



Número: **0873238-92.2018.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **11/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA (AUTOR)		RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS (ADVOGADO)
PORTO SEGURO S/A (RÉU)		
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)		
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
35299 952	06/12/2018 10:35	<u>MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA-compressed</u>
		Documento de Comprovação



Toscano &
Contreras
ADVOGADOS

Escritório Natal - Av. Amintas Barros, 2909, 1º andar, sala 13
Lagoa Nova - Natal/RN CEP 59.062-250 - Tel/Fax: 84
3206.9533 - tcadvocacia5@hotmail.com

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE(S): MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA, brasileiro, solteiro, estudante, portador da cédula de identidade RG nº 003.362.026 HEP/ RN, inscrito no CPF/MF sob o nº 701.298.504-62, residente e domiciliado na Rua Dna. Maria Zilma da Silva, nº 154, Rita de Cássia, Bem Jesus/RN, CEP: 59.270-000.

OUTORGADO(S): RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 5990, CRISTINA MARIA DE SIQUEIRA MACHADO, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/RN sob o nº 600-A, CYNTHIA SUELY SOARES REGINALDO, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/RN sob o nº 14.390, JANNA ABY ZAYAN TOSCANO LYRA CONTRERAS, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/RN sob o nº 14.284, todos integrantes do escritório de Advocacia RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, regularmente inscrito na OAB/RN sob o nº 787, CNPJ nº 28.433.584/0001-08, com escritório profissional sito na Av. Amintas Barros, nº 2909, 1º andar, sala 13, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP: 59.062-250.

PODERES: a quem conferem amplos poderes da cláusula “*ad-judicia et extra*”, para o foro em geral, podendo dito (s) procurador (es) em conjunto ou isoladamente, em qualquer instância, juízo ou tribunal, propor contra a quem de direito as ações competentes e defendê-los nas contrárias, e, ainda, requerer, acordar, discordar, confessar, transigir, desistir, receber e dar quitação, variar de ações, firmar termos de declarações legais e representá-los, em tudo se fizer necessário em favor de seus interesses, em qualquer repartição pública federal, estadual, municipal, autárquica, requerendo ou representando defesa, inclusive estabelecer o todo ou em parte as prerrogativas que ora lhe são conferidas.

Natal /RN, 04 de Dezembro de 2018.

Maximiliano Barbosa de Lima
Outorgante

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS SEGURO DPVAT

Pelo presente instrumento, as partes abaixo qualificadas, contratam a prestação de assistência advocatícia, na forma e para os fins adiante estipulados:

1. PARTES: RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, com inscrição no CNPJ: 28.433.584/0001-08 e inscrição na OAB/RN Nº 787, com escritório profissional sito na Av. Amintas Barros, nº 2909, sala 13, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP: 59.062-250, fone: 3206-9533, denominada CONTRATADA, e por outro lado,

Nome:	Maximiliano Barbosa de Lima		
Nacionalidade	BRASILEIRO (A)	Estado Civil:	Solteiro
Profissão	Estudante	CPF nº:	701.298.504-62
Endereço	Rua Dna. M ^a Zilda da Silva, nº 154, Rita da Cássia, Bem Jesus/RN, CEP: 59.270-000.		

aqui denominado(a) CONTRATANTE.

2. FINALIDADE DO CONTRATO: O(A) CONTRATANTE contrata os serviços profissionais da CONTRATADA, para que este requeira administrativamente perante a Seguradora Líder e; também ajuize ação de cobrança referente à indenização de seguro DPVAT, junto ao Juizado Especial Cível ou Justiça Estadual.

3. DESEMPENHO DO MANDATO: A CONTRATADA postulará, em todas as instâncias, inclusive administrativas, através de recursos adequados, para o fiel cumprimento do mandato outorgado pelo(a) CONTRATANTE.

4. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS:

4.1 Pela propositura do requerimento administrativo e da ação judicial, o/a CONTRATANTE pagará à CONTRATADA, a título de honorários advocatícios, o valor de:

- 20% (VINTE) sobre todos os valores líquidos recebidos (judicialmente ou administrativamente) pelo(a) CONTRATANTE decorrente da ação proposta.
- O/A CONTRATANTE autoriza, expressamente, o desconto dos valores aqui contratados quando da expedição do Alvará Judicial ou ordem de pagamento decorrente da ação proposta.

