



Número: **0800138-20.2019.8.20.5147**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Pedro Velho**

Última distribuição : **04/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO PEREIRA DA SILVA (AUTOR)		PATRICIO CANDIDO PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
43943112	04/06/2019 10:20	<a href="#">comprovante de negativa administrativa junto a lider</a>	Documento de Comprovação
43943102	04/06/2019 10:20	<a href="#">procuração, declaração de pobreza e contrato</a>	Procuração
43943070	04/06/2019 10:20	<a href="#">documentos pessoais e comprovante de residencia</a>	Documento de Identificação
43943063	04/06/2019 10:20	<a href="#">boletim policial e outros</a>	Documento de Comprovação
43943043	04/06/2019 10:20	<a href="#">1º atendimento - encaminhamento</a>	Documento de Comprovação
43942987	04/06/2019 10:20	<a href="#">prontuario medico - monsenhor</a>	Documento de Comprovação
43942972	04/06/2019 10:20	<a href="#">prontuario medico - walfredo</a>	Documento de Comprovação

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 3190018947 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA ANTONIO PEREIRA DA SILVA****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** ARUANA SEGURADORA S/A**BENEFICIÁRIO ANTONIO PEREIRA DA SILVA****CPF/CNPJ:** 80687229472**Posição em 30-05-2019 08:39:17**

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo.

## PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante:

Antônio Pereira da Silva  
Brasileiro, casado, agnóstico  
portador(a) RG nº 506.437, CPF nº 806.872.294-72, residente e domiciliado(a)  
no(a) Rua Prof. Herculano com Vilma de Fátima nº -  
Centro, Pedro Velho RN;

Outorgado:

**PATRÍCIO CÂNDIDO PEREIRA**, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na OAB/RN n.º 814-A, com endereço profissional na Rua São Francisco, N.º 124, Centro, Pedro Velho/RN, CEP.: 59.196-000, fone: (84) 98120-3315, (84) 99406.4916, Email: patricioadv@hotmail.com

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu bastante procurador o advogado supra, a quem confere amplos e gerais poderes para o foro em geral com a cláusula "ad Judicia", conforme art. 38 parte final do CPC, então na Justiça com Acord. de Cobrança - DPVAT.

Podendo o outorgado, confessar, assinar, desistir, propor acordo, receber intimações, dar quitações, transigir, apresentar réplica, oposições, firmar, apresentar recurso e contra razões, e ainda requerer seguro de vida, junto bem como, substabelecer esta com ou sem reservas de poderes, podendo e acompanhar todo processo até o final do julgamento, representado ainda o outorgante, para fins dos dispostos dos artigos 447 e 448 do Código de Processo Civil, podendo finalmente, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. **Os honorários advocatícios, em não havendo contrato que os regule, serão pagos a base de 30% (trinta por cento), sobre o valor bruto da condenação final, apurado em liquidação de sentença, sem prejuízo dos honorários de sucumbências, conforme aqui pactos através do presente Instrumento.**

Pedro Velho /RN, 28 / 03 / 2019

Antônio Pereira da Silva  
OUTORGANTE

\*Isento de reconhecimento de Firma, em face da Lei 8.952 de 13/12/1994, que dá nova redação ao artigo 38 do CPC.

## DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Antônio Pereira da Silva declaro, nos moldes do art. 1.º da Lei n.º 7.115, de 29 de agosto de 1983, com a finalidade de obtenção do Benefício da Justiça Gratuita, conforme dispõe o art. 4.º da Lei n.º 1.060/50, que minha situação econômica não me permite pagar custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízos do meu sustento próprio e da minha família.

Pedro Velho /RN, 28 de 03 de 2018

Antônio Pereira da Silva  
Declarante



## CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Por este instrumento particular de **CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**, figurando como **CONTRATANTE**,

Antônio Pereira da Silva,  
brasileiro casado, advogado, portador(a) do RG  
nº 506 437, CPF nº 8060872-294-72 residente e  
domiciliado(a) no(a) Rua Paul Louie com Vilma de Farias nº  
Centro, Pedro Velho RN;

E como **CONTRATADO**, o **ADVOGADO**, O Bel **PATRÍCIO CÂNDIDO PEREIRA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN n.º 814-A, com endereço profissional na Rua São Francisco, N.º 124, Centro, Pedro Velho/RN, CEP.: 59.196-000, fone: (84) 98120-3315, (84) 99406.4916, têm entre si, justo e contratado, o que mutuamente aceitam e outorgam, mediante as cláusulas e condições seguintes:

1 - **DO SERVIÇO JURÍDICO**: O CONTRATADO, em face do presente instrumento contratual obriga-se a Entrar no processo com Ação de Cobrança p/ recebimento seguro DPVAT;

2 - **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**: Pelos serviços prestados e especificados na cláusula 1, o CONTRATADO, receberá a título de honorários contratuais, 30% (TRINTA POR CENTO), sobre o valor bruto da condenação final, apurado em liquidação de sentença, sem prejuízo dos honorários de sucumbências (nos termos do art. 23 do EOAB, Lei 8.906/94), conforme aqui pactos através do presente instrumento.

