



Número: **0813721-25.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **25ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/06/2019**

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	
LILIANO ROBERTO DA SILVA (AUTOR)		JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
41675092	09/04/2019 08:44	Petição Inicial	Petição Inicial
41675130	09/04/2019 08:44	01 PROCURAÇÃO	Procuração
41675220	09/04/2019 08:44	02 BOLETIM POLICIAL	Documento de Comprovação
41675231	09/04/2019 08:44	03.1 DOCUMENTOS MÉDICOS	Documento de Comprovação
41675242	09/04/2019 08:44	03.2 DOCUMENTOS MÉDICOS	Documento de Comprovação
41675248	09/04/2019 08:44	03.3 DOCUMENTOS MÉDICOS	Documento de Comprovação
41675256	09/04/2019 08:44	03.4 DOCUMENTOS MÉDICOS	Documento de Comprovação
41675260	09/04/2019 08:44	03.5 DOCUMENTOS MÉDICOS	Documento de Comprovação
41675265	09/04/2019 08:44	03.6 DOCUMENTOS MÉDICOS	Documento de Comprovação
41675275	09/04/2019 08:44	03.7 DOCUMENTOS MÉDICOS	Documento de Comprovação
41675281	09/04/2019 08:44	03.8 DOCUMENTOS MÉDICOS	Documento de Comprovação
41675316	09/04/2019 08:44	04 PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO	Documento de Comprovação
41675318	09/04/2019 08:44	05 QUESITOS	Outros documentos
41675332	09/04/2019 08:44	06 DOCUMENTOS PESSOAIS	Documento de Identificação
41675338	09/04/2019 08:44	07 DECLARAÇÃO DE POBREZA	Documento de Comprovação
41675342	09/04/2019 08:44	08 CONTRATO DE HONORÁRIOS	Documento de Comprovação

SEGUE PETIÇÕES E DOCUMENTOS.

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Liliano Roberto da Silva
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro
RG nº: 003.221.424 CPF nº: 703.387.127-45
Endereço: Rua Cicero Fernandes Pimenta
Bairro: Monte Castelo Cidade: Parnamirim /RN,
CEP: 59146-190.

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, 14 de junho de 2018

LILIANO ROBERTO DA SILVA

OUTORGANTE



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18006439B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIAL/MATRÍCULA:		DATA/HORA:
BARROS/1070821		27/01/2018 20:50
Na Rodovia		
MUNICÍPIO/UF:		
NATAL/RN		
BR:	KM:	SENTIDO:
101	94.5	Decrescente
DESCRIPTIVO DO LOCAL:		

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA:	CONDIÇÃO METEOROLÓGICA:	
Plena Noite	Céu Claro	
TIPO DE VIA:	TIPO DE PISTA:	CONDIÇÃO DE PISTA:
Principal	Dupla	Seca
TIPO DE PAVIMENTO:	ESTRUTURA VIÁRIA:	
Asfalto	Declive	
LOCALIDADE URBANIZADA:	EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO:	EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL:
Sim	Não	Sim

IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO CRESCENTE



IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO DECRESCENTE



IMAGEM DO LOCAL



AUXÍLIO DE OUTRO ÓRGÃO:

SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO AUXÍLIO:

SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:
O acidente gerou o TCO N 02/2018 na delegacia de Plantão da Polícia Civil em desfavor de: LUCAS GABRIEL NÓBREGA DA FONSECA, LEANDRO VITOR BOTELHO COSTA, JOÃO PAULO FARIAS DE LIMA e ARTHUR GABRIEL DA SILVA SENA, pois segundo testemunhas arroladas no TCO a vítima estava fugindo do grupo que tentava agredi-la, e que por isso correu em direção a BR 101, tendo sido atropelada. O TCO foi conduzido pelo PM Everson Cavalcante de Brito, cuja viatura efetuou a prisão dos 04 indivíduos.