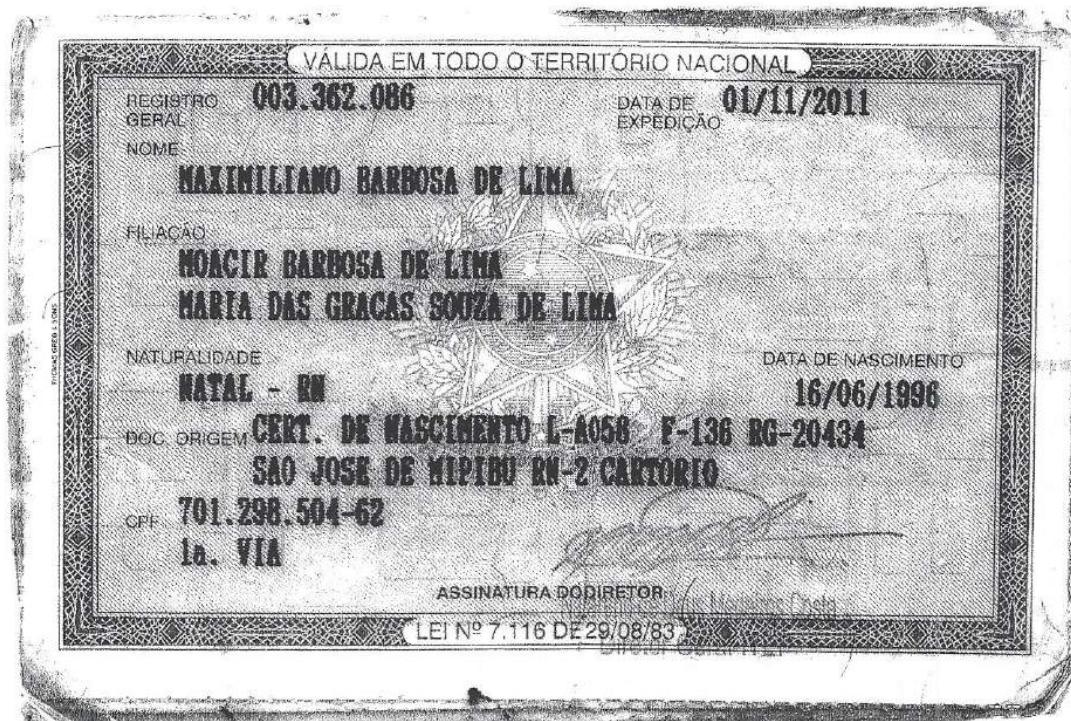
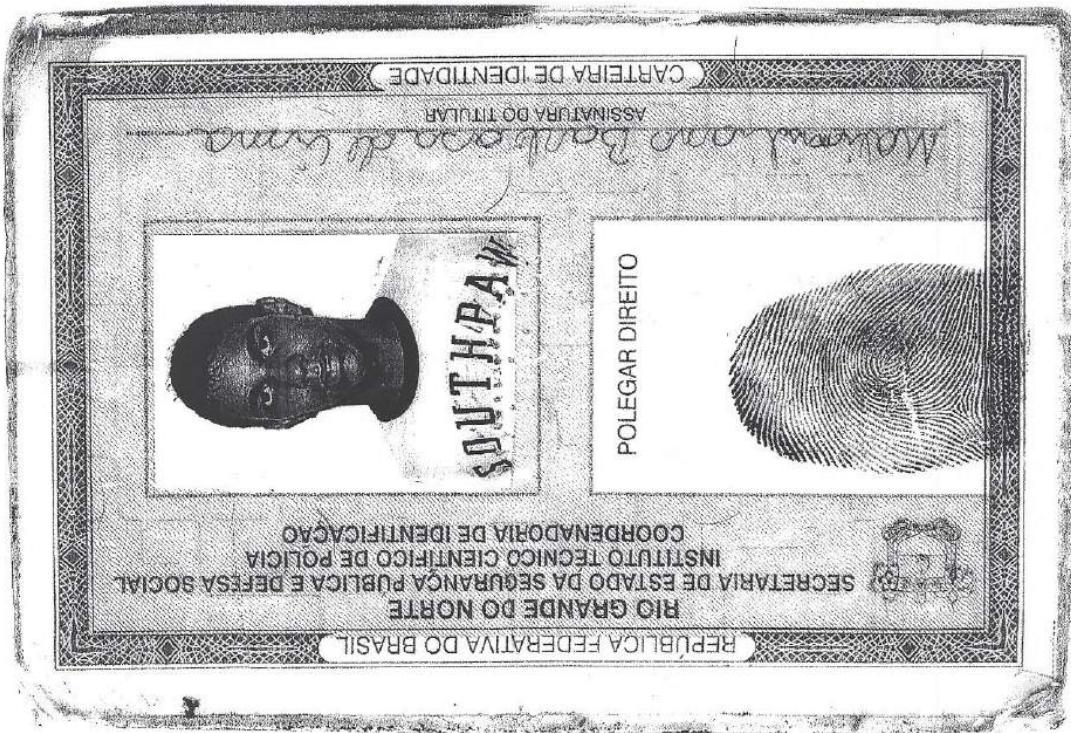
5. DESISTÊNCIA E CONTUMÁCIA

5.1 No caso de desistência do processo antes da sentença ou ausência injustificada a perícia médica ou audiência, o contratante se compromete a pagar a título de honorários advocatícios, pelo trabalho já então realizado, a importância fixa de um salário mínimo vigente à época, salvo se for reajustar o processo conosco. Em todo caso deverá o contratante arcar com as custas judiciais fixadas pelo abandono da causa.

5.2 A verba oriunda da parte adversa, pelo princípio da sucumbência, reverterá a CONTRATADA.

5.3 No caso de desistência do processo após prolação de sentença, o (a) contratante fica obrigado a pagar os honorários advocatícios na sua integralidade.