3 - **DA AÇÃO JUDICIAL IMPETRADA**: Fica estabelecido que, iniciados os serviços especificados na cláusula 1, são devidos os honorários contratados por completo neste instrumento, ainda que em caso de desistência por parte do CONTRATANTE, ou se for cassado o mandato do CONTRATADO sem sua culpa, ou ainda, por acordo do CONTRATANTE com a parte contrária, sem a devida aquiescência do CONTRATADO, podendo este exigir os honorários de imediato.

Parágrafo Primeiro: Fica estabelecido que em caso de serviços de cobrança ou de execução, ou ainda de qualquer outra natureza, em que o CONTRATADO receba verba ou importância em nome do CONTRATANTE, este desde já, autoriza àquele, descontar os honorários advocatícios, da verba ou importância recebida, ficando obrigado o CONTRATADO a reembolsar o CONTRATANTE no valor correspondente ao saldo remanescente.

4 - **DISPOSIÇÕES GERAIS**: O presente contrato, com natureza de título executivo extrajudicial, nos termos do art. 585, inciso II do Código de Processo Civil, obriga as partes e seus herdeiros e sucessores em todas as obrigações aqui assumidas;

5 - **DO FORO DE ELEIÇÃO**: As partes elegem o Foro da Comarca de Natal/RN, como o competente para dirimir quaisquer dúvidas e/ou divergências que porventura venham a ocorrer em virtude do cumprimento do presente contrato, em detrimento de qualquer outro por mais privilegiado que se configure.

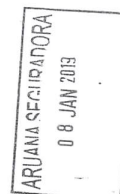
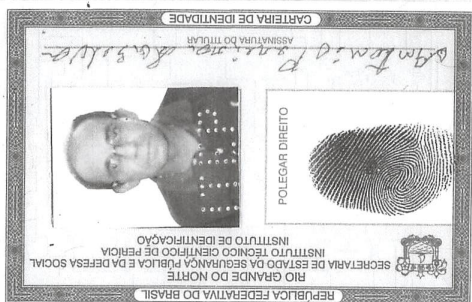
E, por estarem, assim, justos e contratados, firmam o presente instrumento, ASSINAM, na presença das testemunhas abaixo assinadas, que a tudo assistem.

Pedro Velho - RN, 28 / 03 / 2019.

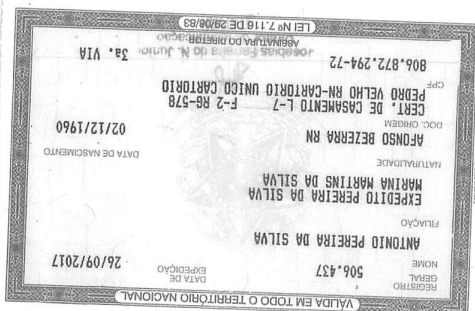
CONTRATANTE:

CONTRATADO:

TESTEMUNHAS:



Antônio





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE  
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000  
CNPJ: 08.334.335/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.426-3  
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO

Endereço: Rua Senador Salgado Filho, 1555 - Tirol - CEP: 59015-000  
Fone: (84) 3232-4432  
Fax: (84) 3232-4562  
115  
32472034

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 06/11/2018 ÀS 09:56:53

MATRÍCULA:

MÊS/ANO

DADOS DO CLIENTE

8032564

11/2018

ANTONIO PEREIRA DA SILVA  
RUA PROF LAECIO, N. 5N - CON VILMA DE FARIAS PEDRO  
VELHO RN 59196-000

INSCRIÇÃO 551.001.278.9776.000 ROTA 4 SEQ.ROTA 9776 QUANTIDADE DE ECONOMIAS RESIDENCIAL 1 COMERCIAL 0 INDUSTRIAL 0 PÚBLICO 0

HIDRÔMETRO Y165505322 SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL

CONSUMO ÁGUA (H3): 10 DATA LEITURA: 06/11/2018  
LEIT. ATUAL: 195  
LEIT. ANT.: 185  
DIAS CONSUMO: 33

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MEDIA
10/2018	7	08/2018	7	06/2018	8	8
09/2018	12	07/2018	7	05/2018	7	

DESCRIÇÃO  
ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL ATE 50M 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	10 H3	25,40
MULTA P/IMPONTUALIDADE 10/2018		0,51
JUROS DE MORA 08/2018		0,26
FATURAS EM ATRASO		
REF 201810 26.35		

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	25,40	1.65	0,42
COFINS	25,40	7.6	1,93

VENCIMENTO: 14/11/2018 TOTAL A PAGAR: 26,17

O EXERCÍCIO ESTÁ CONVOCANDO PARA O EXERCÍCIO DE APRESENTAÇÃO DA RESERVA, DE 10 A 14 DE DEZEMBRO DE 2018.

