



Número: **0851109-93.2018.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **18/12/2018**

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

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

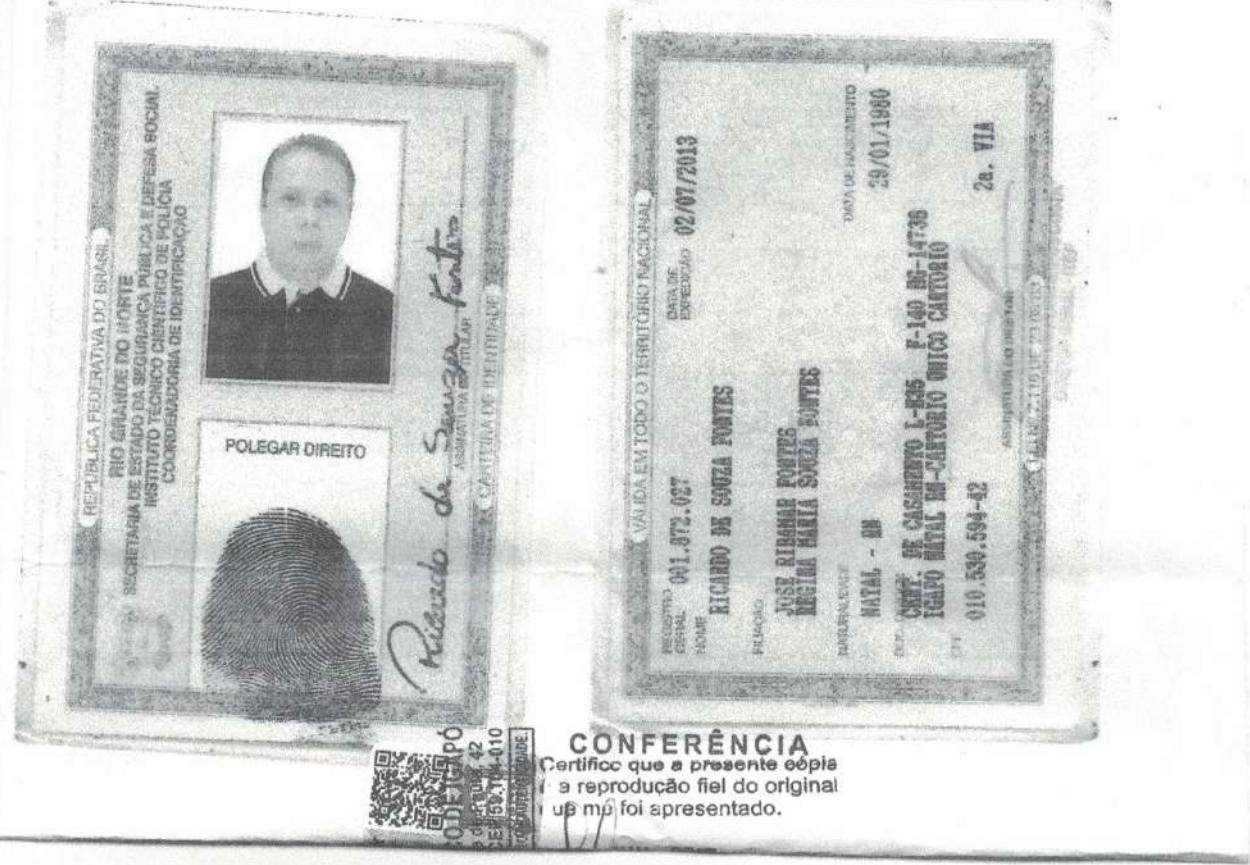
Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>RICARDO DE SOUZA FONTES (AUTOR)</b>	<b>VICTOR PALLA DE MEDEIROS CADETE (ADVOGADO)</b> <b>FRANCISCO EDSON CARLOS RIBEIRO (ADVOGADO)</b> <b>IGOR RAPHAEL FERREIRA SANTOS (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33779 723	17/10/2018 14:17	<a href="#">Anexo- Doc. Pessoais e Comprovante de Residência</a>	Documento de Identificação
33779 760	17/10/2018 14:17	<a href="#">Anexo- Procuração</a>	Procuração
33779 788	17/10/2018 14:17	<a href="#">Anexo -Contrato de Honorários</a>	Documento de Comprovação
33779 823	17/10/2018 14:17	<a href="#">Anexo- Declaração da SAMU</a>	Documento de Comprovação
33779 973	17/10/2018 14:17	<a href="#">Anexo- Prontuário Médico do WALFREDO GURGEL-em PDF</a>	Documento de Comprovação
33780 153	17/10/2018 14:17	<a href="#">Anexo- Prontuário Médico do DEOCLECIO MARQUES-em PDF</a>	Documento de Comprovação
33780 193	17/10/2018 14:17	<a href="#">Anexo - Boletim de Ocorrência</a>	Documento de Comprovação
33780 214	17/10/2018 14:17	<a href="#">Anexo- Comprovante de Pagamento</a>	Documento de Comprovação





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE  
Avenida Senador Saíago Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000  
CNPJ: 08.334.385/0001-36 / INSC. Estadual: 20055.426-3  
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO  
Litorânea: B-06 - P-01/04/1 - 14-1700  
EN-0-9109-2500  
115  
115

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 19/06/2018 AS 10:05:20

MATRÍCULA: 7630727 MÊS/ANO: 06/2018

DADOS DO CLIENTE

MARIA DO LIVRAMENTO PEREIRA  
RUA LINDALVA OLEGARIO, N. 280 - NOSSA SENHORA DA  
APRESENTACAO NATAL RN 59115-525

INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ.ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS
	6	4332	RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO
209.072.333.0006.000	SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO		SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL
HIDÔMETRO SEM MEDIDOR			

CONSUMO ÁGUA (M<sup>3</sup>): 10 DATA LEITURA:  
LEIT. ATUAL:  
LEIT. ANT.:  
DIAS CONSUMO:

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MÉDIA
05/2018	10	03/2018	10	01/2018	10	10
04/2018	10	02/2018	10	12/2017	10	

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
AGUA		
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)	10 M <sup>3</sup>	39,99
CONSUMO DE ÁGUA		0,79
MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2018		
FATURAS EM ATRASO		
REF 201704 80.69	REF 201707 39.17	
REF 201705 83.56	REF 201708 39.08	
REF 201706 44.42	OUTROS 316.01	

**C&R**  
**ADVOCACIA**  
**PROCURAÇÃO PARTICULAR**

---

**OUTORGANTE(S) RICARDO DE SOUZA FONTES**, brasileiro, casado, desempregado, portador de cédula de identidade nº 001.872.027 ITEP/RN e inscrito no CPF sob o nº 010.530.594-42, residente e domiciliado na Rua Lindalva Olegário, nº 280, Nossa senhora da Apresentação, Natal/RN, CEP 59115.525.

**OUTORGADO(S): FRANCISCO EDSON CARLOS RIBEIRO**, brasileiro, solteiro, advogado, regularmente inscrito na OAB/RN sob o nº 15.486, - e-mail: [ribeiroedson208@gmail.com](mailto:ribeiroedson208@gmail.com), **VICTOR PALLA DE MEDEIROS CADETE**, brasileiro, solteiro, advogado, regularmente inscrito na OAB/RN sob o nº 16.134/RN, e-mail: [victorcadete.adv@gmail.com](mailto:victorcadete.adv@gmail.com), residente e domiciliado na cidade de Natal/RN, e **IGOR RAPHAEL FERREIRA SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado, regularmente inscrito na OAB/RN sob o nº 15.844, e **CAIO DE PAULA SILVA**, brasileiro, solteiro, advogado, regularmente inscrito na OAB/RN sob o nº 15.485, todos com endereço profissional na Rua Marcílio Dias, nº 181-A, Igapó, Natal – RN - CEP: 59104-260, a quem confere os poderes, abaixo descritos.

**PODERES:** Os mais amplos poderes e ilimitados podendo, inclusive os da cláusula Ad Judicia et extra, para, em conjunto ou separadamente, representar o outorgante perante quaisquer Juízos, Instâncias ou Tribunais, inclusive perante o Colendo Supremo Tribunal Federal, Repartições Públicas e Autárquicas, Federais, Estaduais ou Municipais, em qualquer de seus órgãos ou serviços, onde necessária seja a apresentação de mandato, podendo a outorgado propor as ações competentes, e defende-lo nas que for proposta ou contrária, recorrer, variar, desistir, reconvir, confessar, transigir, fazer acordos ou composições, firmar termos de compromisso prestar declarações, ratificar, promover levantamentos de alvará, receber, dar quitação, receber valores de precatórios judiciais, promover habilitações de crédito, concordar com cálculos, substabelecer com ou sem reserva de poderes, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica. (Em conformidade com a norma do art. 105 do NCFC15) e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

Natal/RN, 15 de outubro de 2018.