X maximiliano Barbosa de Lima





CAERN - 08.334.385/0001-35

Nº Documento: 2018096632135

ESCRITÓRIO

BOM JESUS

MATRÍCULA 00663213.5	CLIENTE RITA DE CASSIA FERNANDES DA SILVA	CPF/CNPJ: 539.297.724-34	VENCIMENTO 20/09/2018
INSCRIÇÃO 510.001.420.0005.000	ENDEREÇO DO IMÓVEL RUA DRA MARIA ZILDA DA SILVA, 154 - RITA DE CASSIA - BOM JESUS BOM JESUS RN	ROTA DE ENTREGA 06.3130	FATURA 09/2018
RESPONSÁVEL	ENDEREÇO PARA ENTREGA	ÁGUA LIGADO	ESGOTO POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

08/2018 -	15	07/2018 -	17
06/2018 -	14	05/2018 -	16
04/2018 -	14	03/2018 -	14
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR	
1	20	R 53315	

LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	CONSUMO (M ³)	DIAS	CONSUMO/DIA (M ³)
819	839	20	33	0,61
10/08/2018	12/09/2018			

DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
AGUA		
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
ATE 10 M3 - R\$ 39,99 (POR UNIDADE)	10 M3	39,99
11 M3 A 15 M3 - R\$ 4,46 POR M3	5 M3	22,30
16 M3 A 20 M3 - R\$ 5,27 POR M3	5 M3	26,35
MULTA P/IMPONTUALIDADE 08/2018		1,24

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	88,64	1,65	1,46
COFINS	88,64	7,6	6,74
TOTAL		R\$	89,88

MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUIDA (Decreto nº 5.440/05 e Portaria nº 2.914/11 do Ministério da Saúde).					
GERÊNCIA REGIONAL:	REGIONAL AGreste TRAIRI				
Parâmetros	Turbidez	pH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)
VMP e Recomendações	5,0	6,0 A 9,5	% DE AUSENCIA	0,2 A 2,0 MG/L	<= 10,0 MG/L

Valores obtidos	0,83	6,00	99,17	1,66	
VIA CLIENTE					
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA					

Emitido por: INTERNET Emitido em: 01/10/2018

MATRÍCULA 00663213.5	INSCRIÇÃO 510.001.420.0005.000	ROTA DE ENTREGA 06.3130	FATURA 09/2018	NÃO RECEBER APÓS 31/12/2018
-------------------------	-----------------------------------	----------------------------	-------------------	--------------------------------

VENCIMENTO 20/09/2018 VALOR R\$ 89,88

GRUPO: 88

FIRMA: 1

82690000000-9 89880006510-1 00663213501-5 09201810003-9



VIA CAERN

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 11029 // C0069 Nº 013971186091
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	01069316671	*****	2018

NOME

FRANCISCO DE MACHADO BRAUJO

CPF / CNPJ	PLACA
664.168.354-98	QGD4584

PLACA ANT / UF	CHASSI
QGD4584/RN	BG2JU530963201830

ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL
VEHICULOS / MOTOCICLETAS / MOTO AGRÍCOLA	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA CG 160L FAN	2015	2018

CAP. POT / CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
500, 11 e 01 cilindradas	PARTICULAR	VERMELHA

I	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
P	R\$ 0,00	22/05/2018	1º PAGO
V	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2º PAGO
A	002695 31	R\$ 0,00	3º PAGO

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
44 = FAIXA DEZIMA:	PAGO	444	DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES	ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 03.634.850/0001-95
	BANCO BANDA E/A
	MOTOR: JC69300201858

LOCAL	DATA
BON JESUS/ RN	22/05/2018
Ministério das Cidades - Secretaria da Intervenção	
006 - Departamento de Registro de Veículos	
DET-RN - RN	
EXPEDITOR	

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. - SEGURO DPVAT

RN Nº 013971186091 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	22/05/2018

VIA	OPF / CNPJ	PLACA
4	664.168.354-98	QGD4584

RENAVAM	MARCA / MODELO
01069316671	HONDA/CG 160L FAN

ANO FAB.	CAT. TARE	Nº CHASSI
2015	?	BG2JU530963201830

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO	COTA ÚNICA	PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.609/0001-04

1 ARUANA SEGUROS
22 AGO 2018



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 BOM JESUS

Endereço: Rua Antônio Marques, 06, Centro, BOM JESUS, FONE/FAX: 3253-2205

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J201821100273

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 13/08/2018 11:37:02

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 03/08/2018 11:00:00

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: RUA ALMIR FREIRE

2.8 Número: SN

2.9 CEP:

2.10 Complemento: CENTRO

2.11 Ponto de Referência: PROX A ESCOLA ESTADUAL NATALIA AZEVEDO

2.12 Bairro: NÃO INFORMADO

2.13 Cidade: BOM JESUS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: MOACIR BARBOSA DE LIMA

3.5 Etnia: Branca

3.6 Mãe: MARIA DAS GRAÇAS SOUZA DE LIMA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 70129850462

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 16/06/1996

3.13 Profissão: ESTUDANTE

3.14 RG: 3362096 - Itep/RN

3.15 Telefone(s): 84 986282170

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 154

3.18 Naturalidade: NATAL - RN

3.19 Bairro: CENTRO

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: RUA MANOEL MAMARO

3.23 Cidade: BOM JESUS

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 INCLUIDOS ACUSADOS)

