanguínea



Hospital

Nome do paciente: **FABIO OLIVEIRA DA SILVA** Nº prontuário

Data operação: **20/01/17** Enf. Leito

Operador: **RAIMUNDO MAGDO** 1º auxiliar: **NETO CORREIA**

2º auxiliar 3º auxiliar Instrumentador

Anestesiista: **KAISA VASHE** Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório: **FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO**

Tipo de operação: **TTO CIRURGICO COM FIXAÇÃO**

Diagnóstico pós-operatório: **INTENSA**

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no etc

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

FRATURA SUB ANESTESIA, ASSEPSIA
CAMPIUS INCISAO LATERAL, DISSECAÇÃO
REDUÇÃO PLACA DO COM 12 FIOS
PARAFUSOS CORTICAN, SUTURADO
PLAQUE CURATIVO

Dr. Raimundo Magdo do Carmo
Ortopedista - Trauma
Pelo nº 194114/PR
CRM 2106 - TCCT 5981
CPF: 188.304.804-44

COPIA ORIGINAL
27/01/17



PRESCRIÇÃO MÉDICA - IKAUMAI ULOGIA

PACIENTE: FABIO OLIVEIRA DA SILVA

DATA: 21/01/2017

IDADE:

| | | |
|----|---|---|
| 1 | DIETA LIVRE | |
| 2 | SG 5%-1000ML EV P/24HS | 1 |
| 3 | SF 0.9% -1000ML EV P/24HS | 3 |
| 4 | CEFALOTINA(1G)EV DE 6/6HS (INICIO 20.02.17) | 1 |
| 5 | TRAMAL(100MG)1 AMP+100ML DE SF 0.9% EV DE 8/8HS | 1 |
| 6 | TILATIL(40MG)EV 1X DIA | 1 |
| 7 | DIPIRONA-EV DE 6/6HS | 1 |
| 8 | SSIV E CCGG | 1 |
| 9 | | |
| 10 | | |
| 11 | | |
| 12 | | |

Wkly Siga a medicação

EVOLUÇÃO MÉDICA:

2/10/17 - Paciente evoluiu bem, sem febre

DIAGNOSTICO:

QUEIXAS

NEUROVASCULAR EM MEMBRO AFETADO: (X) SEM ANORMALIDADES OBS:

PRESEÇA DE FERIDA () NÃO () SIM ASPECTO:

IMOBILIZAÇÃO: QUAL? TROCAR? SIM () NÃO ()

SOLICITO RADIOGRAFIA:

SOLICITO OUTROS EXAMES:

Sistema de Assinatura Digital

[Handwritten signature]

Fábio Oliveira *239* *91502-9159 CEC*



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Waifredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

| | |
|-----------------------------------|----------------------------|
| 1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | 2 - CNES |
| 3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE | 4 - CNES Cod: 197042373 |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| | | | | | | |
|--|---|------------------------|--|---|----------|---|
| 5 - NOME DO PACIENTE <i>Fabio Oliveira de Silva</i> | | | 6 - Nº DO PROTOCOLO | | | |
| 7 - CARTÃO NACIONAL / SUS <i>700505422532860</i> | 8 - DATA DE NASCIMENTO <i>07-11-82</i> | 9 - SEXO <i>3ra</i> | MASCULINO | 1 | FEMININO | 2 |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Mãe Luciana Oliveira</i> | | | 11 - TELEFONE DE CONTATO <i>387218763</i> | | | |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) <i>R. Sebastião Bezerra Guedes</i> | | | | | | |
| 13 - MUNICÍPIO <i>Passa e Fica</i> | 14 - BAIRRO <i>Centro</i> | 15 - UF | 16 - CEP | | | |

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

| | | | |
|---|--------------------------------|---------------------|------------------------|
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Fratura exposta de fêmur + lesão / fratura</i> | | | |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>170 dias de internação</i> | | | |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Rx + exames para</i> | | | |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura</i> | 21 - CID INICIAL <i>T72</i> | 22 - CID SECUNDÁRIO | 23 - LAUDOS ASSOCIADOS |

PROCEDIMENTO SOLICITADO

| | | | |
|---|----------------------|----------------------------|--|
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Artroscopia</i> | 26 - LEITO / CLÍNICA | 27 - CARATER DA INTERNAÇÃO | 28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE |
| 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>011 50105 12</i> | | | 29 - DT SOLICITAÇÃO <i>03/02/17</i> |
| | | | 30 - CNS / CPF |
| | | | 31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) <i>Dr. Fábio Oliveira de Silva - Cirurgião Geral - CRM 12345 - RGO 123456789</i> |