*Ricardo de Souza Fontes.*

Assinatura do Outorgante

---

Fone: (84) 99992-8899/ 987494546/ 98636-2442 – E-mail:  
[ceradvogados.jus@gmail.com](mailto:ceradvogados.jus@gmail.com)  
R. Marcílio Dias, 181 – A - Igapó, CEP 59.104-260.

**C&R**  
**ADVOCACIA**  
**CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

**I-IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES CONTRATANTES**

**CONTRATANTE:** RICARDO DE SOUZA FONTES, brasileiro, casado, desempregado, portador de cédula de identidade nº 001.872.027 ITEP/RN e inscrito no CPF sob o nº 010.530.594-42, residente e domiciliado na Rua Lindalva Olegário, nº 280, Nossa senhora da Apresentação, Natal/RN, CEP 59115.525.

**CONTRATADO:** FRANCISCO EDSON CARLOS RIBEIRO, brasileiro, solteiro, advogado, regularmente inscrito na OAB/RN sob o nº 15.486, - e-mail: ribeiroedson208@gmail.com, e **IGOR RAPHAEL FERREIRA SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado, regularmente inscrito na OAB/RN sob o nº 15.844, ambos com endereço profissional na Rua Marcílio Dias, nº 181-A, Igapó, Natal – RN - CEP: 59104-260.

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente **CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**, que se regerá pelas cláusulas seguintes e pelas condições descritas no presente.

**II-DO OBJETO DO CONTRATO**

**CLÁUSULA 1** - O presente instrumento tem como objeto a prestação de serviços advocatícios, **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** As atividades inclusas na prestação de serviço objeto deste instrumento, são todas aquelas inerentes à advocacia, quais sejam:

- a) Praticar quaisquer atos e medidas necessárias e inerentes à causa, junto a todas as repartições públicas da União, dos Estados ou dos Municípios.
- b) Praticar todos os atos inerentes ao exercício da advocacia e aqueles constantes no Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil, especificados no **INSTRUMENTO PROCURATÓRIO**.

**CLÁUSULA 2** - Havendo necessidade de contratação de outros profissionais, no decurso do processo, o **CONTRATADO** elaborará substabelecimento. Restando facultado ao **CONTRATANTE** aceitar ou não o substabelecimento.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** Agindo o **CONTRATANTE** de forma dolosa ou culposa em face do **CONTRATADO**, restará facultado a este se exonerar de todas obrigações.

**CLÁUSULA 3** - Fica acordado entre as partes que os honorários advocatícios será de 30 % (trinta por cento) do valor que o **CONTRATANTE** receber.

Fone: (84) 99992-8899/ 987494546/ 98636-2442 – E-mail:  
ceradvogados.jus@gmail.com  
R. Marcílio Dias, 181 – A - Igapó, CEP 59.104-260.

  
IGOR RAPHAEL FERREIRA SANTOS  
A D V O G A D O  
OAB/RN 15.844



**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** Os honorários de sucumbência pertencem ao advogado, ora contratado.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** Havendo acordo entre o **CONTRATANTE** e a parte contrária, não prejudicará o recebimento dos honorários contratados e da sucumbência.

**PARÁGRAFO TERCEIRO:** As partes estabelecem que havendo atraso no pagamento dos honorários, serão cobrados juros de mora na proporção de **1% (um por cento) ao mês, e multa de 5% (cinco por cento) ao mês.**

**CLÁUSULA 4** - Todas as despesas, efetuadas pelo **CONTRATADO**, ligadas direta ou indiretamente com o processo, ficarão a cargo do **CONTRATANTE**.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** Todas as despesas serão acompanhadas de respectivo **RECIBO**.

**CLÁUSULA 5** - As partes acordam que facultará ao advogado contratado, o direito de realizar a cobrança dos honorários por todos os meios admitidos em direito.

**CLÁUSULA 6** - As partes elegem o foro da Comarca de Natal/RN para dirimirem quaisquer dúvidas concernentes ao presente instrumento.

Natal - RN, 15 outubro de 2018

*Ricardo de Souza Faria*  
Contratante  
  
Igor Raphael Ferreira Santos  
OAB-RN 15.844

---

Francisco Edson Carlos Ribeiro  
OAB-RN 15.844

---

Fone: (84) 99992-8899/ 987494546/ 98636-2442 – E-mail:  
ceradvogados.jus@gmail.com  
R. Marcílio Dias, 181 – A - Igapó, CEP 59.104-260.

 <b>NATAL</b>	<b>PREFEITURA DO NATAL</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b> <b>SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA</b> <b>SAMU 192 NATAL</b>	 <b>SAMU</b> <b>192</b>
---	--	--

### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **RICARDO SOUZA FONTES**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 05/04/2018, aproximadamente às 11h04min, na Avenida Avenida Industrial João Francisco da Motta, Bom Pastor, nesta Cidade. **Sob nº de ocorrência 198401/1**, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 10 de outubro de 2018.

**Everton da Silva Rocha**  
 Coordenador Administrativo SAMU 192 Natal  
 Matrícula nº 61.096-08

---

Rua Potiguares, 300 - Dix Sept Rosado - Natal/RN – CEP: 59054-280  
 Tel.: (84) 3232-9222 (84) 3232-9211 - e-mail: [admsamunatal@yahoo.com.br](mailto:admsamunatal@yahoo.com.br)

## FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 198401/1

Data: 05/04/2018

### CHAMADO

TARM: FERNANDA DA SILVA

Médico Regulação: CRISTINA TOLEDO ALMEIDA

Rádio Operador: BRENO MORAIS DOS SANTOS

Médico Cena: CRISTINA TOLEDO ALMEIDA

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 14 (BASE DESCENTRALIZADA LEIDE MORAIS)

Equipe VTR: IUGBERG HOLANDA DE AZEVEDO - CONDUTOR DE VEÍCULO DE  
EMERGÊNCIA  
CLÓVIS JOSÉ F. NETO - TECNICO DE ENFERMAGEM  
MARIANO DENIS FERREIRA DA SILVA - TECNICO DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO MEDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: MARIA

Telefone: (84) 98867-6283

Nome do Paciente:

**RICARDO SOUZA FONTES**

Idade: \*

38 ANO(S)

Sexo: \*

**MASCULINO**

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: Longitude:

Endereço: AVENIDA INDUSTRIAL JOÃO FRANCISCO DA MOTTA

Nº: VP

Bairro: BOM PASTOR

Outro Bairro:

Referência/Complemento: PX. AO POSTO ALE // PX. AQ DVN

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Primária: COLISAO MOTO X CAMINHÃO

Quem Solicitou:

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

05/04/2018 11:06:33 - Dr(a). CRISTINA TOLEDO ALMEIDA

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE MOTO X ÔNIBUS

REGULAÇÃO: PACIENTE CONSCIENTE, POSSÍVEL FRATURA EXPOSTA EM BRAÇO DIREITO COM SAGRAMENTO ATIVO, NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apóio:

### HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado: 05/04/2018 11:04:00	Regulação Médica: 05/04/2018 11:06:33	Solicitação VTR: 05/04/2018 11:07:22	Saída VTR: 05/04/2018 11:11:04	Chegada Local: 05/04/2018 11:29:47
Saída Local: 05/04/2018 12:07:19	Chegada Destino: 05/04/2018 12:24:20	Liberação Destino: 05/04/2018 12:52:03	Liberação VTR: 05/04/2018 12:52:04	

Observação do Apoio:

### CONVENTO MEDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular? \*

Sim Não Não Informado

### CONDUTA

Remoção

Conduta Médico Regulador:

05/04/2018 12:05:45 - CRISTINA TOLEDO ALMEIDA  
VITIMA DE COLISÃO MOTOCAMINHÃO LATERAL, CAMINHÃO DE GRANDE PORTE, CAPACETE RETIRADO PELA EQUIPE, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSAS, CABEÇA, TÓRAX E ABDOME INTEGROS, LESÃO COM PERDA DE SUBSTÂNCIA E SANGUE IMPORTANTE EM OMBRO DIREITO, COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA E FRATURA DE UMERO. FEITO 2 ACESSOS COM SR LACTATO E SF0,9%, CURATIVO COMPRESSIVO E IMOBILIZAÇÃO CONFORME PROTOCOLO. ORIENTO QTI DO PSCS.

### REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

F:

Recebido por:

Número do conselho:

Número da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Motivo da entrada:



Ass:

Vaga Negada - Motivo:

— SELECIONE —

H. ligação ao serv prop.:



Vaga Zero

### PERTENÇES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:



## CIRURGIA GERAL - LARANJA

Paciente: 68599 - RICARDO DE SOUZA PONTES (38 a 2 m 7 d)

Nascimento: 29/01/1980 Natural: NATAL, BRASIL

CNS: CPF: 01053059442

Sexo: M Cor: PARDA

Mãe: DESCONHECIDA

Logradouro: MARANGUAPE, 23

CEP: 59114337

Bairro: NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO

Cidade: NATAL

Telefone: .