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: *****01830

7.1.4 Renavam: 01089314571

7.1.5 Placa: QGD4984

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: CG 125I FAN

7.1.9 Ano do Modelo: 2016

7.1.10 Ano de Fabricação: 2016

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: FRANCISCO DE MACEDO ARAUJO

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor: MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA

7.1.18 Observações:



8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE RELATA QUE NA DATA, LOCAL E HORA DO FATO CITADO, QUE CONDUZIA O VEÍCULO CITADO E PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO AO PASSAR POR UMA LOMBADA, VINDO A CAIR E SOCORRIDO PÓR POPULARES, NO QUAL O MESMO SOFREU ALGUMAS ESCORIAÇÕES NO CORPO E FRATURA DO PUNHO DIREITO CONFORME A FICHA DE PRONTO-ATENDIMENTO DA UNIDADE MISTA SEVERINA DE AZEVEDO OLIVEIRA, SENDO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL WALFREDO GURGEL MUNICÍPIO DE NATAL/RN E NOVAMENTE ENCAMINHADO AO HOSPITAL DEOCLESIO MARQUES NO MUNICÍPIO DE PARNAMIRIM/RN NO QUAL FICOU INTERNADO. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 13/08/2018 11:37:02

Wilton José Senna dos Santos
Agente de Polícia Civil
Mat. 167.1983

Maximiliano Barbosa de Lima
Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1671383 - WILTON JOSÉ SENNA DOS SANTOS

Impresso por: 1671383 - WILTON JOSÉ SENNA DOS SANTOS em 13/08/2018 11:37:27

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

J201821100273



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS
Hospital Maternidade Severina Azevedo de Oliveira

RECEITÁRIO

• 1

Dra Cristina de Britto
CRM/RN 36
CLÍNICA MÉDICA

Par: Matombe no Baroma
de bie

Onwards
P. 1. A. d. grade
on route to
the Jules river (griddle).
At 6:15, Bell,
Court, etc., from
the same place as
most Aborigines in north.
At no. 1. Major grade
of concave, white, etc.
Soil: soil of alluvial

As seen : 6:15, Bel,
Court, state do., from
Lisbon wire

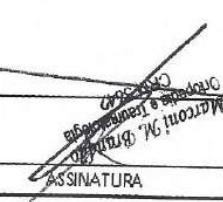
most Adverse is not.
It is not ad. My friends
only come in via website etc.

Solids made up of organic

ARUANA SEGUROS
22 AGO 2018

 GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho	RECEITUÁRIO
NOME RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS	

DO Piaosd / PAC
 / Dow eceis M. Lucena
 ONTO RODA
 Fnat Pcmrc PI
 RODRIGO + FIO

DATA _____	 Matoiri 26/07/2018
ASSINATURA	

SE FOR DIRIGIR NÃO BEBA.
FUMAR É PREJUDICIAL À SAÚDE.

RESPEITE O PEDESTRE.

PILOTE SEMPRE COM CAPACETES.

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, EVITE ÁGUA PARADA.

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.

Prescrição Médica:

01 - Tramadol 40 mg simec
02 - Sulfametoxazol - 200 mg
03 - Paracetamol - 500 mg + 0200 mg
04 - S. E 2,5% - Sol de J. C

Dra Marlene - PSCS - out nglorop (1c)

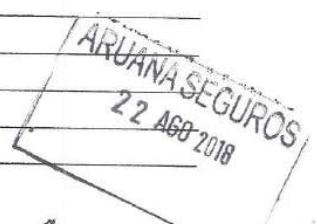
Evolução Médica:

Anotações de Enfermagem:

Natura de jabs dri.

Administrado medicinação segundo prescrição médica

Enfermagem
Maria Cleonice Lima Dantas
CorefRN - 3262902-FNRN



Dra Cristina de Brito Crizanto
CRM/RN 3017
CLÍNICA MÉDICA

Conduta:

Liberado () Encaminhado (x) PSCS



ORDEM:
16

Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura Municipal de Bom Jesus
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Manoel Andrade, 09 Centro – CEP: 59.270-000.
CNPJ: 08.002.404/0001-26 Telefone: (084) 3253-2207
Email: umsaobomjesus@gmail.com

UNIDADE MISTA SEVERINA DE AZEVEDO OLIVEIRA
FICHA DE PRONTO-ATENDIMENTO

DATA: 03/08/2018

Identificação:

Nome: Maximiliano Bolvosa de Lemia
DN: 16.06.1996 Idade: 22 anos
Nº Cartão SUS: 700 002367636901
Endereço: Mun. de Amaro de Lemia
Hora de chegada: 11:45 Hora de Saída: _____

Sinais Vitais:

Pressão Arterial: 110 x 70 mmHg Temperatura: _____ °C Peso: _____ Kg
FC: 65 FR: _____ Saturação de O₂: 97% HGT: _____

Avaliação Clínica Obstétrica:

Antecedentes obstétricos: G _____ P _____ A _____ Prematuro: _____ Natimorto: _____
Partos: Normal: _____ Cesárea: _____ Outros: _____
Gestação atual: DUM: / / DPP: / / IG: _____
Dinâmica Uterina: , , " Dil. Uter.: _____ BCF: _____

Motivo do Atendimento e Descrição do Exame Clínico:

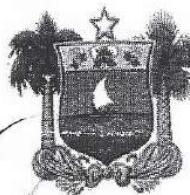
Pt. Gravida de 3 mês de gestação.
Ague grande ch. escoriações
6:15 Bel
maioria das escoriações
na parte interna da perna
distensão

Hipótese Diagnóstica:

Fractura da junta da + escoriações
per tanta.



