



Número: **0813134-03.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **04/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|--|--------------------|--|-----------------------------|
| FABIO MENDES SOARES DA SILVA (AUTOR) | | JORGE ROMULO DE BRITO GALVAO (ADVOGADO) | |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU) | | | |
| MUCIO AURELIO DO NASCIMENTO LUZIA (TERCEIRO INTERESSADO) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 41569822 | 04/04/2019 13:39 | Procuração e Documentos Pessoais | Procuração |
| 41569835 | 04/04/2019 13:39 | Boletim de Ocorrência | Documento de Comprovação |
| 41569848 | 04/04/2019 13:39 | Relatório - Atendimento Samu | Documento de Comprovação |
| 41569855 | 04/04/2019 13:39 | Boletim de Atendimento de Urgência | Documento de Comprovação |
| 41569859 | 04/04/2019 13:39 | Laudo Cirúrgico e Internação Hospitalar | Documento de Comprovação |
| 41569873 | 04/04/2019 13:39 | Requerimento e Decisão Administrativa - Indeferimento | Requerimento Administrativo |
| 41569881 | 04/04/2019 13:39 | Certificado de Licenciamento e Regsitro da Moto - NNJ-8590 | Documento de Identificação |

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Fabio Mender Soares da Silva, Brasileiro, solteiro, vendedor,
RG: 003.077.752, CPF: 097.803.424-43, sítio Itapacua
nº 5/N, Zona Rural, Várzea - RN, cep 59185-000
Tel: 98831-0556

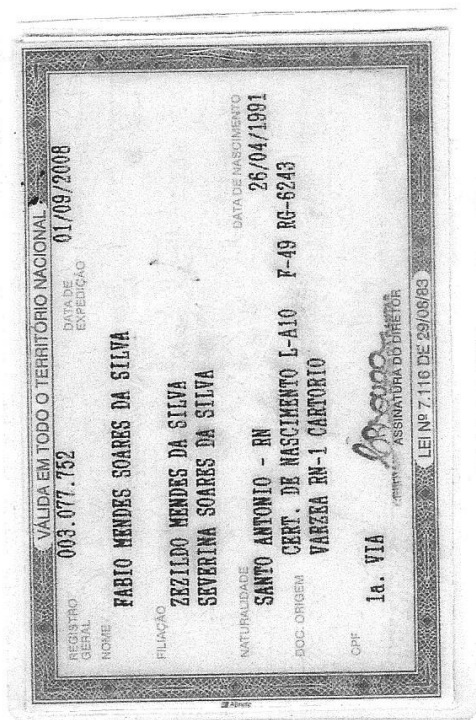
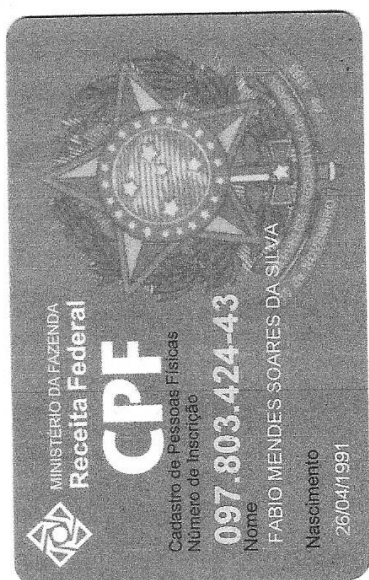
OUTORGADOS: **ANTÔNIO TAUMATURGO DE MACEDO SILVEIRA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional do Rio Grande do Norte sob o nº 5889; **JORGE ROMULO DE BRITO GALVÃO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional do Rio Grande do Norte sob o nº 6302, e **MARGON BARROS DE FIGUEIREDO**, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional do Rio Grande do Norte sob o nº 13.444, com escritório sediado na Rua Marechal Floriano, nº 547, Centro, Santo Antônio/RN, CEP.: 59255-000.

PODERES: Os contidos nas cláusulas *AD JUDICIA ET EXTRA* para o foro em geral e trabalhista, bem como praticar todos os atos judiciais de representação e defesa, propor contra quem de direito ações judiciais competentes e defendê-lo nas contrarias em qualquer juízo, autarquia, empresa pública ou instância administrativa ou recursal, seguindo-as ate a decisão o trânsito em julgado, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda os poderes a especiais para acordar, confessar, transigir, desistir, firmar compromisso, receber, dar quitação, retirar guias de pagamento e Alvarás junto ao banco designado, agir em conjunto ou separadamente, podendo, ainda, substabelecer a outrem, com ou sem reserva os poderes ora conferidos, dando tudo por bom, firme e valioso.

CLAÚSULA CONTRATUAL: Pelos serviços advocatícios pagarei o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor total do que for recebido pelo Outorgante.

Santo Antônio/RN, de março de 2018.

Fabio Mender Soares da Silva
OUTORGANTE





COMPANHIA ENERGIA DE PERNAMBUCO S.A.
Rua Mermoz, 150, Balço 1150, Rio de Janeiro - CEP 50025-050
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Ins. Est. 20.055.199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

FABIO MENDES SOARES DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PO ITAPACURA 91

CPF 097 803 424-43

ITAPACURA/AREA RURAL
VARZEA RN
59185-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO |
|---------------------|-------------------------------|
| 7011244313 | 02/2018 |
| DATA DE VENCIMENTO | DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA |
| 02/03/2018 | 22/03/2018 |
| TOTAL A PAGAR (R\$) | 49,52 |

| Nº DA NOTA FISCAL | SÉRIE | EMIÇÃO |
|-------------------|---------------|------------------|
| 002459014 | UNICA | 20/02/2018 |
| APRESENTAÇÃO | Nº DO CLIENTE | Nº DA INSTALAÇÃO |
| 23/02/2018 | 3011061178 | 2632604 |

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|---------------------------------|-------------|-------------|--------------|
| Consumo Ativo (kWh) | 83,00000000 | 0,53398058 | 44,32 |
| Contribuição Iluminação Pública | | | 5,20 |
| TOTAL DA FATURA | | | 49,52 |

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| Nº DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | ANTERIOR LEITURA | ATUAL DATA | ATUAL LEITURA | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (kWh) |
|---------------|----------------|---------------|------------------|------------|---------------|------------|-----------|--------|---------------|
| 2170703785 | CAT | 05/02/2018 | 0,00 | 20/02/2018 | 30,00 | 14 | 1,00000 | | 30,00 |
| 2120608859 | CAT | 19/01/2018 | 6.215,00 | 06/02/2018 | 6.266,00 | 18 | 1,00000 | | 53,00 |