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF BARROS, MATRÍCULA 1070821

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 04/02/2018 15:35

NÚMERO DE CONTROLE: 9A6F6F710DAC2F1AA850E52AB17324

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 1 de 7



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18006439B01

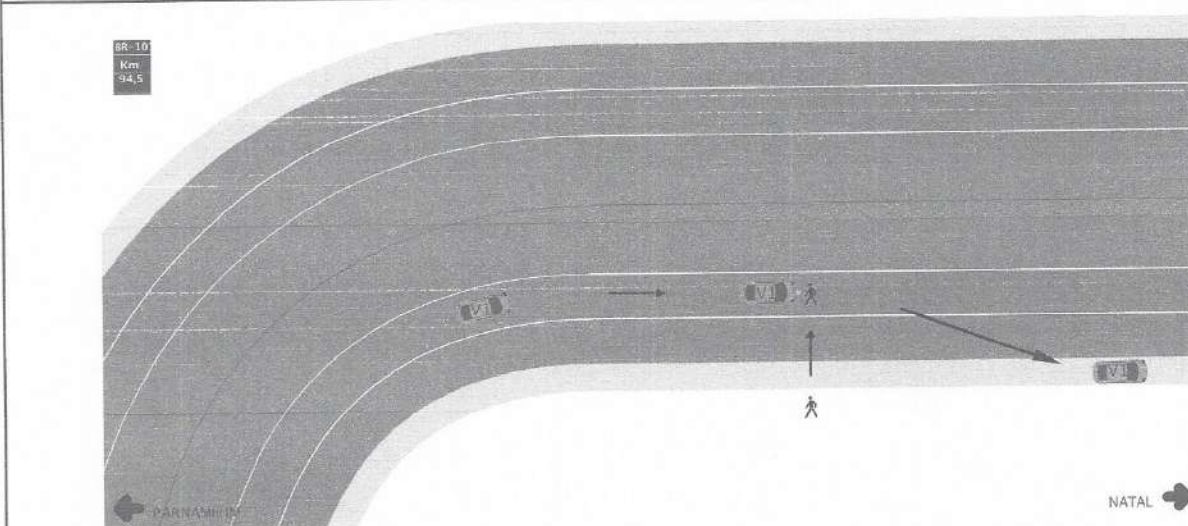
STATUS:
Encerrado

DINÂMICA

Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Atropelamento de Pedestre	

Croqui



Narrativa

Segundo levantamento feito no local, V1 seguia reto a frente quando o pedestre adentrou a rodovia, tentando fugir de pessoas que o estavam perseguindo, dando causa ao atropelamento.

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF BARROS, MATRÍCULA 1070821

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 04/02/2018 15:35

NÚMERO DE CONTROLE: 9A6F6F710DAC2F1AA850E52AB17324

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 2 de 7



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18006439B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V1	PLACA: QGO0904	MARCA/MODELO: HYUNDAI/HB20 1.0M COMFOR	ANO FABRICAÇÃO: 2017
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Automóvel	
CHASSI: 9BHBG51CAHP778718	RENAVAM: 01121133042	PAIS: BRASIL	
ESPÉCIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: Veículo apresentou danos no capô e no para-brisa dianteiro, conforme as fotos em anexo.			
NOME DO PROPRIETÁRIO: ARNALDO CIPRIANO DE MEDEIROS JUNIOR		CPF/CNPJ: 063.115.784-09	
Dados de Endereço			
LOGRADOURO: R PADRE JOAO DAMASCENO			NUMERO: 2040
COMPLEMENTO: AP 302			BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: NATAL/RN			
TELEFONE: 999957967		EMAIL:	
Dados da Carga			
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF BARROS, MATRÍCULA 1070821

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 04/02/2018 15:35

NÚMERO DE CONTROLE: 9A6F6F710DAC2F1AA850E52AB17324

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 3 de 7



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18006439B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / QGO0904 / HYUNDAI/HB20 1.0M COMFOR		ENVOLVIMENTO: Condutor/ PROPRIETÁRIO
NOME: ARNALDO CIPRIANO DE MEDEIROS JUNIOR	CPF: 063.115.784-09	DATA DE NASCIMENTO: 04/12/1989
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Solteiro(a)	NOME DA MÃE: MARCIA MARIA RODRIGUES DE MEDEIROS	
Dados de Endereço		NÚMERO:
LOGRADOURO: R PADRE JOAO DAMASCENO		2040
COMPLEMENTO: AP302		BAIRRO: LAGOA NOVA
MUNICÍPIO/UF: NATAL/RN	EMAIL:	
TELEFONE: 084999957967		
Dados da Habilitação		
HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAIS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: B
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 04586737310	UF: RN
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 13/03/2009	VALIDADE DA CNH: 19/12/2018	
OBSERVAÇÕES DA CNH: 99		
Circunstâncias		
ESTADO FÍSICO: Ileso	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Sim	
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL: Sim	RESULTADO DO TESTE: 0.0 mg/L	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:		
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:		