Compl: - DE 4541/4542 AO FIM

Motivo: MOTO X CAMINHÃO

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

\*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 05/04/2018 12:39:00

HORA	P.A.	HGT	SatO2 <sup>°</sup>	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

## HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO MOTO/CAMINHAO/COM FRATURA EXPOSTA DE MSD

Hora: \_\_\_\_

Vítima de colisão moto x caminhão,  
as queixas de dor em dorso D.  
Dura cefaléia, náuseas, vômitos

## EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Dor cefálica intensa  
B Lesão no estômago  
C Sopro apical de dorso D  
D Dor intensa  
E Dor abdominal (5)

## OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Dor dorso D: ruptura fascial da derrame c/ desidratação  
Tórax: dor  
Abdome: dor, inchaço e dor  
\*Saída: -

## DIAGNOSTICO INICIAL - CID

Trauma

\*Gerado via SX por FRANCISCO DE ASSIS MORAIS QUEIROZ. Impresso em 05 de Abril de 2018.

## **EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)**

A  
B  
C  
D  
E

B

C

D

三

A

M

P

L 6

A

EXAMES COMPLEMENTARES (RADICOGRAFIA, TAC, ETC.): \_\_\_\_\_

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

---

**OUTROS**

## CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Em tempos, Raio x de tórax seu evidência de pneumonia e/ou hérnia paracostal, e seu exame de fraturas em arcos.

121  
123

**Assinatura e Carimbo do Responsável**

**Assinatura e Carimbo do Responsável**

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

EXAMINAMENTO DO PACIENTE			
ESPECIALISTA 1:	ORTOPEDIA	HORA: 12:50 h	DATA: 05/06/18
ESPECIALISTA 2:		HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:		HORA: de Aguilar de 2018, às 13:30	DATA:

## ~~MÉDICO (CARIMBO)~~

“Preenchimento do boletim de atendimento produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais fidedignos e protege o profissional de saúde, contribua para a melhoria da assistência no HMWG.”

05/04/18

## EXAME FÍSICO

Saudade intensa de fumar em outros

## IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fumar Existe de Viver para fumar/é fumar (acúmulo, Neurônios) mas só fumar

## EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*

AO CC

## LABORATÓRIO

AMARAL ALVES  
CRM 5439

## CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Oxigênio 2L EV

Transtornos 100

Terapêutica 40

SF 1120h 100

Assinatura e Carimbo do Responsável

AMARAL ALVES  
CRM 5439

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

15:50

FATURADO  
ARMONIZADO  
EM 05/10/18CONFERIDA  
NATAL 13/06/18

Assinatura e Carimbo do Responsável

## DESTINO DO PACIENTE:

## Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: Ontogênio

DATA: / / HORA: / /

## SAÍDA:

DATA: / / HORA: / /

Decisão Médica Á Revelia 

Transferido para:

## ÓBITO:

DATA: / /

HORA: / /

Entregue à família

com Atestado S.V.O. I.T.E.P. 

Medico (Assinatura)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

## DESTINO DO PACIENTE:

## Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA: / /

## SAÍDA:

DATA: / / HORA: / /

Decisão Médica Á Revelia 

Transferido para:

## ÓBITO:

DATA: / /

HORA: / /

Entregue à família

com Atestado S.V.O. I.T.E.P.

ALGORITMO P/ SUPORTAR VIDA: 1- AVALE O RITMO DA VIDA. 2- PEÇA A AJUDA DE OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAL) E PEÇA UM DESFERROLOGÓIDE. 3- ABRE A VIA AÉREA. 4- AVALE RESPIRAÇÃO (VER, QUER, SENTIR), 5- SE APENAS, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESPIGA (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MASCARA), 6- AVALE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMORAL (BRANQUIAL EM LAC, 7- PULSE, 8- DEA DISPORTEL: ANÁLISE O RITMO, 9- RITMO CHOCÁVEL APLIQUE 1 CHOCO 360/200A DE BIFASICO, 10- RITMO NÃO CHOCÁVEL, REINICIE RCP 30/2, 11- AVALE O RITMO, 12- PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VITIMA SE MERA, 13- COLOCAR A MÃO EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO.

### ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

#### ANAMNESE

#### EXAME FÍSICO

#### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

#### EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*

#### LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

#### OUTROS

#### CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

#### ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

SE CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PRÓPRIOS DO HOSPITAL: REQUERIMENTO DE EXAMES, FOLHA DE PRESCRIÇÃO E ANEXO D BOLETIM.

### ORIENTAÇÃO TEÓRICA

#### ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW

Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
orientado: Responde corretamente e imediatamente às perguntas sobre seu nome, idade, data, etc., o porquê, e data e etc.)	5
Confusa (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (fala palavras, mas sem troca conversacional.)	3
Sons ininteligíveis. (Gemeido sem articular palavras)	2
Ausentes.	1
Melhor resposta motora (MMR)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Padrão flexor à dor. (Decorticado.)	4
Padrão extensor à dor (Decerebrado).	3
Sem resposta motora.	2
Total	1

#### “ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS

DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
13-150	= 4
9-120	= 3
6-10	= 2
4-30	= 1
30	= 0
10-230	= 4
230	= 3
6-10	= 2
1-50	= 1
00	= 0
> 900	= 4
76-990	= 3
50-750	= 2
1-400	= 1
00	= 0

#### CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)\*

03 - 04=grave (necessidade de intubação imediata);  
09- 3=moderado;  
14-15=leve

\* Referência: TEASDALE G., JENNIFER B., Assessing level of consciousness in coma and impaired consciousness: A practical scale. Lancol 1974;2:81-84.

\*\* Escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos:

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

“Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom indica de sobrvida para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R., Sacco W.L., Copes, et al; A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 624, 1990.

 <p>GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE          Secretaria de Estado da Saúde Pública          - Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel          Pronto Socorro Clóvis Sarinho</p>		<p>LAUDO PARA          SOLICITAÇÃO DE AIH</p>	
<p><b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b></p>			
<p><b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO</b></p>			
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE		4 - CNES	
<p><b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b></p>			
5 - NOME DO PACIENTE <i>Ricardo de Souza Fontes</i>		6 - N° DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO
			MASCULINO      1      FEMININO      2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°)			
13 - MUNICÍPIO		14 - BAIRRO	15 - UF
			16 - CEP
<p><b>LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b></p>			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Fratura exposta do tango proximal do úmero direito</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Tratamento cirúrgico definitivo.</i>			
<p><i>CONFERE COM ORIGINAL</i>  <i>NATAL, 13/06/18</i>  <i>Mat. N°: SAME</i></p>			
<p>19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Arinomose + Exame fisiológico + Radiografia</i></p>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura exposta</i>		21 - CID INICIAL <i>542.2</i>	22 - CID SECUNDÁRIO <i>Unifemoral</i>
23 - LAUDOS ASSOCIADOS		ASSINATURA	
<p>24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Tratamento cirúrgico</i></p>			
26 - LEITO / CLÍNICA <i>Ortopedia</i>		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>Unifemoral</i>	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Hugo Pereira da Silva</i>
29 - DT SOLICITAÇÃO <i>05/04/18</i>		30 - CNS / CPF <i>069131574-44</i>	
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) <i>Dr. Hugo Pereira da Silva</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CRM-RN 66659 TEOT 15517</i>			
<p><b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b></p>			
32 - ( ) ACIDENTE DE TRANSITO		33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - N° DO BILHETE
36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO		37 - CNPJ	38 - 40 -
39 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL		43 - ( ) DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
42 - CID SECUNDÁRIO		44 - ( ) GRAVE      45 - ( ) GRAVÍSSIMA	
<p><b>AUTORIZAÇÃO</b></p>			
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO		50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - N° DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 - DT AUTORIZ. <i>1/1</i>		51 - DT AUTORIZ. <i>1/1</i>	
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.

Nome: Ricardo de Souza Fontes.

Leito:

Idade:

Nº Registro: FIA 318212318

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: 05/04/18

Hora:

X ORTOPEDIA X

Paciente vítima de colisão motox  
 Cominhão nesta data, no freno patina.  
 Exposta do fêmur proximal do úmero  
 direito.

Nega TCE, nega náusea ou vômitos.

EP: Lesão extensa de partes moles  
 na região lateral do ombro direito.  
 Sem edemas motor ou sensitivo.  
 Perfusion distal sem alterações.

Radio gráfia: Fratura do fêmur proximal  
 do úmero direito.

CD: Anterolateral toracofleia + linfega  
 e desbricolamento cirúrgico + imobi-  
 ligação.

