



Número: **0802796-67.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA (AUTOR)		KENNEDY LAFAIETE FERNANDES DIOGENES (ADVOGADO) EMANUELL CAVALCANTI DO NASCIMENTO BARBOSA (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38453712	28/01/2019 14:38	CCF14082018 00000	Outros documentos
38453820	28/01/2019 14:38	CCF14082018 00001	Outros documentos

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Jose de Anchieta Otaviano Vieira
Nacionalidade Brasileira, Est. Civil Solteiro
CPF nº 876.654.764-49, RG Nº 001.528.269, Tel. 99151-3780
Endereço: Rua Br. 406, n.º 1335 - João Camara - RN
; Cep.: 59550-000
E-mail.: _____

OUTORGADOS: **KENNEDY LAFAIETE FERNANDES DIÓGENES**, brasileiro, casado, Advogado inscrito na OAB/RN sob o nº 5786, **RAPHAEL GURGEL MARINHO FERNANDES**, brasileiro, solteiro, Advogado inscrito na OAB/RN sob o nº 7864, **ALUÍZIO HENRIQUE DUTRA DE ALMEIDA FILHO**, brasileiro, casado, Advogado inscrito na OAB/RN sob o nº 6263, e **SANDERSON LIÊNIO DA SILVA MAFRA**, brasileiro, casado, Advogado inscrito na OAB/RN sob o n.º 9249, **EMANUELL CAVALCANTI DO NASCIMENTO BARBOSA**, brasileiro, solteiro, Advogado inscrito na OAB/RN 11.641, **MONICK EZEQUIEL CHAVES DE SOUSA**, brasileira, casada, Advogada inscrita na OAB/RN sob o nº 11.746, **BRENO HENRIQUE SILVA DE CARVALHO**, brasileiro, solteiro, Advogado inscrito na OAB/RN sob nº 13.056, **RHANNA CRISTINA UMBELINO DIOGENES**, brasileira, solteira, Advogada inscrita na OAB/RN sob nº 13.273, **CAIO DE PAULA SILVA**, brasileiro, solteiro, Advogado inscrito na OAB/RN sob nº 15.485, **FABRÍCIO BRUNO SILVA DE OLIVEIRA** brasileiro, solteiro, Advogado inscrito na OAB/RN sob nº 16.190, **FABRÍCIO BRUNO SILVA DE OLIVEIRA** brasileiro, solteiro, Advogado inscrito na OAB/RN sob nº 16.190, todos associados do Escritório **DIÓGENES, MARINHO E DUTRA ADVOGADOS**, Pessoa Jurídica de Direito Privado, inscrita no CNPJ sob o nº 08.767.120/0001-20, inscrita na OAB sob o nº 225, com sede na R. Dr. Manoel Dantas, nº 484, Petrópolis, Natal/RN, CEP. 59.012-270, Fone **(84) 3221-4144**, para onde devem ser encaminhadas às comunicações de praxe.

PODERES: Todos os poderes constantes da cláusula "ad judicium et extra" para o foro em geral e processos administrativos, podendo em qualquer juízo, instância ou tribunal, justiça especial, comum, federal, pequenas causas, em conjunto ou separadamente, propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, até o final da decisão, interpondo caso necessário e por convicção os recursos, meios, institutos e remédios jurídicos permitidos em lei, conferindo-lhes ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, inclusive o de levantar alvará judicial e saca-lo junto ao Banco do Brasil, além de praticar atos necessários ao fiel cumprimento deste mandato, podendo, ainda substabelecer a presente em outras de igual teor e validade, a quem lhes convier, com ou sem reserva de iguais poder.

HONORÁRIOS: Fica justo e acordado que o OUTORGANTE pagará aos OUTORGADOS, a título de honorários advocatícios, o percentual de **30% (trinta por cento)** sobre o valor da condenação e/ou acordo, acrescidos de todos os consectários legais, se houver, autorizando desde já, sua retenção no momento da quitação.

