



Número: **0858397-92.2018.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **19ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **18/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MATHEUS LEONARDO DA SILVA SOUTO (AUTOR)		JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34330 523	31/10/2018 09:56	01 PROCURAÇÃO	Procuração
34330 496	31/10/2018 09:56	02 BOLETIM POLICIAL	Documento de Comprovação
34330 462	31/10/2018 09:56	03 DOCUMENTOS MEDICOS	Documento de Comprovação
34330 438	31/10/2018 09:56	03.1 DOCUMENTOS MEDICOS	Documento de Comprovação
34330 396	31/10/2018 09:56	03.2 SAMU	Documento de Comprovação
34330 365	31/10/2018 09:56	04 - PRÉVIO REQUERIMENTO ADM	Documento de Comprovação
34330 346	31/10/2018 09:56	05 - Quesitos	Outros documentos
34330 320	31/10/2018 09:56	06 DOCUMENTOS PESSOAIS	Documento de Identificação
34330 309	31/10/2018 09:56	07 DECLARAÇÃO DE POBREZA	Documento de Comprovação
34330 292	31/10/2018 09:56	08 CONTRATO	Documento de Comprovação

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Mathews Leonardo da Silva Santo
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro
RG nº: 003 377. 495 CPF nº: 701. 777. 924-00
Endereço: Rua Araraquara, 104
Bairro: Boa Vista Cidade: Natal /RN,
CEP: 59. 136. 350

OUTORGADO:

JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.239, com escritório profissional à Rua Dr. Sadi Mendes Lucena, nº 1022-A, Monte Castelo - Parnamirim/ RN, CEP 59.146.110, E-mail: jrfneves@outlook.com.

PODERES: amplos e ilimitados para o foro em geral, junto ou separadamente, em qualquer juízo ou grau de jurisdição, podendo propor e variar de ações civis e criminais, em quaisquer medidas preliminares ou assecuratórias dos nossos direitos e interesses, defende-lhe nas que lhe forem propostas, usar de todos os recursos em Direito admitidos, receber citações e notificações, louvar-se em peritos ou impugná-los, cobrar honorários, inclusive do(s) outorgante(s), referente à presente ação, fazer impugnação, adjudicações, arrematações, transigir, desistir, receber e dar quitações, reconhecer ou não o procedimento do pedido, renunciar ao direito sobre ação, firmar compromissos e substabelecer, podendo ainda usar dos poderes da cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA" para requerer e receber junto aos Hospitais o boletim do primeiro atendimento e prontuário cirúrgico, o que tudo dará por firme e valioso e, em especial para presente ação de cobrança do Seguro DPVAT.

Parnamirim/RN, 17 de Outubro de 2018

MATHEWS LEONARDO DA SILVA SANTO
OUTORGANTE



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODoviÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 97439

1 - LOCAL E DATA

Local AV. BENEDITO SANTANA Bairro AMARANTE
Cidade/UF SÃO GONÇALO DO AMARANTE P. Ref. NORDESTE
Data 19/10/2018 Hora do acidente 17:53 Hora do registro 20:00 Dia da semana SABADO

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☒ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outro(s) _____

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi MY54630 Cidade SÃO GONÇALO DO AMARANTE UF RN
Marca/Mod. FIAT-UNO MILLE SMART Cor AZUL Ano 2000 12001
Proprietário MARIA LUIZA SILVA DA COSTA Nº de Ocupantes 04
Condutor ALISSON FRANCISCO ANTUNES DA SILVA Data de Nasc. 22/12/1986
Endereço RUA ADA VISTA Nº 03 Fone 987711290-98841945
Bairro AMARANTE Cidade SÃO GONÇALO UF _____
CPF Nº 0687754455 CNH Nº _____ Validade 1 1 Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi MY47555 Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. HONDA-CG125 TITANES Cor AZUL Ano 2003 1
Proprietário ALTON RODRIGUES DA SILVA Nº de Ocupantes _____
Condutor MATEUS LEONARDO DA SILVA SOUTO Data de Nasc. 08/09/1999
Endereço RUA ARARAQUARA Nº 104 Fone 987591077
Bairro LAGOA AZUL - C.J. GRAMOPÉ Cidade NATAL UF RN
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade 1 1 Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano 1
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. 1 1
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade 1 1 Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano 1
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. 1 1
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade 1 1 Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? Av. BENEDITO SANTANA

Em que sentido? ICAPÓ - SÃO CONGALO

Em que faixa? DIREITA

Versão do condutor ALEGA QUE TRAFEGAVA NORMALMENTE, QUANDO CHEGOU EM FRENTE AO NORDESTÃO, FAZOU O VEÍCULO PARA CONVERGIR A ESQUERDA NA RUA SAPO, DURANTE, QUANDO INICIOU A CONVERSAO, JÁ SURTIU MUITO RUÍDO SEM TER COMO EVITAR O ACIDENTE

Assinatura do Condutor do V1x

João Francisco Infunes de Silva

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? Av. BENEDITO SANTANA

Em que sentido? SÃO CONGALO DO AMARANTE - ICAPÓ

Em que faixa? DIREITA

Versão do condutor ALEGA QUE TRAFEGAVA NORMALMENTE QUANDO CHEGOU EM FRENTE AO NORDESTÃO, JÁ ENTROU DE VEZ NA SUA FRENTE, NÃO SENDO POSSÍVEL EVITAR O ACIDENTE