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 39056 /2018
Admissão: 03/08/2018 13:01:18

CIRURGIA GERAL - VERDE

Ato declaratório

KX
BOLETIM COM REGISTRO

SAÍDA

EM. Sexo: M Cor: Parda

Prof.

Paciente: 86374 - MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA (22 a 1 m 17 d)

Nascimento: 16/06/1996 Natural: NATAL.BRASIL

CNS: 700002367636901 CPF: 70129850462

Mãe: MARIA DAS GRACAS SOUZA DE LIMA

Pai:

Logradouro: MANOEL AMARO DE LIMA, 54

CEP: 59270000 Bairro: BOM JESUS

Cidade: BOM JESUS

Telefone: 84.88139480

Compl:

Motivo: AGRESSÃO POR CAVALO/BURRO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS: REGULADO COM DRA MARIANA

Classificação: 03/08/2018 12:54:57

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM MSD

Hora: _____

Re adm 12/11

Queda - lesão

CONFIRA COM ORIGINAL

NATAL

MAT. N.

SAME

ASSISTIR

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Núcleo Hospitalar de Traumatologia

06/08/18

0

*Saída: _____

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por GILBERTO DA SILVA CARLOS. Impresso em 03 de Agosto de 2018.



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA <i>Fazit Ruffo</i>	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADILOGIA E IMAGEM)*** <i>Rv So Rv</i>	LABORATÓRIO <i>AP = DMR</i>
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) <i>COL TAREM</i> <i>TB</i> <i>Pne D</i> <i>Dto</i>	
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM <i>11 fev</i> <i>14:20</i> <i>MEDICAO</i> <i>cerreto man pecti aerea</i> <i>Ac Nm</i>	
Assinatura e Carimbo do Responsável	
Assinatura e Carimbo do Responsável <i>JARUANA SEGUROS</i>	
DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento: <i>22 AGO 2018</i>
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / / HORA: / /
SAÍDA:	DATA: / / HORA: / /
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para: _____	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
ÓBITO: DATA: / / HORA: / /	S.V.O. <input type="checkbox"/>
Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/>	CRM 3622 Declarado à farmácia Atestado da farmácia NAT. N° 108-10 SAME ASSINATURA
Destacar nessa linha 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: _____	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
ÓBITO: DATA: / / HORA: / /	S.V.O. <input type="checkbox"/>
Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/>	

-Maior maior desgastes saiu de fuma
Cartão do seu 7000023676366981



RG 003-760.086 GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM /RN

ePP?

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGENCIA

44 Nº 021

NOME: Maximiliano Barbosa de Lima
IDADE: 16/06/1996 COR: Morena SEXO: Masculino ESTADO CIVIL: Casado

NATURALIDADE: Bom Jesus-RN PROFISSÃO: Agente de Limpeza PROCEDÊNCIA:
ENDERECO: Parnamirim Centro BAIRRO: Centro
CIDADE: Bom Jesus-RN DATA: 08/08/2018 HORA: 15:00

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM REGULAR COM DISPNEIA CHOCADO COMATOSO
C/ HEMORRAGIA EM CONVULSÃO POLITRAUMATIZADO AGITADO OUTROS

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM NÃO

PUPILAS	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	C) PRESSÃO ARTERIAL
---------	-----------------------------------	----------------------------	---------------------

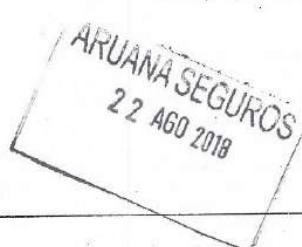
ESCORE FINAL (SCORE DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.
-------	------------	-------	------

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA):

ans e mo ① ns 03 n

EXAME FÍSICO



SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL: ans e mo ① ns 03 n

EXAMES COMPLEMENTARES*Ass. do Responsável***ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

CONDUTA*W Tonner para ortopedia*

Jessé de Moura L. Neto
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 6718

*Ass. do Responsável***DESTINO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>Ortopedia</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ / _____ / _____ HORA _____ PARA _____
HORA _____ HS		
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
DATA _____ / _____ / _____	HORA _____	
ÓBITO _____ / _____ / _____	HORA _____	
ENTREGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>
I.T.E.P. <input type="checkbox"/> 096921-4 CONFERE COM ORIGINAL <i>ledevaldo S. Batalha</i>		
MÉDICO (Carimbo)		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