Natal/RN, 14 de Agosto de 2018.

x Jose de Anchieta Otaviano Vieira

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 001.528.269 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/03/2018

NOME JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA

FILIAÇÃO BENEDITA OTAVIANO VIEIRA

NATURALIDADE JOAO CAMARA RN

DATA DE NASCIMENTO 09/08/1968

CERT. DE CAS-DIV L-812 F-268-RN-011

PARNAMIRIM RN-2 CARTÓRIO

876.654.764-49

Assinatura de José de Anchieta Otaviano Vieira

LEI Nº 7.116 DE 2006

PROTÓCOLO
RECEBIDO

22 JUN 2018

TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE PERÍCIA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO-II

POLEGAR DIREITO

Assinatura do Titular: José de Anchieta Otaviano Vieira

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
876.654.764-49

Nome
JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA

Nascimento
09/08/1968

PRIMEIRA DATA DO BRASIL

NSU FIDUCI: 00113102101 NS: 2877402

Correspondente do Banco Bradesco

Atividade de Pre-Abertura de Conta

Ag. Relat.: 0510 JOAO CAMARA

PCB: 060 FRANKLIN MARZINE

Agência: 05076 JOAO CAMARA

Conta: 000000001512 6

Nome: JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA

Data: 01/06/2008

Modalidade: 00

Tipo Pessoa: Física

Tipo Conta: Conta Corrente

Cesta de Serviço: CÉBIA EXPRESSO 4

R\$ 15,00

Adesão ao Programa de Benefícios: N

NSU BANCO: 02926646969

HORA: 15:59:37

Sujeito a Confirmação do Banco

CAVALARIA BRASIL

0200 721 9033



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-009
CNPJ: 08.334.325/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.426-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4862

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO
RUA LUIZ GOMES DE OLIVEIRA, 115
59015-009
32624770

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 28/05/2018 ÀS 09:51:38

MATRÍCULA:

3631139

MÊS/ANO

06/2018

DADOS DO CLIENTE

BENEDITA OTAVIANO VIEIRA
RUA BR.406, N, 1335 - JOAO CAMARA JOAO CAMARA RN
59550-000

296.001.015.0110.000	INSCRIÇÃO	1	ROTA	5500	SEQ.ROTA	1	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
Y175057328	HIDROMETRO									
	SITUAÇÃO ÁGUA									
	POTENCIAL									

CONSUMO ÁGUA (M3): 8
DATA LEITURA: 28/05/2018
LEIT. ATUAL: 86
LEIT. ANT.: 78
DIAS CONSUMO: 32

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MEDIA
05/2018	13	03/2018	12	01/2018	19	12
04/2018	12	02/2018	11	12/2017	5	

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	8 M3	39,99

PROTOCOLO
RECEBIDO

22 JUN 2018

TERRA DO SOLADM
E CORRETORA DE SEGS

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	39,99	1.65	0,66
COFINS	39,99	7.6	3,04

VENCIMENTO: 13/06/2018 TOTAL A PAGAR: 39,99

O RELATÓRIO ANUAL DE QUALIDADE DE ÁGUA DE 2018, REFERENTE A 2017, ESTA DISPONÍVEL NO SITE DA CAERN, NO MENU DESCRITIVO "INFORMAÇÕES TÉCNICAS"

MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA					
Parâmetros	Turbidez	PH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)
VMP e Recomendações	≤ 5.0 uT	6.0 a 9.5	% de Ausência	0.2 a 2.0 mg/l	≤ 10.0 mg/l
Valores Obtidos	1.2	7.36	89.19 %	1.5	--

82640000000 4 39990006296 5 00363113901 5 06201870003 9



3631139	MATRÍCULA	06/2018	MÊS/ANO	13/06/2018	VENCIMENTO	39,99	TOTAL A PAGAR
---------	-----------	---------	---------	------------	------------	-------	---------------



COMPROVANTE DA CAERN

115902 - Guilherme de Jesus Andrade

c/c



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

PROTOCOLO
RECEBIDO

22 JUN 2018

TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 10ª DELEGACIA REGIONAL - JOÃO CÂMARA

Endereço: RUA RITA FERREIRA DE FARIAS, 3, CENTRO, JOÃO CÂMARA

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018080000427

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 03/05/2018 12.05.22

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 07/02/2017 18.00.00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: 0000