Assinatura do Condutor do V2

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V4

Número da Declaração: 07420, Número da Ocorrência: 956438, Data Registro: 23/03/2018, Hora Registro: 10:38:37, Número/Controle: 4A4C7D0B4BF34260

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. BENEDITO SANTANA

Em que sentido? ICAPÓ - SÃO GONÇALO

Em que faixa? DIREITA

Versão do condutor ALGUA QUE TRAFEGAVA NORMALMENTE, QUANDO CHEGOU EM FRENTE AO NOROESTE FIZO O VEICULO PARA CONVERSAR A ESQUERDA NA RUA SAPO ANTONIO, QUANDO INICIOU A CONVERSAR, VZ SOBGU MUITO RAPIDO SEM TER COMO EVITAR O ACIDENTE

Assinatura do Condutor do V1x João Francisco Infunes de Silva

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. BENEDITO SANTANA

Em que sentido? SÃO GONÇALO DO AMARANTE - ICAPÓ

Em que faixa? DIREITA

Versão do condutor ALGUA QUE TRAFEGAVA NORMALMENTE, QUANDO CHEGOU EM FRENTE AO NOROESTE, VZ ENTROU DE VEZ NA SUA FRENTE, NÃO SENDO POSSIVEL EVITAR O ACIDENTE

Assinatura do Condutor do V2

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V4

Número do Protocolo: 07420, Número da Ocorrência: 956438, Data Registro: 23/03/2018, Hora Registro: 10:38:37, Número/Controle: 4A4C7D0B4BF34260

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input checked="" type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Active Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Active Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros. _____	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input checked="" type="checkbox"/> Linha <u>CONTINUA</u>
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente	_____	<input type="checkbox"/> Outros. _____	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s) _____
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Etroncamento	<input type="checkbox"/> _____	
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____	
			<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

ÁRVORE
 VESTÍGIOS
 SEMÁFORO
 PEDESTRE
 BICICLETA OU MOTO
 CARRO DE PEQUENO PORTE
 CAMINHÃO OU ÔNIBUS
 CARRETA

RUA SANTO ANTONIO
 POSTO DE COMBUSTÍVEIS
 ACOSTAMENTO
 PRAÇA
 BR 406

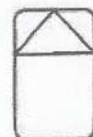
10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

PARAPISA PARALAMA DIANT. LAZO DIREITO, FAROL DIREITO, DETONADOR LAZO DIREITO, PORTA LAZO DIREITO



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 2

FRENTE COMPLETA



AVARIAS DO VEÍCULO 4



11 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☒ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☒ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: HOSPITAL STª CATARINA Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro
 Nome ADRIANA AVILA ANDRADE CABRAL
 RG Nº 003.345.670 Órgão Expedidor ITER-EN Data de Nascimento 27/10/1981
 Endereço RUA OLÍMPIA Nº 93A Fone 988260757
 Bairro LAGOA AZUL Cidade CI GRANDE UF EN
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☒ Fato ☐ Registro
 Nome CAIO SILVA DE MEDEIROS
 RG Nº 002.085.963 Órgão Expedidor ITER-EN Data de Nascimento 15/10/1981
 Endereço RUA STª MARIA Nº 194 Fone 988497145
 Bairro COLADIN Cidade SÃO GONÇALO DO AMARANTE UF EN
 Versão ALTA QUE ENCONTRAVA-SE AO LADO DO PONTÃO DE ENTRADA E SAÍDA DO ESTACIONAMENTO DO NORDESTE, QUANDO VISUALIZOU QUE O CARRO CONTERIA A ESQUEMA SEM ADOPTAR DIFERENÇA DE PASSAGEM A MOTO, ALTA QUE O CARRO TRABALHA SENTIDO SÃO GONÇALO E A MOTO SENTIDO OPOSTO

Assinatura Caio Silva de Medeiros Hora _____

13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☒ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: CLOVIS SACINHO Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro
 Nome MATEUS LEONARDO DA SILVA SOUZA
 RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento 08/10/1999
 Endereço _____ Nº _____ Fone 987591077
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro
 Nome _____
 RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento 1/1
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
 Nome _____ RG Nº _____ Órgão Exp. _____
 Endereço _____ Nº _____
 Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO AIT Nº _____ CÓD/DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

* CONDUTOR DE V1 NÃO APRESENTOU A CNH, INFORMOU QUE HAVIA SIDO EXTRAVIADA NA MÁQUINA DE LAVAR, POIS O MESMO HAVIA ESQUECIDO A MESMA NO BOLSO DE UMA BERMUDA. O VEÍCULO FOI ENTREGUE A MONIQUE MAGNA SILVA DA COSTA - CNH 04833992110 CAT 09
 * CONDUTOR DE V2 NÃO POSSUI CNH, NÃO PORTAVA DOCUMENTOS PESSOAIS O NOME DE MATEUS FOI DADO PELO PRÓPRIO, O MESMO ALEGOU NÃO TER CONDIÇÕES DE ASSINAR A VERSÃO.
 * A MOTO FOI ENTREGUE A RICARDO ALEXANDRE XAVIER, CPF 02318472967
 CONTATO = 988233620

Nome Completo do Agente MAXWELL FERNANDES
 POSTO/GRAD.: 3º SGT PM Nº 89093 Viatura DRE 15U Subunidade DE GRUPO
 Local e Data SÃO GONÇALO, 17 de 03 de 2018