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	7.34	5.43	100.0 %	0.5	--

82690000000 9 26170006551 7 00803256401 8 11201870003 2



MATRÍCULA	MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
8032564	11/2018	14/11/2018	26,17



caern  
COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE

COMPROVANTE DA CAERN

ARJANA SECUNDADORA

08 JAN 2019



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 PEDRO VELHO

Endereço: Travessa Genar Bezerra, 410, Loteamento, PEDRO VELHO, FONE/FAX: 32472245

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2017214000561

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 11/08/2017 13:54:59

1.4 Ligu CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 02/08/2017 07:00:00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: PREJUDICAD

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: CENTRO

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RN 269

2.9 CEP: 59.196-000

2.11 Ponto de Referência: CRUZAMENTO DO CONJ. JOSÉ AGREPINO

2.13 Cidade: PEDRO VELHO

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: ELENILDA PEREIRA DA SILVA

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Sem Informação

3.7 Sexo: FEMININO

3.9 CPF: 07968367441

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: DESEMPREGADA

3.15 Telefone(s): 84 981257028

3.17 Número: 15

3.19 Bairro: CONJUNTO WILMA DE FARIAS

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: PEDRO VELHO

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: ANTÔNIO PEREIRA DA SILVA

3.6 Mãe: DILMA RAIMUNDO BATISTA PEREIRA

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 01/05/1987

3.14 RG: 2494908 - SSP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: PEDRO AVELINO/RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA VEREADOR ANTÔNIO VICENTE

3.24 CEP: 59196000

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 Nome Completo: ANTÔNIO PEREIRA DA SILVA

4.1.3 Nome Social:

4.1.5 Mãe: MARINA MATIAS DA SILVA

4.1.7 Orientação Sexual:

4.1.9 Sexo: MASCULINO

4.1.11 CPF: 80687229472

4.1.13 Nacionalidade:

4.1.15 Logradouro: VEREADOR ANTÔNIO VICENTE

4.1.17 Número: 25

4.1.19 Bairro: CONJUNTO WILMA DE FARIAS

4.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4.1.2 Estado civil: Solteiro(a)

4.1.4 Pai: EXPEDITO PEREIRA DA SILVA

4.1.6 Identidade de Gênero:

4.1.8 Etnia: Sem Informação

4.1.10 Data de Nascimento: 02/12/1960

4.1.12 RG: 000506437

4.1.14 Profissão: AGRICULTOR

4.1.16 Passaporte:

4.1.18 E-Mail:

4.1.20 CEP: 59196000

4.1.21 Cidade: PEDRO VELHO

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 Segurado: Não

7.1.3 Chassi: 9C2JC30103R191904

7.1.5 Placa: MMP4354

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2003

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: JOSÉ EUCLIDES GOMES

7.1.17 Nome do condutor: ANTÔNIO PEREIRA DA SILVA

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam: 80192319-0

7.1.6 Estado: PARAÍBA

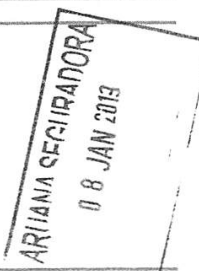
7.1.8 Modelo: CG 125 TITAN KS

7.1.10 Ano de Fabricação: 2003

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:



8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA CITADOS, A VÍTIMA ESTAVA EM SUA MOTOCICLETA EM VELOCIDADE MÉDIA, QUANDO AO CRUZAR A AVENIDA, A CORRENTE DA MOTOCICLETA CAIU, VINDO A VÍTIMA A CAIR E DESMAIAR COM A QUEDA; POPULARES PRESTARAM SOCORRO LEVANDO A VÍTIMA PARA O HOSPITAL LOCAL; A COMUNICANTE, FILHA DA VÍTIMA, INFORMA QUE A VÍTIMA QUEBROU A PERNA EM 3 LUGARES E AINDA VEM A DESLOCAR O JOELHO; NADA MAIS DISSE