HISTÓRICO DE CONSUMO

| Mês/Ano kWh |
|-------------|
| FEV 18 83 |
| JAN 18 78 |
| DEZ 17 78 |
| NOV 17 73 |
| OUT 17 52 |
| SET 17 55 |
| AGO 17 51 |
| JUL 17 49 |
| JUN 17 60 |
| MAI 17 60 |
| ABR 17 65 |
| MAR 17 75 |
| FEV 17 61 |

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

| BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO |
|-----------------|-------------|------------------|
| ICMS | 44,32 16,00 | 7,09 |
| PIS | 44,32 0,67 | 0,29 |
| COFINS | 44,32 3,05 | 1,35 |

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

| COMPOSIÇÃO DO CONSUMO | | |
|-----------------------|------------------|-------------|
| Geração de Energia | R\$ 14,69 | 33,15% |
| Transmissão | R\$ 2,11 | 4,76% |
| Distribuição (Cosern) | R\$ 11,00 | 24,82% |
| Perdas de Energia | R\$ 2,70 | 6,09% |
| Encargos Setoriais | R\$ 4,21 | 9,50% |
| Tributos | R\$ 9,61 | 21,68% |
| Total | R\$ 44,32 | 100% |

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo (kWh) 0,41800000

48AC 867B 358C 97D3 1CE5 0231 F472 D31C

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal Futura deve ser feito somente em espécie. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em: www.aneel.gov.br. O Cliente é responsável quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagos em atraso geram multa 2% (Resolução ANEEL), juros 1% a.m. (Lei 10.438/02) e atualização monetária no pré-mês. O Cliente é responsável quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Fator de Potência Médio = Contador o consumo de energia, 23kV e Chuva e Ministério da Saúde - Governo Federal.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERUPÇÕES

| CONJUNTO | VALOR APURADO | LIMITE MENSAL | LIMITE TRIMESTRAL | LIMITE ANUAL |
|------------|---------------|---------------|-------------------|--------------|
| GOIÂNIA/PA | dez/2017 | 1,05 | 11,30 | 22,61 |
| | | | | 45,22 |

NÍVEL DE TENSÃO

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



Govorno do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE GOIANINHA
Endereço: RUA PROF. JOÃO TIBÚCIO, 141, CENTRO, GOIANINHA

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J201/087000096
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 01/02/2017 17:13:17
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 01/09/2016 18:40:00
2.3 Fato: Constatado
2.4 Meio(s) empregado(s): Outros
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.8 Número: -
2.10 Complemento:
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIO E FAZENDAS
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida
2.4 Flagrante: Não
2.7 Logradouro: RN 003 - EM FRENTE A LSTAÇÃO DA CAERN (ENTRIL ESPÍRITO SANTO E GOIANINHA)
2.9 CEP:
2.11 Ponto de Referência:
2.13 Cidade: GOIANINHA

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FABIO MENDES SOARES DA SILVA
3.3 Estado: Sem Informação
3.5 Mãe: SEVERINA SOARES DA SILVA
3.7 Sexo: MASCULINO
3.9 Data:
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)
3.15 Telefone(s): 84 988310556
3.17 Número: -
3.19 Bairro: ITAPACURA
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.2 Estado civil: Sem Informação
3.4 Pai: ZEZILDO MENDES DA SILVA
3.6 Data de Nascimento: 26/04/1991
3.8 RG: 003077752 - ITP/RN
3.10 Passaporte:
3.12 Nacionalidade: SANTO ANTONIO - RN
3.14 E-Mail:
3.16 Logradouro: PO ITAPACURA 2 PR3 SÍTIO
3.18 CEP:
3.20 Cidade: VÁRZEA

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Seguradora: Não
7.1.3 Chassi: *****52196
7.1.5 Placa: RNJ8590
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.9 Ano do Modelo: 2008
7.1.11 Cor do veículo: CINZA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: FABIO MENDES SOARES DA SILVA
7.1.17 Nome do condutor: O DECLARANTE
7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:
7.1.4 Renavam: 00116300264
7.1.6 Estado:
7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN KS
7.1.10 Ano de Fabricação: 2008
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.14 Número do Motor:
7.1.16 Veículo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

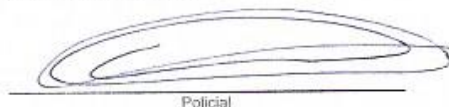
O COMUNICANTE DISSE QUE ESTAVA TRAFEGANDO EM UMA MOTOCICLETA (JÁ DESCRITA NESTE BO) NO LOCAL DO FATO, SENTIDO GOIANINHAR/RN - ESPÍRITO SANTO/RN. QUANDO DE REPENTE UM BOI CRUZOU A PISTA; QUE TENTOU FREIAR E SE ESQUIVAR DO ANIMAL, MAS COLIDIU FRONTALMENTE NO MESMO, QUE DEVIDO A COLISÃO SOFREU LESÕES NA PERNA ESQUERDA (COLO DO FEMUR) E NO BRAÇO ESQUERDO (FRATURA DO PUNHO E DE TRES DEDOS DA MÃO); QUE SOFREU PEQUENAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMUR RN E CONDUZIDO PARA O HOSPITAL ESTADUAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL EM NATAL RN; QUE POSTERIORMENTE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL ESTADUAL DEOCLECIO MARQUES EM PARNAMIRIM RN; NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data: 01/02/2017 17:13:17


Policial


Interessado


Polegar direito

Atendimento: 2072688 - GUSTAVO MOURA CANTANHEDE
Impressão por: 2072688 - GUSTAVO MOURA CANTANHEDE em 01/02/2017 17:15:00

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 RN



192

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessário, que em busca no sistema informatizado do SAMU 192 RN, foi encontrada a ocorrência Nº S230957 referente ao paciente **FABIO MENDES SOARES DA SILVA**, 25 anos, atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 RN, no dia 17/09/2016 em sentido Goianinha/RN, conforme ficha anexa.

Natal, 11 de novembro de 2016.

