



Número: **0814415-91.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **20ª 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	
EDUARDO DE MACEDO SILVA (AUTOR)		JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
41852994	12/04/2019 11:59	<a href="#">01 PROCURAÇÃO</a>	Procuração
41853007	12/04/2019 11:59	<a href="#">02 BOLETIM POLICIAL</a>	Documento de Comprovação
41853034	12/04/2019 11:59	<a href="#">03 DOCUMENTOS MEDICOS</a>	Documento de Comprovação
41853050	12/04/2019 11:59	<a href="#">03.1 DOCUMENTOS MEDICOS</a>	Documento de Comprovação
41853082	12/04/2019 11:59	<a href="#">03.2 DOCUMENTOS MEDICOS</a>	Documento de Comprovação
41853090	12/04/2019 11:59	<a href="#">04 PRÉVIO REQUERIMENTO</a>	Documento de Comprovação
41853101	12/04/2019 11:59	<a href="#">05 QUESITOS</a>	Outros documentos
41853118	12/04/2019 11:59	<a href="#">06 DOCUMENTOS PESSOAIS</a>	Documento de Identificação
41853138	12/04/2019 11:59	<a href="#">07 DECLARAÇÃO DE POBREZA</a>	Documento de Comprovação
41853151	12/04/2019 11:59	<a href="#">08 CONTRATO DE HONRÁRIOS</a>	Documento de Comprovação

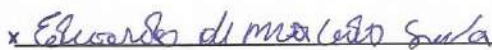
## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE: EDUARDO DE MACÊDO SILVA**, brasileiro, solteiro, marceneiro, com RG sob o nº 002.721.672 SSP/RN, com CPF sob o nº 105.328.244-31, residente e domiciliado à Rua Santa Terezinha, nº 26, Serrinha – São Gonçalo do Amarante/RN – CEP: 59290-000.

**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, 06 de novembro de 2018.



**EDUARDO DE MACÊDO SILVA**



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE  
Endereço: AV. CEL. ESTEVÃO MOURA, S/N, CENTRO, SÃO GONÇALO DO AMARANTE

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018027001312  
1.2 Data de Expedição: 10/05/2018 10:51:49  
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO  
1.4 Liguou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 06/03/2018 05:00:00  
2.2 Autoria: Conhecida  
2.3 Fato: Consumado  
2.4 Flagrante: Não  
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo  
2.6 Tipo do local: Via Pública  
2.7 Logradouro: ENTRE BELA VISTA CALIFÓRNIA  
2.8 Número: S/N  
2.9 CEP:  
2.10 Complemento:  
2.11 Ponto de Referência:  
2.12 Bairro: BELA VISTA  
2.13 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE  
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: EDUARDO DE MACEDO SILVA  
3.2 Estado civil: Solteiro(a)  
3.3 Nome Social: O MESMO  
3.4 Pai: SEABSTIAO TEOTONIO DA SILVA  
3.5 Etnia: Parda  
3.6 Mãe: MARIA DAS NEVES DE MACEDO SILVA  
3.7 Sexo: MASCULINO  
3.8 Orientação Sexual: Heterossexual  
3.9 CPF: 10532824431  
3.10 Identidade de Gênero: Cisgenero  
3.11 Nacionalidade:  
3.12 Data de Nascimento: 27/11/1990  
3.13 Profissão: MARTELETEIRO  
3.14 RG: 2721672 - ITEP/RN  
3.15 Telefone(s): 84 987046291  
3.16 Passaporte:  
3.17 Número: 27  
3.18 Naturalidade: MACAIBA RN  
3.19 Bairro: SÍTIO CAMPINAS  
3.20 E-Mail:  
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
3.22 Logradouro: RUA PRINCIPAL  
3.23 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE  
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) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Seguradora:  
7.1.2 Seguradora:  
7.1.3 Chassi: 9C2KD0520AR030824  
7.1.4 Renavam: 00204996740  
7.1.5 Placa: NNT4872  
7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
7.1.7 Marca: HONDA  
7.1.8 Modelo: NXR150 BROS MIX ES  
7.1.9 Ano do Modelo: 2010  
7.1.10 Ano de Fabricação: 2010  
7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA  
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA  
7.1.13 Nota Fiscal:  
7.1.14 Número do Motor:  
7.1.15 Nome do proprietário: EDUARDO DE MACEDO SILVA  
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:  
7.1.17 Nome do condutor: O COMUNICANTE  
7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE INFORMA QUE NA DATA ACIMA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO ACIMA DESCRITA, NA ESTRADA DE BELA VISTA, NESTE MUNICÍPIO, QUANDO BATEU EM UM ANIMAL TIPO VACA E CAIU. QUE NO ACIDENTE O COMUNICANTE SOFREU OS DANOS CONSTANTES NO BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA DA UPA DE MACAIBA SOB Nº 013 E BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA DO PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO SOB Nº 10558/2018. QUE O COMUNICANTE FOI SOCORRIDO POR POPULARES. FOI O QUE DISSE O COMUNICANTE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

FEITO B.O CONFORME RELATO DO COMUNICANTE

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: 10/05/2018 10:51:49

  
Policial

  
Interessado



Polegar direito

Atendimento: 758310 - JOSE EMILIANO BARBOSA  
Impresso por: 758310 - JOSE EMILIANO BARBOSA em 10/05/2018 10:52:12

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Protocolo: J2018027001312 - Código de autenticação: 23a2e04a57c0881eb0af6c25a322e5e

Página 11



013



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAIBA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA



VERMELHO

BAM - BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

Nº 008936.18-8

MATRICULA: 2014.29789-9 DATA: 06/03/2018  
NOME: EDUARDO DE MACEDO SILVA HORA: 05:31:28  
IDADE: 27 (a) e 3 (m) DATA DE NASC.: 27/11/1990 NOME DA MÃE: MARIA DAS NEVES DE MACEDO SILVA  
SEXO: M(x) F( ) TELEFONE: (84) 99189-0338 COR: PARDO ESTADO CIVIL: CASADO  
RG: 2.721.672 EMISSÃO: 26/05/2006 CPF: 105.328.244-31 CARTÃO SUS: 706202553671565  
PROFISSÃO: Não definido ESCOLARIDADE: ENSINO MEDIO  
END.: RUA OLÍMPIO MACIEL, nº 57  
BAIRRO: CENTRO ZONA: URBANA CIDADE: MACAIBA  
PONTO DE REFERÊNCIA: PX.AO POSTO DE SAUDE CEP: 59.280-000  
ACOMPANHANTE: AMIGO-JOSE