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF BARROS, MATRÍCULA 1070821

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 04/02/2018 15:35

NÚMERO DE CONTROLE: 9A6F6F710DAC2F1AA850E52AB17324

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 4 de 7



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18006439B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:		ENVOLVIMENTO:
		Pedestre
NOME:	CPF:	DATA DE NASCIMENTO:
LILIANO ROBERTO DA SILVA		01/01/1984
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO:
00000	rn	Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE:	

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NUMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF:	
TELEFONE:	EMAIL:

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:	USAVA CINTO DE SEGURANÇA:	
Lesões Graves		
USAVA CAPACETE:	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:	
TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL:	RESULTADO DO TESTE:	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE:
Não		Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:		
Vítima em estado grave.		
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ:	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:	
Não	Não	

Encaminhamento

MOTIVO:	TIPO DE RECEPTOR:
Socorro médico	Hospital ou clínica
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:	
Hospital Clóvis Sarinho	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:	

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF BARROS, MATRÍCULA 1070821

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 04/02/2018 15:35

NÚMERO DE CONTROLE: 9A6F6F710DAC2F1AA850E52AB17324

Página 5 de 7

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18006439B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / QGO0904 / HYUNDAI/HB20 1.0M COMFOR

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

BARROS/1070821

NÚMERO DO BAT:

18006439B01

DATA/HORA:

27/01/2018 20:50

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Painel corta-fogo		X	
2	Longarina dianteira esquerda		X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X	
4	Estrutura da soleira esquerda		X	
5	Air Bags Frontais		X	
6	Air Bags Laterais		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X	
8	Estrutura da coluna central esquerda		X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X	
11	Assoalho central esquerdo		X	
12	Longarina traseira esquerda		X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba		X	
14	Longarina traseira direita		X	
15	Caixa de roda traseira direita		X	
16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
17	Estrutura da soleira direita		X	
18	Estrutura da coluna central direita		X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	
20	Assoalho central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X	
22	Longarina dianteira direita		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):

0

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF BARROS, MATRÍCULA 1070821

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 04/02/2018 15:35

NÚMERO DE CONTROLE: 9A6F6F710DAC2F1AA850E52AB17324

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 6 de 7



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18006439B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V1)

IMAGEM DA TRASEIRA (V1)



Sem Imagem



Sem Imagem

IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1)

IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)



Sem Imagem



Sem Imagem

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF BARROS, MATRÍCULA 1070821

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 04/02/2018 15:35

NÚMERO DE CONTROLE: 9A6F6F710DAC2F1AA850E52AB17324

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 7 de 7



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 4330 /2018

Admissão: 27/01/2018 22:22:32

CIRURGIA GERAL - VERMELHO

Paciente: **59042 - LILIANO ROBERTO DA SILVA** (21 a 10 m 6 d)

Nascimento: 21/03/1996 Natural: NATAL.BRASIL

CNS: 700400967097445

CPF:

Prof:

Sexo: M Cor: PARDA

Mãe: MARLENE

Pai:

Logradouro: DAS ANGELICAS, 1

CEP: 59159550

Bairro: JARDIM PLANALTO

Cidade: PARNAMIRIM

Telefone: 84.991799745

Compl:

Motivo: ATROPELAMENTO POR CARRO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
O					Classificação: 27/01/2018 22:00:40				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
21:30	130/80		99%		22			8	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: ATROPELAMENTO / + ENTUBADO

Hora: 22:30 Paciente vítima de atropelamento no caminho para casa, chega ao serviço de emergência pelo SAMU, em motocicleta conduzida, infere Glasgow 8, Realidade JAT.
AC, ABD. MM. AP. MIO, crepita bilateral.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:



*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por MARIA XAVIER. Impresso em 27 de Janeiro de 2018.

22/01/18 22:50
Joaquim Xavier
CID: S10.01 + C84.0 + F7C
TALA
+ ABD.