CONFERE COM OFICIAL	
NATAL, 13/06/18	
MAT. N°	
SAME	
ASSINATURA	

Dr. Hugo Perreira da Silva  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-RN 6865 FEOT 15517

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 Sárinho

Nome: Ricardo de Souza Fontes Nº Registro: FIA 31887/2019  
Serviço:   Idade:   Leitura:

Requerido: \_\_\_\_\_ Lento: \_\_\_\_\_

DATA	Evolução Multidisciplinar
06/04/18	X OLTOPEDIA X
<p>Paciente com história de fratura exposta do fêmur proximal do joelho direito.</p> <p>Submetido à limpeza + desbridamento cirúrgico + antibiotioterapia.</p> <p>EF: Sem odor no tecido ou ganglios. Boa perfusão óssea.</p> <p>CD: Antibiotioterapia + guarda transfrênica - NIR.</p>	
<p>07/04/18</p> <p>Exclui Cem, tem quebra óssea sem comprometer perfusão e evitabilidade deles preservados</p> <p>sem parâmetros</p> <p>CD: OTC + cernitro</p>	
<p>Dr. Hugo Pereira da Silva Ortopedia e Traumatologia CRM-RN 6695 / TEC 15517</p> <p>Cláudio José Poley Guzzo Ortopedia - Traumatologia CRM-RN 5017</p>	



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: 449 UTI: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Data de admissão: 05/04/18 Alta: 1/1  
 Nome: Ricardo Souza Fontes Naturalidade: Natal - RN  
 Idade: 39a Sexo: (X) Masculino ( ) Feminino Data de Nascimento: 29/01/80  
 RG: \_\_\_\_\_ Estado Civil: Casado Nível de Instrução: ENS. Fundamental  
 Filiação: Pai: José Ribamar Fontes  
 Mãe: Regine Maria Souza Fontes  
 Endereço: Rua Igarapé Papuane 1  
 Cidade: Natal  
 Telefone: 8789 - 5305 ( ) Residencial ( ) Trabalho ( ) Recado  
 Contato: Outros telefones: 8789 - 6821  
 Composição familiar: 03 pessoas - paciente + mãe + os irmãos  
 Outras informações: Faz uso de ( ) Alcool ( ) Fumo ( ) Drogas ( ) Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Auxiliar de Montagem de Eventos 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  
 Internação decorrente de acidente de trabalho? ( ) Não ( ) Sim Nome da Empresa

Forma de Acesso ao Serviço

( ) Sozinho - procurou atendimento	( ) Trazido por familiares	(X) Trazido pelo SAMU
( ) Socorrido em via pública	( ) Outros meios	CONFERE COM O CRONOGRAMA
( ) Encaminhado: Hospital de origem: _____		NATAL, 13/06/18

Critérios para Acompanhante

Possui requesitos? ( ) Não ( ) Sim	Qual o motivo?	MAI. N°: _____
Portador de deficiência: ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Física ( ) Mental		SAME
Responsável pelo paciente: Joyce Gomes de Souza		ASSINATURA
Parentesco: Esposa	Telefone: 3658-2746	

Endereço do Responsável: \_\_\_\_\_

Evolução

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

09/04/18 - Paciente está bem de colis, muito x  
 caminhadas. Visite os leitos elaborado fiche  
 social e solicitado documentos / orientar

Objeto Doutor

Saída

Óbito: Encaminhamento: ITEP ( ) SVO ( ) DO ( ) Obs. \_\_\_\_\_  
 Alta hospitalar ( ) Transferência ( ) Destino: \_\_\_\_\_

Josefa Ofélia Dantas de Melo  
 Assistente Social  
 0555-84-916

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.



IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo de Souza Fontes Reg. N° 116 9972

Diagnóstico pré-operatório: Fratura exposta do úmero proximal direito.

Indicação terapêutica: Limpeza + desbridamento cirúrgico. Urgência ( ) Eletiva ( )

INTERVENÇÃO

Data: 05/04/18 Início: Término: Duração:

Operador: Dr Hugo Pereira CRM/CRO: 6865

1º Auxiliar: CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista: Dr Leondro Gomes. CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- (1) Paciente na mesa cirúrgica em ODH, sob bloqueio + relaxante.
- (2) Antissepsia + asepsia com PVP.
- (3) Colocações de campos estériles.
- (4) Limpeza abundante com SFO.91.
- (5) Desbridamento até visualização do tecido vitalizado + retirada de sujeiras e partículas da ferida.
- (6) Observa-se fratura da escânela direita e úmero proximal direito e lesão do ligamento acromio-clavicular.
- (7) Aproximação dos bordos da ferida e abertura de tecidos profundos.
- (8) Curativo estéril.
- (9) Imobilização com fíbula.
- (10) Fim do procedimento.

CONFERE COM O...  
NATAL 13/06/18  
MAT. N°

SAME

GT

ASSINATURA

Dr. Hugo Pereira da Silva  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RN 6865 / TEOT 15517

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 humanitários.



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

## FICHA DE ANESTESIA

Paciente: RICARDO DE SOUZA FONTES ASA: I

Idade: 38 Sexo: M Registro:

Diagnóstico: FRATURA DE OÚBRO (EXPOSTA) DIREITO + PERTA DE SUGESTIVA Data: 05/04/2018

Cirurgia Realizada: LIMPEZA E DESBRIDAMENTO DE OÚBRO

Cirurgião: Dr. HUGO PEREIRA Auxiliar:

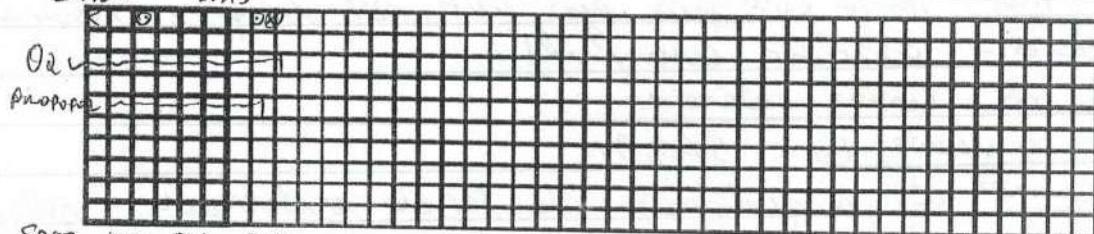
Anestesiologista: Dr. LEANDRO GOMES Enfermagem:

História Clínica Admisional: PACIENTE CL JEJU 78h.  
NEGA ALERGIAS E/OU COMORBIDADES

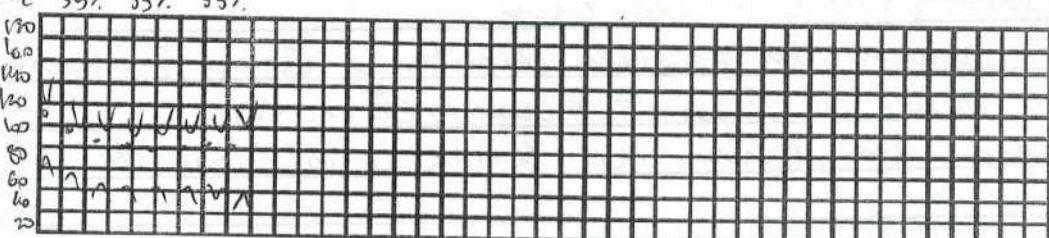
Técnica Anestésica: BLOQUEIO DE PLEXO BRACIAL (TECNICA DE WINNIE) DIREITO.

- ACESSO VENOSO PENTÔMICO PÉRIO MSE  
- MONITORIZAÇÃO (ECG IPAN/SpO2)

20.15h 20.15



SpO2 99%. 99%. 99%.



Início: 20:15

Término: 21:25

Anestésicos Utilizados:

1. MIDAZOLAM 2mg
2. FENTANIL 100mcg + 100mcg
3. PROPOFOL CONTINUO (DOSE FORTA: 300mg)
4. LIGOCALV 1,5% CLV - 30ml (BLOQUEIO)
5. CEFADROINA 1g
6. RANITIDINA 50mg
7. DEXAMETASONA 10mg
8. ONDASETANINA 8mg
9. DIPRIVONA 2g
10. TENSURAN 40mg
11. TRAMADOL 50mg
12. SF 0,3%, 500ml
- 13.
- 14.