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU INFELICIAS)

| | | | |
|---------------------------------|-------------------------|---|------------------------------------|
| 32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO | 33 - CNPJ DA SEGURADORA | 34 - Nº DO BILHETE | 35 - BÔNUS |
| 36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO | 37 - CNPJ | 38 - | 40 - |
| 39 - () ACID. TRABALHO ATÍPICO | | DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL | |
| 41 - CID PRINCIPAL | | 43 - () | 44 - () GRAVE 45 - () GRAVISSIMA |
| 42 - CID SECUNDÁRIO | | | |

AUTORIZAÇÃO

| | | |
|--|--|--|
| 46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO | 50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO | 54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) <i>011 50105 12</i> |
| 47 - DT AUTORIZ. | 51 - DT AUTORIZ. | |
| 48 - CNS / CPF | 52 - | |
| 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) | 53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) | |

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde a luz dos valores éticos e humanitários.



Sistema Único de Saúde
Ministerio da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

| | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| 1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | | 2- CNES | |
| 3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA | | 4- CNES 3515168 | |
| Identificação do Paciente | | | |
| 5- PACIENTE FABIO OLIVEIRA DA SILVA | | 6- NUMERO DO PRONTUÁRIO 146822 | |
| 7- CARTÃO NACIONAL SUS 700505422533860 | 8- DATA DE NASCIMENTO 07/11/1982 | 9- SEXO MASCULINO | 10- RAÇA/COR PARDA |
| 11- NOME DA MAE MARIA LUCIA OLIVEIRA | | 12- TELEFONE DE CONTATO 987218763 | |
| 13- NOME DO RESPONSÁVEL MARIA LUCIA OLIVEIRA | | 14- TELEFONE DE CONTATO | |
| 15- ENDEREÇO (RUA, N°) RUA SEBASTIÃO BEZERRA GUEDES, 363 | | | |
| 16- MUNICÍPIO PASSA E FICA | 17- BAIRRO CENTRO | 18- UF RN | 19- CEP 59218000 |

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Transtorno mental

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

M. de...

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

S. R. 7

23- DIAGNÓSTICO INICIAL
F. T. de...

24- CID 10 PRINCIPAL
F. T. de...

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Atendimento...

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
Manoel Correia Neto

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO
 CNS CPF

32- Nº DOCUMENTO DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

38- () ACI. TRABALHO TRAJETO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SERIE

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CHAE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO DESEMPREGADO APOSENTADO NÃO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGAO EMISSOR

48- DOCUMENTO
 CNS CPF

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

CONFERE O ORIGINAL
Manoel Correia Neto
20/03/08

SINISTRO 3170230518 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FABIO OLIVEIRA DA SILVA
COBERTURA Invalidez
SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO TERRA DO SOL
ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO FABIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF/CNPJ: 29330744869

Posição em 06-09-2017 11:12:28

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

| Descrição | Tipo | Status | Nome |
|---------------------------------------|--------|----------|------|
| Boletim de ocorrência | Vitima | Pendente | |
| Declaração do Proprietário do Veículo | Vitima | Pendente | |



DOS QUESITOS PERICIAIS.

1. Para a realização da perícia médica judicial, o(a) Autor(a) apresenta os seguintes quesitos:

- A) O(a) autor(a) possui alguma invalidez ou sequela permanente decorrente do acidente de trânsito sofrido?
- B) Em que região do corpo está localizada a invalidez ou sequela?
- C) Qual tempo médio para a convalidação da referida lesão?
- D) A invalidez ou sequela é notória ao autor(a), ou seja, poderá ser perceptível sem parecer médico?
- E) A ciência inequívoca da consolidação das sequelas pode ser verificada sem um laudo profissional?
- F) Com base na documentação médica apresentada, é possível precisar a data da ciência inequívoca, pelo(a) autor(a), do caráter definitivo de suas sequelas?
- G) Sendo o(a) autor(a) possuidor(a) de invalidez, qual o grau da invalidez segundo a Lei 11.945/2009?
- H) Existe tratamento médico capaz de reverter a situação do(a) autor(a)?
- I) Existindo tratamento, este é acessível a pessoas de situação financeira precária? É fornecido pelo Sistema Único de Saúde, de forma satisfatória?