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: BR 406

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: EM FRENTE AO SUPERMERCADO DE SARA

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência: EM FRENTE AO SUPERMERCADO DE SARA

2.13 Cidade: JOÃO CÂMARA

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Parda

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 87665476449

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: PECUARISTA

3.15 Telefone(s):

3.17 Número: 1335

3.19 Bairro: BR-406

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: JOÃO CÂMARA

3.2 Estado civil: Divorciado(a)

3.4 Pai:

3.6 Mãe: BENEDITA OTAVIANO VIEIRA

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 09/08/1968

3.14 RG: 1528269 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: JOAO CAMARA RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA 21 DE ABRIL

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S)

5.1.1 Nome Completo: A ESCLARECER

5.1.3 Nome Social:

5.1.5 Estado civil:

5.1.7 Etnia:

5.1.9 Data de Nascimento:

5.1.11 RG: Não informado

5.1.13 Profissão:

5.1.15 Passaporte:

5.1.17 Características:

5.1.18 Logradouro:

5.1.19 Número:

5.1.21 Bairro:

5.1.23 Estado:

5.1.2 Alcunha:

5.1.4 Pai:

5.1.6 Mãe:

5.1.8 Identidade de Gênero:

5.1.10 Orientação Sexual:

5.1.12 Sexo: NÃO IDENTIFICADO / SEM INFORMAÇÃO

5.1.14 CPF:

5.1.16 Nacionalidade:

5.1.20 CEP:

5.1.22 Cidade:

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)

(NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi:

7.1.5 Placa: NNV4892

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2010

7.1.11 Cor do veículo: BRANCA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: LINDEMBERG PEREIRA DE SOUZA

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam: 00209086750

7.1.6 Estado:

7.1.8 Modelo: FUSCO CARGO 125A

7.1.10 Ano de Fabricação: 2010

7.1.12 Tipo do veículo: TRICICLO

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE INFORMA QUE NO DIA 07/02/2017, POR VOLTA DAS 18:00H, FOI ATRAVESSA A BR-406, ANDANDO PRÓXIMO AO POSTO DE GASOLINA MATEUS/PRÓXIMO AO DEPOSITO UNIAO, QUANDO UMA MOTOCICLETA (MENCIONADA NESTE B.O.), ESTAVA PASSANDO NA BR-406, SENTIDO JOÃO CÂMARA-MACAU, BATEU NO COMUNICANTE, QUE FOT SOCORRIDO PELA SAMU, QUE O LEVOU PARA O HOSPITAL WALFREDO GURGEL, EM NATAL; QUE, O COMUNICANTE TEVE FRATURA NO JOELHO DIREITO, NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

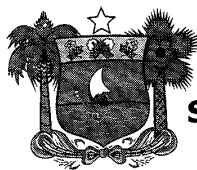
10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data 03/05/2018 12.05.22

Protocolo: J2018080000427 - Código de autenticação: 6a0b95f4ad254036cb15467b741bb630

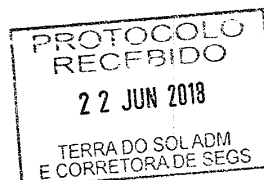
Página 1 2



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

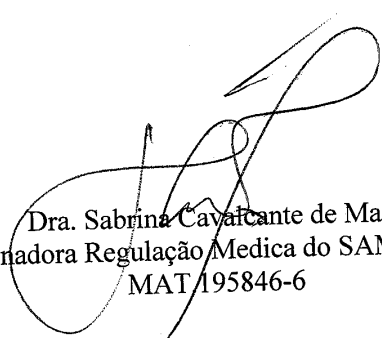


DECLARAÇÃO



Declaro para os devidos fins que se fazem necessário, que em busca no sistema informatizado do SAMU 192 RN foi encontrada a ocorrência Nº S246586 referente a paciente JOSÉ DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA, 50 anos, atendido (a) pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 07/02/2017 em João Câmara/RN, vítima de atropelamento por moto. Conforme ficha anexa.

Natal, 04 de abril de 2018.