Encaminhamento: ATO ANESTÉSICO S/ INTERCORRÊNCIAS. ENCaminhado ao CRM

Leandro Gomes de Oliveira  
Médico Anestesiologista  
CRM 5769

Assinatura do Anestesiologista - CRM

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



Sistema  
Único de  
Saúde  
Ministério  
da  
Saúde

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

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

RICARDO DE SOUZA FONTES

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO  
160299

7- CARTÃO NACIONAL/SUS  
705 4044 6606 2694

8- DATA DE NASCIMENTO  
29/01/1980

9- SEXO  
MASCULINO

10- RACA/COR  
BRANCA

11- NOME DA MÃE

REGINA MARIA DE SOUSA FONTES

12- TELEFONE DE CONTATO  
996582746

13- NOME DO RESPONSÁVEL

EDIVANIA ROCHA DA SILVA

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDERECO (RUA, N°)  
RUA IGARATA, 45

16- MUNICÍPIO  
NATAL

17- BAIRRO  
PAJUÇARA

18- UF  
RN

19- CEP  
59131290

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Doenças* *Verde* *Verde* *DN*  
*Primer* *Verde* *DN* *DN*

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*DN* *DN* *DN*

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

*DN* *DN*

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

*DN* *Verde*

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

*DN* *DN*

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

*M. Brandão*  
*Medicina e Traumatologia*  
*CRM 2462*

29- CLÍNICA

*DN* *DN*

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

( ) CNS ( ) CPF

35- ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

*DN* *DN*

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- ( ) AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- N° DO BILHETE

41- SÉRIE

37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- ( ) AC. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

*CONFIRMADO ORIGINAL*  
*2023*



## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA  
ORTOPEDIA

ENFERMARIA N°	LEITO	PRONTUÁRIO
		160299
DATA	HORA	CATEGORIA
09/04/2018	19:50	GIH
PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO	
RICARDO DE SOUZA FONTES	29/01/1980	
ESTADO CIVIL	PROFISSAO	
CASADO	PADEIRO	
ENDEREÇO (RUA, N°)		
RUA IGARATA, 45		
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF
NATAL	PAJUÇARA	RN
CEP		
		59131290
LOCAL DE TRABALHO	TELEFONE	
FILIAÇÃO		
REGINA MARIA DE SOUSA FONTES	JOSE RIBAMAR FONTES	
RESPONSÁVEL	TELEFONE	
EDIVANIA ROCHA DA SILVA	996582746	
ENDEREÇO		
DIAGNOSTICO PROVISÓRIO	Fazmt Cxpho Rmtral	
DIAGNOSTICO DEFINITIVO		
DATA DE ADMISSÃO	F 09.04.18	ALTA 28.05.18
OBITO		
HISTÓRIA CLÍNICA		
		

CONFIDENTIAL  
NOT FOR RELEASE  
BY GOVERNMENT  
2015 RELEASE UNDER E.O. 14176

99658.2740

555 0000 0000 17-42

tel 987895303

555 705 4044 6606 2696

041



## GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SÉCRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA

PARNAMIRIM /RN

Mãe: Regiane Maria Souza Fonte

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 87

NOME: Ricardo de Souza Fontes

IDADE: 29.01.1980

COR:

SEXO: M

ESTADO CIVIL:

casado

NATURALIDADE: Natal

PROFISSÃO: Padeiro

PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: Rua Igarapé 45

BAIRRO: Conj. Iapucara

CIDADE: Natal

DATA: 09.04.2017

HORA: 19:41

## CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM NÃO 

PUPILAS A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)

B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

C) PRESSÃO ARTERIAL

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

TEMP.

RESPIRAÇÃO

PULSO

T.A.

## HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

frat vira pau -

## EXAME FÍSICO

## SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Frufru -

**EXAMES COMPLEMENTARES****Ass. do Responsável****ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE**

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

**CONDUTA****Ass. do Responsável***1) Internado***DESTINO DO PACIENTE**

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

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria		Leito	Nº prontuário
Nome <i>Ricardo da Sosse fontes</i>				Idade <i>38</i>	Sexo <i>M</i>
Data <i>15/05/2018</i>	Pressão arterial	P脉搏	Respiração	Temperatura	Peso
Tipo sanguíneo	Hematíes	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia
	Urina	<i>Paciente fracture em tarsos proximal D.</i>			
Ap. respiratório				Ama	Bronquite
Ap. circulatório				Eletrocardiograma	
Ap. digestivo		Dentes	Pescoço	Ap. urinário	
Estado mental		Ataracicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores
Diagnóstico pré-operatório				Estado físico	Risco
Anestesias anteriores					
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito
Agentes Anestésicos	O <sub>2</sub>				
Líquidos					
<input checked="" type="checkbox"/> Oper	260 250 240 230 220 210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10	<i>1. Fractura - 244</i> <i>2. anest.</i> <i>3. tarsos - 370</i> <i>4. tarsos - 448</i> <i>5. cafezinho - 248</i> <i>6. ondinha - 444</i> <i>7. dicumar - 444</i> <i>8. metildihidro - 444</i> <i>9. dextrose - 248</i> <i>10. Bexiga Simples - 248</i> <i>11. Períperol - 444</i>			
<input checked="" type="checkbox"/> Anest.					
<input checked="" type="checkbox"/> P Pulso					
SÍMBOLOS					
E					
ANOTAÇÕES					
POSIÇÃO					
Agentes					
Técnica - Bloqueio de pleura + sedação					
Operação <i>Fracture de tarsos proximal.</i>					
Cirurgiões <i>Dr. Carlos Matos Dr. Marcelo</i>					
Anestesistas <i>Dr. Jamone Alves</i>					
Observações					
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias					
Perda sanguínea					
<i>CONFIRMO ORIGINAL</i> <i>Leilissa Alves</i> <i>20/05/2018</i> <i>Assinatura</i> <i>Dra. Leilissa Alves</i> <i>Anestesiologista</i> <i>CNM/CRN 1442</i>					

## Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Nome <i>Ricardo da Serra forte</i>		Idade <i>38</i>	Sexo <i>M</i>	Cor
Data <i>15/05/2018</i>	Pressão arterial	P脉	Respiração	Temperatura
Tipo sanguíneo	Hematíes	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia
	Urina	<i>Paciente festejou em Juazeiro proximal D.</i>		
Ap. respiratório		<i>Nege combinações e alergias</i>		
Ap. circulatório		Eletrocardiograma		
Ap. digestivo		Dentes	Pescoço	Ap. urinário
Estado mental		Ataracicos	Corticoides	Alergia
Diagnóstico pré-operatório		Estado físico		Risco
Anestesias anteriores				
Medicação pré-anestésica		Aplicada às	Efeito	
Agentes Anestésicos	O <sub>2</sub>			
Líquidos				
Oper.	260 250 240 230 220 210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10	① fentanil - 444 ② xamfo - 344 ③ xilazina - 444 ④ cefazolina - 244 ⑤ ouadine - 444 ⑥ diclofenac - 444 ⑦ roxithromicina - 444 ⑧ diflunisal - 244 ⑨ butylscopolam - 244 ⑩ Phenoxyl - 144		
Anest.				
O Resp.				
P Pulso				
SIMBOLOS				
E				
ANOTAÇÕES				
POSIÇÃO				
Agentes				
Técnica		<i>Blöqueio de pleto + sedação</i>		
Operação		<i>Festas de Juazeiro proximal.</i>		
Cirurgiões		<i>D. Carlos Matos Dr. Mancera</i>		
Anestesiistas		<i>Dra. Lamine Afons</i>		
Observações				
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias			Perda sanguínea	

CONFIDENCIAL  
 ORIGINAL  
 2018-05-15  
 13:38

Dr. Larissa Afonso  
 Anestesiologista  
 CRM-RN 4412



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Ricardo de Souza Fontes Idade: 38 D/N: 29/01/1980  
 Pront: 160299 Município: NATAL Procedência:  Interno  Externo  
 Data da cirurgia: 15/05/18 Hora Admissão: Bloco: 01 Sala: 15 Hora Saída: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
 Alergias:  Não  Sim Comorbidades:  H/S  DM  Outras \_\_\_\_\_  
 Uso de medicações:  Não  Sim Jejum:  Não  Sim  
 SSVV Admissão: PA: 140/61 mmHg Pulso: 76 bpm Fl: \_\_\_\_\_ rpm FC: \_\_\_\_\_ bpm SpO<sub>2</sub>: 97 % T: 36 °C  
 Enfermeiro(a): Bidiane Instrumentado (a): Porta Serrinha Circulante: Isabel  
 Cirurgião: Antônio de Lima e Fróes Especialidade: ORTOPEDIA Sala: 03  
 Hora Início: 10:30 Hora Término: 12:00 Tipo de cirurgia:  Eletiva  Urgência  Limpa  Contaminada  Infectada  
 1º Cirurgião: Antônio de Lima e Fróes Aux: Isabel Residente: \_\_\_\_\_  
 Anestesia:  Local  Sedação  Geral TOT: 14 Bic. queio  Raquidiana Ag. n° \_\_\_\_\_  Peridural  c/cateter  s/cateter  
 Ag. n° \_\_\_\_\_ Cateter n°: \_\_\_\_\_ Início: 10:25 Garrote:  Smarch  Pneumático Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_  
 Anestesiologista: Dr. Danilo Almeida