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 12730 /2018
Admissão: 17/03/2018 19:44:29

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **65891 - MATHEUS LEONARDO DA SILVA SOUTO** (18 a 6 m 9 d)

Nascimento: 08/09/1999 Natural: NATAL-BRASIL

Sexo: M Cor: SEM
INFORMACAO

CNS: 703004863092074

CPF:

Prof:

Mãe: CELIA MARIA DA SILVA SOUTO

Pai:

Logradouro: ARARAQUARA, 104

CEP: 59136350

Bairro: LAGOA AZUL

Cidade: NATAL

Telefone: 84.987591077

Compl:

Motivo: CARRO X MOTO

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 17/03/2018 19:42:25

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	90x60		92%		88	88		15	X

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: ac moto/frat exposta mid

Hora: 19:55

Paciente vítima de colisão carro x moto há 2h. Da entrada no serviço trazido pelo SAMU. Refere dor em MID. Usava capacete. Negou uso de bebida alcoólica. Negou cefaleia, náuseas, vômitos, perda de consciência, dor abdominal e dor torácica.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A. Membros aéreas perfuradas, sem cervicalgia.

B. MV+, simétrico, sem RA. Eupneico.

C. PA: 90x60 mmHg, pulsos amplos.

D. Glasgow 15

E. Provável fratura exposta em MID. Ferimento contuso em ombro esquerdo.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdome flácido e indolor à palpação

Pele estável

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Poli-trauma

ENAT P. FERREIRA

*Gerado via SX por CLAUDIA LUCIANA CAVALCANTI DE FRANCA. Impresso em 17 de Março de 2018.

TR. DA. PA. PECAN

HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO URGEL

Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 2561 /2018

Prontuário: 1169388

dia 26/03/2018

Paciente: 65891 - MATHEUS LEONARDO DA SILVA SOUTO

Cartão SUS: 703004863092074

Idade: 18 anos 6 meses 9 dias

Sexo: M

CPF:

Etnia: SEM

INFORMACAO

Dt Nasc: 08/09/1999

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: CELIA MARIA DA SILVA SOUTO

Nome do pai:

Rua/Av: ARARAQUARA

Complemento:

CEP: 59136350

Telefone: 84 987591077 84 987591077

Especialidade: ORTOPEDICA

Cidade: NATAL

Nº: 104

Bairro: LAGOA AZUL

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1041

Responsável: MATHEUS LEONARDO DA SILVA SOUTO -

Usuário: CLAUDIA LUCIANA CAVALCANTI DE FRANCA

Admissão: 17/03/2018 21:34:01 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.2 - FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA
408050500 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

FT exposto do Pch Nh

RESUMO DE ALTA

Admissão por FT exposto de perna
com fratura da tíbia e fêmur patela
Natal de 18 anos
Ao Cl.

Dr. João Roberto Ferreira das Neves
Ortopedia e Traumatologia
CRM 7030 - RBO - 116

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL: 13/04/18
MAT. Nº SAME

ASSINATURA

NATAL, 17 de Março de 2018.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



Nome: ORTOPIEDA Nº Registro: _____
 Serviço: _____ Idade: _____ Leito: _____

Marconi M. Branda
Ortopedia
CRM 3842

Marsoni M. Brendã
Ortopedia
CRM 3642

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL. 13/04/18
MAT. N° SAME

ASSINATURA

~~Enviado a: Costa~~

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPONSABILIDADE DA VÍTIMA 2 - PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPÍTAIS) 3 - ABARA VIA AÉREA, 4 - AVALIE RESPIRAÇÃO VER, OUVIR, SENTIR, 5 - SE APNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSÃO, VALVA, MÁSCARA) 6 - AVALIE PULSO CARÓTÍDEO OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), 7 - SE PULSO AUSENTE, LIGUE COMPROSSORES TORÁCIAS, 100MIN PROPORÇÃO 30:2 ATÉ A CHEGADA DO DEA, 8 - DEA DISPONÍVEL, APLIQUE 1 CHOQUE 300 J (200 J DEB FÁSICO), E REINICIE RCP, 9 - RITMO CHOCÁVEL, APLIQUE 1 CHOQUE 300 J (200 J DEB FÁSICO), E REINICIE RCP, 10 - RITMO NÃO CHOCÁVEL, REINICIE RCP(30:2), 11 - AVALIE O RITMO A CADA 5 CICLOS, 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MOVA, 13 - COLOQUE A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: 13 MF

ANAMNESE

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE, COLISÃO MOTO X CARRO.