QUEIXA PRINCIPAL: QUEDA DE MOTO + DOR INTENSA EM MSD

HÁ QUANTO TEMPO: 06/03/2018

DIABETES: SIM( ) NÃO(X) NÃO SABE( ) HAS: SIM( ) NÃO(X) NÃO SABE( ) ETILISTA: SIM( ) NÃO(X) SOCIALMENTE( )

ALERGIA: SIM( ) NÃO(X)

GESTANTE: SIM( ) NÃO(X)

TABAGISTA: SIM( ) NÃO(X)

MEDICAÇÕES EM USO:

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM( ) NÃO(X)

NOTIFICAÇÃO: SIM( ) NÃO(X)

É CADASTRADO(A) EM ALGUM SERVIÇO DE SAÚDE? SIM(x) NÃO( ) QUAL: ESF JOSE COELHO

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM NA ADMISSÃO:

PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADO EM CADEIRA DE RODA RELATA QUEDA DE MOTO + DOR INTENSA EM MSD

## SINAIS VITAIS DA CHEGADA:

HORA: 05:35 TA: 140,0x80,0 PULSO: ALTURA: PESO:  
RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: HGT:  
ESCALA DE DOR: (x) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( ) 9 ( ) 10  
ENFERMEIRA: KAMILA ROBERTA MEDEIROS FELIX

Assinatura e Carimbo profissional

## EVOLUÇÃO MÉDICA

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

Drª Azenete Cleide  
Médica  
CRM - 4497

Assinatura e carimbo do Médico

<b>UPA</b> 24h	PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAÍBA - RN
	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
(UPA) UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-ALUÍZIO ALVES	
AV. Mônica Dantas S/N Centro; Macaíba- RN Tel.: 3271-6500	
CNPJ: 11.303.093/0001-40	

### RECEITUÁRIO

NOME: Edmar de Macedo Silva

*Dr. Hely Waldemar Filho*

*tenção e 1/2 com  
resposta positiva de Fratura  
de calcâneo D. em superfície  
de foto*

*Dra. Genete Cleide  
Médica  
CRM - 4.197  
06/03/2008*

DATA:   /  /  

Médico - CRM



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAÍBA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ALUÍZIO ALVES  
SERVIÇO SOCIAL

Avenida Estrada de Jundiá, nº 100, Macaíba - RN.  
CEP: 59.280-000 Fone: (84) 3271-4778.  
E-mail: upa.aluizioalves@hotmail.com.  
EVOLUÇÃO SOCIAL

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

NOME: EDUARDO DE MACEDO SILVA.

DATA: 06/03/2018.

LEITO: CONSULT.

IDADE: 27 ANOS

Paciente com trauma de ombro encaminhado para HWG na ambulância da unidade e técnico de enfermagem. Assistido por Dr: Asenate.

*Cláudio Roberto*  
Assistente Social  
CRPSS 3251  
CPF: 523.923.884-49



**Operação de transplante de fígado**

**Dr. Antônio de Souza**

**Dr. Carlos de Souza**

**Dr. Roberto de Souza**

**Dr. Sérgio de Souza**

**Dr. Tarciso de Souza**

**Dr. Valdeir de Souza**

**Dr. Vitor de Souza**

**Dr. Wellington de Souza**

**Dr. Wilson de Souza**

**Dr. Zé Carlos de Souza**

**Dr. Zé Roberto de Souza**

**Dr. Zé Sérgio de Souza**

**Dr. Zé Tarciso de Souza**

**Dr. Zé Valdeir de Souza**

**Dr. Zé Wellington de Souza**

**Dr. Zé Wilson de Souza**

**Dr. Zé Zé Carlos de Souza**

**Dr. Zé Zé Roberto de Souza**

**Dr. Zé Zé Sérgio de Souza**

REG. PACIENTE Nº: **290510**

CONVENIO: **PROTEGE**

GASOMETRIA / TEMPO DE USO

AR COMPRIMIDO:

GÁS CARBÔNICO:

NITROGENIO:

O2 SOB CATE TER:

O2 SOB PRESSAO:

OXIDO NITROSO:

ALCOOL 70% **30 ml**

ALCOOL IODADO

FORMOL

MATERIAL ORTOPEDICO

ATADURA GESSO

ATADURA CREPOM

ATADURA DE ALGODÃO

MALHA TUBULAR

VASELINA

CLOREXIDINA ALCOOLICA

CLOREXIDINA AQUOSA 2%

CLOREXIDINA DEGERMANTE

DATA: **29/05/10**

HORA: **14h**

TERMINO: **15h**

SANGUE:

ARRUELAS

CIDEX POR ML

CIMENTO ORTOPEDICO

FIO DE KIRSCHNER

FIO DE LUQUE

FIXADOR EXTERNO

GANCHOS

GELOFOAM

GRAMPO

HASTER

LIGAMENTO SINTETICO

PARAFUSO CORTICAL

PARAFUSO ESPONJOSO

PARAF. INTER. TITANIO

PINO

PINO DESLIZANTE

PLACA

PROTÓTIPO

DR. PAULO

PROTÓTIPO

PROTÓTIPO

PROTÓTIPO

PROTÓTIPO

PROTÓTIPO

PROTÓTIPO

PROTÓTIPO

PROTÓTIPO

PROTÓTIPO

PROTÓTIPO

PROTÓTIPO

PROTÓTIPO

PROTÓTIPO

PROTÓTIPO

PROTÓTIPO

PROTÓTIPO

PROTÓTIPO

PROTÓTIPO

PROTÓTIPO



### DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

**PRONTOCLINICA**  
Dr. Paulo Gurgel

PRONTOCLINICA  
Dr. Paulo Gurgel

Afusão da membrana,  
câmara anterior, íris melada  
lente vítrea opaca, corpo vítreo.  
Bordas da pupila,  
íris e retina  
normalmente fixados com vasos  
e nervos normais.  
Sintoma de hipertensão intraocular,  
dando um fudo branco  
fundo branco (tipo uvelha)

29/08/78

ASSINATURA OU CARIMBO DO MEDICO

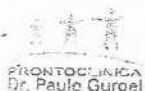
Dr. FRANCISCO DE ASSIS T. de SOUZA  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 3635-RN

BOLETIM DE ANESTESIA:

ANESTESIA TIPO: *Blocio Interescalón D12 + F* TECNICA:

NOR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
20																				
16																				
14																				
12																				
10																				
8																				
6																				
4																				
2																				
A																				
N																				
O																				
T																				
A																				
C																				
O																				
E																				
S																				
MIN. C/ ACRÉSCIMO																				
MIN S/ ACRÉSCIMO																				
TOTAIS																				
INICIO DA ANESTESIA:	15:20																			
INICIO DA CIRURGIA:	15:30																			
TÉRMINO DA CIRURGIA:	16:																			
TÉRMINO DA ANESTESIA:	16:																			
OBSERVAÇÕES:																				





Prontoclinica Dr. Paulo Gurgel  
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

MÉDICO: Dr. J. J. J.