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

REGISTRO DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA E ENCAMINHADO A AUTORIDADE POLICIAL

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 11/08/2017 13:54:59

Policial

Interessado

Policial eletrônica



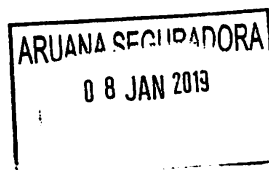
<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b>		<b>DETRAN - RN</b> <b>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO</b>		<b>Nº 013392655901</b> <b>BILHETE DE SEGURO DPVAT</b>	
VIA 1 COD. RENAVAM 00801923190 RNTRE ***** EXERCÍCIO 2018		NOME ANTONIO PEREIRA DA SILVA		ESTE É O 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	
PLACA ANT/UF MMP4354/PP		CHASSI 9C20C30103R191904		EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 08/08/2018	
CFC/CNPJ 806.872.294-72		PLACA MMP4354		VIA 1 QF/CNPJ 806.872.294-72 PLACA MMP4354	
ESPECIE/VEICULO PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NO APLICAVE		COMBUSTIVEL GASOLINA		MARCA/MODELO HONDA/CG 125 TITAN KS	
ANO FAB 2003 ANO MOD 2003		ANO FAB 2003 ANO MOD 2003		MARCA/MODELO HONDA/CG 125 TITAN KS	
CATEGORIA PARTICULAR		COR PREDOMINANTE VERMELHA		Nº CHASSI 9C20C30103R191904	
CAP/POT/CIL OCV/124 CILINDRADAS		VENC. COTA ÚNICA 10/04/2018		ANO FAB 2003 DATA EMISSÃO 08/08/2018	
COTA ÚNICA R\$ 0.00		VENC. COTA ÚNICA 10/04/2018		ANO FAB 2003 DATA EMISSÃO 08/08/2018	
FAIXA LPVA 002805 3X		PARCELAMENTO/COTAS R\$ *****		ANO FAB 2003 DATA EMISSÃO 08/08/2018	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) *** TAXAS DETRAN: PAGO ***		PRÊMIO TOTAL (R\$) DPVAT: PAGO		ANO FAB 2003 DATA EMISSÃO 08/08/2018	
OBSERVAÇÕES		DATA DE PAGAMENTO		ANO FAB 2003 DATA EMISSÃO 08/08/2018	
MOTOR: JC30E13191904		DATA DE PAGAMENTO		ANO FAB 2003 DATA EMISSÃO 08/08/2018	
PEDRO VELOZ/Nº		DATA 08/08/2018		ANO FAB 2003 DATA EMISSÃO 08/08/2018	

ARUANA SEGURADORA  
08 JAN 2019

▼ Dados do Veículo de placa MMP4354				Em 27/12/2018 09:29:48		
Placa	Renavam	Placa Anterior	Tipo	Categoria	Espécie	Lugares
MMP4354	801923190	MMP4354/PB	4-MOTOCICLETA	1-Particular	1-Passageiro	2
Marca/Modelo	Fabricação/Modelo	Potência	Combustível	Cor	Carroceria	
002805-HONDA/CG 125 TITAN KS(Nacional)	2003/2003	0	2-Gasolina	15-VERMELHA	999-NAO APLICAVEL	
Nome do Proprietário				Recadastrado DETRAN		
ANTONIO PEREIRA DA SILVA				DetranNet		
Proprietário Anterior				Situação Lacre		
JOSE EUCLIDES GOMES				REGULAR Portaria 272/2007 DENATRAN		
Município de Emplacamento	Licenciado até			Adquirido em	Situação	
PEDRO VELHO	2018 em 08/08/2018 através do Registro de Veículo (CRV)(Via 1)			12/12/2016	Em Circulação	
Restrição à Venda				Carnê de Licenciamento 2018		
Sem gravame				Ainda não gerado		
Informações PENDENTES originadas das financeiras via SNG - Sistema Nacional de Gravame						
Nenhuma informação pendente até esta data						
Impedimentos						
Nenhum impedimento registrado até esta data						
▼ Listagem de Débitos						
Nenhum débito em aberto cadastrado para este veículo.						
▼ Infrações em Autuação						
Nenhuma Notificação de Autuação realizada para este veículo até o momento.						
▼ Listagem de Multas						
Nenhuma multa em aberto cadastrada para este veículo até o momento.						
▼ Último Processo						
Processo	Interessado	Início em				
43008914/2018	80687229472	06/08/2018 às 11h38min				
Situação			Final em			
Encerrado			08/08/2018 às 10h12min			
Serviço			Execução em			
Transferência outra UF			Em 06/08/2018 às 11h38min por 05156903410			
Transferência de Propriedade			Em 06/08/2018 às 11h38min por 05156903410			
Geração de guia de pagamento			Em 06/08/2018 às 11h38min por 05156903410			
Auditoria			Em 08/08/2018 às 10h12min por 22256407420			
Emissão CRV(1ª via)			Em 08/08/2018 às 10h25min por 77301137400			
▼ Recurso de Infração						
Nenhuma Processo de Recurso de Infração cadastrado para este veículo até o momento.						
▶ Histórico de Impedimentos						
Nenhum impedimento cadastrado para este veículo.						