ALGORITMO PI SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1-AVALIE A RESPONSABILIDADE DA VÍTIMA 2- PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIQUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAIS) 1- PEÇA UM DESFIBRILADOR (IDEA), 3- ABARA VIA AEREA, 4- AVALIE RESPIRAÇÃO VER, O², SENTIR, 5- SE APNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BC¹ NA VIA, MÁSCARA), 6- AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), 7- SE PULSO 3- RITMO 9- RITMO COMPLETO, 10- RITMO NÃO COMPLETO, 11- AVALIE O RITMO A CADA 5 CICLOS, 12- PARE NÃO QUANDO A EQUIPE 10- RITMO NÃO COMPLETO, 11- AVALIE O RITMO A CADA 5 CICLOS, 12- PARE NÃO QUANDO A EQUIPE 10- RITMO NÃO COMPLETO, 11- AVALIE O RITMO A CADA 5 CICLOS, 12- PARE NÃO QUANDO A EQUIPE

ATENDIMENTO ESPECIAL O 1: FERROVARIÁRIO MORTE

ANAMNESE VÍTIMA DE ACIDENTE LAKEVIEW
CE-7 (US) EQUIPADO HEVIL PULSO
A FRO CI PULSES ANTERIORES
ESOD

EXAME FÍSICO OFFERTEA CEREVIA
DE CROUO HA TROUANCE
FEVRO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA LAKEVIEW

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
DE CROUO HA TROUANCE
FEVRO

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) LAKEVIEW
DE CROUO HA TROUANCE
FEVRO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM LAKEVIEW
DE CROUO HA TROUANCE
FEVRO

Assinatura e Carimbo do Responsável

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

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	4
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for, marque 4, se não 3.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, onde está, o porquê, a data, 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
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 RESPIRATORIA	10-20 = 4 ≥20 = 3 6-9 = 2 1-5 = 1 0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	≥90 = 4 76-89 = 3 50-75 = 2 1-49 = 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.J. Copps, et al: A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 624, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE
(ATLS 2005)*

03 - 08 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 idêntica 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



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

Wilson Roberto de Silva

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data:

28/01/18

Hora:

Paciente vitre cristalino, chega ao
serviço em uso, dige, conduzido pelo SAMU,
infusões glicosais 8, em uso de máscara
bóringa. Realiza o IAT,
Apresenta anisocoria (PEZ D), pupila
a E

Realiza abnega torácica a D
(Pneumotórax).

Realiza realização em
intercorrência

Dr. Marcelo Igor L. Granjeiro
MEDICO
CRM-RN 7011

Dr. Cláudio Sarinho

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 17-07-2018
MAT. Nº. 15089870
SAME
ASINATADA

28/01/18 Varicela 01:15L

Paciente politraumatizada vítima de acidente automobilístico,
apresenta ferimentos fechados de membros.

Apresenta pulso radial palpável bilateral (2+1/2+), peroneo
palpável e simétrico bilateral, não palpa pulso ulnar
bilateral, artéria ilíaca

Paciente de bom estado, não há indicação de

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

Intervenção pelo Cláudio no momento
- Realização de intervenção

Dr. Cláudio Anacleto de Carvalho
Cirurgião Vascular
Radiologista Intervencionista
CRM-RN 7817



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

FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL

Identificação

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTI: P.S. Leito: 616
Data de admissão: 27/01/18 Alta: 1/1
Nome: Liliano Roberto da Silva Naturalidade: Panamirim
Idade: 21 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: 21/03/1996
RG: 603.221.424 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: Ens. Médio
Filiação: Pai: José Roberto da Silva Lima
Mãe: Maurice Silva
Endereço: R. das Angélicas, 01 - Jardim Planalto Cidade: Panamirim
Telefone: 99179-9745 () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: Gilberto Outros telefones: 99635-8938 - Renan
Composição familiar: Reside com companheira e filhos
Outras informações: Faz uso de () Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Desempregado Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPs () SAD
Interação 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? _____
Tipo de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Gilberto Pereira de Sousa
Parentesco: Imão Telefone: 99179-9745
Endereço do Responsável: _____

Evolução

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

Paciente em cuidados da neurocirurgia, internado em observação de encaminhamento.
Acompanhado pelo irmão a família foi orientada quanto as per-
mas da unidade e solicitados as cópias dos documentos.