SABRINA CAMARA DE MACEDO
Coordenadora Regulação Médica do SAMU 192 RN
Mat. 195.849-6

SAMU 192 RN

END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 - BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545
FONE: 84 3209-5316



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA

FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA

| | |
|------------------------|---|
| FICHA DE ATENDIMENTO : | S230957 |
| DATA DA OCORRÊNCIA: | 17/09/2016 19:20:45 |
| CIDADE: | GOIANINHA |
| BAIRRO: | |
| PONTO DE REFERÊNCIA: | |
| LOGRADOURO: | RN SENTIDO GOIANINHA PARA ESPÍRITO SANTO. |
| INTERESSADO: | EDSON |
| TELEFONE: | 9*9115-9231 |
| TIPO: | M22 |
| NATUREZA: | TRAUMA |
| SUB-TIPO: | M22G |
| NATUREZA: | COLISÃO |
| IMPRESSO POR: | IVAN JOSE DE ARAUJO CARDOSO |
| DATA DA IMPRESSÃO: | 11/11/2016 12:02:00 |

| DATA | HORA | TERMINAL | OPERADOR | EVENTOS |
|------------|----------|-----------|-----------|--|
| 17/09/2016 | 19:20:45 | tam1 | 98762684 | PCT FABIO ID 25 ANOS |
| 17/09/2016 | 19:20:45 | tam1 | 98762684 | APX 3 KM DE GOIANINHA |
| 17/09/2016 | 19:20:45 | tam1 | 98762684 | APOS A ENTRADA DO POVOADO MIRANDA |
| 17/09/2016 | 19:21:05 | tam1 | 98762684 | |
| 17/09/2016 | 19:21:54 | regsamu02 | 13129624 | LIGAÇÃO CAIU |
| 17/09/2016 | 19:22:06 | regsamu02 | 13129624 | ANTES DA REGULAÇÃO MÉDICA |
| 17/09/2016 | 19:30:04 | despsamu2 | 701800674 | VIATURA USB38 DESPACHADA - Comandante da VTR: (CÍODS CÍODS) |
| 17/09/2016 | 19:30:16 | regsamu02 | 13129624 | COLISÃO MOTO ANIMAL |
| 17/09/2016 | 19:30:38 | despsamu2 | 701800674 | VIATURA USH38 EM ROTA |
| 17/09/2016 | 19:30:40 | regsamu02 | 13129624 | CONSCIENTE |
| 17/09/2016 | 19:31:03 | regsamu02 | 13129624 | FRATURA EM PULSO E JOELHO?(LIGAÇÃO RUIM) |
| 17/09/2016 | 19:31:10 | regsamu02 | 13129624 | ENVIO USB COD 3 |
| 17/09/2016 | 19:31:38 | regsamu02 | 13129624 | ** Tipo do evento alterado de M01 para M22(M22G) às 17/09/16 19:31:38 |
| 17/09/2016 | 19:31:38 | regsamu02 | 13129624 | ** Event Priority changed from 4 to 0 at: 09/17/16 19:31:38 |
| 17/09/2016 | 19:31:38 | regsamu02 | 13129624 | ** >>> by: VINICIUS CAMARA DE SOUSA PAIVA on terminal regsamu02 |
| 17/09/2016 | 19:31:38 | regsamu02 | 13129624 | ** >>> by: VINICIUS CAMARA DE SOUSA PAIVA on terminal regsamu02 |
| 17/09/2016 | 19:45:37 | despsamu1 | 14238204 | VIATURA USB38 CHEGOU AO LOCAL |
| 17/09/2016 | 20:13:20 | regsamu02 | 13129624 | USB 38 |
| 17/09/2016 | 20:13:47 | regsamu02 | 13129624 | FABIO MENDES SOARES DA SILVA25A |
| 17/09/2016 | 20:14:17 | regsamu02 | 13129624 | VITMA DE QUEDA DE MOTO COLIDIU COM ANIMAL . CAIU EM BARRANCO |
| 17/09/2016 | 20:14:25 | regsamu02 | 13129624 | DECUBITO DORSAL |
| 17/09/2016 | 20:14:32 | regsamu02 | 13129624 | NEGA PERDA DE CONSCIENCIA |
| 17/09/2016 | 20:14:59 | regsamu02 | 13129624 | APRESENTA PROVAVEL FRATURA EM PUNHO ESQUERDO E FRATURA DE FEMUR ESQUERDO |
| 17/09/2016 | 20:15:04 | regsamu02 | 13129624 | AMBAS FECHADAS |
| 17/09/2016 | 20:15:14 | regsamu02 | 13129624 | NEGA DOENÇAS |
| 17/09/2016 | 20:15:22 | regsamu02 | 13129624 | TA 110X70 |
| 17/09/2016 | 20:15:29 | regsamu02 | 13129624 | FC 97% |
| 17/09/2016 | 20:15:32 | regsamu02 | 13129624 | FR 20 |
| 17/09/2016 | 20:15:40 | regsamu02 | 13129624 | SAT 98% EM AR AMBIENTE |
| 17/09/2016 | 20:16:37 | regsamu02 | 13129624 | ORIENTO AVP COM RL |
| 17/09/2016 | 20:16:51 | regsamu02 | 13129624 | DIPIRONA 01 AMPOLA COM 08MLO ABD EV |
| 17/09/2016 | 20:17:07 | regsamu02 | 13129624 | SEGUIR NO QTI DO PS CLOVIS SARINHO |

| | | | | |
|------------|----------|-----------|-----------|--|
| 17/09/2016 | 20:31:06 | tarm2 | 354232878 | TENTANDO CONTATO COM POLITRAUMA CLOVIS SEM SUCESSO. |
| 17/09/2016 | 20:32:57 | tarm2 | 354232878 | AS 20:18 AS 20:25 AS 20:32 SEM SUCESSO. (TARM NATALI) |
| 17/09/2016 | 20:38:20 | tarm2 | 354232878 | INFORMADO COM DR KALIANDRE DO POLI TRAUMA CLOVIS, O MESMO ESTA CIENTE. |
| 17/09/2016 | 20:39:04 | tarm2 | 354232878 | (Tarm Natali) |
| 17/09/2016 | 20:39:12 | tarm2 | 354232878 | ***** |
| 17/09/2016 | 22:47:11 | despsamu1 | 14238204 | VIATURA USB38 INFORMOU O CODIGO UG |
| 17/09/2016 | 22:47:11 | despsamu1 | 14238204 | VIATURA USB38 INFORMOU O CODIGO CL |
| 17/09/2016 | 23:09:48 | despsamu2 | 701800674 | VIATURA USB38 FINALIZOU A OCORRÊNCIA COMO (HSP) [ENCAMINHADO HOSPITAL] COMENTÁRIO ADICIONAL: SEM COMENTÁRIO |