PACIENTE: Edson de Vasconcelos Silva

SETOR: Neurologia

LEITO: 208 A

DIAGNOSTICO MÉDICO: Paraneoplasia

IDADE: 27 anos

PROCEDÊNCIA: ☒ DOMICILIAR ☐ HOSPITALAR: QUAL: \_\_\_\_\_

ALERGIAS: \_\_\_\_\_ DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: \_\_\_\_\_

EVOLUÇÃO: 29/03/18 HORÁRIO: 12:00

ASPECTO GERAL

☐ CONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ ALGO ORIENTADO \_\_\_\_\_  
☒ ATIVO ☒ REATIVO ☐ HIPOATIVO \_\_\_\_\_  
☐ HIPERTÔNICO ☐ HIPOTÔNICO \_\_\_\_\_  
☐ COMATOSO ☐ SEDADO ☐ ANASARCA ☐ EDEMA \_\_\_\_\_

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

☒ AVP: \_\_\_\_\_  
☐ AVC: \_\_\_\_\_  
☐ Jelco: \_\_\_\_\_  
☐ Scalp.: \_\_\_\_\_

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

☐ HV \_\_\_\_\_  
☐ BI \_\_\_\_\_  
☐ ATB \_\_\_\_\_

PELE

☒ HIDRATADA ☐ RESSECADA ☐ ICTÉRICA \_\_\_\_\_  
☒ ANORMOCORADA ☐ HIPOCORADA ☐ CIANOSE \_\_\_\_\_  
☐ EXTREMIDADE FRIAS ☒ NORMOTÉRMICA \_\_\_\_\_  
☐ HIPOTERMIA: \_\_\_\_\_  
☐ HIPERTERMIA: \_\_\_\_\_  
☐ DRENO Local: \_\_\_\_\_  
Característica do líquido: \_\_\_\_\_

APARELHO CARDIOPULMONAR

☒ EUPNEICO ☐ DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO \_\_\_\_\_  
☐ BRADIPNEICO ☐ TIRAGEM: \_\_\_\_\_  
☐ RUÍDOS ADVENTÍCIOS, TIPO: \_\_\_\_\_  
☐ TAQUICÁRDICO ☒ NORMOCÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES:

Paciente admitido na instituição de  
residência, com quadro de paraneoplasia, sendo  
em tratamento com quimioterapia. Orientado  
sobre a doença e a importância da adesão  
ao tratamento.

VENTILAÇÃO

☒ O2 AMB ☐ MV \_\_\_\_\_ % ☐ HOOD: \_\_\_\_\_  
☐ ENTUBADO TOT Nº \_\_\_\_\_  
OBS: \_\_\_\_\_

ELIMINAÇÕES

DIURESE

☒ ESPONTÂNEA ☐ SVA A CADA: \_\_\_\_\_  
☐ HEMATÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ ANÚRIA \_\_\_\_\_  
☐ POLIÚRIA ☐ SVD \_\_\_\_\_  
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

EVACUAÇÃO

☒ ESPONTÂNEA \_\_\_\_\_  
☐ ESTÍMULO: \_\_\_\_\_  
☐ AUSENTE \_\_\_\_\_ DIAS \_\_\_\_\_  
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN

☒ FLACIDO ☐ GLOBOSO ☐ SEMI GLOBOSO \_\_\_\_\_  
☐ DISTENDIDO ☐ DOR A PALPAÇÃO \_\_\_\_\_  
☐ TIMPÂNICO ☐ MACIÇO ☐ RUÍDOS HIDROAÉREOS \_\_\_\_\_

LOCOMOÇÃO

☒ DEAMBULANDO ☐ CADEIRA DE RODAS \_\_\_\_\_  
☐ SOBRE MACA ☐ MULETA \_\_\_\_\_

DIETA

☐ AO SEIO ☐ ORAL/COPINHO ☐ GTM \_\_\_\_\_  
☐ SOG/SNG \_\_\_\_\_  
☐ RESÍDUO GÁSTRICO: \_\_\_\_\_  
☒ ZERO ☐ VÔMITO \_\_\_\_\_ vezes

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro  
COREN/RN 337.294

EVOLUÇÃO 29/03/18 HORÁRIO: 20:00h

ASPECTO GERAL

☐ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO ☐ ALGO ORIENTADO \_\_\_\_\_  
☐ ATIVO ☒ REATIVO ☐ HIPOATIVO \_\_\_\_\_  
☐ HIPERTÔNICO ☐ HIPOTÔNICO \_\_\_\_\_  
☐ COMATOSO ☐ SEDADO ☐ ANASARCA ☐ EDEMA \_\_\_\_\_

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

☒ AVP: \_\_\_\_\_  
☐ AVC: \_\_\_\_\_  
☐ Jelco: \_\_\_\_\_  
☐ Scalp.: \_\_\_\_\_

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

☐ HV \_\_\_\_\_  
☐ BI \_\_\_\_\_  
☒ ATB \_\_\_\_\_

VENTILAÇÃO

☒ O2 AMB ☐ MV \_\_\_\_\_ % ☐ HOOD: \_\_\_\_\_  
☐ ENTUBADO TOT Nº \_\_\_\_\_  
OBS: \_\_\_\_\_

ELIMINAÇÕES

DIURESE

☒ ESPONTÂNEA ☐ SVA A CADA: \_\_\_\_\_  
☐ HEMATÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ ANÚRIA \_\_\_\_\_  
☐ POLIÚRIA ☐ SVD \_\_\_\_\_  
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

EVACUAÇÃO

☐ ESPONTÂNEA \_\_\_\_\_

**PELE**

☒ HIDRATADA ( ) RESSECADA ( ) ICTÉRICA  
☒ NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA ( ) CIANOSE  
☐ EXTREMIDADE FRIAS ☒ NORMOTÉRMICA  
☐ HIPOTERMIA: \_\_\_\_\_  
☐ HIPERTERMIA: \_\_\_\_\_  
☐ DRENO Local: \_\_\_\_\_  
 Característica do líquido: \_\_\_\_\_

**APARELHO CARDIOPULMONAR**

☒ EUPNEICO ( ) DISPNEICO ( ) TAQUIPNEICO  
☐ BRADIPNEICO ( ) TIRAGEM: \_\_\_\_\_  
☐ RUIDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: \_\_\_\_\_  
☐ TAQUICÁRDICO ( ) NORMOCÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO

( ) ESTÍMULO: \_\_\_\_\_  
☒ AUSENTE \_\_\_\_\_ DIAS  
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