Sonidelany S. Pinheiro da Silva
Assistente Social
CRESS 2509

Saída

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

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



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor 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>Moisés de Fátima</i>	6 - Nº DO PROTOCOLO					
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO	1	FEMININO	2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO					
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)						
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP			

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Pericúte vítima de atropelamento ocorrido em cerca 68 ambos os membros superiores e inferiores</i>	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Risco de morte</i>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>TC de crânio: fratura parietal e esmalto</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>TCE</i>	21 - CID INICIAL <i>S06</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>TCE</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>04 94 01 0284</i>	26 - LEITO / CLÍNICA <i>NR</i>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>urgente</i>	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Paulo Rodolfo</i>	29 - DT SOLICITAÇÃO <i>28/10/18</i>	30 - CNS / CPF <i>017 48692400</i>	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) <i>PAULO RODOLFO</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 - () ACID. TRABALHO TRAJETO	40 -
41 - CID PRINCIPAL	42 - CID SECUNDÁRIO		
43 - () GRAVE 44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA			

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	47 - DT AUTORIZ.	48 - CNS / CPF	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	51 - DT AUTORIZ.	52 -	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) <i>0303040092(7) S06</i>
-------------------------------	------------------	----------------	--	--	------------------	------	--	---

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



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: Liliana Roberto da Silva Reg. Nº 59042
Diagnóstico pré-operatório: Paletrauma / Pneumotórax a D
Indicação terapêutica: toracostomia fechada Urgência () Eletiva ()

em sala d'água

INTERVENÇÃO

Data: 28/01/18 Início: 00:30 Término: 00:45 Duração: 15m

Operador: Dr. Gáudio

CRM/CRO:

1º Auxiliar: Dr. Marcelo Iger

CRM/CRO: 7041

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador:

0412040166(5)527.8 (1029,44)

Anestesista:

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

01) Paciente decubito dorsal sob anestesia geral.

02) Assepsia e antisepsia.

03) Assepsia campos.

04) Incisão a nível S: (T1) de nível por planos.

05) Colocação e fixação drenos torácicos n: 28
pexagem nylon, dgo, melene 0,9 e pexa-
mente bandas nylon 3,0.

06) Curativos



Dr. Gáudio
Gurgel
CRM/RN 7341

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

Coleta de material para microbiologia: ☒ NÃO () SIM QUAL?

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



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 AIIH

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	6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO	MASCULINO	FEMININO
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
--

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
--------------------------	------------------	---------------------	------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
				29 - DT SOLICITAÇÃO
				30 - CNS / CPF
				31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

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 -	39 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
40 - CID PRINCIPAL			
41 - CID SECUNDÁRIO			
42 - CID SECUNDÁRIO			
43 - () 44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA			

AUTORIZAÇÃO

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

CONFERE COM ORIGINAL

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

09692-4



Hospital

Nome do paciente

Nº prontuário

Data operação

LILIANO ROBERTO DA SILVA

Leito

Operador

1º auxiliar

2º auxiliar

02/03/18

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

DR. MICHEL

DR. URAI

Tipo de operação

Diagnóstico pós-operatório

FRATURA DE UMEROS ESQUERDO

Relatório imediato do patologista

OSTEOSSINTESE UMEROS + ENXERTO DE ILIACO A ESQUERDO

Exame radiológico no ato

Ocorridos durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL APÓS ANESTESIA.
2. ASSESPIA E ANTISSEPSIA, COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS.
3. INCISÃO PROXIMAL E DISTAL NO BRAÇO ESQUERDO, DIVULSÃO EM PLANOS ANATÔMICOS, REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA
4. FIXAÇÃO COM PLACA UMEROS 4,5MM + PARAFUSOS CORTICAIS
5. LIMPEZA COM SF 0,9% EM GRANDE QUANTIDADE
6. COLOCAÇÃO DE ENXERTO DE ILÍACO A ESQUERDA
7. SUTURA POR PLANOS ANATÔMICOS COM HEMOSTASIA RIGOROSA.
8. CURATIVO ESTÉRIL.
9. TIPÓIA
10. CRO.
11. RX CONTROLE.