 SABRINA CAVALCANTE DE MACEDO
 COORDENADORA DE REGULAÇÃO MÉDICA



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

PACIENTE **FABIO MENDES SOARES DA SILVA**
DATA DE ENTRADA 17/09/2016 **HORA** 21:25 **Nº BAA** 205517
IDADE 25 **SEXO** M **ETNIA** -
CARTÃO SUS 708202678935548 **ESTADO CIVIL** -
CPF 097.803.424-43 **RG** 3077752 - -
NOME DA MÃE SEVERINA SOARES DA SILVA
NOME DO PAI -
NASCIMENTO 26/04/1991 **NATURALIDADE** -
TELEFONE (84) 8871-2546 **PROFISSÃO** -
RUA/AV. ITA PACURA Nº 96
COMPLEMENTO - **BAIRRO** ZONA RURAL
CEP 59185-000 **CIDADE** Várzea-RN
ORIGEM Ambulância - SAMU **MOTIVO** Consulta de urgência / Outros
ACID. DE TRABALHO Não **USUÁRIO** Glauber

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Última de colisão moto - animal. Nega TCE e perda
do nível de consciência. Chega-se de dor em punho E e
NIE.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A. Oligoacústicos. Sem cianose - Mucosa color geral
B. Eupneico - MV+, liberação de RA. Tórax anterior
C. Estável. Pulso cheio
D. Glasgow 15
E. Edema em punho E / Deformidade em pé E

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Dor à palpação de local E de 4/5
Abdome flácido e indolor

| HORA | PRESSÃO ARTERIAL | DOR | TEMP. | FREQ. RESPIRATORIA | FREQ. CARDÍACA | GLASGOW | RTS-SCORE FINAL |
|------|------------------|--|-------|--------------------|----------------|---------|-----------------|
| | 110/70 | Seto O ₂ 98% ar ambiente | | 20 | 72 | | |
| CID | | | | | | | |

DIAGNÓSTICO INICIAL

| | |
|--|-------------|
| ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: | |
| ANAMNESE | |
| EXAME FÍSICO | |
| IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA | |
| EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)**** | LABORATÓRIO |
| CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) | OUTROS |
| ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM | |
| Assinatura e Carimbo do Responsável | |

| | |
|--|-------------------------------|
| DESTINO DO PACIENTE: <i>internar</i> | Nº do Boletim de Atendimento: |
| INTERNAMENTO NA CLÍNICA: <i>Ortopedia</i> | DATA: / / HORA: |
| SAÍDA: <i>A</i> | DATA: / / HORA: |
| Decisão Médica <input checked="" type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para: | |
| ÓBITO: DATA: / / HORA: | |
| Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/> | |

| | | |
|--|--|-------------------------------|
| DESTINO DO PACIENTE: | | Nº do Boletim de Atendimento: |
| INTERNAMENTO NA CLÍNICA: | | DATA: / / HORA: |
| SAÍDA: | | DATA: / / HORA: |
| Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para: | | |
| ÓBITO: DATA: / / HORA: | | |
| Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/> | | |

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS): negeM (MEDICAÇÃO EM USO): negeP (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): nege

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS):

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL):

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

- R₁ de tórax (AP)
 - R₁ de pelve (AP)
 - R₁ de antebraço, punho,
 - R₁ de coxa E (AP e perfil)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

não E (AP e perfil)
 (+ Obliquos)
 OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

① Dolothen 750, IM, agora
 ② Injeção 1g + 0,8ml de ASD,
 IM, agora

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

22:20 -
 PE - tórax de colo de
 punho a esquerda
 - fratura do ulna E
 direita, RAÍDO distal E
 e 3 metatarsos (3º, 4º
 5º)

PE do tórax sem evidência de
 fraturas, heus ou pneumotórax
 PE de pelve sem fraturas
 tra perfurantes evidência de
 lesão de não E

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: Dr. J. Romulo de Brito Galvão

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

MÉDICO (CARIMBO)

O presente documento, ao permitir o atendimento, produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais seguros e protege o profissional de saúde, contribuindo para a memória da assistência no RH.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

Nome: _____

Nº Registro: _____

Serviço: _____

Idade: _____

Leito: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

História Clínica Vinícius Bolson
de Aguiar

Dr. Mario André M. de Albuquerque
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5478 - CPF: 030.916.814-42

CONFERE COM ORIGINAL
19/09/16
NATAL
MA
ASSINATURA



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

EVOLUÇÃO
MULTIDISCIPLINAR

Nome:

Leito:

Idade:

Nº Registro:

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

18/09/16 Paciente Intoxica
com Fumo de Alcool + Fôlego
fresco.

Dr. Mario Aquilino de Abreu
Ortopedista Traumatologista
CRM/RN 5476 CPF 030.976.14-42

19/09/16
CONFERE COMPLETO
ASSINADO



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: ORT Leito: UTI: Leito:
Data de admissão: 17 / 09 / 2016 Alta:
Nome: Fábio Mendes Soares da Silva Naturalidade: Santo Antônio - RN
Idade: 25 Sexo: (☒) Masculino (☐) Feminino Data de Nascimento: 26 / 04 / 1991
RG: 003.077.752 Estado Civil: solteiro Nível de Instrução: 2º grau completo
Filiação: Pai: Zyildo Mendes Soares da Silva
Mãe: Selenina Soares da Silva
Endereço: Itapocara, 96, Vila Verde Cidade: Várzea - RN
Telefone: 98871-2546 (☐) Residencial (☐) Trabalho (☐) Recado
Contato: Assimila Clóvis Ferreira S. Outros telefones: 98931-0556 próprio
Composição familiar: convivência
Outras informações: Faz uso de (☐) Alcool (☐) Fumo (☐) Drogas (☐) Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: rendador - loba Trabalho c/ vínculo empregatício (☐) 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 (☒) Trazido pelo SAMU
(☐) Socorrido em via pública (☐) Outros meios
(☐) Encaminhado: Hospital de origem:

Crítérios para Acompanhante

Possui requisitos? (☐) Não (☒) Sim Qual o motivo? É de fêmea, braço e punho.
Portador de deficiência: (☐) Auditiva (☐) Visual (☐) Física (☐) Mental
Responsável pelo paciente: Assimila Clóvis Ferreira S.
Parentesco: convivência Telefone: 98871-2546
Endereço do Responsável:

Evolução

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

Saída

óbito: Encaminhamento: ITEP (☐) SVO (☐) DO (☐) Obs.
Alta hospitalar (☐) Transferência (☐) Destino:
Orientações/Encaminhamentos: Solicitado copia dos documentos e contato
assimila e rotina hospitalar.

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.