**APARELHO DIGESTÓRIO****ABDOMEN**

☒ FLACIDO ( ) GLOBOSO ( ) SEMI GLOBOSO  
☐ DISTENDIDO ( ) DOR A PALPAÇÃO  
☐ TIMPÂNICO ( ) MACIÇO ( ) RUIDOS HIDROAÉREOS

**LOCOMOÇÃO**

☒ DEAMBULANDO ( ) CADEIRA DE RODAS  
☐ SOBRE MACA ( ) MULETA

**DIETA**

☐ AO SEIO ☒ ORAL/COPINHO ( ) GTM  
☐ SOG/SNG \_\_\_\_\_  
☐ RESÍDUO GÁSTRICO: \_\_\_\_\_  
☐ ZERO ( ) VÔMITO \_\_\_\_\_ vezes

OBSERVAÇÕES: - Paciente estável, sem dúvidas.  
 - Raio-X OK

**Bruna Santana**

ENFERMEIRA  
COREN RN 514.835

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

**EVOLUÇÃO****ASPECTO GERAL**

☐ CONSCIENTE ( ) ORIENTADO ( ) ALGO ORIENTADO  
☐ ATIVO ( ) REATIVO ( ) HIPOATIVO  
☐ HIPERTÔNICO ( ) HIPOTÔNICO  
☐ COMATOSO ( ) SEDADO ( ) ANASARCA ( ) EDEMA

**ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)**

☐ AVP: \_\_\_\_\_  
☐ AVC: \_\_\_\_\_  
☐ Jelco: \_\_\_\_\_  
☐ Scalp: \_\_\_\_\_

**INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB**

☐ HV \_\_\_\_\_  
☐ BI \_\_\_\_\_  
☐ ATB \_\_\_\_\_

**PELE**

☐ HIDRATADA ( ) RESSECADA ( ) ICTÉRICA  
☐ NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA ( ) CIANOSE  
☐ EXTREMIDADE FRIAS ( ) NORMOTÉRMICA  
☐ HIPOTERMIA: \_\_\_\_\_  
☐ HIPERTERMIA: \_\_\_\_\_  
☐ DRENO Local: \_\_\_\_\_  
 Característica do líquido: \_\_\_\_\_

**APARELHO CARDIOPULMONAR**

☐ EUPNEICO ( ) DISPNEICO ( ) TAQUIPNEICO  
☐ BRADIPNEICO ( ) TIRAGEM: \_\_\_\_\_  
☐ RUIDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: \_\_\_\_\_  
☐ TAQUICÁRDICO ( ) NORMOCÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

**HORÁRIO:****VENTILAÇÃO**

☐ O2 AMB ( ) MV \_\_\_\_\_ % ( ) HOOD: \_\_\_\_\_  
☐ ENTUBADO TOT Nº \_\_\_\_\_  
 OBS: \_\_\_\_\_

**ELIMINAÇÕES****DIURESE**

☐ ESPONTÂNEA ( ) SVA A CADA: \_\_\_\_\_  
☐ HEMATÚRIA ( ) OLIGÚRIA ( ) ANÚRIA  
☐ POLIÚRIA ( ) SVD \_\_\_\_\_  
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

**EVACUAÇÃO**

☐ ESPONTÂNEA  
☐ ESTÍMULO: \_\_\_\_\_  
☐ AUSENTE \_\_\_\_\_ DIAS  
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

**APARELHO DIGESTÓRIO****ABDOMEN**

☐ FLACIDO ( ) GLOBOSO ( ) SEMI GLOBOSO  
☐ DISTENDIDO ( ) DOR A PALPAÇÃO  
☐ TIMPÂNICO ( ) MACIÇO ( ) RUIDOS HIDROAÉREOS

**LOCOMOÇÃO**

☐ DEAMBULANDO ( ) CADEIRA DE RODAS  
☐ SOBRE MACA ( ) MULETA

**DIETA**

☐ AO SEIO ( ) ORAL/COPINHO ( ) GTM  
☐ SOG/SNG \_\_\_\_\_  
☐ RESÍDUO GÁSTRICO: \_\_\_\_\_  
☐ ZERO ( ) VÔMITO \_\_\_\_\_ vezes



PACIENTE EdUARDO DE MORAES  
APTO.: 208ª Nº REGIST. \_\_\_\_\_  
CONVEN. \_\_\_\_\_

USO DE:	DATA / H	USO DE:	DATA
BOMBA DE INF. DIL		ECG	
NEBULIZADOR Nº		OXIG./UMIDIF.	
ASPIRADOR DIL		BERÇO AQUECIDO	
CURATIVO		FOTOTERAPIA	
		INCUBADORA	

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT.
29/03/18	11:40	Pct admitido neste setor para procedimento cirurgico em claviculop, consciente, orientado em ambiente.	Thayna Batista do Nascimento COREN-RN 001.141.806 TE
29/03/18	14:20	Pct encaminhada ao CC, com- ciente, orientada, em O2 ambu- late, em anexo: ATU + exames lab + imagem de RX idnt.	Thayna Batista do Nascimento COREN-RN 001.141.806 TE
29/03/18	17:10	Pct retornou do CC.	Thayna Batista do Nascimento COREN-RN 001.141.806 TE
29/03	20:01	exlut. Vitorien in + dilu 12cc cefotim + par cu + 12	
30/03	02	exlut. dilu 12cc + par cu + 12	
	04	exlut. cefotim + par cu	
30/03	08:15	Adm. med. Voltaren 0,5g	
30/03	08:15	Adm. med. Dupirona + ABP EV	Dayse D. C. L. de Souza Téc. Enfermagem COREN-RN - 1.161.203
30.03.18	12:30	Pct saiu de alta hospita- lar, consciente, orienta- do, em O2 ambu, em cadeira de rodas, levan- do seus pertences pes- soais, em anexo: 01P/ RX + 01 impresso de RX + exames lab	Dayse D. C. L. de Souza Téc. Enfermagem COREN-RN - 1.161.203
30.03.18	12:30	em tempo realizando curativo conforme orientação médica	Dayse D. C. L. de Souza Téc. Enfermagem COREN-RN - 1.161.203

**PACIENTE**  
**REGISTRO**

## PREScrição Médica

PACIENTE  
REGISTRO

Edmundo de Moraes

APTO/ENF.