Dr. Uraiz Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 104315

CONFERE COM ORIGINAL

S. B. B. B.



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Luciano Roberto da Silva Idade: 21a D/N: 21/03/1996
Prontuário: 150806 Município: Panamunim Procedência: ☒ Interno () Externo
Data da cirurgia: 02/03/18 Hora Admissão: Bloco: 15 Sala: 15 Hora Saída: 15 Peso: 60
Alergias: ☒ Não () Sim Nega Comorbidades: () HAS () DM () Outras Nega
Uso de medicações: () Não () Sim Nega Jejum: () Não ☒ Sim
SSVV Admissão: PA: 110/70 mmHg Pulso: 78 bpm FI: 22 rpm FC: 78 bpm SpO₂: 98 % T: 36,5 °C
Enfermeiro(a): Didiane Instrumentado (a): Rezo Circulante: Amélia do N. Fonseca Rocha
Cirurgia: Proctologia Uterina E Especialidade: ginecologia Sala: 01
Hora Início: 16:30 Hora Término: 17:30 Tipo de cirurgia: ☒ Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1ª Cirurgião: Dr. Michael Aux.: Dr. Ura Residente: Dr. Ura
Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: 25 () Biqueiro () Raquidiana Ag. nº 25 () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag. nº 25 Cateter nº: 16 Início: 16:20 Garrote: () Smarch () Pneumático Início: 16:20 Término: 17:30
Anestesiologista: Dr. Ura

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

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>78</u>	<u>78</u>	<u>22</u>	Bpm
Pulso	<u>78</u>	<u>78</u>	<u>22</u>	Bpm
Oximetria	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>98</u>	%
Capnografia	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	%
PA	<u>110/70</u>	<u>110/70</u>	<u>130/80</u>	mmHg

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: MS
Cateter: ulco 22

SONDAGEM GÁSTRICA

SNG nº 150806
Retorno: 150806

CATETERISMO VESICAL

SVF nº 150806 SVA nº 150806
Diurese: 150806
Profissional responsável: Didiane

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 checked="" type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	

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

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO		
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não <input checked="" type="checkbox"/> Metal () Descartável		
Local: <u>amniotomia</u>		
DEGERMAÇÃO		TRICOTOMIA
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não		() Sim () Não
Local: <u>Ura</u>	Solução: <u>Clorox</u>	Local: <u>Ura</u>

IMPLANTE CIRÚRGICO	
Drenos:	CONFERE COM ORIGINAL
Tela:	11/2 de Faltas
Cateter:	Sugador
Ostomia:	S. Pauli
Fio de KC:	Parafuso - tipo: 06
Placa - Tipo: DCP	Grupos
Outros:	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: <u>150806</u> Quant. Material: <u>39</u>
Val: <u>08/03/18</u> Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim



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

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NUMERO DO PRONTUÁRIO

LILIANO ROBERTO DA SILVA

150806

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RAÇA/COR

700 4009 6709 7445

21/03/1996

MASCULINO

PARDA

11- NOME DA MÃE

12- TELEFONE DE CONTATO

MARLENE SILVA

9960-5069

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

LARISSA DA SILVA LOPES (ESPOSA)

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA CICERO FERNANDES PIMENTA 413

16- MUNICÍPIO

17- BAIRRO

18- UF

19- CEP

PARNAMIRIM

M CASTELO

RN

59141-010

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FT Distúrbio unemo

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PROC CIRÚRGICO

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

RX

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO
() CNS () CPF

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- () ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