Dra. Sabrina Cavalcante de Macedo
Coordenadora Regulação Médica do SAMU 192 RN
MAT 195846-6

SAMU 192 RN

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



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

FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA

FICHA DE ATENDIMENTO :	S246586
DATA DA OCORRÊNCIA:	07/02/2017 17:44:56
CIDADE:	JOAO CAMARA
BAIRRO:	
PONTO DE REFERÊNCIA:	PROX POSTO DE GASOLINA MATEUS/PROX DEPOSITO UNIÃO
LOGRADOURO:	406 SENTIDO JOÃO CAMARA MACAU,
INTERESSADO:	VANIA
TELEFONE:	9105-3317
TIPO:	TRA
NATUREZA:	TRAUMA
SUB-TIPO:	TRA12
NATUREZA:	ATROPELAMENTO POR MOTO
IMPRESSO POR:	IVAN JOSE DE ARAUJO CARDOSO
DATA DA IMPRESSÃO:	04/04/2018 08:48:28

DATA	HORA	TERMINAL	OPERADOR	EVENTOS
07/02/2017	17:44:56	tarm11	53955244	PCT DESCONHECIDO +- 48
07/02/2017	17:45:24	tarm11	53955244	** Local do evento alterado de "BR 406 SENTIDO MACAU" to "BR 406 SENTIDO JOÃO
07/02/2017	17:45:24	tarm11	53955244	CAMARA MACAU" at: 02/07/17 17:45:24
07/02/2017	17:45:24	tarm11	53955244	** >>>> by: FABIANA MARIA DA SILVA on terminal: tarm11
07/02/2017	17:47:29	regsamu02	55323904	PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO
07/02/2017	17:47:42	regsamu02	55323904	APRESENTA PROVÁVEL FRATURA DE MID
07/02/2017	17:47:54	regsamu02	55323904	SEM USB NO LOCAL
07/02/2017	17:48:00	regsamu02	55323904	LIBERO USA COD 02
07/02/2017	17:48:14	despsamu1	96638684	VIATURA USA 11 DESPACHADA - Comandante da VTR: (CIODS CIODS)
07/02/2017	17:48:23	regsamu02	55323904	** Tipo do evento alterado de M01 para TRA(TRA12) às 07/02/17 17:48:23
07/02/2017	17:48:23	regsamu02	55323904	** Event Priority changed from 4 to 1 at: 02/07/17 17:48:23
07/02/2017	17:48:23	regsamu02	55323904	** >>>> by: AUGUSTO DA MOTA PASSOS FILHO on terminal: regsamu02
07/02/2017	17:48:23	regsamu02	55323904	** >>>> by: AUGUSTO DA MOTA PASSOS FILHO on terminal: regsamu02
07/02/2017	17:50:01	despsamu1	96638684	VIATURA USA 11 EM ROTA
07/02/2017	17:53:51	despsamu1	96638684	VIATURA USA 11 INFORMOU O CÓDIGO UC
07/02/2017	17:54:08	despsamu1	96638684	VIATURA USB49 DESPACHADA
07/02/2017	17:54:10	despsamu1	96638684	VIATURA USB49 EM ROTA
07/02/2017	18:22:38	despsamu2	523690564	VIATURA USB49 CHEGOU AO LOCAL
07/02/2017	18:35:47	regsamu02	55323904	-----
07/02/2017	18:36:02	regsamu02	55323904	USB 49, FLÁVIO
07/02/2017	18:36:14	regsamu02	55323904	QRA DE JOSÉ DE ANCHIETA, 47 ANOS
07/02/2017	18:36:58	regsamu02	55323904	VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO E POR CARRO
07/02/2017	18:37:04	regsamu02	55323904	ESTAVA ALCOOLIZADO, DEAMBULANDO
07/02/2017	18:37:16	regsamu02	55323904	GLASGOW DE 14, POR ALCOOLIZAÇÃO
07/02/2017	18:37:23	regsamu02	55323904	NEGA PERDA DE CONSCIENCIA
07/02/2017	18:37:48	regsamu02	55323904	APRESENTA CORTE EM REGIÃO FRONTAL À ESQUERDA, COM MMSS, TORAX E ABD LIVRES
07/02/2017	18:38:02	regsamu02	55323904	DOR A PALPAÇÃO DE TÓRAX ESQUERDO, MAS SEM CREPTAÇÃO
07/02/2017	18:38:07	regsamu02	55323904	MIE LIVRE
07/02/2017	18:38:25	regsamu02	55323904	MID COM PROVÁVEL FRATURA DE TÍBIA, COM DEFORMIDADE EM JOELHO E SANGRAMENTO
07/02/2017	18:38:28	regsamu02	55323904	SANGRAMENTO CONTIDO
07/02/2017	18:38:37	regsamu02	55323904	SSVV:

04/04/2018

Cronologia

07/02/2017	18:38:57	regsamu02	55323904	PA 140X90, FC 66, FR 19, SAT94AA
07/02/2017	18:39:08	regsamu02	55323904	PACIENTE ETILISTA CRÔNICO
07/02/2017	18:39:15	regsamu02	55323904	ACESSO VENOSO COM RINGER LACTATO
07/02/2017	18:39:27	regsamu02	55323904	IMOBILIZADO CONFORME PROTOCOLO E MID IMOBILIZADO
07/02/2017	18:39:42	regsamu02	55323904	SEGUIR QTI CLÓVIS
07/02/2017	19:41:57	tarm1	60832154	CONTATO COM DR GUSTAVO DO POLITRAUMA DO CLÓVIS, ENVIO AUTORIZADO
07/02/2017	20:21:09	despsamu1	46874664	
07/02/2017	20:21:14	despsamu1	46874664	PCT AOS CUIDADOS DR LEONARDO
07/02/2017	20:23:23	despsamu1	46874664	VIATURA USB49 FINALIZOU A OCORRÊNCIA COMO (HSP) [ENCAMINHADO HOSPITAL] COMENTÁRIO ADICIONAL: PCT AOS CUIDADOS DR LEONARDO

SABRINA CAVALCANTE DE MACÊDO
COORDENADORA DE REGULAÇÃO MÉDICA



PROTÓCOLO
RECEBIDO

22 JUN 2018

Sistema de Informação
TERRA DO SOL ADM
UNIDADE DE REGISTRO DE SEGS
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
DE INTERNAÇÃO NOS

Identificação do Estabelecimento de Saúde

FALTA SOLICITAR
EXAMES LABORATORIAIS
(ECG)

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO

6- NUMERO DO PRONTUÁRIO

146876

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

160 6095 2691 0006

8- DATA DE NASCIMENTO

09/08/1968

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/COR

PARDA

11- NOME DA MÃE

BENEDITA OTAVIANO VIEIRA

12- TELEFONE DE CONTATO

99214-7099

13- NOME DO RESPONSÁVEL

EZEQUIEL OTAVIANO- FILHO

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA 21 DE ABRIL 3350

16- MUNICÍPIO

JOAO CAMARA

17- BAIRRO

CENTRO

18- UF

RN

19- CEP

59000-000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

de ferimento por acidente de trânsito
do tipo motocicleta

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessita tratamento cirúrgico

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

ECG e RX

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fratura de fêmur direito

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

reparo cirúrgico

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Edimar M. Dantas

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE

() CNS () CPF

CRM 942

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. ORGAO 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)



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO
		146876
DATA	HORA	GIH
22/02/2017	16:41	
PACIENTE	CATEGORIA	DATA DE NASCIMENTO
JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO		09/08/1968
ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	
CASADO	PESCADOR	
ENDEREÇO (RUA, Nº)		
RUA 21 DE ABRIL 3350		
MUNICIPIO	BAIRRO	UF
JOAO CAMARA	CENTRO	RN
LOCAL DE TRABALHO		CEP
		59000-000
		TELEFONE
FILIAÇÃO		
BENEDITA OTAVIANO VIEIRA		TELEFONE
RESPONSÁVEL		99214-7099
EZEQUIEL OTAVIANO- FILHO		
ENDEREÇO		
O MESMO		
DIAGNOSTICO PROVISORIO		
DIAGNOSTICO DEFINITIVO		