EXAME FÍSICO BOB, EUPNEU, UGIL, ORIENTADO, MUCOSAS COTADAS, LIDTADO, RCP EM SUPERFÍCIE

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

- 1) ANÁLISE DE GLA FÍSIO
- 2) ATIVIDADE DE AVALIAÇÃO
- 3) SUTURA
- 4) CURATIVO
- 5) APTA DA BOCA ORIENTADO
- 6) SAT

Kerilson Paulino de Oliveira
Cirurgia BUCO-Maxilo-Facial
Implantes Oseointegrados
CRO/RN - 2273

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 13/01/18
MAT. Nº SAME

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olfos se abrem espontaneamente.	4
Olfos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.)	3
Olfos se abrem por estímulo doloroso	2
Olfos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado: (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, está, o porquê, a data e etc.)	5
Confuso: (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem troca conversacional)	3
Sons ininteligíveis. (Gemeando sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inespecífica a dor.	4
Padrão flexo à dor (Decorticação).	3
Padrão extensor à dor (Decerebração).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	6-8 = 2
	4-5 = 1
	3 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4
	>20 = 3
	6-9 = 2
	1-5 = 1
	0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90 = 4
	70-90 = 3
	50-70 = 2
	1-40 = 1
	0 = 0

**Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência 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, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

01 - 06-grave (necessidade de intubação imediata).
09- 3- moderado:
14-15-leve

* Referência: TEASDALE G. JENNET B. Assesmed of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

**A 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



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

5- PACIENTE

Identificação do Paciente

MATHEUS LEONARDO DA SILVA SOUTO

6- NÚMERO DO PROFISSIONAL

160127

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

703.0048.6309.2074

8- DATA DE NASCIMENTO

08/09/1999

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/ETNIA

PARDAS

11- NOME DA MÃE

CELIA MARIA DA SILVA SOUTO

12- TELEFONE DE CONTATO

987357366

13- NOME DO RESPONSÁVEL

CELIA MARIA DA SILVA SOUTO

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA ARARAQUARA, 104

16- MUNICÍPIO

NATAL

17- BAIRRO

GRAMORE

18- UF

RN

19- CEP

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Justificativa de Internação

DOFOMIDADE

DOFOMIDADE

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

O quadro clínico

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

Rx Femur e Pérxia

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento Solicitado

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

36- () AC. TRÂNSITO

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

38- () AC. TRABALHO TRAJETO

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Autorização

47- COD. ORGAO EMISSOR

48- DOCUMENTO

() CNS () CPF

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

CONFERE COM ORIGINAL

Servidor



Hospital

Nome do paciente

Matheus Leandro.

Nº prontuário

Data operação

29.03.18

Enf.

Leito

Operador

Dr Osvaldo

1º auxiliar

Dr Fabio Ruz.

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Dr Adter

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

frat de platô tibia/0 + frak de fem distal.

Tipo de operação

frak crúquio frak platô tibia + fem distal.

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Exame durante a operação

CONFERE COM ORIGINAL

1523961

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1) Paciente em decúbito dorsal sob raquir

2) Garrote em M.D

3) 2x2 em rps antmo - vedet da tibia proximal.

4) Col de placa DCP 4.5 em estrutura cl 10 furos.

5) Frak cl 02 parafusos espessos + 04 parafusos corticais

6) Lavagem mecânica + suture pl plaus.

7) 2x2 em fem lateral da coxa D

8) Drenagem por plaus.

9) Rodm cruta distal fem distal

10) Frak cl placa DCP 4.5 em tafa cl 12 furos

11) Frak cl 08 parafusos corticais

12) Lavagem mecânica cl 5f a 0,5x

13) Suture pl plaus.

14) Curativo

Assinado eletronicamente
em 29/03/2018 às 15:23:46
por Dr. Osvaldo
CRM 15167



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

ALERGIA A DIFENONAL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

CONFERIR COM ORIGINAL
15/03/2017
Servidor: [assinatura]

Nome: MATHEUS DONACIO DA SILVA JUNIOR Idade: 18 Sexo: M Data de Nascimento: 03/03/99
Pront.: 126122 Município: Maracá Procedência: (X) Interno () Externo
Data da cirurgia: 29/03/17 Hora Admissão: Bloco: 18 Sala: 03 Hora Saída: 19:00
Alergias: () Não (X) Sim DIFENONAL Comorbidades: () H/S () DM () Outras ---
Uso de medicações: (X) Não () Sim --- Jejum: () Não (X) Sim
SSVV Admissão: PA: --- mmHg Pulso: --- bpm FI: --- rpm FC: --- bpm SpO₂: --- % T: --- °C
Enfermeiro(a): TATIANE Instrumentado(a): Flora Circulante: Flora C + Kinara
Cirurgia: empriso fixação placa fixador + placa + parafusos Sala: 03
Hora Início: 14:42 Hora Término: --- Tipo de cirurgia: () Eletiva (X) Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
Cirurgião: Dr. Forno Aux.: Dr. Enalao Residente: ---
Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: --- () Bloqueio (X) Raquidiana Ag. n.º 25 () Peridural () Cateter --- / cateter ---
Ag. n.º --- Cateter n.º --- Início: --- Garrote: (X) Smarch () Pneumático Início: 19:50 Término: 21:40
Anestesiológico: Dr. Adilson

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco M55	<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"/> Capnografia
<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Fístula	<input type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Neu.
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Íntegra	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Infusor
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" 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 type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input type="checkbox"/> Dreno:	
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Aparelho gaseado	
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas	<input type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> Amputações	<input type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Teles fixação externa	

PARÂMETROS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
Tempo	<u>92</u>	<u>95</u>	<u>107</u>	Bpm
Peso	<u>91</u>	<u>94</u>	<u>106</u>	Bpm
Temperatura	<u>38,4</u>	<u>38,4</u>	<u>38,4</u>	%
Pressão	<u>103/65</u>	<u>133/80</u>	<u>133/80</u>	mmHg