NEUROMUSCULAR		PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/>	Consciente	<input checked="" type="checkbox"/>	Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/>	Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/>	Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input type="checkbox"/>	Coma	<input checked="" type="checkbox"/>	Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/>	Orientado	<input checked="" type="checkbox"/>	Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/>	Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/>	Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/>	Sedado	<input checked="" type="checkbox"/>	Integra	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Diprifusor
<input checked="" type="checkbox"/>	Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/>	C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/>	Deambula	<input checked="" type="checkbox"/>	Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<input type="checkbox"/>	t/dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/>	Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	
<input type="checkbox"/>	Acamado	<input checked="" type="checkbox"/>	Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno:	
<input type="checkbox"/>	Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/>	Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/>	Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/>	Manchas	<input checked="" type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/>	Amputações	<input checked="" type="checkbox"/>	S/Tricotomia	<input checked="" type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Ínicio	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>73</u>	<u>67</u>	<u>67</u>	Bpm
Pulso	<u>72</u>	<u>67</u>	<u>66</u>	Bpm
Oximetria	<u>98</u>	<u>99</u>	<u>97</u>	%
Capnografia	—	—	—	%
PA	<u>140x65</u>	<u>99x57</u>	<u>146x73</u>	mmHg

ACESSO VENOSO

<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Venosa Periférica
<input type="checkbox"/>	Punção Venosa Central
<input type="checkbox"/>	Dissecção venosa
Local: <u>HSE</u>	
Cateter:	

SONDAGEM GÁSTRICA

SNG n°	
Retorno:	

CATETERISMO VESICAL

SVF n°	SVA n°
Diurese:	

Profissional responsável:

EXAMES SOLICITADOS:	
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros
<input checked="" type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input type="checkbox"/> Glicosimetria:
<input checked="" type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	Cabeça	Anatômicos
Ventral	PESCOÇO	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
Lateral	TÓRAX	<input type="checkbox"/> Fletidos
Litotômica	Lombar	<input type="checkbox"/> MMII
Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
Canivete		<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
Proclive		<input type="checkbox"/> Fletidos

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

IMPLANTE CIRÚRGICO		
Drenos:		
Tela:		
Cateter:		
Ostomia:		
Fio de KC:	Parafuso - tipo 05	<u>Blondeau</u>
Placa - Tipo:	<u>10x10x0,5</u>	<u>01 corticais</u>
Outros:		

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO		
Caixa cirúrgica:	<u>Bab + VNT + 3,5</u>	Quant. Material: <u>01</u>
Val.:	<u>20/5</u>	Contagem de gaze e compressa: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim



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

( <input type="checkbox"/> Hemocconcentrado	Unid.	( <input type="checkbox"/> Plasma	Unid.	( <input type="checkbox"/> ) Plaquetas	Unid.
( <input type="checkbox"/> ) Albumina	Unid.	( <input type="checkbox"/> ) Expansor plasmático	Unid.		
MEDICAÇÕES UTILIZADAS					
<i>Seprazolime 2g</i>	<i>h: 10'40</i>	<i>Danibideno</i>	<i>h: 10'40</i>	<i>h:</i> _____	
<i>Endepetromo</i>	<i>h: 10'40</i>	<i>71100ma</i>	<i>h: 10'40</i>	<i>h:</i> _____	
<i>Recorham</i>	<i>h: 10'40</i>			<i>h:</i> _____	
HIDRATAÇÃO VENOSA					
( <input type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico:	ml	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Ringer Simples:	1	ml	Quantidade total de volume administrado: _____
( <input type="checkbox"/> ) Soro Glicosado:	ml	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Ringer Lactato:	1	ml	

## ANÁTOMO PATOLÓGICO

<input checked="" type="checkbox"/> Não ( <input type="checkbox"/> ) Sim Peça:	Pega para sepultamento: ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim
Swab para cultura: _____	Líquido: _____

## CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: ( ) Limpo ( ) c/exsudato ( ) Contaminada ( ) Aparelho gessado ( ) Bandagens ( ) Talas ( ) Outros: \_\_\_\_\_

INTERCORRÊNCIAS: *laringo sem intervenção*

Ass: *Idilia* Coren: *20770*

## CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: ( ) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Narcose ( ) Coma ( ) Vigil ( ) Agitado  
 Respiratório: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) O<sub>2</sub> ambiente Curativo: ( ) Oclusivo ( ) Compressivo ( ) Bolsa de colostomia ( ) Outro: \_\_\_\_\_  
 Diurese: ( ) Espontânea ( ) Normal ( ) Hematuria ( ) Irrigação Vesical ( ) Oligúrico Destino após a cirurgia: *CRD*

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

Hora: *12:20* Data: *15/05/2010* Nível de consciência: ( ) Acordado ( ) Sonolento ( ) Narcose ( ) Orientado  
 ( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Choroso Vias aéreas: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) Cateter O<sub>2</sub> / N<sub>2</sub>O Ambiente  
 Mobilização MMII: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade Mobilização MMSS: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade  
 Venoclíse: ( ) Não ( ) Sim Tipo: *A VO* Local: *NSC* Sondas: ( ) Gástrica ( ) Enteral ( ) Vesical  
 Drenos: ( ) Sução ( ) Torácico ( ) Penrose ( ) Kher Ostomias: ( ) Sim ( ) Não Especifique:  
 Irrigação vesical contínua: ( ) Retorno satisfatório ( ) Retorno Insuficiente ( ) Coágulos  
 Curativo: ( ) Oclusivo ( ) Descoberto ( ) Limpo ( ) Sujo Monitorização: ( ) ECG ( ) Oxímetro ( ) PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA: ( ) Náuseas ( ) Vômitos ( ) Sangramento ( ) Dor ( ) Bexigaoma ( ) Alteração PA ( ) Alteração FC  
 Relate: \_\_\_\_\_

## SINAIS VITAIS

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	—	67	—	—	96	N/DO
30'	—	72	—	—	95	N/DO
60'						
Alta						

## Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: \_\_\_\_\_ ml  
 Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml  
 Ringer: \_\_\_\_\_ ml  
 Irrigação vesical contínua: \_\_\_\_\_ ml

## Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

## Eliminações:

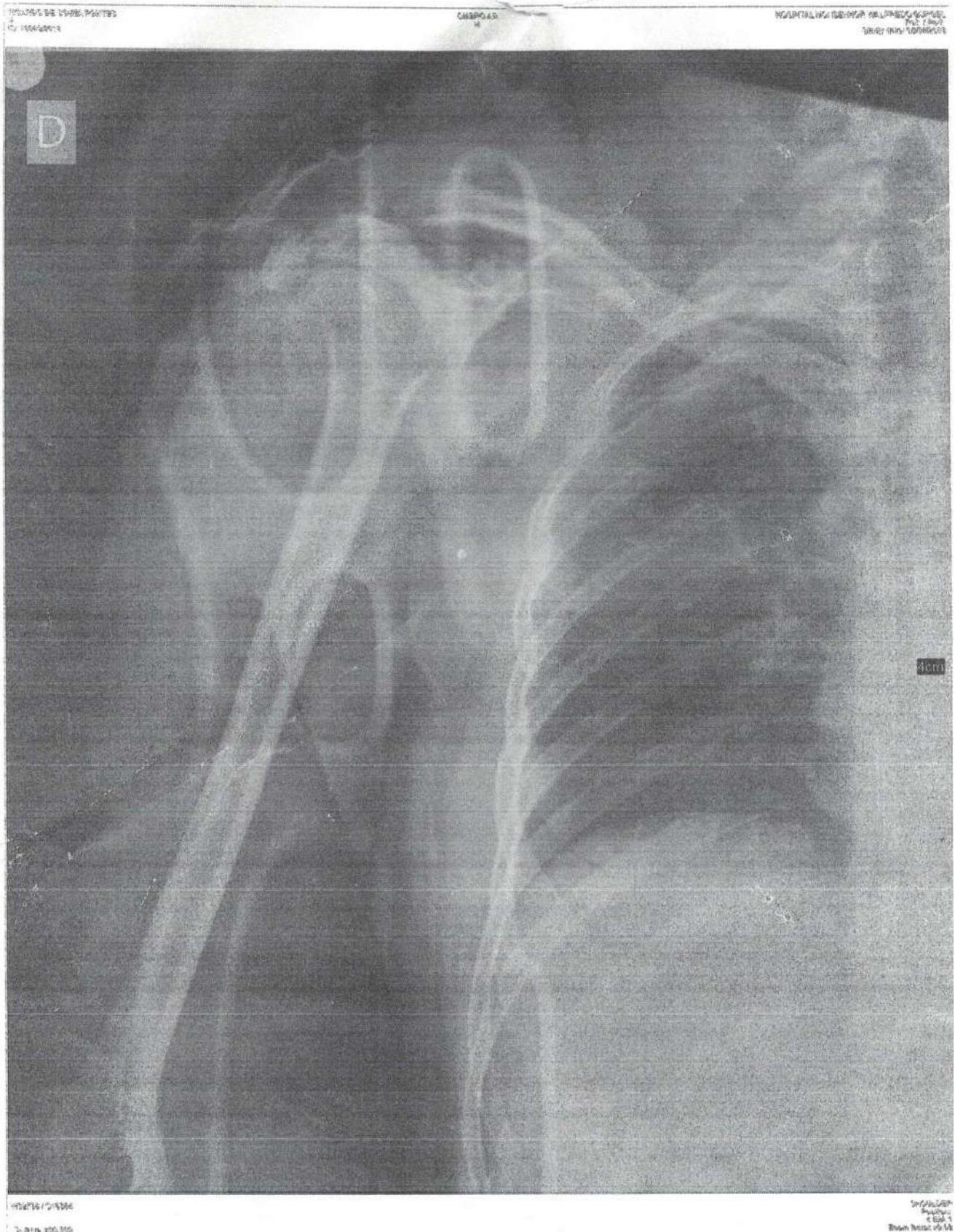
	Diurese	Retorno Gástr.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO				
Desprezado				
URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: *Paciente encaminhado para Raio X.*