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

FABIO MENDES SOARES DA SILVA

6- NUMERO DO PRONTUARIO

145412

7- CARTÃO NACIONAL/US

708 2026 7893 5548

8- DATA DE NASCIMENTO

26/04/1991

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/COR

PARDA

11- NOME DA MÃE

SEVERINA SOARES DA SILVA

12- TELEFONE DE CONTATO

98871-2546

13- NOME DO RESPONSÁVEL

JESSIANE CIBELE (ESPOSA)

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

SÍTIO ITAPACURA 96

16- MUNICÍPIO

VARZEA

17- BAIRRO

ZONA RUARL

18- UF

RN

19- CEP

59185-000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*paciente com dor no quadril
Falta de força, menor coelho, fratura?*

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

cirurgia

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

Artroscopia Total Quadril B

23- CID 10 PRINCIPAL

24- CID 10 SECUND.

25- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento Solicitado

Rogério Santos
Ortopedia e Traumatologia

29- CLÍNICA

30- CARATER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO

CRIMIN 1226/8807-1341TE

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- 1- AC. TRANSITO

37- 1- AC. TRABALHO TÍPICO

38- 1- AC. TRABALHO TRAJETO

39- 1- AC. TRABALHO TRAJETO

40- Nº DO BILHETE

41- SERIE

42- 1- INCLUI COM A PREVIDÊNCIA

43- 1- EMPREGADO

44- 1- EMPREGADOR

45- 1- AUTÔNOMO

46- 1- DESEMPREGADO

47- 1- APOSENTADO

48- 1- NÃO SEGURO

Autorização

49- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50- COD. ORGAO EMISSOR

51- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

52- 1- DOCUMENTO

53- 1- DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

54- 1- CNES

55- 1- CPF

56- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

CONFERE COM ORIGINAL
hedeberes
20/5/2019



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIA

| | | |
|------------------------------|-------------------------|------------|
| ENFERMARIA Nº | LEITO | PRONTUÁRIO |
| | | 145412 |
| DATA | HORA | CATEGORIA |
| 11/07/2017 | 10:04 | GIH |
| PACIENTE | DATA DE NASCIMENTO | |
| FABIO MENDES SOARES DA SILVA | 26/04/1991 | |
| ESTADO CIVIL | PROFISSÃO | |
| UNIAO ESTAVEL | VENDEDOR | |
| ENDEREÇO (RUA, Nº) | | |
| SITIO ITAPACURA 96 | | |
| MUNICÍPIO | BAIRRO | UF |
| VARZEA | ZONA RUARL | RN |
| CEP | TELEFONE | |
| 59185-000 | | |
| LOCAL DE TRABALHO | | |
| FILIAÇÃO | | |
| SEVERINA SOARES DA SILVA | ZEZILDO MENDES DA SILVA | |
| RESPONSÁVEL | TELEFONE | |
| JESSIANE CIBELE (ESPOSA) | 96871-2546 | |
| ENDEREÇO | | |
| O MESMO | | |
| DIAGNOSTICO PROVISÓRIO | | |
| DIAGNOSTICO DEFINITIVO | | |

DATA DE ADMISSÃO

ALTA

ÓBITO

HISTORIA CLÍNICA

CONFERE COM ORIGINAL
Hedelberto
2075833

el 98831.0356 SW 708 2026 7893 5548 077



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

Mãe: Severina Soares da Silva Nº 50
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME: Fabio Mende Soares da Silva
IDADE: 26/04/1991 COR: SEXO: M ESTADO CIVIL: Solteiro
NATURALIDADE: Santo Antonio PROFISSÃO: Vendedor PROCEDÊNCIA:
ENDEREÇO: Sítio Itapacura BAIRRO: Zona Rural
CIDADE: Verzea DATA: 10/07/2017 HORA: 14:25

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)
Patraia mnt

EXAME FÍSICO
Data: 10/7/17 Hora: 16:30
Técnico:
Exame:
Médico:

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

| HORA | PRESSÃO ARTERIAL | RESPIRAÇÃO | GLASGOW | SCORE FINAL | TEMP. | PULSO |
|------|------------------|------------|---------|-------------|-------|-------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

DIAGNÓSTICO INICIAL
CONFERE COM ORIGINAL
CONFERE COM ORIGINAL

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"/> ORTOPIEDIA | <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

- A x quimif E P.
- frax do cabeca + colo furcal

Soluto TC de pelve

liberando

Dr. Paulo Ferreira Freire
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5804 - TEOT 13187

Manoel Correia Neto
Ortopedia - Traumatologia
CRM/RN 849

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL | <input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE ORTOPEDIA | <input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____ |
| HORA ____ HS | <i>Ortopedia</i> CRM: 5314 TEOT 13213 | HORA ____ PARA ____ |
| RETIROU-SE POR | DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> | A REVELIA <input type="checkbox"/> |
| DATA ____/____/____ | HORA ____ | |
| ÓBITO ____/____/____ | HORA ____ | |
| ENTREGUE À FAMÍLIA <input type="checkbox"/> | S.V.O. <input type="checkbox"/> | I.T.E.P. <input type="checkbox"/> |

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



PRESCRIÇÃO MÉDICA- TRAUMATOLOGIA

ORTOPEDIA I
LEITO 17

PACIENTE: FABIO MENDES S. SILVA

DATA: 04.08.17

IDADE:

| | | | | | | |
|----|---|----|----|-----|----|-----|
| 1 | DIETA LIVRE | 12 | 18 | 12. | 24 | 06. |
| 2 | DIPIRONA 1G + ABD, EV, 6/6H | | | | | |
| 2 | CLEXANE 40 MG - 01 AMP, SC, 1X DIA | | 18 | | 06 | |
| 3 | TRAMAL 100MG + 100 ML SF 0,9%, EV, 12/12H | | 18 | | 06 | |
| 4 | CEFTRIAXONA 1G + ABD, EV, 12/12H | | 18 | | 06 | |
| 5 | PLASIL - 01 AMP + ABD, EV, 12/12 | | | | | |
| 6 | CURATIVO | | | | | |
| 7 | SSV CCGG | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PO de Pna.
Atc. hospitalar.

SOLICITO RADIOGRAFIA:
SOLICITO OUTROS EXAMES:

41111 1907-0038805
Dr. Fabio Ferreira
Descelecio M. Lucena

CONFERE COM ORIGINAL
Hedelberto
20/08/18



Hospital

Nº prontuário

Nome do paciente

Fabio Mendes da Silva.