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- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA

161625

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RACA/COR

700 0023 6763 6901

16/06/1996

MASCULINO

PARDA

11- NOME DA MAE

12- TELEFONE DE CONTATO

MARIA DAS GRACAS SOUZA DE LIMA

14- TELEFONE DE CONTATO

13- NOME DO RESPONSÁVEL

MAYCON (IRMÃO)

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA MONTE HEREBE 163

16- MUNICIPIO

17- BAIRRO

18- UF

19- CEP

NATAL

PLANALTO

RN

59073233

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

anam e pms ⑩ w 03L

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE CURAR

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

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PTM DO MUSO

592

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Jessé de Moura L. Neto

33- NOME PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

35- ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

CRM - 6716

03103118

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- N° DO BILHETE

41- SÉRIE

36- () AC. TRÂNSITO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

38- () ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NAO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

096901-4
CONFERE COM ORIGINAL
Uc de Valente
S. Baulore



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIA

REGULAÇÃO
WALFREDO GURGEL

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO	
		161625	
DATA	HORA	CATEGORIA	
	17:00	GIH	
PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO		
MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA	16/06/1996		
ESTADO CIVIL	PROFISSAO		
CASADO	-----		
ENDEREÇO (RUA, N°)			
RUA MONTE HEREBE 163			
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF	CEP
NATAL	PLANALTO	RN	59073233
LOCAL DE TRABALHO	TELEFONE		
FILIAÇÃO			
MARIA DAS GRACAS SOUZA DE LIMA	MOACIR BARBOSA DE LIMA		
RESPONSÁVEL	TELEFONE		
MAYCON (IRMÃO)			
ENDEREÇO			
O MESMO			

DIAGNOSTICO PROVISORIO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

© 2007 ADAMSSAC

ALTA

OBITO

DATA DE ADMISSÃO

HISTORIA CLINICA

HISTÓRIA CLÍNICA
MULHER TTO anamnese da Nino (P)

Jesse de Moura L. Neto
CRM - 6718

596921-4
CONFERE COM ORIGEM
de
S. Bento
Servidor



Hospital

Nome do paciente MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA		Nº prontuário
Data operação 05/08/2018	Enf.	Leito
Operador DR. URAÍ	1º auxiliar DR. FÁBIO FREIRE	
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador
Anestesista	Tipo de anestesia	
Diagnóstico pré-operatório		
Tipo de operação		
Diagnóstico pós-operatório		
Relatório imediato do patologista FRATURA DO 1/3 DISTAL RÁDIO DIREITO		
Exame radiológico no ato OSTEOSSÍNTSE DE FRAT. 1/3 DISTAL RÁDIO DIREITO(PLACA VOLAR)		
Acidente durante a operação		

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL APÓS ANESTESIA,
2. ESVAZIAMENTO DE MS + GARROTEAMENTO
3. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
4. CAMPOS ESTÉREIS
5. INCISÃO VOLAR E DISSECÇÃO POR PLANOS CUIDADOSA
6. REDUÇÃO DA FRATURA DO RÁDIO DISTAL
7. FIXAÇÃO COM PLACA T + PARAFUSOS
8. LAVAGEM COM SF 0,9%
9. SUTURA POR PLANOS
10. CURATIVO E SOLTURA DO GARROTEAMENTO.
11. TALA LUVA
12. BOA PERFUSÃO DISTAL.