APTO/ENF. 2089

[illegible]

PRESCRIÇÃO	HORARIOS
<p>27/03/18</p> <p>flam. branca</p> <p>crase</p>	
<p>27/03/18</p> <p>5</p> <p>Francisco de Sales e de Sales</p> <p>1. Francisco de Sales e de Sales</p> <p>2. Francisco de Sales e de Sales</p> <p>3. Francisco de Sales e de Sales</p>	
<p>27/03/18</p> <p>6</p> <p>flam. branca</p> <p>crase</p>	
<p>27/03/18</p> <p>7</p> <p>flam. branca</p> <p>crase</p>	
<p>27/03/18</p> <p>8</p> <p>flam. branca</p> <p>crase</p>	
<p>27/03/18</p> <p>9</p> <p>flam. branca</p> <p>crase</p>	
<p>27/03/18</p> <p>10</p> <p>flam. branca</p> <p>crase</p>	
<p>27/03/18</p> <p>11</p> <p>flam. branca</p> <p>crase</p>	
<p>27/03/18</p> <p>12</p> <p>flam. branca</p> <p>crase</p>	
<p>27/03/18</p> <p>13</p> <p>flam. branca</p> <p>crase</p>	
<p>27/03/18</p> <p>14</p> <p>flam. branca</p> <p>crase</p>	
<p>27/03/18</p> <p>15</p> <p>flam. branca</p> <p>crase</p>	
<p>27/03/18</p> <p>16</p> <p>flam. branca</p> <p>crase</p>	
<p>27/03/18</p> <p>17</p> <p>flam. branca</p> <p>crase</p>	
<p>27/03/18</p> <p>18</p> <p>flam. branca</p> <p>crase</p>	
<p>27/03/18</p> <p>19</p> <p>flam. branca</p> <p>crase</p>	
<p>27/03/18</p> <p>20</p> <p>flam. branca</p> <p>crase</p>	
<p>27/03/18</p> <p>21</p> <p>flam. branca</p> <p>crase</p>	
<p>27/03/18</p> <p>22</p> <p>flam. branca</p> <p>crase</p>	
<p>27/03/18</p> <p>23</p> <p>flam. branca</p> <p>crase</p>	
<p>27/03/18</p> <p>24</p> <p>flam. branca</p> <p>crase</p>	
<p>27/03/18</p> <p>25</p> <p>flam. branca</p> <p>crase</p>	
<p>27/03/18</p> <p>26</p> <p>flam. branca</p> <p>crase</p>	
<p>27/03/18</p> <p>27</p> <p>flam. branca</p> <p>crase</p>	
<p>27/03/18</p> <p>28</p> <p>flam. branca</p> <p>crase</p>	
<p>27/03/18</p> <p>29</p> <p>flam. branca</p> <p>crase</p>	
<p>27/03/18</p> <p>30</p> <p>flam. branca</p> <p>crase</p>	
<p>27/03/18</p> <p>31</p> <p>flam. branca</p> <p>crase</p>	

RECIBO

Dr. Francisco de Assis  
Ortopedia - Traumatologia  
Farmácia











**NOME:**

Edurne de Varela

**REG.:**

**MÉDICO.:**

**CONVÊNIO.:**

CONTROLE HÍDRICO E T.P.R.

APTO

808A

[illegible]

OPME: ( ) NÃO ☒ SIM, qual

3 placas, parafusos 7 fios  
1 PF Nº 16  
4 PF Nº 18  
1 PF Nº 20

Anotações de Enfermagem e Intercorrências 9/intercorrências no ato cirúrgico;

Início da cirurgia: \_\_\_\_\_ Término da cirurgia: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO Dr. João ASSISTENTE: \_\_\_\_\_ ANESTESIOLOGISTA Dr. João  
INSTRUMENTADORA Ana CIRCULANTE: João ENFERMEIRA: Edna

URPA ( Unidade de Recuperação pós-anestésica)

Condições de admissão do paciente:

☒ Acordado ( ) Sonolento ( ) agitado Ar ambiente ( ) MV 50%

( ) Cateter de O2 ( ) TQT ☒ AVP ( ) AVC

( ) Hipotensão ( ) Hipertensão ( ) Bradicardia ( ) Taquicardia ( ) Tremor ( ) Dor ( ) Baixa Saturação

( ) Hemorragias ( ) Desorientação ( ) Agitação ( ) Dispneia ( ) Broncoespasmo ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Medicações Administradas na URPA ( anotar horários) \_\_\_\_\_

Encaminhado para o andar

AVP ☒ AVC ( ) SNG ( ) SVD FECHADA ( ) DRENOS ( ) CURATIVOS LIMPO ( )

GESSO EM: MSD ( ) MSE ( ) MID ( ) MIE ( )

EXAMES: ☒ Labort ☒ Raio x ( ) USG ( ) TC ( ) RNM ( ) RISCO CIRURGICO ( ) OUTROS \_\_\_\_\_

ENCAMINHADO: ☒ Enfermaria ( ) UTI ( ) Alta Hospitalar ( ) Outros \_\_\_\_\_

Anotações de Enfermagem: Encaminhado acordado, consciente, orientado, mantendo

ENCAMINHADO POR: João HORA: 13:00



12. Hemoderivados solicitados e reservados ( ) sim ( ) Não ☒ Não aplicável  
 13. Paciente tem alergia conhecida ( ) sim ☒ não  
 14. Aparelho de anestesia testado ☒ sim ( ) não  
 15. Esterilizações dos instrumentais com indicadores ☒ sim ( ) não

#### ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

16. Confirma nome do paciente, local da intervenção e cirurgia proposta ☒  
 17. Confirma preparo da pele com clorexidine degermante e tópica ☒ Sim ( ) não  
 18. Confirmar antibiótico profilático administrado ☒ sim ( ) não aplicável  
 19. Paciente em posição adequada ☒ sim ( ) não

#### EQUIPE DE ENFERMAGEM

20. Confirmar se a disponibilidade dos materiais e equipamentos solicitados para cirurgia ☒  
 20. Confirmar com a equipe médica se os exames necessários estão disponíveis ☒  
 21. Confirma bisturi elétrico e placas instalados corretamente ☒

#### INTRA-OPERATORIO

Posicionamento: Dorsal ☒ Lateral direita ( ) Lateral esquerda ( ) Posição Ginecológica ( )  
 ( ) Decúbito Prone ( ) Decúbito Ventral

Monitorização cardíaca: ☒ sim ( ) não PNI/Manguito em: MIE Placa neutra: Local: MIE

Passado faixa de smarch: Não ☒ sim, em: \_\_\_\_\_ Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório: ( ) Clorex degermante ( ) Clorex aquoso  
 ( ) Clorex Alcolica ☒ PVPI degermante  
☒ PVPI tintura ( ) \_\_\_\_\_

Infusões: SFO, 9% \_\_\_\_\_ ml R. Lactato: \_\_\_\_\_ ml R. Simples \_\_\_\_\_ ml SG5% \_\_\_\_\_ ml