Data operação

31.07.17

Epi-

Leito

Operador

DR Fabio Freire

1º auxiliar

DR Homsuane

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Necrose Arterial da cabeça femal (E)

Tipo de operação

Artroplastia total do quadril (E)

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) paciente em decúbito lateral (D) sob raquianestesia.
- 2) Incisão em ruga posterior lateral do quadril (E)
- 3) Dissecção por planos
- 4) Abordagem da artrose no colo femoral.
- 5) Fresagem do acetábulo
- 6) Colar do acetábulo perfurado N° 52 c/ 02 parafusos acetabulares
- 7) Fresagem do canal femoral
- 8) Curva da haste femoral N° 12 c/ unitor de curto + centralizador de haste
- 9) Lavagem mecânica c/ SF a 0.57.
- 10) Sutura por planos
- 11) Curativo

CONFERE COM ORIGINAL

Servidor

CONFERE COM ORIGINAL

hedierto
20/09/17

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

| | | | | | | | |
|--|---|------------------|-------------|-------------|-------------------|-------------------------|--------------|
| Hospital | HAML | | | Enfermaria | Leito | Nº prontuário | |
| Nome | FABIO MENDES SILVA | | | Idade | Sexo | Cor | |
| Data | 31/07/17 | Pressão arterial | Pulso | Respiração | Temperatura | Peso | Outros |
| Tipo sanguíneo | | Hemáticas | Hemoglobina | Hematócrito | Glicemia | Ureia | |
| | | Urina | | | | | |
| Ap. respiratório | NEGO | | | | Asma | Bronquite | |
| Ap. circulatório | | | | | Eletrocardiograma | | |
| Ap. digestivo | | | | Dentes | Pescoço | Ap. urinário | |
| Estado mental | | | | Atarácicos | Corticóides | Alergia | Hipotensores |
| Diagnóstico pré-operatório | FRATURA QUADRIL (E) | | | | | Estado físico | Risco |
| Anestesias anteriores | | | | | | | |
| Medicação pré-anestésica | | | | Aplicada às | Efeito | | |
| Agentes Anestésicos | <p>19h 23h</p> <p>Propofol 15mg, 20mg, 25mg, 30mg, 35mg, 40mg, 45mg, 50mg, 55mg, 60mg, 65mg, 70mg, 75mg, 80mg, 85mg, 90mg, 95mg, 100mg, 105mg, 110mg, 115mg, 120mg, 125mg, 130mg, 135mg, 140mg, 145mg, 150mg, 155mg, 160mg, 165mg, 170mg, 175mg, 180mg, 185mg, 190mg, 195mg, 200mg, 205mg, 210mg, 215mg, 220mg, 225mg, 230mg, 235mg, 240mg, 245mg, 250mg, 255mg, 260mg</p> <p>CLONIDINA 15mcg, 20mcg, 25mcg, 30mcg, 35mcg, 40mcg, 45mcg, 50mcg, 55mcg, 60mcg, 65mcg, 70mcg, 75mcg, 80mcg, 85mcg, 90mcg, 95mcg, 100mcg, 105mcg, 110mcg, 115mcg, 120mcg, 125mcg, 130mcg, 135mcg, 140mcg, 145mcg, 150mcg, 155mcg, 160mcg, 165mcg, 170mcg, 175mcg, 180mcg, 185mcg, 190mcg, 195mcg, 200mcg, 205mcg, 210mcg, 215mcg, 220mcg, 225mcg, 230mcg, 235mcg, 240mcg, 245mcg, 250mcg, 255mcg, 260mcg</p> <p>PORTAL 20ml, 25ml, 30ml, 35ml, 40ml, 45ml, 50ml, 55ml, 60ml, 65ml, 70ml, 75ml, 80ml, 85ml, 90ml, 95ml, 100ml, 105ml, 110ml, 115ml, 120ml, 125ml, 130ml, 135ml, 140ml, 145ml, 150ml, 155ml, 160ml, 165ml, 170ml, 175ml, 180ml, 185ml, 190ml, 195ml, 200ml, 205ml, 210ml, 215ml, 220ml, 225ml, 230ml, 235ml, 240ml, 245ml, 250ml, 255ml, 260ml</p> | | | | | | |
| Líquidos | PORTAL 20ml, 25ml, 30ml, 35ml, 40ml, 45ml, 50ml, 55ml, 60ml, 65ml, 70ml, 75ml, 80ml, 85ml, 90ml, 95ml, 100ml, 105ml, 110ml, 115ml, 120ml, 125ml, 130ml, 135ml, 140ml, 145ml, 150ml, 155ml, 160ml, 165ml, 170ml, 175ml, 180ml, 185ml, 190ml, 195ml, 200ml, 205ml, 210ml, 215ml, 220ml, 225ml, 230ml, 235ml, 240ml, 245ml, 250ml, 255ml, 260ml | | | | | | |
| Oper | <p>260</p> <p>250</p> <p>240</p> <p>230</p> <p>220</p> <p>210</p> <p>200</p> <p>190</p> <p>180</p> <p>170</p> <p>160</p> <p>150</p> <p>140</p> <p>130</p> <p>120</p> <p>110</p> <p>100</p> <p>90</p> <p>80</p> <p>70</p> <p>60</p> <p>50</p> <p>40</p> <p>30</p> <p>20</p> <p>10</p> | | | | | | |
| Anest. | <p>260</p> <p>250</p> <p>240</p> <p>230</p> <p>220</p> <p>210</p> <p>200</p> <p>190</p> <p>180</p> <p>170</p> <p>160</p> <p>150</p> <p>140</p> <p>130</p> <p>120</p> <p>110</p> <p>100</p> <p>90</p> <p>80</p> <p>70</p> <p>60</p> <p>50</p> <p>40</p> <p>30</p> <p>20</p> <p>10</p> | | | | | | |
| O Resp. | <p>260</p> <p>250</p> <p>240</p> <p>230</p> <p>220</p> <p>210</p> <p>200</p> <p>190</p> <p>180</p> <p>170</p> <p>160</p> <p>150</p> <p>140</p> <p>130</p> <p>120</p> <p>110</p> <p>100</p> <p>90</p> <p>80</p> <p>70</p> <p>60</p> <p>50</p> <p>40</p> <p>30</p> <p>20</p> <p>10</p> | | | | | | |
| P Pulso | <p>260</p> <p>250</p> <p>240</p> <p>230</p> <p>220</p> <p>210</p> <p>200</p> <p>190</p> <p>180</p> <p>170</p> <p>160</p> <p>150</p> <p>140</p> <p>130</p> <p>120</p> <p>110</p> <p>100</p> <p>90</p> <p>80</p> <p>70</p> <p>60</p> <p>50</p> <p>40</p> <p>30</p> <p>20</p> <p>10</p> | | | | | | |
| SIMBOLOS | <p>APARELHOS</p> <p>CEFAZOL 25</p> <p>DEXA 10</p> <p>LEVOTILET 100</p> <p>DIPLOX 25</p> <p>TPSILON 40</p> <p>CINDANIL 100</p> | | | | | | |
| ANOTAÇÕES | <p>Dr. Tiago Victor A. Carvalho</p> <p>Médico Anestesiologista</p> <p>CRM-RN 7134</p> | | | | | | |
| POSIÇÃO | DDH | | | | | | |
| Agentes | Vide Acima | | | | | | |
| Técnica | RAQUÍ SIMPLES + BLOQUEIO 3em 1 | | | | | | |
| Operação | ARTROPLASTIA DO QUADRIL (E) | | | | | | |
| Cirurgiões | MAUSMANN / FABIO | | | | | | |
| Anestesistas | TIAGO CARVALHO | | | | | | |
| Observações | SEM INTERCORRÊNCIAS | | | | | | |
| Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias | | | | | | Perda sanguínea ± 200ml | |