DATA DE ADMISSÃO 22.02.17 ALTA 16.03.17 OBITO

HISTORIA CLINICA

Dr Edimar M. Dantas
Ortopedia - Traumatologia
CRM 842CONFEREÇÃO ORIGINAL
15/3/17



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 916

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE JOSE DE ANCHIETA
6 - Nº DO PROTOCOLO
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS 160 6095 2691 0006
8 - DATA DE NASCIMENTO 09/08/68
9 - SEXO MASCULINO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA COSTA LIMA
11 - TELEFONE DE CONTATO 9.9432.5314
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) R. 21 DE ABRIL 3350
13 - MUNICÍPIO JOÃO CAMARÁ
14 - BAIRRO CENTRO
15 - UF
16 - CEP 9.9214 7099

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Dor no JOELHO
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO FRAJ TAT (DESINCRUTAMENTO) IATELA
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Rr e btover

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRAJ JOELHO
21 - CID INICIAL
22 - CID SECUNDÁRIO
23 - LAUDOS ASSOCIADOS
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TRAUMATISMO ELIMINAR
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 030 80 100 19
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 TRANSITO
33 - CNPJ DA SEGURADORA
34 - Nº DO BILHETE
35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO
37 - CNPJ
38 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO
40 -
41 - CID PRINCIPAL
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 (AIH)

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.



Hospital		Nº prontuário
Nome do paciente		
JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO		Enf.
Data operação		Leito
Operador		1º auxiliar
08/03/2017		2º auxiliar
3º auxiliar		Instrumentador
Anestesiado		Tipo de anestesia
RICARDO EMANUEL		
Diagnóstico pré-operatório		
Tipo de operação		
Diagnóstico pós-operatório		
Relatório imediato do patologista		
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA PLATÔ TIBIAL DIREITO + RECONSTRUÇÃO DO		
Exame radiológico no ato		
Acidente durante a operação		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ESVAZIAMENTO MI + GARROTEAMENTO
3. ASSESPIA E ANTISSEPSIA
4. CAMPOS ESTÉREIS
5. INCISÃO E DISSECAÇÃO POR PLANOS EM PLATO TIBIAL LATERAL DE JOELHO DIREITO
6. REDUÇÃO DA FRATURA E ESTABILIZAÇÃO COM FIOS DE K
7. PLACA 4,5 EM L 4,5MM + PARAFUSOS
8. RETINACULOTOMIA, FIXAÇÃO DO TENDÃO PATELAR, AMARRIA DE SEGURANÇA COM FIO DE CERCLAGEM
9. UTILIZAÇÃO DO INTENSIFICADOR DE IMAGEM
10. HEMOSTASIA RIGOROSA
11. LAVAGEM E SUTURA POR PLANOS
12. CURATIVO
13. SOLTURA DO GARROTE
14. TALA COXO-SURAL
15. BOA PERFUSÃO DISTAL

CIRURGIAS MÚLTIPLAS	
(0415040012)	
() POLITRAUMATIZADO	
(0415030013)	
() PROC. CLÍNICO	
(X) PROC. CIRÚRGICO	
0408050501	
() CBO: 225225	
(X) CBO: 225270	
() DIAS	
() CID: 582.1	

Dr. Michael Frenze de Araújo
Ortopedia e Traumatologia
Parauapebas - PA



Hospital

Nome do paciente		Nº prontuário	
Data operação	Enf.	Leito	
Operador	1º auxiliar		
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador	
Anestesista	Tipo de anestesia		
Diagnóstico pré-operatório			
Tipo de operação			
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

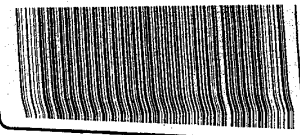
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