**Não Possui valor como  
NADA CONSTA !**

⬅ Voltar



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO VELHO  
HOSPITAL MATERNIDADE MARIA DO CARMO BEZERRIL COSTA

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA**

Nome: Antônio Pereira da Silva

Endereço: R. - Primeira

Cidade: P. Velho

Nº DO CARTÃO DO SUS: \_\_\_\_\_

BAIRRO: Centro

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

DATA: 02/08/17

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

HORÁRIO DE ENTRADA: 14:40

HORÁRIO DA SAÍDA: \_\_\_\_\_

TEL: CONTATO: \_\_\_\_\_

NÚMERO: \_\_\_\_\_

IDADE: 66

SEXO: F

PESO: \_\_\_\_\_ KG

HGT: \_\_\_\_\_ MG/DL

TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ °C

RESPIRAÇÃO: \_\_\_\_\_ RPM

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO: \_\_\_\_\_

PA: \_\_\_\_\_

MMHG \_\_\_\_\_

BPM \_\_\_\_\_

PULSO: \_\_\_\_\_

1) Inflix A — cl comp de 12/12 L por sd > PMB/MORIR

2) Dipacine Sonox — cl cp, vo cl/b

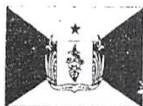
3) Inducta Radiografica gabon R AP/Scot

4) Dipacine Sonox/mf — cl AP, T.R. P. gabo D 20

Dr. Wesley Lopes  
MÉDICO  
CRM-RN 9160

CARIMBO E CRM DO MÉDICO

ARUANA SEGUROADORA  
08 JAN 2019



Estado do Rio Grande do Norte  
Prefeitura Municipal de Pedro Velho  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

NOME: Antonio Pereira da Silva

Encaminhado para o serviço  
de ortopedia, e/ou clínicas  
de fisioterapia de acordo com  
as normas e/ou indicações  
do médico (e) confirmadas  
por radiografias.

Encaminhado para avaliação  
e tratamento.

Assinado...

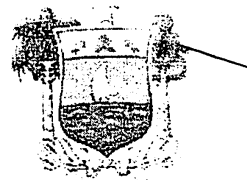
Regulado pelo Dr. Cláudio

02/08/17

André G. Roberti Martins  
Médico  
CRM/RN 10142

ARUANA SEGURADORA  
08 JAN 2019

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL. 13 / 04 2019  
MAT. Nº 154825  
SANE  
ASSINATURA



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **35600 /2017**  
Admissão: **02/08/2017 18:09:14**

**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE**

Paciente: **32154 - ANTONIO PEREIRA DA SILVA** (56 a 8 m )  
Nascimento: 02/12/1960 Natural: AFONSO BEZERRA.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA  
CNS: 700806426041685 CPF: 80687229472 Prof:  
Mãe: MARINA MATIAS DA SILVA Pai: EXPEDITO PEREIRA DA SILVA  
Logradouro: VEREADOR ANTONIO VICENTE, 25 Cidade: PEDRO VELHO  
CEP: 59196000 Bairro: CENTRO  
Telefone: 84.981257028 84 981257028 Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA Tipo: REFERENCIADO  
Origem: AMBUL. INTERIOR \*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS: 40- evento recente					Classificação: 02/08/2017 18:00:13				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

**HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA**

Queixas: Dor e edema em joelho E

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

*Acidente de moto em fevereiro em*

*joelho*

*(B)*

ARUANA SEGURADORA  
08 JAN 2019

**EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)**

A	<i>dece</i>
B	<i>em edema</i>
C	
D	
E	

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL: 13/10/2017  
MAT. Nº 134828-10  
SAME  
ASSINATURA

**OUTRAS OBSERVAÇÕES:**

*fevereiro de fevereiro de fevereiro*

Saida: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID *fratura do fêmur*





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

FICHA DE  
ACOMPANHAMENTO  
SOCIAL

CPF: 806.872.294-72 Identificação

Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ UTI: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data de admissão: 02 / 08 / 2017 Alta: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome: Antônio Pereira da Silva Naturalidade: Agostão Bezerra

Idade: 36 a Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Data de Nascimento: 02 / 12 / 1960

RG: 506.437 Estado Civil: Casado Nível de Instrução: Ens Fund I Inc.