ARUANA SEGUROS
22 AGO 2018

05 AGO 2018
Dr. RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS

0916910-6
CONFERE COM:
Mde Odont
Sílvio Soárez
Assessor
Poder Judicante

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria	Leito	Nº prontuário																																																			
Nome	<i>Maximiliano Barros de Souza</i>			Idade: <i>20</i> Sexo: <i>M</i> Cor:																																																			
Data	05/08/18	Pressão arterial	P脉搏	Respiração	Temperatura	Peso: <i>75Kg</i>	Outros																																																
Tipo sanguíneo	Hematílias	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia																																																		
	Urina																																																						
Ap. respiratório: <i>Síntesis</i>						Asma: <i>Neg</i>	Bronquite																																																
Ap. circulatório: <i>Ritmo regular. PA = 120/72 e C = 88</i>						Eletrocardiograma																																																	
Ap. digestivo	<i>M.D.N</i>		Dentes	Pescoço	Ap. urinário																																																		
Estado mental	<i>Consciente</i>		Ataracicos	Corticoides	Alergia: <i>Neg</i>	Hipotensores																																																	
Diagnóstico pré-operatório	<i>Falta de febre, pulso (P)</i>			Estado físico: <i>ASA I</i>	Risco																																																		
Anestesias anteriores																																																							
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito																																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Agente Anestésicos</td> <td>O</td> <td colspan="6">Inhalatórios</td> </tr> <tr> <td>Líquidos</td> <td>Re</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>Oper.</td> <td>X</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>Anest.</td> <td>X</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>O Resp.</td> <td>X</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>P Pulso</td> <td>X</td> <td colspan="6"></td> </tr> </table>								Agente Anestésicos	O	Inhalatórios						Líquidos	Re							Oper.	X							Anest.	X							O Resp.	X							P Pulso	X						
Agente Anestésicos	O	Inhalatórios																																																					
Líquidos	Re																																																						
Oper.	X																																																						
Anest.	X																																																						
O Resp.	X																																																						
P Pulso	X																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Líquidos</td> <td>260</td> <td>250</td> <td>240</td> <td>230</td> <td>220</td> <td>210</td> <td>200</td> </tr> <tr> <td>Oper.</td> <td>190</td> <td>180</td> <td>170</td> <td>160</td> <td>150</td> <td>140</td> <td>130</td> </tr> <tr> <td>Anest.</td> <td>120</td> <td>110</td> <td>100</td> <td>90</td> <td>80</td> <td>70</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>O Resp.</td> <td>50</td> <td>40</td> <td>30</td> <td>20</td> <td>10</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>P Pulso</td> <td>10</td> <td>20</td> <td>30</td> <td>40</td> <td>50</td> <td>60</td> <td>70</td> </tr> </table>								Líquidos	260	250	240	230	220	210	200	Oper.	190	180	170	160	150	140	130	Anest.	120	110	100	90	80	70	60	O Resp.	50	40	30	20	10			P Pulso	10	20	30	40	50	60	70								
Líquidos	260	250	240	230	220	210	200																																																
Oper.	190	180	170	160	150	140	130																																																
Anest.	120	110	100	90	80	70	60																																																
O Resp.	50	40	30	20	10																																																		
P Pulso	10	20	30	40	50	60	70																																																
SÍMBOLOS	<i>Efazônio 2g Ropivacaína 20ml</i>																																																						
E	<i>Midolax 10g</i>																																																						
ANOTAÇÕES	<i>Entomia 20g</i>																																																						
POSIÇÃO	<i>Letamia 5mg</i>																																																						
Agentes																																																							
Técnica	<i>Blaséusplex braquial (intercostal + axilar)</i>																																																						
Operação	<i>Desconhecida faltou pulso (P)</i>																																																						
Cirurgiões	<i>Dr. Tercy Dr. Fernan Freire</i>																																																						
Anestesistas	<i>Jaque Oliveira</i>																																																						
Observações	<i>Procedimento de intubação</i>																																																						
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias																																																							
						Perda sanguínea																																																	

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Nome:	Maximiliano Barbosa de Lima	Idade:	22	D/N:	16/08/1990
Pront.:	101.005	Município:	Natal	Procedência:	(<input checked="" type="checkbox"/> Interno) (<input type="checkbox"/> Externo)
Data da cirurgia:	05/08/18	Hora Admissão:	Bloco: 101	Sala:	
Alergias:	(<input checked="" type="checkbox"/> Não) (<input type="checkbox"/> Sim)	Comorbidades:	(<input type="checkbox"/> HAS) (<input type="checkbox"/> DM) (<input type="checkbox"/> Outras)	Peso:	negro
Uso de medicações:	(<input checked="" type="checkbox"/> Não) (<input type="checkbox"/> Sim)		Jejum:	(<input type="checkbox"/> Não) (<input checked="" type="checkbox"/> Sim)	
SSW Admissão:	PA: mmHg	Pulso: bpm	FL: rpm	FC: bpm	SpO ₂ : % T: °C
Enfermeiro(a):	Dieiane	Instrumentador (a):	Djalma	Circulante:	Dieine F. + Monica
Cirurgia:	Intervento Técnica de punho	Especialidade:	especialista	Sala:	03
Hora Início:	15:15	Hora Término:	16:00	Tipo de cirurgia:	(<input type="checkbox"/> Eletiva) (<input type="checkbox"/> Urgência) (<input type="checkbox"/> Limpa) (<input type="checkbox"/> Contaminada) (<input type="checkbox"/> Infectada)
1º Cirurgião:	Fábio	Aux.:	Dieiane	Residente:	
Anestesia:	(<input type="checkbox"/> Local) (<input checked="" type="checkbox"/> Sedação) (<input type="checkbox"/> Geral TOT: Ag.nº	Bloqueio:	(<input checked="" type="checkbox"/> Raquidiana Ag.nº) (<input type="checkbox"/> Peridural) (<input type="checkbox"/> c/cateter) (<input type="checkbox"/> s/cateter)		
Ag.nº		Cateter nº		Início:	
Anestesiologista:	Jackson	Garrote:	(<input type="checkbox"/> Smarch) (<input type="checkbox"/> Pneumático)	Início:	15:05 Término: 15:50

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

SINAIS VITais	Inicio	Meio	Fim	Unid.
FC	103	103	25	Bpm
Pulso	102	102	89	Bpm
Oximetria	98	98	98	%
Capnografia	-	-	-	%
PA	135/85	103/49		mmHg

ACCESSO VENOSO			
Punção Arterial			
Punção Venosa Periférica			
Punção Venosa Central			
Dissecção venosa			

Local:

Cateter:

SONDAGEM GÁSTRICA

SNG nº

Retorno:

CATETERISMO VESICAL

SVF nº

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

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

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO		
(<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	(<input type="checkbox"/> Metal) (<input type="checkbox"/> Descartável)
Local:		

DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA
<input checked="" type="checkbox"/> Sim (<input type="checkbox"/> Não)	(<input type="checkbox"/> Sim) (<input checked="" type="checkbox"/> Não)

Local: NS Solução: eloxitix local: têlco

IMPLANTE CIRÚRGICO	
Drenos:	CONFERE COM ORIGINAL
Tela:	na dita base
Cateter:	Servidor Segue Baixo
Ostomia:	
Fio de KC:	Parafuso - tipo: 05
Placa - Tipo:	Em T 03 furos
Outros:	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
Caixa cirúrgica:	3151 p/1000
Quant. Material:	
Val.:	Contagem de gaze e compressa: (<input type="checkbox"/> Não) (<input checked="" type="checkbox"/> Sim)



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: _____ h: _____ h: _____ h:

HIDRATAÇÃO VENOSA

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

ANÁTOMO 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: *Procedimento cirúrgico com sussexa.
Paciente segue para o OR no pós opér.
Braço amarrado.*

Ass: *JAC* Coren: _____

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado

Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () O₂ ambiente Curativo () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro: _____

Diurese: () Espontânea () Normal () Hematuria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: _____

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

Hora: *06:05* Data: *05/08/18* Nível de consciência: () Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado () Desorientado () Agitado () Choroso Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂ () O₂ Ambiente Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Venoclise: () Não () Sim Tipo: *AVP* Local: *URPA* Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Khef Ostomias: () Sim () Não Específique: 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

Líquidos administrados na URPA:

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	<i>81</i>			<i>97</i>	<i>100</i>	
30'	<i>97</i>			<i>80</i>	<i>100</i>	
60'	<i>98</i>			<i>100</i>	<i>100</i>	
Alta	<i>97</i>			<i>100</i>	<i>100</i>	

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: *Paut. carnitudo na sra. EOB.
mantém ANP + MSD imobilizado. Segue aos cuidados.
Após reequilíbrio reaminado para DR*

Ass: *Hiane* Coren: *106801*

 Buscar no site

A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO /Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT
Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180443217 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA
CPF/CNPJ: 70129850462

Posição em 05-12-2018 11:31:58
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
13/11/2018 R\$ 1.687,50 R\$ 0,00 R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
12/10/2018	Interrupção de Prazo	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/VnXAqehGZ6__NwD7azN6Oyge==/BAiOAy4X4K1pdypP84uDF6Lc1ApnhglPw5EyXavYhPdReh99eYE2h5Wyrj_9FICj0QyCdGu9pQenzkPLexCsg==/InUjn0lkmBM9ds7FYMnIwvcs+BPEDPYaSj/SaC901p,2DViJd88nzMG8__ANycmvW7apI_key=Y1mS5keYVAdcc4fjeMViqBZfbURk6exlzb40noyEbec=)
04/10/2018	Exigência Documental	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/IgXV2gYLZzb5bvRfzKcywA==/OZPVxbMvE9yPPEFDidybhIkuYyeckFwLRiev554fynVzhTzfdx5Wgs__I0bu2T/+nLU80ttEZ85BMh51UiFQ==/51zBklrTTsuwz1VQxZZULoAb8+SQ1S56HByj94qrDqcTirvN07EsxEuNLz1IV/api_key=Y1mS5keYVAdcc4fjeMViqBZfbURk6exlzb40noyEbec=)
26/09/2018	Exigência Documental	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/AwoaZCB__K5yeEXG2p+3QbQ==/4B0513PwJwx4R1WGT__ej528IE3uGTvhc4g7f1bMbCtgIMvKF2n0b99A2akvw68DVcBGVLCoafLL6mIRY4jAxg==/51zBklrTTsuwz1VQxZZULoAb8+SQ1S56HByj94qrDqcTirvN07EsxEuNLz1HV/api_key=Y1mS5keYVAdcc4fjeMViqBZfbURk6exlzb40noyEbec=)
26/09/2018	Aviso de Sinistro	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/YIQY0nNzd16Um49yBDTg==/m1u+xuh03BL0zgZELW0h7bhRY54n5aPw38iESRj8tct7C__6r4HXeZu9b2eaNI/QZRUu0mv59dMneJrgEw==/79USVAh1FK8B5zh3jgvz9FWSlg1chm5sQSUROLdqjG4bRDjSYrVG__Kh0Lkk3CvN3?api_key=Y1mS5keYVAdcc4fjeMViqBZfbURk6exlzb40noyEbec=)

ACESSIBILIDADE



COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas ([/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx](#))
Documentos Invalidez Permanente ([/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx](#))
Documentos Morte ([/Pages/Documentacao-Morte.aspx](#))
Dicas Indispensáveis ([/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx](#))

PAGUE SEGURO

Como Pagar ([/Pages/Pague-Seguro.aspx](#))
Consulta a Pagamentos Efetuados ([/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx](#))
Informações Gerais ([/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx](#))



Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA

Sinistro: 3180443217
Vítima: MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA
Data do Acidente: 03/08/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RONILSON FERNANDES DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número 3180443217 foi interrompido, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Aterciiosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pág. 01/3901140 - setor_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13468984