CONFERE ORIGINAL
15/06/20



SERVIÇO DE ENFERMAGEM



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Jose de Anchieta Mariano Idade: 48 D/N: 07/08/1968
Pront.: 146.836 Município: João Câmara Procedência: ☒ Interno () Externo
Data da cirurgia: 08/03/17 Hora Admissão: Bloco: 08:40 Sala: 08:40 Hora Saída: 11:30 Peso: 94 kg
Alergias: ☒ Não () Sim Nega Comorbidades: () HAS () DM () Outras Nega
Uso de medicações: ☒ Não () Sim Nega Jejum: () Não ☒ Sim
SSVV Admissão: PA: _____ mmHg Pulsó: _____ bpm FI: _____ rpm FC: _____ bpm SpO₂: _____ % T: _____ °C
Enfermeiro(a): Rudiane Instrumentado (a): GLÓRIA Circulante: Augusta
Cirurgia: TV CIRURGICA PLATO Especialidade: ORT Sala: 03
Hora Início: 09:00 Hora Término: 11:05 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: MICHEL Aux.: RICARDO Residente: _____
Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: _____ () Blo. queixo ☒ Raquidiana Ag. nº 25 () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag. nº _____ Cateter nº: _____ Início: 08:45 Garrota: ☒ Smarch () Pneumático Início: 09:50 Término: 11:05
Anestesiologista: Dr. LEONILDO

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	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Letárgico	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input type="checkbox"/> Oximetria
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Íntegra	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Diprifusor
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input 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"/> Normoesfígnico	<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 type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input type="checkbox"/> Manchas	<input type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> Amputações	<input type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>62</u>	<u>59</u>	<u>63</u>	Bpm
Pulso	<u>62</u>	<u>59</u>	<u>63</u>	Bpm
Oximetria	<u>96.1</u>	<u>97</u>	<u>98.6</u>	%
Capnografia	<u>=</u>	<u>=</u>	<u>=</u>	%
PA	<u>186/91</u>	<u>165/104</u>	<u>122/81</u>	mmHg

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

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

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	<input type="checkbox"/> Cabeça	<input type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/> Pescoço	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Fletidos
<input type="checkbox"/> Litotômica	<input type="checkbox"/> Lombar	<input type="checkbox"/> MMII
<input type="checkbox"/> Trendelenburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Canivete		<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Proclive		<input type="checkbox"/> Fletidos

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

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos: _____
Tela: _____
Cateter: <u>06 FIO CFCUBER</u>
Ostomia: <u>91 INROCU</u>
Fio de KC: <u>8</u> Parafuso - tipo: <u>CONTRA</u>
Placa - Tipo: <u>LESQ SFURST 2/5</u>
Outros: _____

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: <u>4.5 / RALIOS</u> Quant. Material: <u>7</u>
Val.: <u>13/03/17</u> Contagem de gaze e compressa: <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

Unid. () Plasma Unid. () Plaquetas Unid.
() Expansor plasmático Unid.

MEDICACÖES UTILIZADAS

_____ h: _____ h: _____ h:
 _____ h: _____ h: _____ h:
 _____ h: _____ h: _____ h:

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: _____ ml () Soro Ringer Simples: 1500 ml Quantidade total de volume administrado: _____

() Soro Glicosado: _____ ml () Soro Ringer Lactato: _____ ml

ANÁTOMO PATOLÓGICO

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

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: () limpo () c/exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros:

INTERCORRÊNCIAS:

INTERCORRÊNCIAS: PC SUB. MATEM. A UMA CONJUNÇÃO DE
PLATO E BIL. PERNA DINÂMICA, USADO
OS PLATO 215 TIPS L E 12 E 12
CONJUNÇÃO + O J. MATEM. E 12
COM FIB. XIA. CILR. BIL. C
CLIFF. GLOBAL. DILNO, USAD. R. X. Ass: Subst Coren: 2927

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: ~~()~~ Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () ~~10~~ ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de
colostomia () Outro: _____
Diurese: ~~()~~ Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrica Destino após a cirurgia: CRO

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

Hora: 11:30 Data: 08/03/17 Nível de consciência: () Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado
 () Desorientado () Agitado () Choro **Vias aéreas:** () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O₂ () O₂ Ambiente
Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade **Mobilização MMSS:** () Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venóclise: () Não **Sim Tipo:** AB **Local:** MSR **Sondas:** () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr **Ostomias:** () Sim () Não Especifique: _____
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo **Monitorização:** () ECG () Oxímetro () PA

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

SINAIS VITAIS

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat. %	Dgr
Admissão		53			100%	100
30'		54			100%	105
60'						
Alta						

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: _____ ml
Soro Fisiológico: _____ ml
Ringer: _____ ml
Irrigação vesical contínua: _____ ml

Medicações administradas URPA:[illegible]

Eliminações:

	Diurese	Retorno Gastr.	Drenagem	Retorno da irrigação
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: Pac. admitido na SRA. e
mantem A/P + curativos + drenos sítios.
Após recuperação examinados p/ PR.