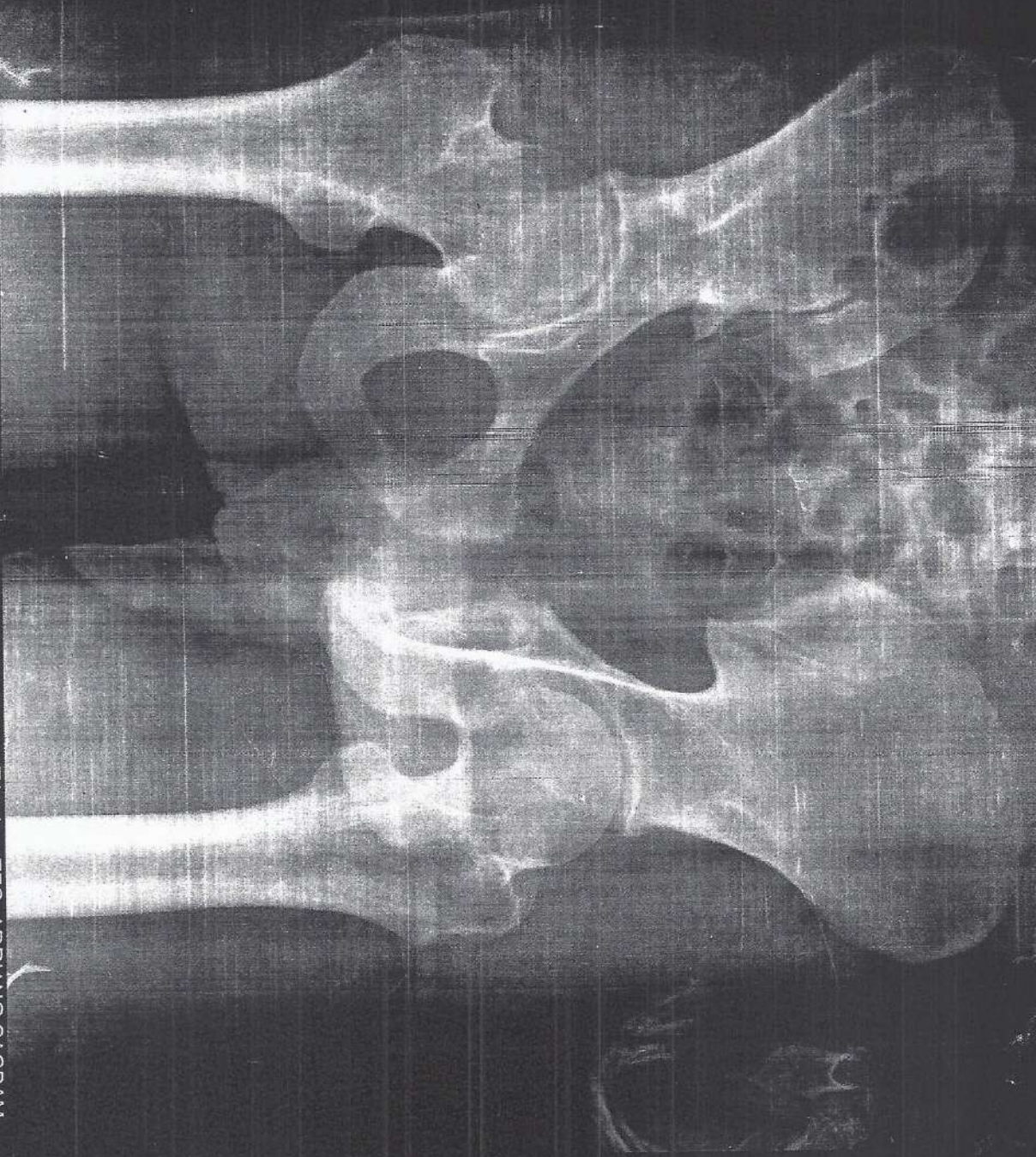
() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

COM ORIGINAL
de fato
S. Benício
096921-4

D



Id. Paciente: LEITO 616
Data Exame: 03/02/2018 18:13:13
Paciente: LILIANO ROBERTO DA SILVA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: TEC. ADRIANO SACRAM
Idade: 0 ano(s)
BACIA AP
50.2 %

Id. Paciente: LEITO 616
Paciente: LILIANO ROBERTO DA SILVA
Data Exame: 03/02/2018 18:15:49
Técnico: TEC. ADRIANO SACRAM
Idade: 0 ano(s)
UMERO AP 64,2 %





PREFEITURA DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 NATAL



**SAMU
192**

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que consta em nossos arquivos a ocorrência de um paciente com nome indefinido do sexo masculino, no dia 27/01/2018, aproximadamente às 20h53min, na Avenida Salgado Filho, Candelária, nesta Cidade. Tendo sido atendido pelo SAMU 192 Natal, **sob nº de ocorrência 189347/1**, onde foram realizados os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 12 de junho de 2018.