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anatómicos
<input type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/> Pescoço	<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Flexidos
<input type="checkbox"/> Litotômica	<input type="checkbox"/> Lombar	<input type="checkbox"/> MMII
<input type="checkbox"/> Trendlemburg		<input type="checkbox"/> Anatómicos
<input type="checkbox"/> Canivete		<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Proclive		<input type="checkbox"/> Flexidos

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

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO		
() Sim (X) Não () Metal () Descartável		
Local:		
DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA	
(X) Sim () Não	() Sim (X) Não	
Local: <u>PTD</u>	Solução: <u>ácido - D</u>	Local: <u>-</u>

SONDAGEM GÁSTRICA
SNG n.º <u>---</u>
Indicação: <u>---</u>
CATETERISMO VESICAL
CVF n.º <u>---</u> SVA n.º <u>---</u>
Indicação: <u>---</u>
Responsável: <u>---</u>

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos: <u>---</u>
Tela: <u>---</u>
Cateter: <u>---</u>
Ostomia: <u>---</u>
Fio de KC: <u>---</u>
Placa - Tipo: <u>45 entulo 10 furos</u>
Outros: <u>4,5 entulo 12 furos</u>

EXAMES SOLICITADOS:
Hemograma () Gasometria
Hemograma (X) Outros
Hemograma Sanguíneo () Glicosimetria
Uroscopia (Raio X) <u>---</u>

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Cabe cirúrgica limpa + 4,5
Bolsa 700018 Contagem de ---

Cartão SUS - 703-0048-62.09-2014- 04-84-98+35-13



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 72

NOME: Matheus Leonardo da Silva Santos
IDADE: 08/09/1999 COR: _____ SEXO: M ESTADO CIVIL: Solteiro
NATURALIDADE: Natal - RN PROFISSÃO: Estudante PROCEDÊNCIA: 10 km
ENDEREÇO: Rua Amaraquara 7109 BAIRRO: Guimarães
CIDADE: Natal - RN DATA: 26/03/2018 HORA: 21:16

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

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

TEMP.

RESPIRAÇÃO

PULSO

T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Doença

João Roberto
Deanna

Dir

EXAME FÍSICO

CONFERE COM ORIGINAL
Servidor
152396-1

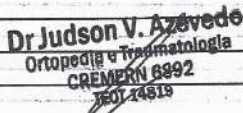

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

TEMP.	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

PLAT DERRAMA * CEFAL

FIQUE ATENTO À SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS, EM ESPECIAL A CRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS. DENUNCIE! PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E NOTIFIQUE

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: <u>ORTOPEDIA</u>	
ANAMNESE <u>Acidente automobilístico, iniciando a atenção pelo trauma geral e liberando para avaliação do ortopedista. Verificada a fratura exposta do Tibia D</u>	
EXAME FÍSICO <u>Exame em região Anterior do Tibia Proximal D / Enfraquecimento do 2º e 3º</u>	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA <u>Fr. Exposta do Tibia + Lesão do Ligamento</u>	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****	LABORATÓRIO <u>PADECAT</u>
OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<u>1. Analgesia</u> <u>2. Controle cirúrgico para</u> <u>controle de dor</u>	<u>Febre 38,5°C</u> <u>22.14</u>
 Dr Judson V. Azevedo Ortopedia e Traumatologia CREMERN 6892 18014619	 Dr. Judson V. Azevedo Ortopedia e Traumatologia CRM 100.188-11/16
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE: <u>Liberado</u>	Nº do Boletim de Atendimento:
--------------------------------------	-------------------------------


INTERNAMENTO NA CLÍNICA: <u>ORTOPEDIA</u>	DATA: <u>17/03/18</u>	HORA:
---	-----------------------	-------

SAÍDA:	DATA: <u>/ /</u>	HORA:
--------	------------------	-------

Decisão Médica <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/>	Transferido para:
---	------------------------------------	-------------------

ÓBITO:	DATA: <u>/ /</u>	HORA:
--------	------------------	-------

Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
--------------------	---------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------


Dr Judson V. Azevedo
Ortopedia e Traumatologia
CREMERN 6892
18014619

CONFERE COM ORIGINAL
DATA: 13/04/18
MAT. Nº. SAME

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
----------------------	-------------------------------

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: <u>/ /</u>	HORA:
--------------------------	------------------	-------

SAÍDA:	DATA: <u>/ /</u>	HORA:
--------	------------------	-------

Decisão Médica <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/>	Transferido para:
---	------------------------------------	-------------------

ÓBITO:	DATA: <u>/ /</u>	HORA:
--------	------------------	-------

Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
--------------------	---------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

DESTACAR



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: R. A. F. E. C.

LEONARDO SILVA

Reg. Nº 1169388

Diagnóstico pré-operatório: FURTO FEP DENTADA + LESÃO TENDÃO PARECAN

Indicação terapêutica: LIMPEZA C/ ANESTESIA Urgência () Eletiva ()

FIACÇÃO EM FORMA TRANSPARENTAR

INTERVENÇÃO

Data: Início: Término: Duração:

Operador: REANEXO DI BRAGA CRM/CRO:

1º Auxiliar: CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista: CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

ACGPERIA + ANESTESIA
APLICADA INECASIA MÓDIO DENTADA DP
LIMPEZA C/ ANESTESIA
DESMONTAMENTO
FIACÇÃO EM FORMA TRANSPARENTAR
FRENTEAMENTO PLANO
QUERATIVO