Filiação: Pai: Corpeito Pereira da Silva

Mãe: Marina Matias da Silva

Endereço: Rua Vereador Antônio Vicente, 25. Centro

Cidade: Pedro Velho

Telefone: 98125.7028 ( ) Residencial ( ) Trabalho ( ) Recado

Contato: \_\_\_\_\_ Outros telefones: 98102.3317 (Vóvia - filha)

Composição familiar: 03

Outras informações: Faz uso de ( ) Alcool ( ) Fumo ( ) Drogas ( ) Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Agricultor Trabalho c/ vínculo empregatício ( ) Não ( ) Sim

( ) Aposentado ( ) Auxílio doença ( ) BPC ( ) Autônomo ( ) Pensionista ( ) Desempregado

Programas e Serviços: ( ) Passe Livre ( ) Bolsa Família ( ) PETI ( ) PSF ( ) CAPs ( ) SAD

Internação decorrente de acidente de trabalho? ( ) Não ( ) Sim Nome da Empresa \_\_\_\_\_

Forma de Acesso ao Serviço

( ) Sozinho - procurou atendimento ( ) Trazido por familiares ( ) Trazido pelo SAMU

( ) Socorrido em via pública ( ) Outros meios \_\_\_\_\_

( ) Encaminhado: Hospital de origem: Pedro Velho

Crítérios para Acompanhante

Possui requisitos? ( ) Não ( ) Sim Qual o motivo? ≠ Placô Tibial

Portador de deficiência: ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Física ( ) Mental

Responsável pelo paciente: Valenilda Pereira da Silva

Parentesco: filha Telefone: 98125.7028

Endereço do Responsável: \_\_\_\_\_

Evolução

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

02.08.2017 - Paciente sofreu queda de moto, com fratura de  
placô tibial E, em unidades da Ortopedia. Solicitada cópia  
dos exames + orientações. Emília D. 1599

Saída

óbito: Encaminhamento: ITEP ( ) SVO ( ) DO ( ) Obs.

Alta hospitalar ( ) Transferência ( ) Destino: \_\_\_\_\_

Orientações/Encaminhamentos: \_\_\_\_\_

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

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL: 12/10/18  
MAT. Nº 121001828  
SAME  
ASSINATURA

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE:

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDOTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ARIANA SEGURADORA

08 JAN 2013

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: 02/08/17

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

OBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

Médico (Carimbo)

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 ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

OBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

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

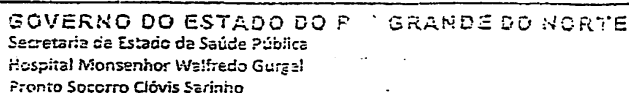
CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PRÓPRIOS DO HOSPITAL. REQUISIÇÃO DE EXAMES FOLHA DE RESCRIÇÃO E ANEXE AO BOLETIM

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)	
A	
B	
C	
D	
E	
A (ALERGIAS): _____	
M (MEDICAÇÃO EM USO): _____	
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): _____	
L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS) _____	
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): _____	
V (PASSADO VACINAL): _____	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
<div>AO NFR</div> <div>TRU tubo</div> <div></div>	<div>ARUANA SECUNDORA</div> <div>08 JAN 2013</div> <div></div>
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

MÉDICO (CARIMBO)

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



Nome: Antônio P. Silva Nº Registro: \_\_\_\_\_  
 Serviço: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Letra: \_\_\_\_\_

[illegible]

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**  
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2- CNES	
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA		4- CNES 3515168	
<b>Identificação do Paciente</b>			
5- PACIENTE ANTONIO PEREIRA DA SILVA		6- NUMERO DO PRONTUARIO 148649	
7- CARTAO NACIONAL/SUS 700 8064 2604 1685	8- DATA DE NASCIMENTO 02/12/1960	9- SEXO MASCULINO	10- RAÇA/COR
11- NOME DA MAE MARINA MATIAS DA SILVA		12- TELEFONE DE CONTATO	
13- NOME DO RESPONSÁVEL		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA Nº) RUA VER ANTONIO VICENTE, 10			
16- MUNICÍPIO PEDRO VELHO	17- BAIRRO CENTRO	18- UF RN	19- CEP 59500-000

**ARUANA SEGURADORA**  
08 JAN 2013

<b>Justificativa de Internação</b>			
20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente encaminhado do AMB com fratura exposta fêmur E</i>			
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessidade tratamento cirúrgico</i>			
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>EC + EF + TO</i>			
23- DIAGNÓSTICO INICIAL <i>fratura do fêmur</i>	24- CID 10 PRINCIPAL <i>S62.0</i>	25- CID 10 SECUNDÁRIO	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<b>Procedimento Solicitado</b>			
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Net. Cirúrgico</i>		28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29- CLÍNICA	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	32- Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
<b>Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)</b>			
36- ( ) AC. TRÂNSITO	39- CNPJ DA SEGURADORA	40- Nº DO SILHETE	41- SÉRIE
37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNAE DA EMPRESA	44- CBOP
38- ( ) AC. TRABALHO TRAJETO	45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO		