*CONFIRMADO*  
*Reabilitação*  
*20/5/2010*

Ass: *Saymara* Coren: *504067*

# RICARDO DE SOUZA PONTES , : DX from 0504/2018





L-23

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL DR. DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA  
SERVIÇO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA



PACIENTE: RICARDO DE SOUZA FONTES  
DATA: 17/04/2018

### TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO DIREITO

Foram obtidas imagens em equipamento multislice, com aquisição de dados volumétricos do ombro direito, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

Fratura articular impactada e com marcado deslocamento do úmero proximal, destacando-se desvio anterior, medial e inferior do maior fragmento que mede 4,0 cm.

Derrame articular gleno-umeral.

Fratura cominutiva do acrômio com desvio dos fragmentos.

Fratura da escapula envolvendo todo o corpo até a base da espinha (fossa supra espinhal) com desvios.

  
Dra. Deborah Vidal Mesquita Chaves  
CRM-RN 4898

Rua Dr. Sadi Mendes, S/N  
Bairro Santos Reis



 <p>GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel Pronto Socorro Clóvis S.</p>		<p style="text-align: center;">CM</p> <p>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH</p>	
<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b>			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO			
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <i>1449</i>	2 - CNES		
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES		
<p>5 - NOME DO PACIENTE <i>Ricardo de Souza Fontes</i></p> <p>6 - N.º DO PROTOCOLO</p>			
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS <i>705404466062694</i>	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>29/10/1980</i>	9 - SEXO <i>38</i>	MASCULINO    1    FEMININO    2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Regina de Souza Fontes</i>	11 - TELEFONE DE CONTATO		
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º) <i>Rua Maranguape - 23</i>			
13 - MUNICÍPIO <i>Natal</i>	14 - BAIRRO <i>N.º Apresentação</i>	15 - UF <i>RN</i>	16 - CEP
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
<p>17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</p> <p><i>Fratura exposta do terço proximal do úmero direito</i></p> <p>18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</p> <p><i>Treatmento cirúrgico definitivo.</i></p>			
<p>19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)</p> <p><i>Angiografia + Exame físico + Radiografos.</i></p>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura úmero</i>	21 - CID INICIAL <i>S42.2</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Treatmento cirúrgico</i>	26 - LEITO / CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>Urgência</i>	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Hugo Pereira da Silva</i>
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>308010019</i>			29 - DT SOLICITAÇÃO <i>05/04/18</i>
			30 - CNS / CPF <i>069131574-44</i>
			31 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º REG. CONSELHO) <i>Dr. Hugo Pereira da Silva</i> Ortopedia e Traumatologia
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) CRM-RN 0865 / TBOT-15517			
32 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - N.º DO BILHETE	35 - BONUS
36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL	DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
42 - CID SECUNDÁRIO	43 - ( )	44 - ( ) GRAVE	45 - ( ) GRAVÍSSIMA
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	 <p>Núcleo Integrado de Regulação NIR / HRDMV AUTORIZADO</p>	
48 - CNS / CPF	52		
49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º REG. CONSELHO)		

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, crônicas, agravos de causas externas, em especial o



Ministério da Justiça e Segurança Pública  
Polícia Rodoviária Federal

## Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito



**PRF**



**Acidente nº 18022143B01**

### INFORMAÇÕES GERAIS

**BR:** 226

**KM:** 1,0 - Crescente

**Município:** NATAL/RN

**Data:** 05/04/2018

**Hora:** 10:35

**Policial responsável pelo atendimento:** ARRAIS, matrícula 1461612

### ASPECTOS DO LOCAL

**Tipo de via:** Principal

**Tipo de pavimento:** Asfalto

**Tipo de pista:** Dupla

**Condição da pista:** Seca

**Estrutura viária:** Reta

**Localidade urbanizada:**

**Acostamento:**

**Canteiro central:**

**Condição meteorológica:** Sol

**Fase do dia:** Pleno dia

### NARRATIVA

No dia 05/04/2018, por volta das 10:35h, no km 1 da BR 226, em Natal- RN, ocorreu um acidente , do tipo colisão traseira, com vítima(1 vítima lesionada). Os Veículos envolvidos foram: Motocicleta Honda/CG 125 Fan (V1) e Caminhão Reboque M. Benz/1718 (V2) que rebocava outro caminhão - Volvo/VM 330 8X2R. Com base na análise dos vestígios identificados, constatou-se que V2 e V1 seguiam nesta sequência, quando V2 reduziu marcha para sair do leito carroçável, com manobra a direita, afim de adentrar a pátio de posto de combustível. V1 que seguia logo atrás, impossibilitado de visualizar sinalização de mudança de direção e de frenagem do veículo a sua frente, colidiu na traseira de V2. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, conclui-se que o fator principal do acidente foi a falta de sinalização de mudança de direção e frenagem do Veículo V2 (caminhão que estava sendo rebocado sem projeção de sinalização do veículo rebocador). observações: o local do acidente estava preservado e era sinalizado por equipe da STTU. O condutor de V1 foi socorrido por unidade do SAMU. Em razão da gravidade dos ferimentos, o condutor foi transportado do local para Hospital Clóvis Sarinho. O Condutor de V1 não é habilitado. Foi realizado teste de alcoolemia em ambos os condutores, cujo resultado não acusou ingestão de álcool em nenhum deles. Não foi preenchido termo de declaração do envolvido.

### EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão traseira	
2	Tombamento	



Documento assinado eletronicamente por ARRAIS, matrícula 1461612, Policial Rodoviário Federal, em 09/04/2018, às 19:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18022143B01 e o número de controle 032C38F65E9D5D034E46EFF44C0EA1



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18022143B01**



**PRF**

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
3	Queda de ocupante de veículo	

**IMAGENS PANORÂMICAS**



SENTIDO CRESCENTE



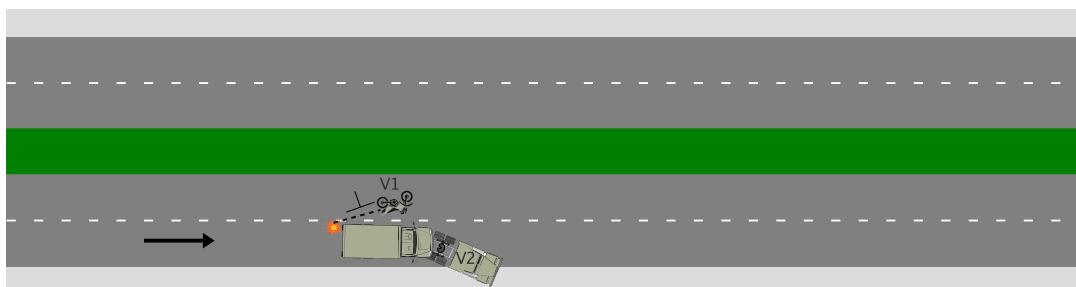
SENTIDO DECRESCENTE

**AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA**

**CROQUI DA CENA DO ACIDENTE**



Local preservado  
colisão traseira  
tombamento da motocicleta  
velocidade regulamentar V1 e V2=60km/h



EXTREMOZ

MACAÍBA



Documento assinado eletronicamente por ARRAIS, matrícula 1461612, Policial Rodoviário Federal, em 09/04/2018, às 19:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18022143B01 e o número de controle 032C38F65E9D5D034E46EFF44C0EA1