Ass: *Aline C*

Coren: 162301



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

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

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h: h: h:
h: h: h:
h: h: h:

HIDRATAÇÃO VENOSA

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

ANATOMO PATOLÓGICO

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

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: () limpo () c/exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros:

INTERCORRÊNCIAS:

Ass: Coren:

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: (X) Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel (X) O₂ ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Boisa de
colostomia () Outro:
Diurese: () Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: SEPA

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

Hora: 15:35 Data: 04/06/17 Nível de consciência: (X) Acordado () Sonolento () Narcose (X) Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O₂ (X) O₂ Ambiente
Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não (X) Sim Tipo: HU Local: MS Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique:
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG () Oxímetro () PA

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

SINAIS VITAIS

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	-	79	14x7	20	100	0
30'	-	78	16x9	19	100	0
60'	-	79	16x8	20	100	0
Alta	-	76	16x8	19	100	0

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: ml
Soro Fisiológico: ml
Ringer: 500 ml
Irrigação vesical contínua: ml

CONFERE COM ORIGINAL
Ass: [Assinatura]
Coren: 1452396-1

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

16:10 paciente encaminhado P/ seu leito consciente orientado
o omb na HU Assinatura

Ass: Coren:



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: João de Avelino Otaviano Idade: 48a D/N: 09/08/68
Pront.: 146876 Município: J. Camarã Procedência: () Externo () Interno ()
Data da cirurgia: 04/06/17 Hora Admissão: Bloco: 1 Sala: 1 Hora Saída: 14:00 Peso: 70
Alergias: () Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras Diabetes
Uso de medicações: () Não () Sim Jejum: () Não () Sim % T: 100
SSVV Admissão: PA: 120/80 mmHg Pulso: 74 bpm FI: 24 rpm FC: 76 bpm SpO₂: 97 %
Enfermeiro(a): Andriane Instrumentado(a): Sayonara Circulante: Crux + RLS
Cirurgia: Debridamento cirúrgico pelo Especialidade: Ortopedia Sala: 23
Hora Início: 15:00 Hora Término: 15:35 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: João Aux.: — Residente: —
Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: — () Bloqueio Tr raquidiana Ag. nº 25 () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag. nº — Cateter nº: — Início: — Garrote: () Smarch () Pneumático Início: — Término: —
Anestesiológista: Walfredo

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

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>74</u>	<u>77</u>	<u>76</u>	Bpm
Pulso	<u>74</u>	<u>77</u>	<u>76</u>	Bpm
Oximetria	<u>100</u>	<u>96</u>	<u>97</u>	%
Capnografia	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	%
PA	<u>146/101</u>	<u>146/79</u>	<u>152/100</u>	mmHg

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

ACESSO VENOSO
<input type="checkbox"/> Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Central
<input type="checkbox"/> Dissecção venosa
Local: <u>USE</u>
Cateter: <u>Ples 18</u>

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

EXAMES SOLICITADOS:	
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input type="checkbox"/> Glicosimetria:

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
() Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não () Metal () Descartável
Local: <u>—</u>
DEGERMAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não
Local: <u>MID</u>
Solução: <u>Cloroxidina</u>

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos: <u>—</u>
Tela: <u>—</u>
Cateter: <u>—</u>
Ostomia: <u>—</u>
Fio de KC: <u>—</u>
Placa - Tipo: <u>—</u>
Outros: <u>—</u>

Outros: _____	
ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
Caixa cirúrgica: <u>Pezão</u>	Quant. Material: _____
Val.: _____	Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim

SINISTRO 3180288297 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME**BENEFICIÁRIO** JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA**CPF/CNPJ:** 87665476449**Posição em 14-08-2018 11:48:39**

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
12/07/2018	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25