<b>Autorização</b>	
46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47- COD. ORGÃO EMISSOR
48- DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	49- Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

**CONFERE COM ORIGINAL**  
15/01/2013  
Servidor





## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA  
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUARIO	
		148649	
DATA	HORA	CATEGORIA	GIH
06/08/2017	10:10		
PACIENTE			DATA DE NASCIMENTO
ANTONIO PEREIRA DA SILVA			02/12/1960
ESTADO CIVIL		PROFISSAO	
CASADO		AGRICULTOR	
ENDEREÇO (RUA, Nº)			
RUA VER ANTONIO VICENTE, 10			
MUNICIPIO	BAIRRO	UF	CEP
PEDRO VELHO	CENTRO	RN	59500-000
LOCAL DE TRABALHO			TELEFONE
FILIAÇÃO			
MARINA MATIAS DA SILVA		EXPEDITO PEREIRA DA SILVA	
RESPONSÁVEL		TELEFONE	
ENDEREÇO			
O MESMO			
DIAGNOSTICO PROVISORIO			
DIAGNOSTICO DEFINITIVO			

DATA DE ADMISSAO 06.08.17 ALTA 01.09.17 OBITO

CONFERE COM ORIGINAL  
152396-1

## HISTORIA CLINICA

ARUANA SEGITRANORA  
08 JAN 2013

Mãe - Marina Matias da Silva  
CPF: 806.872.274-72



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

RG: 000.506.432

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA  
PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

28

Nº 074

NOME:

Antonio Pereira da Silva

IDADE:

02.12.1960

COR:

M

SEXO:

M

ESTADO CIVIL:

Casado

NATURALIDADE:

Ped. Vereador

PROFISSÃO:

Agricultor

PROCEDÊNCIA:

Antônio Vicente do. Contas

ENDEREÇO:

Ped. Vereador

BAIRRO:

Antônio Vicente do. Contas

CIDADE:

Pedro Velho

DATA:

06/08/2017

HORA:

09:40

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)

Transtorno com profusão

glato fletido e

curvado do abdômen

EXAME FÍSICO

ARUANA REGISTRADORA

08 JAN 2019

CONFERE COM ORIGINAL

152396-1

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura glato fletido e

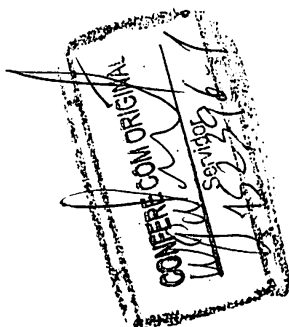
## EXAMES COMPLEMENTARES

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



Ass. do Responsável

## DESTINO DO PACIENTE

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



Hospital		Nº prontuário	
Nome do paciente: <u>Antonio Pereira de Silva</u>			
Data operação	Enf.	1º auxiliar	2º auxiliar
Operador			
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

Foram feitas em tórax direito dorsal sob anestesia, antissepsia, colocação de campos, incisão em faces medial e lateral e posterior do tórax e de tórax por planos desbravando, limpeza e exatidão com SF e 2% redução e fixação da pleura medial com 01 placar bloqueado 1,5 de 06 furos e 02 parafusos, redução e fixação da pleura lateral com 01 placar bloqueado 1,5 de 05 furos e 02 parafusos bloqueado e 02 parafusos espalhados com 02 arcos. Retirada de exsúdo de fibrina com inseto de face anterior do quadril D, dissecção por planos, antissepsia e retirada de exsúdo com 01 inseto de limpeza com SF e 2% suture e com fixação no quadril D. limpeza do tórax e suture por planos, queixos e colocação de tal tipo extintivo.

PROV. CLÍNICO  
040805055-1  
CBC 220225  
X CBC 220270  
DIAS  
CIR. SGL

ARUANA SECRETARIA  
08 JAN 2013

Gilvan de Carvalho  
Anestesiologista  
CRM/RN 1904

## Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital <u>H. D. M. L.</u>		Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome <u>Antonio Pereira da Silva</u>			Idade	Sexo	Cor
Data <u>30.08.2017</u>	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso
Tipo sanguíneo	Hematias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia
	Outros				
Ap. respiratório				Asma	Bronquite
Ap. circulatório				Eletrocardiograma	
Ap. digestivo				Ap. urinário	
Estado mental	Dentes	Pescoço	Alergia	Hipotensores	
Diagnóstico pré-operatório	Atarácicos	Corticoides	Estado físico	Risco	
Anestesias anteriores					
Medicação pré-anestésica			Aplicada às	Efeito	