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18022143B01**



**PRF**

**V1**



**MZK1284**

**Placa:** MZK1284 - Registro Nacional

**Marca/modelo/ano fabricação:** HONDA/CG 125 FAN KS/2010

**Renavam:** 00216023408

**Chassi:** 9C2JC4110AR041584

**Tipo de Veículo:** Motocicleta

**Espécie/categoria:** Passageiro/Particular

**Manobra no momento do acidente:** Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

**PROPRIETÁRIO**

**Nome:** PERCILIA INGRIDY PEREIRA VIEIRA

**CPF/CNPJ:** 013.273.534-23

**Endereço:** R ENCANTO, 22, NATAL/RN

**Telefone/email:** NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

**ENCAMINHAMENTO**

**Motivo:** Ausência de responsável

**Tipo de receptor:** Depósito credenciado

**Informações complementares:** TRANSGUARD - 3205-1819



Documento assinado eletronicamente por ARRAIS, matrícula 1461612, Policial Rodoviário Federal, em 09/04/2018, às 19:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18022143B01 e o número de controle 032C38F65E9D5D034E46EFF44C0EA1



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18022143B01**



**PRF**

**V1**



TRACIONADOR

**MZK1284**



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ARRAIS, matrícula 1461612, Policial Rodoviário Federal, em 09/04/2018, às 19:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18022143B01 e o número de controle 032C38F65E9D5D034E46EFF44C0EA1



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18022143B01**



**PRF**

**V2**



TRACIONADOR

**NNT1922**

**Placa:** NNT1922 - Registro Nacional

**Marca/modelo/ano fabricação:** M.BENZ/1718/2009

**Renavam:** 00206532911

**Chassi:** 9BM6931869B695280

**Tipo de Veículo:** Caminhão

**Espécie/categoría:** Carga/Aluguel

**Manobra no momento do acidente:** Saindo da via

**Informações complementares:** veículo saia da pista de rolamento e adentrava posto de combustível.

**Informações complementares da carga:** veículo de carga rebocado - veículo V2 tracionador rebocando o veículo de carga Volvo M 330 8X2R de Placas OWB-6565. Impacto da colisão da motocicleta na traseira deste veículo que estava sendo rebocado.

**PROPRIETÁRIO**

**Nome:** ALEX ESTEVAM PINHEIRO CAMARA

**CPF/CNPJ:** 056.150.924-75

**Endereço:** R RIO GRAJAU, 7703 - CS, NATAL/RN

**Telefone/email:** NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ARRAIS, matrícula 1461612, Policial Rodoviário Federal, em 09/04/2018, às 19:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18022143B01 e o número de controle 032C38F65E9D5D034E46EFF44C0EA1



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18022143B01**



**PRF**

**V2**



TRACIONADOR



**NNT1922**



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ARRAIS, matrícula 1461612, Policial Rodoviário Federal, em 09/04/2018, às 19:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18022143B01 e o número de controle 032C38F65E9D5D034E46EFF44C0EA1



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18022143B01**



**PRF**

**V1**



**RICARDO DE SOUZA FONTES**

**Placa do veículo:** MZK1284

**Marca/modelo:** HONDA/CG 125 FAN KS

**Envolvimento:** Condutor

**Nome:** RICARDO DE SOUZA FONTES

**CPF:** 010.530.594-42

**Data de nascimento:** 29/01/1980

**Estado civil:**

**Sexo:** Masculino

**Estado físico:** Lesões Graves

**Usava cinto de segurança:** NÃO **Usava capacete:** Sim

**DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR**

**Tipo:** Não Habilitado

**ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA**

**Foi possível realizar teste do etilômetro:** Sim

**Condutor se recusou a realizar o teste:** Não **Resultado:** 0

**Visíveis sinais de embriaguez:** Não **Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

**DADOS DE CONTATO**

**Endereço:** DA PAZ, 30, NOSSA SENHORA DA AP, NATAL/RN

**Telefone/email:** 008436144696/NÃO INFORMADO

**ENCAMINHAMENTO**

**Motivo:**

**Tipo de receptor:** SAMU

**Informações complementares:** encaminhado a unidade hospitalar, com fratura no ombro.



Documento assinado eletronicamente por ARRAIS, matrícula 1461612, Policial Rodoviário Federal, em 09/04/2018, às 19:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18022143B01 e o número de controle 032C38F65E9D5D034E46EFF44C0EA1



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18022143B01**



**PRF**

**V2**



CONDUTOR

**LUIZ ANTONIO FERNANDES DO  
NASCIMENTO**

**Placa do veículo:** NNT1922

**Marca/modelo:** M.BENZ/1718

**Envolvimento:** Condutor

**Nome:** LUIZ ANTONIO FERNANDES DO NASCIMENTO

**CPF:** 812.676.654-91

**Data de nascimento:** 01/12/1971

**Estado civil:**

**Sexo:** Masculino

**Estado físico:** Ileso

**Usava cinto de segurança:** Sim **Usava capacete:** NÃO

**DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR**

**Tipo:** Habilitação Nacional    **Categoria:** D    **Data primeira habilitação:** 01/08/1997

**Nº de registro:** 0244332410    **UF:** RN    **Data de vencimento da habilitação:** 12/07/2022

**Motorista Profissional:** Não

**Observações CNH:** A 15

**ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA**

**Foi possível realizar teste do etilômetro:** Sim

**Condutor se recusou a realizar o teste:** Não    **Resultado:** 0

**Visíveis sinais de embriaguez:** Não    **Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

**DADOS DE CONTATO**

**Endereço:** R DE NEOPOLIS, 129 - CASA, GUARAPES, NATAL/RN

**Telefone/email:** 84 98725 4632/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por ARRAIS, matrícula 1461612, Policial Rodoviário Federal, em 09/04/2018, às 19:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18022143B01 e o número de controle 032C38F65E9D5D034E46EFF44C0EA1



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18022143B01**



**PRF**



## Imagens Complementares

**V2 - Tracionador - M.BENZ/1718 - NNT1922**



IMAGEM COMPLEMENTAR 01



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ARRAIS, matrícula 1461612, Policial Rodoviário Federal, em 09/04/2018, às 19:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18022143B01 e o número de controle 032C38F65E9D5D034E46EFF44C0EA1



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18022143B01**



**PRF**

**RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN**

**Veículo:** V1 / HONDA/CG 125 FAN KS

**Placa:** MZK1284

**Nome do agente:** ARRAIS

**Nº BOAT:** 18022143B01

**Matrícula do agente:** 1461612

**Data:** 05/04/2018

		Item danificado no acidente		
Item	Descrição do Item	SIM*	NÃO**	NA***
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

**Total geral (SIM + NA): 0**

**Dimensão da manta:** Pequena

\*Item danificado no acidente.

\*\*Item não danificado no acidente ou não existente.

\*\*\* Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por ARRAIS, matrícula 1461612, Policial Rodoviário Federal, em 09/04/2018, às 19:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18022143B01 e o número de controle 032C38F65E9D5D034E46EFF44C0EA1



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18022143B01**



**PRF**

**RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN**

**Veículo:** V2 / M.BENZ/1718

**Placa:** NNT1922

**Nome do agente:** ARRAIS

**Nº BOAT:** 18022143B01

**Matrícula do agente:** 1461612

**Data:** 05/04/2018

		Item danificado no acidente			
Item	Descrição do Item	Valor	SIM*	NÃO**	NA***
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M		X	
2	Carroceria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroceria com o chassis.	M		X	
3	Para choque traseiro danificado.	M		X	
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M		X	
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M		X	
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags ( se existir)	M		X	

\*Item danificado no acidente.

\*\*Item não danificado no acidente ou não existente.

\*\*\* Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ARRAIS, matrícula 1461612, Policial Rodoviário Federal, em 09/04/2018, às 19:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18022143B01 e o número de controle 032C38F65E9D5D034E46EFF44C0EA1



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18022143B01**



**PRF**

**Dimensão da monta:** Pequena

\*Item danificado no acidente.

\*\*Item não danificado no acidente ou não existente.

\*\*\* Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ARRAIS, matrícula 1461612, Policial Rodoviário Federal, em 09/04/2018, às 19:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18022143B01 e o número de controle 032C38F65E9D5D034E46EFF44C0EA1

(2) WhatsApp | (3) Email – igorprojak@hotmail.co | (4) Portal do Judiciário - Início | (5) Roberto Sá - Ah, se eu vou | (6) Seguradora Líder-DPVAT Aconselhamento | (7) Apps | (8) https://cassiuschess/ | (9) Cartão Riachuelo | (10) Estacio | (11) Blog Calculadora: Tá! | (12) RECLAMAÇÕES DE 1 | (13) Página Inicial | (14) Modelo Simples | (15) iLovePDF | ferramentas

Como Pagar  
Consulta a Pagamentos Efetuados  
Informações Gerais

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME**  
**BENEFICIÁRIO** RICARDO DE SOUZA FONTES  
**CPF/CNPJ:** 01053059442

**Posição em 15-10-2018 11:39:57**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
18/09/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

**Histórico das correspondências enviadas**

Data da Carta	Referência	Ver Carta
05/09/2018	Aviso de Sinistro	

Seguradora LÍDER

Serviços Dúvidas e Respostas Atendimento

Digite aqui para pesquisar

11:40 15/10/2018