HOSPITAL REGIONAL DÉOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

REMOTRANSFUSÃO:
() Hemoconcentrado Unid. () Plasma Unid. () Plaquetas Unid.
() Albumina Unid. () Expansor plasmático Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS
DE FARMACIA 2g EU h: 20:00 DORADO 2g EU h: 21:00
DORADO 30g EU h: 20:10 DORADO 4g EU h: 21:00
DORADO 4g EU h: 20:10 DORADO 4g EU h: 21:00

HIDRATAÇÃO VENOSA
() Soro Fisiológico: ml () Soro Ringer Simples: ml Quantidade total de volume administrado: ml
() Soro Glicosado: ml () Soro Ringer Lactato: ml

ANATOMO PATOLÓGICO
() Não () Sim Peça: Peça para sepultamento: () Não () Sim
Swab para cultura: Líquido:

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES
FO de aspecto: () limpo () c/exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros:
INTERCORRÊNCIAS:
Ass: Coren:

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO
Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () O₂ ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro:
Diurese: () Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrica Destino após a cirurgia:

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO
Hora: 23:05 Data: 31/07/17 Nível de consciência: (X) Acordado (X) Sonolento () Narcose (X) Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado (X) Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂ (X) O₂ Ambiente
Mobilização MMII: () Normal (X) Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: (X) Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não (X) Sim Tipo: AMP Local: MSG Sondas: () Gástrica () Enteral (X) Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique:
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
Curativo: (X) Oclusivo () Descoberto (X) Limpo () Sujo Monitorização: () ECG (X) Oxímetro (X) PA

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

SINAIS VITAIS Líquidos administrados na URPA: CONFERE COM ORIGINAL
Hora T°C P PA FR Sat.% Dor
Admissão 35 84 120x80 20 100
30' 35 84 120x80 20 100
60' 35 84 120x80 20 100
Alta 35 84 120x80 20 100
Soro glicosado: 500 ml
Soro Fisiológico: ml
Ringer: 5 500 ml
Irrigação vesical contínua: ml

Medicações administradas URPA: Eliminações:
Hora Medicação Dose Via Assinatura Diurese Retorno Drenagem Retorno da
Gást. Irrigação
Recebido da SO
Desprezado
URPA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: POI de Autovigilância total do paciente G.
sob anest. RAU + Sedação, na R.V., O₂ ambiente, SVD, SSV
Estáveis
Examinado para sutura, foi satisfeito por de
centro de
Ass: Coren:



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Fabio Mendes S. Silva Idade: 26 anos D/N: 26/04/1992
Pront.: 145412 Município: Vargem Procedência: () Interno () Externo
Data da cirurgia: 31/07/17 Hora Admissão: Bloco: 1800 Sala: 20 00 Hora Saída: Peso: 70 kilos
Alergias: (X) Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras
Uso de medicações: () Não () Sim Jejum: () Não () Sim
SSV: Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm FI: rpm FC: bpm SpO₂: % T: °C

Enfermeiro(a): LUCIANA KANES Instrumentado(a): GLAUCIA + NELSON Circulante: LUCIANA

Cirurgia: Atrofia total do quadril Especialidade: ORTOPEDIA Sala: 03
Hora Início: 19:00 Hora Término: 23:00 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: Dr. HANDELMANN Aux.: Dr. FABIO FREIRE Residente:

Anestesia: () Local (X) Sedação () Geral TOT: () Bloqueio (X) Raquidiana Ag. nº 25 () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag. nº Cateter nº: Início: Garrote: () Smarch () Pneumático Início: Término:
Anestesiologista: Dr. TIAGO CAVALHO

| NEUROMUSCULAR | PELE/HIGIENE | CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO | DISPOSITIVOS | MONITORIZAÇÃO |
|--|--|---|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Consciente | <input type="checkbox"/> Normocorada | <input type="checkbox"/> Normotenso | <input checked="" type="checkbox"/> Jelco | <input checked="" type="checkbox"/> ECG |
| <input type="checkbox"/> Letárgico | <input type="checkbox"/> Hipocorada | <input type="checkbox"/> Hipotensão | <input type="checkbox"/> Acesso V. Central | <input type="checkbox"/> Oximetria |
| <input type="checkbox"/> Coma | <input type="checkbox"/> Cianótica | <input type="checkbox"/> Hipertensão | <input type="checkbox"/> Cat. Diálise | <input type="checkbox"/> Capnógrafo |
| <input checked="" type="checkbox"/> Orientado | <input type="checkbox"/> Ictérica | <input type="checkbox"/> Hipertensão | <input type="checkbox"/> Fístula | <input checked="" type="checkbox"/> PA |
| <input type="checkbox"/> Desorientado | <input type="checkbox"/> Desidratada | <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico | <input type="checkbox"/> Arteriovenosa | <input type="checkbox"/> Estimul. Nervo |
| <input type="checkbox"/> Sedado | <input type="checkbox"/> Íntegra | <input type="checkbox"/> Bradicardia | <input type="checkbox"/> SNG | <input type="checkbox"/> Diprifusor |
| <input type="checkbox"/> Ansioso | <input type="checkbox"/> C/lesões | <input type="checkbox"/> Taquicardia | <input type="checkbox"/> SVD | <input type="checkbox"/> BIC |
| <input type="checkbox"/> Deambula | <input type="checkbox"/> Sudorese | <input type="checkbox"/> Choque | <input type="checkbox"/> Colostomia | <input type="checkbox"/> Desfibrilador |
| <input type="checkbox"/> t/dificuldade | <input type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica | <input type="checkbox"/> Normoesfígmico | <input type="checkbox"/> Cistostomia | |
| <input type="checkbox"/> Acamado | <input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória | <input type="checkbox"/> Eupnéia | <input type="checkbox"/> Dreno: | |
| <input type="checkbox"/> Paraplégico | <input type="checkbox"/> Higiene deficiente | <input type="checkbox"/> Dispnéia | <input type="checkbox"/> Aparelho gessado | |
| <input type="checkbox"/> Tetraplégico | <input type="checkbox"/> Manchas | <input type="checkbox"/> Dispositivo O ₂ | <input type="checkbox"/> Tração | |
| <input type="checkbox"/> Amputações | <input type="checkbox"/> S/Tricotomia | | <input type="checkbox"/> Talas | |