Drenos: ( ) Penrose nº \_\_\_\_\_ ( ) Porto-vac nº \_\_\_\_\_ ( ) Tórax nº \_\_\_\_\_

Sinais vitais: PA 114x70 mmHg FC: 93 bpm Sat: 99 % T: \_\_\_\_\_ °C Hora: \_\_\_\_\_

Anestesia: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_ ( ) Geral Inalatório ( ) Geral Venosa ( ) Sedação ( ) Local  
 ( ) Peridural ( ) Raqui ☒ Bloqueio: \_\_\_\_\_

IOT: ☒ Não ( ) sim - Cânula nº \_\_\_\_\_ IOT aramado: ☒ não ( ) sim nº \_\_\_\_\_

AVP: ( ) não ☒ sim MSE, Jelco nº 20 por Bruna

Cateter O2: ☒ não ( ) sim SNG: ☒ NÃO ( ) SIM nº \_\_\_\_\_ SVD ☒ NÃO ( ) SIM nº \_\_\_\_\_

Ferida operatória: Curativo limpo e seco

Cultura: \_\_\_\_\_ Anát. Patológico: ☒ Não ( ) Sim \_\_\_\_\_ Unid \_\_\_\_\_

Material Explantado: \_\_\_\_\_

Conferido por Bruna Intercorrência S/

#### ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

Confirmar se a contagem de compressas, instrumentais e agulhas foi realizada ☒ sim ( ) não

Caso a cirurgia realizada não tenha sido a proposta, \_\_\_\_\_

Medicações administradas (anotar horários) Dexametazona 1amp + dexametazona 2amp +  
Paracetamol 1amp + Ibuprofeno 1amp + Metil 40.06



# RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Eduardo de Macedo Silva Nº REGISTRO 325918  
Data Nascimento 27/11/90 IDADE 27a Sexo M LEITO: 208-A Data de Admissão 1/1/  
MÉDICO: Dr. A. B. S.

## ADMISSÃO DO CENTRO CIRURGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO AGUA? ( ) Não (X) Sim início 02:00 PESO: 85 Kg Altura: 1.75 cm  
RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: (X) SIM ( ) NÃO  
ALERGIAS: (X) NÃO ( ) SIM: nequa  
DOENÇAS PREGRESSAS: ( ) DM ( ) HAS ( ) TABAGISMO ( ) HIV ( ) Hep B ( ) Hep C ( ) Arritmias ( ) DPOC ( ) AVC ( )  
Marcapasso ( ) Outros: \_\_\_\_\_ Medicamentos de uso frequente: \_\_\_\_\_  
Consentimento Cirúrgico Preenchido ( ) Não (X) Sim  
Exames: (X) Labor (X) Raio x ( ) USG ( ) TC ( ) RNM ( ) Risco cirúrgico Outros: \_\_\_\_\_  
Encaminhado: ( ) Deambulando (X) Cadeira de Rodas ( ) Maca (X) consciente ( ) Inconsciente (X) Orientado ( )  
Desorientado

Anotações de Enfermagem : \_\_\_\_\_

Conferido informação acima por: Aureliano Silva Admitido na sala: I Hora 14:25  
Técnico de Enfermagem

## ETAPA I: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta Proctura de clavicula "D"

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO: (X) Limpa ( ) Contaminada ( ) Potencialmente Contaminada ( ) Infectada

1. Equipe completa presente (X) Sim ( ) Não
2. Paciente com identificação e cirurgia confirmada (X)
3. Termo de consentimento (X) Cirúrgico ( ) hemoterapico ( ) não, caso não esteja assinado contatar o médico.
4. Local da intervenção marcado corretamente (X) sim ( ) não ( ) não aplicável
5. Bisturi elétrico disponível e testado (X)
6. Aparelho de Anestesia (X)
7. Equipamento de Vídeo ( )
8. Monitor Multi-Parâmetro (X)
9. Saída de: Oxigênio (X) Ar Comprimido ( ) Vácuo ( )
10. Aspirador cirúrgico disponível e testado (X)
11. Mesa cirúrgica testada (X)



2+ anos  
 e feijão  
 e depois tudo  
 em moto / ± 25 dias  
 PRONTOCLÍNICA Dr. Paulo Gurgel

REGISTRO DE INTERNAMENTO		
Nº AIH:	Nº ATENDIMENTO 323918	DATA 29/03/18 HS:
TIPO DE INTERNAMENTO:	CIRÚRGICO ( ) CLÍNICO ( ) PEDIÁTRICO	
ACOMODAÇÃO E.C.	LEITO: 208A	CONVÊNIO SUS
MATRICULA 706203553671565	VALIDADE	
ASS. DO RESPONSÁVEL PELO INTERNAMENTO:		

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME: EDUARDO DE MACEDO SILVA	SEXO: ( ) M ( ) F
DATA DE NASCIMENTO: 27/11/50	RG: 002721672 CPF:
FILIAÇÃO MÃE: MARIA DAS NEVES DE MACEDO SILVA	
PAI: SEBASTIÃO TEOTOMIO DA SILVA	
ENDEREÇO: RUA UNDES MANTES Nº 84	
BAIRRO: LAGOA DAS PEDRAS	CIDADE: MARAIOA
ESTADO: RN	CEP: 53290-000
RESPONSÁVEL:	PARENTESCO:
FONE: (84) 98704-8291	FONE: (84) 98725-2754
SUMÁRIO DE ALTA	
TIPO DE ALTA: ( ) MÉDICA ( ) ADMINISTRATIVA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) ÓBITO	
DATA: / / 2018 HORA:	ASS: RESPONSÁVEL DO SETOR:

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO
<p>trauma do membro D          up 23 dias após          refumada e dor na          clavícula D.          up = tratamento da          clavícula D          tratamento.          ortopedias da clavícula D          + transferências uniaxiais.          29/03/18</p>

PRONTOCLÍNICA DA CRIANÇA LTDA  
 CNPJ: 09.417.742/0001-91

CARIMBO E ASS. DO MÉDICO

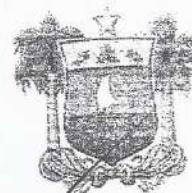
Confere com o Original  
 Data: 29/03/18

Patricia Medeiros

Francisco de Assis F. de Souza  
 ortopedia - Traumatologia  
 3635-RN



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **10558 /2018**  
Admissão: **06/03/2018 08:32:07**

**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE**

Paciente: **64158 - EDUARDO DE MACEDO SILVA** (27 a 3 m 9 d)

Nascimento: 27/11/1990 Natural: MACAIBA, BRASIL  
NS: 706202553671565 CPF: 10532824431

Sexo: M Cor: PARDA

Prof:

Mãe: MARIA DAS NEVES DE MACEDO SILVA Pai:

Graduação: OLIMPIO MACIEL, 57

Cidade: MACAIBA

CEP: 59280000

Bairro: CENTRO

Compl:

Telefone:

Motivo: MOTO - QUEDA  
Origem: AMBUL. OUTRA

Tipo: REFERENCIADO  
\*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 06/03/2018 08:25:00

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

### HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: queda de moto com trauma em clavícula d

Hora: \_\_\_\_\_

Paciente e história de queda de moto (sic), há ± 4 horas, portava capacete, e) Trauma em ombro direito e crepitação em clavícula (D) + dor local.

### EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A  
B  
C  
D  
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Modelo Hospitalar de Epidemiologia

06/03/18

\*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Gerado via SX por FRANCISCO DE ASSIS MORAIS QUEIROZ. Impresso em 06 de Março de 2018.



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

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

Médico (Carimbo)

Destacar nessa folha e entregar ao paciente após a sua liberação

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



BAM - BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO Nº 008936-18-8

MATRICULA: 2014.29789-9 DATA: 06/03/2018  
NOME: EDUARDO DE MACEDO SILVA HORA: 05:31:28  
IDADE: 27 (a) e 3 (m) DATA DE NASC.: 27/11/1990 NOME DA MÃE: MARIA DAS NEVES DE MACEDO SILVA  
SEXO: M(x) F( ) TELEFONE: (84) 99189-0338 COR: PARDO ESTADO CIVIL: CASADO  
RG: 2.721.872 EMISSÃO: 26/05/2006 CPF: 105.328.244-31 CARTÃO SUS: 706202553671565  
PROFISSÃO: Não definido ESCOLARIDADE: ENSINO MEDIO  
END.: RUA OLÍMPIO MACIEL, nº 57  
BAIRRO: CENTRO ZONA: URBANA CIDADE: MACAIBA  
PONTO DE REFERÊNCIA: PX.AO POSTO DE SAUDE CEP: 59.280-000  
ACOMPANHANTE: AMIGO-JOSE

QUEIXA PRINCIPAL: QUEDA DE MOTO + DOR INTENSA EM MSD

HÁ QUANTO TEMPO: 06/03/2018

DIABETES: SIM( ) NÃO(X) NÃO SABE( ) HAS: SIM( ) NÃO(X) NÃO SABE( ) ETILISTA: SIM( ) NÃO(X) SOCIALMENTE( )

ALERGIA: SIM( ) NÃO(X)

GESTANTE: SIM( ) NÃO(X)

TABAGISTA: SIM( ) NÃO(X)

MEDICAÇÕES EM USO:

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM( ) NÃO(X)

NOTIFICAÇÃO: SIM( ) NÃO(X)

É CADASTRADO(A) EM ALGUM SERVIÇO DE SAÚDE? SIM(x) NÃO( ) QUAL: ESF JOSE COELHO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM NA ADMISSÃO

PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADO EM CADEIRA DE RODA RELATA QUEDA DE MOTO + DOR INTENSA EM MSD

SINAIS VITAIS DA CHEGADA

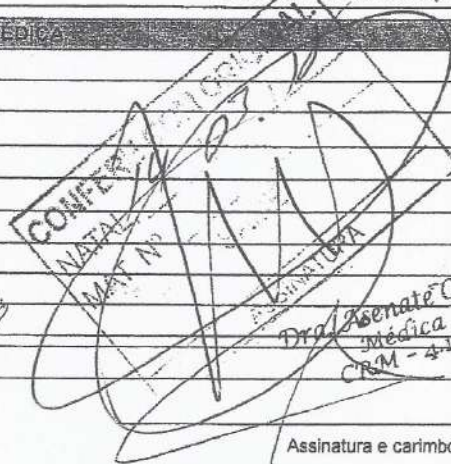
HORA: 05:35 TA: 140,0x80,0 PULSO: ALTURA: PESO:  
RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: HGT:  
ESCALA DE DOR: (x) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( ) 9 ( ) 10  
ENFERMEIRA: KAMILA ROBERTA MEDEIROS FELIX

Assinatura e Carimbo profissional

EVOLUÇÃO MÉDICA

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

*Luxação?*



*Dra. Senate Cleide*  
Médica  
CRM - 4.197

Assinatura e carimbo do Médico

Autenticação: 93ac4796873cfeb7ce64c8b2971de778





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

LAUDO PARA  
SOLICITAÇÃO DE AIIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO AUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <b>Eduardo de Macedo Silva</b>	6 - Nº DO PROTOCOLO			
7 - CARTÃO NACIONAL SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO <b>27/11/1990</b>	9 - SEXO <b>Masc</b>	10 - MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/>	10 - FEMININO <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO			

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) <b>Olimpo Marçal nº 57</b>	13 - BAIRRO <b>Centro</b>	14 - UF <b>RN</b>	15 - CEP <b>59280-000</b>
---	------------------------------	----------------------	------------------------------

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

16 - SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <b>Fratura de clavícula direita</b>	17 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <b>Necessidade de cirurgia</b>		
18 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <b>Rx + E - fratura</b>			
19 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>Fratura</b>	20 - CID INICIAL <b>S42.0</b>	21 - CID SECUNDÁRIO	22 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO <b>Fratura de clavícula</b>	24 - LEITO / CLÍNICA	25 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	26 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <b>Felipe S. Pereira</b>
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <b>08.01.015-0</b>	28 - DT SOLICITAÇÃO <b>06/03/18</b>	29 - CNS / CPF <b>029.549.854-45</b>	30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) <b>Ortopedia CRM/RN - 6944</b>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

31 - TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO	32 - CNPJ DA SEGURADORA	33 - Nº DO BILHETE	34 - BÔNUS
35 - ACID. TRABALHO TÍPICO	36 - CNPJ	37 -	
38 - ACID. TRABALHO TRAJETO			
39 - CID PRINCIPAL			
40 - CID SECUNDÁRIO			

DESCRIÇÃO / CLASSIFICAÇÃO MÉDICO-LEGAL

41 - NOME DO PROF. AUTORIZADO		42 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	43 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIIH)
44 - DT AUTORIZ.	45 - DT AUTORIZ.	46 -	
47 - CNS / CPF	48 -	49 -	
50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAÍBA - RN  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
(UPA) UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-ALUÍZIO ALVES

AV. Mônica Dantas S/N Centro, Macaíba- RN Tel.: 3271-6500  
CNPJ: 11.303.093/0001-40

### RECEITUÁRIO

NOME: Edmar de Holanda Silva

*Dr. Hely Walden Filho*

*paciente com  
surto súbita de Fratura  
de elemento D. em apêndice  
de mto.*

*Dra. Genete Cleide  
Médica  
CRM - 4.197*

*06/03/2018*

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico - CRM

*19 02/18*  
*[Signature]*



## SINISTRO 3180249270 - Resultado de consulta por beneficiário

---

**VÍTIMA** EDUARDO DE MACEDO SILVA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE**

**INDENIZAÇÃO** ARUANA SEGURADORA S/A

**BENEFICIÁRIO** EDUARDO DE MACEDO SILVA

**CPF/CNPJ:** 10532824431

**Posição em 11-04-2019 09:19:48**

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
03/08/2018	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)?