Agentes Anestésicos	0	
Líquidos		
Oper.	260	
Anest.	250	
	240	
	230	
	220	
	210	
	200	
	190	
	180	
	170	
	160	
	150	
	140	
	130	
	120	
	110	
	100	
	90	
	80	
	70	
	60	
	50	
	40	
	30	
	20	
	10	

SÍMBOLOS	
ANOTAÇÕES	
POSICÃO	<u>1. Dorsal</u>
Agentes	<u>Supravacina 0,5% + Diamorf 0,2mg</u>
Técnica	<u>Intubação</u>
Operação	<u>Exstirpação do distontríbia</u>
Cirurgiões	<u>Dr. Hausman + Dr. ...</u>
Anestesistas	<u>Gilvan de Carvalho</u>
Observações	<u>N.D.A.</u>
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias	

Gilvan de Carvalho  
Anestesiologista  
CRM/RN 1904

Gilvan de Carvalho  
Anestesiologista  
CRM/RN 1904

Gilvan de Carvalho  
Anestesiologista  
CRM/RN 1904





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

CONFERE COM ORIGINAL  
1523967

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Antônio Pereira da Silva Idade: 56 D/N: 02/10/1960  
Pront.: 14849 Município: Piracicaba Procedência: ☒ Interno ( ) Externo  
Data da cirurgia: 30/08/2011 Hora Admissão: Bloco: 08:00 Sala: 14:32 Hora Saída: 16:15 Peso: 70 kg  
Alergias: ☒ Não ( ) Sim Comorbidades: ( ) HAS ( ) DM ( ) Outras  
Uso de medicações: ☒ Não ( ) Sim Jejum: ( ) Não ☒ Sim  
SSV: Admissão: PA: 132/89 mmHg Pulso: 34 bpm FI: 26 rpm FC: 90 bpm SpO<sub>2</sub>: 95% T: 35,5 °C

Enfermeiro(a): Letícia Instrumentado(a): André Circulante: Pollux

Cirurgia: Hernia Especialidade: Protoplastia Sala: 03  
Hora Início: 14:40 Hora Término: 16:15 Tipo de cirurgia: ☒ Eletiva ( ) Urgência ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada  
1ª Cirurgião: Dr. Helder Aux.: Dr. Marcelo Residente:

Anestesia: ( ) Local ( ) Sedação ( ) Geral TOT: ( ) Bloqueio ☒ Raquidiana Ag. nº 25 ( ) Peridural ( ) Cateter ( ) s/cateter  
Ag. nº 14 Cateter nº: 20 Início: 14:20 Garrote: ☒ Smark ( ) Pneumático Início: 14:29 Término: 16:50  
Anestesiologista: Dr. Gilvan

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"/> Oxímetria
<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 checked="" type="checkbox"/> Íntegra	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Diprifusor
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input 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 checked="" type="checkbox"/> t/dificuldade	<input type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input type="checkbox"/> Cistostomia	
<input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input type="checkbox"/> Eupnéia	<input type="checkbox"/> Dreno:	
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input type="checkbox"/> Manchas	<input type="checkbox"/> Dispositivo O <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>72</u>	<u>67</u>	<u>61</u>	Bpm
Pulso	<u>71</u>	<u>72</u>	<u>64</u>	Bpm
Oximetria	<u>100%</u>	<u>99%</u>	<u>100%</u>	%
Capnografia				%
PA	<u>110/56</u>	<u>101/46</u>	<u>101/49</u>	mmHg

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 checked="" type="checkbox"/> Lombar	<input type="checkbox"/> MMII
<input type="checkbox"/> Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Canivete		<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Proclive		<input type="checkbox"/> Fletidos

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

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
<input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não <input checked="" type="checkbox"/> Metal ( ) Descartável
Local: <u>Dorso</u>
DEGERMAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não
Local: <u>MIE</u> Solução: <u>Cl. degermante</u> Local: <u>MIE</u>

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

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos:
Tela:
Cateter:
Ostomia:
Fio de KC: <u>1 bloco</u>
Placa - Tipo: <u>2 placas bloqueadas</u>
Outros: <u>2 placas de metal 4x5</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:
<input type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: <u>2x50 + 2x45</u> Quant. Material: <u>cl. de 3x5</u>
Val.: <u>1</u> Contagem de gaze e compressa: <input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Sim





## LAUDO

PACIENTE Antonio Pereira da Silva., FOI SUBMETIDO(A) A TRATAMENTO CIRURGICO DE fratura de platis, NO HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES NO DIA 30.08.17. DEVE MANTER ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL E FISIOTERAPICO.

AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS A CRITERIO MEDICO PERITO.

CID.: 5821

Dr. Fábio Ferreira Pereira  
Proprietário e Responsável  
CRM 5805 - RCO 15187

ARUANA SECURADORA  
08 JAN 2019

PARNAMIRIM 01.09.17