RENATAM CAMPOS LUDOVICO
Diretor
Matrícula nº 02.3044

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

11/06/2018

10.0.0.100/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=189347&Digito=1&ReadOnly=1

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 189347/1

Data: 27/01/2018

CHAMADO

TARM: DIANA ALVES JAPIASSU

Médico Regulação: MARCOS ANTÔNIO PEREIRA DANTAS JÚNIOR

Rádio Operador: JOSIVANDERSON DA SILVA DANTAS

Médico Cena: MARCOS ANTÔNIO PEREIRA DANTAS JÚNIOR

Equipe Enfermagem Cena: COMUNICADOR

Usuário Pós-Cena:

VTR: USA 03 (BASE DESCENTRALIZADA NEÓPOLIS)

Equipe VTR: JOSE WALLACE DE OLIVEIRA ROCHA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
ROGÉRIA MOREIRA DE ABRANTES - ENFERMEIRO
JULIANA MEDEIROS FARIAS - MEDICO☒ REGULAÇÃO MÉDICA☐ TROTE☐ INFORMAÇÃO☐ ENGANO☐ TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: LIANA

Telefone: (84) 99912-5565

Nome do Paciente:

PACIENTE DESCONHECIDO

Idade: *

0 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

☐ Endereço não informado☐ Coordenadas Informadas

Latitude: Longitude:

Endereço: AVENIDA SENADOR SALGADO FILHO

Nº: VP

Bairro: CANDELÁRIA

Outro Bairro:

Referência/Complemento: QTH PASSARELA POTILANDIA //// SENTIDO CENTRO ////

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WOLFREDO GURGEL

Queixa Primária: ATROPELAMENTO POR AUTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

27/01/2018 20:55:22 - Dr(a). MARCOS ANTÔNIO PEREIRA DANTAS JÚNIOR

APH: TRAUMA / HD: ATROPELAMENTO POR AUTO

REGULAÇÃO: PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR AUTO TEM FRATURA EXPOSTA EM MEMBRO SUPERIOR E ESTÁ INCONSCIENTE.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USA

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:	Regulação Médica:	Solicitação VTR:	Saída VTR:	Chegada Local:
27/01/2018	27/01/2018	27/01/2018	27/01/2018	27/01/2018
20:53:50	20:55:22	20:55:48	20:59:23	21:15:05
Saída Local:	Chegada Destino:	Liberação Destino:	Liberação VTR:	
27/01/2018	27/01/2018	27/01/2018	27/01/2018	
21:55:03	22:31:53	22:31:54	22:31:55	

CONVÊNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular?*

Sim Não Não informado

CONDOTTA

 Remocão

Conduta Equipe de Enfermagem:

27/01/2018 21:55:27 - COMUNICADOR

TARM: ANA KARENINA. CONTATO FEITO COM O HOSPITAL WALFREDO GURGEL, POLITRAUMA, DR. GETÚLIO CONFIRMA O RECEBIMENTO DO PACIENTE.

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WOLFREDO GURGEL

Jin

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Vaga Negada - Motivo:

-- SELEZIONE --

H. ligação ao serv prop.:

22:50

Motivo da entrada:

▼

Ass:

Vaga Zero

REFERENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

SINISTRO 3180362431 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LILIANO ROBERTO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO ARUANA SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO LILIANO ROBERTO DA SILVA

CPF/CNPJ: 70338712445

Posição em 06-02-2019 12:08:47

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
23/10/2018	R\$ 7.087,50	R\$ 0,00	R\$ 7.087,50

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)?



 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
703.387.124-45

Nome
LILIANO ROBERTO DA SILVA

Nascimento
21/03/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

LILIANO ROBERTO DA SILVA

AGÊNCIA: 2008

OPERAÇÃO: 013

CONTA: 87923-1

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Liliano Roberto da Silva,
brasileiro(a), portador(a) do RG nº 003.221.424, inscrito(a) no CPF
sob o nº 703.387.124-45, residente e domiciliado à Rua
Cícero Fernandes Pimenta, nº 464,
Monte Castelo, Parnamirim/RN, CEP
59146-110, 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, 14 de junho de 2018.

LILIANO ROBERTO DA SILVA

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:** Liliano Roberto da Silva
brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº 003.221.424, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 703.387.124-45
residente e domiciliado(a) a Rua Cicero Fernandes Pimenta, nº 464,
Monte Castelo - Panamirim/RN, CEP 59146-110.

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, Panamirim/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 incluídas 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 receberão 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 Panamirim/RN.

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

Panamirim/RN, 14 de junho de 2018

LILIANO ROBERTO DA SILVA

CONTRATANTE

JOÃO ROBERTO F. DAS NEVES

Testemunha

Gabriella Monteiro de Moura

CPF: 017.329.794-30

Testemunha

Francisca Oliveira do N. Silva

CPF: 923.980.303-34