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO 12/04/2015

002.721.672

EDUARDO DE MACEDO SILVA

SEABATILAO TEOANTONIO DA SILVA  
MARIA DAS NEVES DE MACEDO SILVA

DECLARAÇÃO

MACAIBA RN

REG. DE NASCIMENTO 1-42 F-280 RG-27686  
S/O GENERAL DO ARMAZEM KM-SANTO ANTONIO CARTEIRIO

105.323.244-31

UNSSes Bezerra Filha. VIA  
Coordenador da COI

DATA DE NASCIMENTO 27/11/1990

LEI Nº 7.112/83

**CÓDIGO DE CONTROLE**  
**D27F.5DAE.D754.B770**

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço

**[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)**

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 11:07:31 do dia 10/12/2014 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
NOTA FISCAL - PARANÁ - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA  
Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Rua Marmoz, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.198/0001-81 | Ins. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE  
CAMILA GALDINO DE SOUZA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA SANTA TEREZINHA 26

CPF 074 694 004-19

SERRINHA DE CIMBAVEIA RURAL  
SAO GONCALO DO AMARANTE RN  
59280-000

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
Residencial  
Monofásico

CONTA CONTRATO MÊS/ANO  
7008407112 04/2018

DATA DE VENCIMENTO  
21/05/2018

DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA  
23/05/2018

Nº DA NOTA FISCAL SÉRIE EMISSÃO  
005462413 UNICA 23/04/2018  
APRESENTAÇÃO Nº DO CLIENTE Nº DA INSTALAÇÃO  
23/04/2018 3010175793 2148175

TOTAL A PAGAR (R\$) 77,46

DESCRIÇÃO DO CONSUMO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	113,0000000	0,54451326	61,53
Contribuição Iluminação Pública			12,75
Multa por atraso - NF 001076398 - 22/01/18			1,42
Juros por atraso - NF 001076398 - 22/01/18			1,14
Atualização IGP-M - NF 001076398 - 22/01/18			0,62

TOTAL DA FATURA

77,46

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MÊS/ANO	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)	
23/04/2018	CMT	23/04/2018	177000	188300		1,00000		113,00	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO									
MÊS/ANO DE CONSUMO									
RECEITAS DE TRIBUTOS									
Composição do Consumo									
ABR 18	113								
MAR 18	109								
FEV 18	116								
JAN 18	150								
DEZ 17	104								
NOV 17	109								
OCT 17	115								
SET 17	102								
AGO 17	90								
JUL 17	73								
JUN 17	50								
MAY 17	30								
ABR 17	30								
Consumo Ativo (kWh)									
UNIDADES APLICADAS									
								0,42205225	
F2B9 95BF B34A E7F0 0BAC D689 FF02 4A48									

Atenção: de 22/04, tarifa com reajuste de 14,00% para R\$ 0,54451326/kWh. O pagamento desta Nota Fiscal deve ser feito somente em espécie, na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.cosern.com.br. O cliente é responsável quando não houver a contagem individual de nível de tensão de fornecimento. Pagos em atraso geram multa 2% (Resolução ANEEL, Junho 1998) e juros de 10% (Lei 12.022) e atualização monetária mensal. Se o Cliente é consumidor quando há desconexão de nível de tensão por um período de atendimento comercial, em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de atendimento, podendo também ser cobrado o custo de desconexão no caso em que ocorrer a suspensão.

#### ATENÇÃO A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Comunique o não pagamento de (s) conta(s) de energia elétrica(s).

Vencido	Devedor	Valor	Vencido	Devedor	Valor
---------	---------	-------	---------	---------	-------

21/05/18	23/04/18	74,88			
----------	----------	-------	--	--	--

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer a inclusão em registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com a anuidade nacional. Esta comunicação não substitui a envio de débito através de correspondência ou seja, de acordo com a discussão judicial que poderá ser cobrada após o fim do processo.

Não existem débitos de 2017 e anos anteriores. Esta declaração é emitida para comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, em relação às informações necessárias (Art. 4º, Lei 12.022/2008). Esta declaração não garante a ausência de débitos de períodos anteriores em disputa judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo judicial.

FUNÇÃO E PRECISÃO DAS INTERFERÊNCIAS					NÍVEL DE TENSÃO	
CE-RS UNIP	Nov/2018	VALOR ANUALIZADO	LIMITE TENSÃO	LIMITE TENSÃO	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
CONSUMO			7,82	14,34	20,84	
SPC			6,39	0,00	0,00	
FEI						
SPC	Limite DIOM 19,50	EUS - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 22,36				

7008407112 04/2018 21/05/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 77,46  
CONTA CONTRATO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO

8385000000-8 77460036407-0 00840711220-6 00968144153-8





## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, EDUARDO DE MACÊDO SILVA, brasileiro, solteiro, marleteiro, com RG sob o nº 002.721.672 SSP/RN, com CPF sob o nº 105.328.244-31, residente e domiciliado à Rua Santa Terezinha, nº 26, Serrinha – São Gonçalo do Amarante/RN – CEP: 59290-000.

Declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não tendo condições de arcar com às 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, 06 de novembro de 2018.

x Eduardo de Macêdo Silva

EDUARDO DE MACÊDO SILVA.

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:** EDUARDO DE MACÊDO SILVA, brasileiro, solteiro, marceneiro, com RG sob o nº 002.721.672 SSP/RN, com CPF sob o nº 105.328.244-31, residente e domiciliado à Rua Santa Terezinha, nº 26, Serrinha – São Gonçalo do Amarante/RN – CEP: 59290-000.

**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 sito 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: 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 e, 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.

**Obs: em caso de falta/ou ausência não justificada por parte do CONTRATANTE aos atos judiciais ou administrativos, este fica ciente da multa do art. 334, § 8º do CPC.**

### 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 128/2015 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 recebe-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 cobrança 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, 06 de novembro de 2018.

x Eduardo de Macêdo Silva  
CONTRATANTE

JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Testemunha

Ana Luíza Saraiva Simplicio  
CPF: 097.273.484 - 83

Testemunha

marilene carlos Bezerra  
CPF: 704.452.384 - 30