| SINAIS VITAIS | Início | Meio | Fim | Unid. |
|---------------|---------------|---------------|---------------|-------|
| FC | <u>77</u> | <u>80</u> | <u>79</u> | Bpm |
| Pulso | <u>76</u> | <u>81</u> | <u>73</u> | Bpm |
| Oximetria | <u>100</u> | <u>93</u> | <u>100</u> | % |
| Capnografia | <u> </u> | <u> </u> | <u> </u> | % |
| PA | <u>120x72</u> | <u>110x68</u> | <u>130x85</u> | mmHg |

| POSIÇÃO | COXIM | MMSS |
|--|----------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Dorsal | <input type="checkbox"/> Cabeça | <input type="checkbox"/> Anatômicos |
| <input type="checkbox"/> Ventral | <input type="checkbox"/> Pescoço | <input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos |
| <input type="checkbox"/> Lateral | <input type="checkbox"/> Tórax | <input type="checkbox"/> Fletidos |
| <input type="checkbox"/> Litotômica | <input type="checkbox"/> Lombar | <input type="checkbox"/> MMII |
| <input type="checkbox"/> Trendleburg | | <input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos |
| <input type="checkbox"/> Canivete | | <input type="checkbox"/> Abduzidos |
| <input type="checkbox"/> Proclive | | <input type="checkbox"/> Fletidos |

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

| | |
|---|---|
| Proctive | |
| PLACA DO BISTURI ELÉTRICO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não <input checked="" type="checkbox"/> Metal () Descartável | |
| Local: | |
| DEGERMAÇÃO | TRICOTOMIA |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não | () Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| Local: <u>Placa 41</u> | Solução: <u>total 150</u> Local: |

| SONDAGEM GÁSTRICA |
|--|
| <input type="checkbox"/> SNG nº <u> </u> |
| Retorno: <u> </u> |
| CATETERISMO VESICAL |
| <input type="checkbox"/> SVF nº <u> </u> SVA nº <u> </u> |
| Diurese: <u> </u> |
| Profissional responsável: <u> </u> |

| IMPLANTE CIRÚRGICO |
|---|
| Drenos: <u> </u> |
| Tela: <u> </u> |
| Cateter: <u>VEL FICHA EM ANEXO</u> |
| Ostomia: <u>NO BOMBO DE GUARTE</u> |
| Fio de KC: <u> </u> Parafuso - tipo: <u> </u> |
| Placa - Tipo: <u> </u> |
| Outros: <u> </u> |

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

| ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO |
|---|
| Caixa cirúrgica: <u>Dois e três</u> Quant. Material: <u> </u> |
| Val.: <u>03/08/17</u> Contagem de gaze e compressa: <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim |

Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO MENDES SOARES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180170128**

Vítima: **FABIO MENDES SOARES DA SILVA**

Data do Acidente: **01/09/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180170128**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12693486

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembléia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Rio de Janeiro, 22/06/2018
DPVAT/SIN - 07336/2018

Para: FABIO MENDES SOARES DA SILVA
SITIO ITAPACURA, S/N
ZONA RURAL
VARZEA - RN
59185-000

REF: Sinistro: 3180170128
Vítima: FABIO MENDES SOARES DA SILVA
Data do acidente: 01/09/2016
Cobertura: Invalidez

Analizamos o seu pedido de indenização do Seguro DPVAT e verificamos que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente em referência.

Identificamos também que, na data em que ocorreu o acidente, o pagamento do seu Seguro DPVAT estava em atraso. Quando isso acontece, o(a) proprietário(a) do veículo é considerado inadimplente, perdendo o direito ao recebimento da indenização conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015, aplicada a este seguro por força da lei.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site (www.seguradoralider.com.br) ou as nossas redes sociais:

Facebook: <http://www.facebook.com/DPVAToficial>
Twitter: @dpvatoficial
Youtube: <http://www.youtube.com/user/DPVAToficial>
Instagram: https://www.instagram.com/dpvat_oficial/
SlideShare: <<http://pt.slideshare.net/seguradoralider-dpvat>>

Se preferir pode ligar também para a nossa Central de Atendimento. O telefone é 0800 022 12 04 (ligação gratuita) ou 0800 022 12 06 em caso de atendimento preferencial para portadores de Deficiência Auditiva/Fala. Tenha sempre o número do sinistro e o CPF do beneficiário em mãos para agilizar o atendimento.

Atenciosamente.

Seguradora Líder -DPVAT

DL

Anexo: conf. texto

Preocupada com o meio ambiente, a Seguradora Líder-DPVAT utiliza papel reciclado e ajuda a preservar o futuro.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 10247 // 00618 Nº 013102257606
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 00116300264 R.N.T.R.C. 2016 EXERCÍCIO 2016

FABIO NEMDES SOARES DA SILVA

CPF / CNPJ PLACA

097.803.424-43

PLACA ANT / UF CHASSI

MMJ8590

ESPECIE TIPO

9C2KC0810BR352196

PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVEIS

MARCA / MODELO

HONDA / CG 150 TITAN KS

CAP / POT / CIL

OCV/149 CILINDRADAS

CATEGORIA

PARTICULAR

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

27/09/2016

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

TAXAS DETR RN: FISCAL

DETRAN - RN

DETRAN - RN

DETRAN - RN

DETRAN - RN

DETRAN - RN

DETRAN - RN

RN Nº 013102257606 / BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 27/09/2016

PLACA

MMJ8590

CPF / CNPJ

097.803.424-43

RENAVAM

00116300264

MARCA / MODELO

HONDA / CG 150 TITAN KS

ANO FAB.

2008

CAT. TARE

9

Nº CHASSI

9C2KC0810BR352196

PREMIO TARIFÁRIO

VENC. COTA ÚNICA

27/09/2016

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL SERVIÇO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO

PARCELADO

COTA ÚNICA

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

JUL / 2016