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 Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>Matheus Leonardo da Silva</i>	6 - Nº DO PROTOCOLO					
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO <i>M</i>	MASCULINO	1	FEMININO	2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO					
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)						
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP			

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Acidente Moto-ciclístico com fratura exposta do Tibia D.</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessidade de Tratamento Cirúrgico</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Exame Físico + Rx</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fr. do Tibia</i>	21 - CID INICIAL <i>S822</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Tratamento cirúrgico de fr. de Tibia</i>	25 - LEITO / CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>Crônico</i>	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Judson V. Azevedo</i>
28 - DT SOLICITAÇÃO <i>17.10.18</i>	29 - CNS / CPF <i>04449109481</i>	30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) <i>Dr. Judson V. Azevedo</i>	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) <i>Ortopedia e Traumatologia</i>
32 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>040805050-0</i>	33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) <i>CREMERN 6892</i>	34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) <i>CREMERN 6892</i>	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) <i>CREMERN 6892</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO		41 -	42 -
41 - CID PRINCIPAL		43 -	44 - () GRAVE
42 - CID SECUNDÁRIO		45 - () GRAVÍSSIMA	

AUTORIZAÇÃO

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

010.019.107.13

Assinatura do médico com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde a luz dos valores éticos e humanitários.

O EXAME FÍSICO SECUNDÁRIO E A AVALIAÇÃO DETALHADA CRITÉRIOS DO PACIENTE (DA CABEÇA AOS PÉS), VEJA, NÃO APENAS OLHE; OUÇA, NÃO APENAS ESCUTE; SINTA NÃO APENAS TOQUE.

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A
B
C
D
E

A (ALERGIAS): Dipirona

M (MEDICAÇÃO EM USO): Nega

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): Nega

L (LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS): Nega

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): Nega

V (PASSADO VACINAL): Desatualizado

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

Raio-x de coxa, e perna e Joelho
AP e Perfil Direitos.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Fratura em tíbia L.

OUTROS

CONDUÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

① VIT - 8:30h

② Voltarem 75mg 1M. 20:30

Dra. Ana Carolina Matias
MÉDICA
CRM-RN 9164

ALTA DA CIRURGIA GERAL

Dr. Luperício Vale Pereira
Cirurgia Geral
CRM/RN 4209

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

8:30h a mãe informou que o paciente tomou as vacinas da infância, que tem cartão de vacina, foi orientado a procurar UBS p/ conferir o esquema vacinal.

CONFERE COM ORIGINAL
13.12.16

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: <u>BMF</u>	HORA: <u>20:30h</u>	DATA: <u>17/03/18</u>
ESPECIALISTA 2: <u>DR. LUPERÍCIO VALE PEREIRA</u>	HORA: <u>20:30h</u>	DATA: <u>17/03/18</u>
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

Dr. Luperício Vale Pereira
Cirurgia Geral
CRM/RN 4209

MÉDICO (CARIMBO)

O preenchimento do boletim de atendimento produz um documento de saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais fidedignos e protege o profissional de saúde, contribuindo para a melhoria da assistência no HMWG.

CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PRÓPRIOS DO HOSPITAL, REQUISIÇÃO DE EXAMES FOLHA DE PRESCRIÇÃO E ANEXE AO BOLETIM.



Ato Declaratório

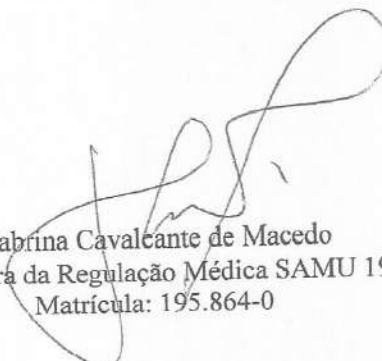
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 RN



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessário, que foi encontrada a ocorrência de Nº 42956/1 referente ao paciente **MATHEUS LEONARDO DA SILVA SOLTO** 18 anos, atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 17/03/2018 em São Gonçalo do Amarante/RN. Vitima colisão carro/moto. Conforme ficha anexa.

Natal, 10 de maio de 2018.


Sabrina Cavalcante de Macedo
Coordenadora da Regulação Médica SAMU 192 RN
Matrícula: 195.864-0

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 3209-5321

10/05/2018

10.19.91.2/SSORN/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=42956&Digito=1&ReadOnly=1

42956/1

Data: 17/03/2018

CHAMADO

TARM: ELYKLÊNIA PATRÍCIA DE CARVALHO PEREIRA PAIVA

Médico Regulação: LUIS FELIPE REVOREDO ANTUNES DE MELO

Rádio Operador: LUCIANO FERREIRA BARBALHO

Médico Cena: CLÁUDIO AUGUSTO CÂMARA DE MACEDO

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 47 (JOÃO CÂMARA)

Equipe VTR: ANDERSON PEREIRA DA SILVA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
HERLON PACHECO DE MEDEIROS - TÉCNICO DE ENFERMAGEMREGULAÇÃO
MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

QUEDA DA
LIGAÇÃOCONTATO COM EQUIPE
SAMU

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE

Nome do Solicitante: HELDER

Telefone: (84) 99702-8392

Nome do Paciente:

MATHEUS LEONARDO DA SILVA SOLTÓ

Idade: *

18 NÃO INFORMADO

Sexo: *

MASCULINO

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: Longitude:

Endereço: AV BENEDITO SANTANA

Nº: VP

Bairro:

Outro Bairro: AMARANTE

Referência/Complemento: PX A SKISITA//PX AO NORDESTÃO

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

Observações Rádio Operador: ENVIADA A USB 47 SAINDO DA BASE MACAIBA PASSADA A OC PARA O TEC. ENFA THIAGO OLIVEIRA DR CECILIA RECEBE O PACIENTE NO CLÓVIS SARINHO

Queixa Primária: ACIDENTE CARRO X MOTO

Quem Solicitou:

Distância do paciente:

Local:

Histórico Regulação Médica:

17/03/2018 17:51:01 - Dr(a). LUIS FELIPE REVOREDO ANTUNES DE MELO

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: INFORMA COLISÃO CARROX MOTO. 01 VITIMA - MOTOCICLISTA. CONSCIENTE. VERBALIZANDO. SEM SANGRAMENTO IMPORTANTE. DEFORMIDADE EM MIE. ORIENTO NAO MOBILIZAR PACIENTE. SINALIZAR VIA.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 17/03/2018 17:56:48 Usuário: (RADIO OPERADOR) FRANCISCO DE SALES RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR

Observação: Controle de frota: ENVIADA A USB 47 SAINDO DA BASE MACAIBA

Data: 17/03/2018 18:12:57 Usuário: (RADIO OPERADOR) FRANCISCO DE SALES RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR

Observação: Controle de frota: ENVIADA A USB 47 SAINDO DA BASE MACAIBA PASSADA A OC PARA O TEC. ENFA THIAGO OLIVEIRA

Data: 17/03/2018 19:22:40 Usuário: (TARM) THALYTA MIRELLI DE OLIVEIRA ALVES COSTA

Observação: INFORMO A DR CALIANDRE NO POLITRAUMA DO PSCS - 3232-7576

Data: 17/03/2018 19:59:32 Usuário: (RADIO OPERADOR) LUCIANO FERREIRA BARBALHO

Observação: Controle de frota: ENVIADA A USB 47 SAINDO DA BASE MACAIBA PASSADA A OC PARA O TEC. ENFA THIAGO OLIVEIRA DR CECILIA RECEBE O PACIENTE NO CLÓVIS SARINHO

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:
17/03/2018
17:47:34
Saída Local:
17/03/2018
19:23:00Regulação Médica:
17/03/2018
17:51:01
Chegada Destino:
17/03/2018
19:45:00Solicitação VTR:
17/03/2018
17:53:34
Liberação Destino:
17/03/2018
19:58:42Saída VTR:
17/03/2018
17:58:56
Liberação VTR:
17/03/2018
19:58:44Chegada Local:
17/03/2018
18:10:00

10/05/2018

10.19.91.2/SSORN/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=42956&Digito=1&ReadOnly=1

CONDUTA

☒ Remoção

Conduta Médico Regulador:

17/03/2018 19:19:57 - CLÁUDIO AUGUSTO CÂMARA DE MACEDO
PROTOCOLO DE TRAUMA + AP COM RINGER LACTATO + IMOBILIZAÇÃO DE MMID

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

☐ Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL (NP) - HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGE ▾

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE -- ▾

H. ligação ao serv prop.:

F:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

☐ Vaga Negada

☐ Vaga Zero

Motivo da entrada:

☐

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

ACIDENTE DE TRABALHO?

☐ Sim ☒ Não

VIOLÊNCIA A VULNERÁVEIS?

☐ Sim ☒ Não

SINISTRO 3180327621 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MATHEUS LEONARDO DA SILVA SOUTO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO ARUANA SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO MATHEUS LEONARDO DA SILVA SOUTO

CPF/CNPJ: 70177792400

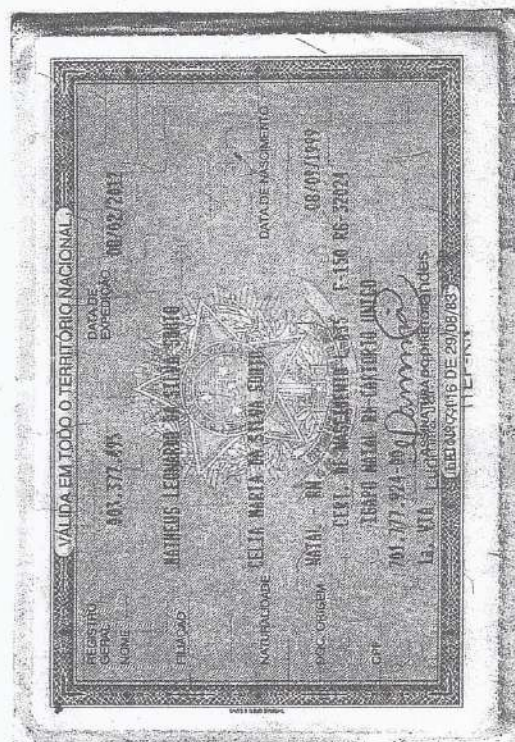
Posição em 28-09-2018 09:52:33

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
31/08/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Quesitos

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





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.436, de 26/04/02

COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE
Rua Manoel 159 - Bairro Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-61 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO BEZERRA SOUTO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ARARAQUARA 104

CPF: 108.523.104-63

LAGOA AZUL/ÁREA URBANA
NATAL RN
58136-350

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO

MÊS/ANO

0160743018

06/2017

DATA DE VENCIMENTO

DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA

05/07/2017

26/07/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

134,44

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSION
001229780	ÚNICA	26/06/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
26/06/2017	3000912448	749874

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	145,0000000	0,56565894	82,04
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,09
Contribuição Iluminação Pública			9,21
Religação de Urgência			37,26
Multa por atraso-NF 001251313 - 25/05/17			1,71
Multa por atraso-NF 001198047 - 25/04/17			2,04
Juros por atraso-NF 001198047 - 25/04/17			0,88
Juros por atraso-NF 001251313 - 25/05/17			0,11

TOTAL DA FATURA

134,44

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)
2130607244	CAT	01/06/2017	7.179,00	26/06/2017	7.324,00	25	1,00000		145,00
2130607344	CAT	25/06/2017	7.179,00	01/06/2017	7.179,00	7	1,00000		0,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

INFORMAÇÕES DE PRODUTOS

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Mathew Leonardo da Silva Souta,
brasileiro(a), portador(a) do RG nº 003 377 495, inscrito(a) no CPF
sob o nº 403.777.924.00, residente e domiciliado à Rua
Rua Amaraquara, nº 54,
Boqueirão Azul, Hotel /RN, CEP
59.136.350, Declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência
financeira, não tendo condições de arcar com custas processuais e honorários
advocatícios sem prejudicar o meu próprio sustento e o da minha família,
consoante o que dispõe a Lei 1.050/1960, e por ser expressão da verdade, firmo
a presente.

Parnamirim/RN, 17 de Outubro de 2018.

X MATHÉUS LEONARDO DA SILVA SOUTA

Declarante

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e das outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 29 de agosto de 1983; 162º da Independência e 95º da República.

JOÃO FIGUEIREDO

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

I - CONTRATANTE: Matheus Leonardo da Silva Souto
brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº 003.377.495, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 703.777.924-00,
residente e domiciliado(a) a Rua Marquês
Boquea Azul - Natal/RN, CEP 59136-350.

II - CONTRATADO: JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES, brasileiro, advogado, inscrito na OAB (RN) sob o nº. 11239 com cadastro no CPF sob o nº 413.039.704-49, com endereço profissional situado à Rua Dr. Sadi Mendes de Lucena, 1022-A, Monte Castelo, Parnamirim/RN, aqui denominado CONTRATADO.

III - OBJETO DO CONTRATO:

Cláusula 1ª. O presente instrumento tem como OBJETO a prestação de serviços advocatícios, para propositura da Ação de Cobrança do Seguro Obrigatório (DPVAT), na seara ADMINISTRATIVA e, JUDICIAL se for o caso, junto as Seguradoras reponsáveis pelo pagamento de seguro.

IV - DAS ATIVIDADES:

Cláusula 2ª. As atividades inclusas na prestação de serviços objeto deste instrumento são todas aquelas inerentes à profissão, quais sejam:

- a) praticar quaisquer atos e medidas necessárias e inerentes à causa, em todas as repartições públicas da União, dos Estados e Municípios, bem como Órgãos a estes ligados direta ou indiretamente, seja por delegação, concessão ou outros meios, bem como de estabelecimentos particulares;
- b) praticar todos os atos inerentes ao exercício da advocacia e aqueles constantes no Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil, bem como os específicos no Instrumento Procuratório, parte deste.

V - DA DESISTÊNCIA:

Cláusula 3ª. Fica acordado que, em caso de desistência, a parte CONTRATANTE pagará um salário mínimo a título de despesas, no ato da desistência.

VI - DOS HONORÁRIOS:

Cláusula 4ª. Ficam acordadas as partes que os honorários a título de prestação de serviços, serão pagos da seguinte forma: 20% (vinte por cento), do total deferido na seara administrativa e, 30% (trinta por cento) na judicial ou acordo realizado entre as partes, se for o caso, tudo, nos exatos termos do art. 22, § 4º, da Lei 8.906/94 e do provimento 128/15 do TJRN

§ 1º. Caso haja morte ou incapacidade civil do CONTRATADO, seus sucessores ou representantes legais receberem os honorários na proporção do trabalho realizado.

Cláusula 5ª Os honorários de sucumbência pertencem ao CONTRATADO nos termos do art. 23 do EOAB, Lei 8.906/94, que poderão de imediato recebê-los em juízo, ou fora dele, ao final da ação, ou promover a competente execução em seu próprio nome, ou em nome do CONTRATANTE, nada tendo este a reclamar ou receber.

Cláusula 6ª. As partes estabelecerão que, havendo atraso no pagamento dos honorários, será cobrada multa de 10% (dez por cento), mais juros na proporção de 1% (um por cento) ao mês.

VII - DA COBRANÇA:

Cláusula 7ª. As partes acordam que facultará ao CONTRATADO, o direito de realizar a cobranças dos honorários por todos os meios admitidos em direito.

VIII - DO FORO:

Cláusula 8ª. Para a solução de questões decorrentes deste Contrato, fica eleito o foro da Cidade de Parnamirim/RN.

E por estarem justas e acertadas, assinam o presente em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Parnamirim/RN, 19 de Setembro de 2018

x Matheus Leonardo da Silva Souto
CONTRATANTE

JOÃO ROBERTO F. DAS NEVES

Testemunha

Francisco Oliveira do Nascimento

CPF: 923.980.303-34

Testemunha

Renata Costa Fernandes

CPF: 095.492.854-84