



Número: **0801320-95.2019.8.20.5129**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de São Gonçalo do Amarante**

Última distribuição : **28/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSIMA LUIS GRACIANO (AUTOR)		MARCELO SILVA FARIAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
43497533	28/05/2019 18:01	Petição Inicial	Petição Inicial
43497788	28/05/2019 18:01	Petição Inicial	Outros documentos
43497655	28/05/2019 18:01	1 - Procuração	Procuração
43497693	28/05/2019 18:01	2 - Identidade	Documento de Identificação
43497817	28/05/2019 18:01	3 - Endereço	Outros documentos
43497887	28/05/2019 18:01	4 - BOAT - PRF	Documento de Comprovação
43497918	28/05/2019 18:01	5 - BO	Documento de Comprovação
43497968	28/05/2019 18:01	6 - SAMU	Documento de Comprovação
43498099	28/05/2019 18:01	7 - Tomografia do ombro	Documento de Comprovação
43498061	28/05/2019 18:01	8 - Atestado médico	Documento de Comprovação
43498124	28/05/2019 18:01	9 - Demais documentos médicos Parte1	Documento de Comprovação
43498134	28/05/2019 18:01	10 - Demais documentos médicos Parte2	Documento de Comprovação
43498154	28/05/2019 18:01	11 - Demais documentos médicos Parte3	Documento de Comprovação

Segue em anexo.



EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO, DE UMA DAS VARAS CÍVEIS DO FORO DA COMARCA DE NATAL, ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE, A QUEM ESTA COUBE POR DISTRIBUIÇÃO LEGAL,

JOSIMAR LUIZ GRACIANO, brasileiro, casado, auxiliar de mecânico, portador do RG n. 875220 SSP/RN e do CPF/MF de n. 701.545.544-72, residente e domiciliado na Rua Jardim das Flores, 189, Golandim, São Gonçalo do Amarante/RN, por seu advogado que esta subscreve, conforme documento de procuração anexo aos autos, vem, com o devido respeito, perante Vossa Excelência, promover:

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT

em face de **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DVPAT S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob nº 09.248.608/0001-04, com sede na Rua: Senador Dantas, nº 74, Andares: 5º, 6º, 9º, 14º e 15º, Bairro: Centro, CEP: 20.031-205 – Rio de Janeiro/RJ; pelos argumentos de fato e fundamentos de Direito que passa a expor:

I - DO PEDIDO DE JUSTIÇA GRATUITA

O Requerente, em virtude de sua total impossibilidade de despendar recursos para a manutenção da presente demanda judicial, sem prejuízo de sua subsistência, evoca o preceito constitucional da Justiça Gratuita, erigido no inciso



LXXIV, art. 5º, da Carta Magna, e nos termos da Lei 1.060/50 e suas modificações pela Lei 7.510/86, requerendo o seu deferimento.

II – DA SÍNTESE FÁTICA

Conforme se depreende pela documentação em apenso, o Autor foi vitimado em acidente de trânsito em **31/08/2018**, por volta das 07h32min., na Avenida Tomaz Landim, São Gonçalo do Amarante, pelo que teve além de outras escoriações leves, **sofreu graves fraturas**, tendo de se submeter a atendimento de urgência. Foi levado para o Hospital Walfredo Gurgel onde deu entrada, por não ter anestesista no mesmo seguiu para o Hospital Deoclécio Marques em Parnamirim/RN por consequência, algumas sequelas permanentes, o que acabou por gerar sua incapacidade para as atividades laborais.

O acidente resultou em um deslocamento do ombro e fratura grave do úmero proximal. Após colocarem o ombro no lugar foi realizada uma cirurgia no Deoclécio Marques.

Em verdade, Excelência, o Autor atualmente encontra-se com dificuldade de realizar tarefas básicas de seu dia a dia, sentindo fortes dores de forma permanente. **Os danos causados pelo acidente deixaram sequelas que impedem o Requerente de ter a vida que tinha antes.**

Em decorrência do acidente, **e tendo em vista o dano permanente ocasionado**, o Autor ingressou com requerimento administrativo para recebimento do prêmio do seguro DPVAT junto à Requerida.

Ocorreu que, conforme documento acostado em anexo (pagamento a menor na via administrativa), a Requerida efetuou o pagamento de apenas **R\$ 1.687,50 (um mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

Ora, Excelência, o Autor **sofreu graves fraturas no úmero proximal, como documentos hospitalares acostados provam, que pode ser**



constatada pelos atestados laudos médicos acostados, em decorrência do forte impacto que sofreu no acidente, acarretando em sequelas que irão lhe acompanhar pelo resto da vida.

Ou seja, apesar de se encontrar o Autor com dano físico permanente, em decorrência do acidente sofrido, fazendo jus, assim, à indenização prevista pelo seguro DPVAT, a Requerida efetuou o pagamento de apenas R\$ R\$ 1.687,50 (um mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos) descumprindo, portanto, o que dispõe a Lei nº 6.194/74.

Ante o exposto, diante do pagamento a menor na via administrativa, não restou alternativa ao Autor senão buscar a tutela jurisdicional do Estado, para, assim, receber a indenização devida pela Requerida no caso, em face do acidente.

III – DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS

Trata-se o caso, da pretensão no pagamento do Seguro Obrigatório DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres), o qual foi criado pela Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, objetivando amparar as vítimas de acidentes de trânsito envolvendo veículos em todo o território nacional, bem como, seus familiares.

Todavia, o Seguro Obrigatório, cujo convênio ao DPVAT pertence, e é exclusivamente da parte demandada, não vem sendo pago aos seus beneficiários em conformidade com a Lei que lhe instituiu.

Vejamos a redação contida no artigo 3º, inciso II, da Lei nº 6.194/74, a qual dispõe sobre Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não, e que tem como objetivo principal a fixação de um *quantum* indenizatório, visando amparar familiares de vítimas em sinistros, *ad litteram*:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total



ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

(Grifo acrescido).

Preceitua, ainda, o § 1º, do artigo supracitado:

§ 1º. No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura;

(Grifo acrescido).

Dispõe o artigo 5º do mesmo diploma legal:

Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.



Ora, Excelência, a documentação acostada a esta exordial aponta, de forma clara e precisa, o dano permanente sofrido pelo Autor, haja vista a extensão dos problemas advindos do acidente, com o trauma que sofreu em seu ombro e braço, acompanhada das dores e desconfortos que já o acometem.

Desta feita, é vislumbrável no caso vertente, que deve ser invocada a responsabilidade objetiva da parte demandada, quanto à obrigação de pagar integralmente ao Requerente, o prêmio a que este tem direito, em virtude do que determina a Legislação colacionada (Lei nº 6.194/74).

Corroborando o pensamento legal, os doutrinadores pátrios, apresentam seus brilhantes pensamentos em excertos elucidativos como o que se segue:

“Importa assinalar que nos casos de responsabilidade objetiva (...) cabe à vítima apenas provar o nexo de causalidade entre o ato e o dano, uma vez que o dever de ressarcir se estabelece no plano puramente material.”
(Montenegro, Antônio Lindbergh C. Ressarcimento de Danos. 2ª ed. pág. 48).

Assim, em virtude de Perda completa da mobilidade de um ombro a demandada deveria ter pago 25% do valor total, que daria 3.375,00, mas pagou apenas a metade disso, sendo devido, ainda, R\$ 1.687,50 (mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Portanto, resta mais do que demonstrado o dano permanente causado pelo acidente ao Autor, bem como sobejamente demonstrada à pertinência da indenização pleiteada, impondo-se a demandada o dever de pagar o valor referente à indenização do Seguro Obrigatório DPVAT.

IV – DOS PEDIDOS E REQUERIMENTOS

Em face de todas as considerações de fato e de direito acima elencadas, requer, digno-se Vossa Excelência julgar PROCEDENTE a presente Ação,



determinando:

a) A concessão do benefício da **JUSTIÇA GRATUITA**, vez que a Autora não possui condições de suportar as custas processuais sem prejuízo próprio e de seus familiares, fazendo jus, pois, ao teor do disposto no inciso LXXIV, do artigo 5º da Carta Magna, e do artigo 2º (*caput* e §2º) da Lei nº 1.060/50; e suas modificações pela Lei nº 7.510/86;

b) A citação da Requerida para comparecer a Audiência de Conciliação a ser designada por este Juízo, bem como para, querendo, no prazo legal, responder aos termos da presente Ação, sob pena de revelia e confissão;

c) Julgar **PROCEDENTE** a presente Ação em seus termos, condenando a Requerida no pagamento da complementação do valor referente à indenização do Seguro Obrigatório DPVAT em favor do Autor, no total de **R\$ 1.687,50 (mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, em razão do dano permanente sofrido em decorrência do acidente;

d) Seja condenada a Requerida no pagamento das Custas processuais e honorários advocatícios de sucumbência.

Protesta provar o alegado, por todos os meios de provas em Direito admitidos, documental, pericial, testemunhal, indícios ou presunções, inclusive pelo depoimento pessoal do representante legal da Seguradora demandada.

Dá-se à causa o valor de R\$ 1.687,50 (mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Nestes termos, pede e espera deferimento.

Natal/RN, 28 de Maio de 2019.

MARCELO SILVA FARIAS
OAB/RN 7.368



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

JOSIMAR LUIZ GRACIANO, brasileiro, casado, ajudante de obras, portador de cédula de identidade de n. 875.220 SSP/RN e do CPF 701.545.544-72, residente e domiciliado na Rua Jardins das Flores, 189, São Gonçalo do Amarante/RN.

OUTORGADO: MARCELO SILVA FARIAS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN, sob o número 13.266 e no CPF sob o número 080.549.874-55 e CAIO LUIZ NEVES MAIA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB-RN sob o nº 15.689, com endereço profissional na Rua Sapucaí, 179, São Gonçalo do Amarante/RN.

PODERES: pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-judicia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes específicos para receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, **pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica.** (Em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15) podendo agir em Juízo ou fora dele, assim como substabelecer está a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido.

Natal, RN, 26 de outubro de 2018

JOSIMAR LUIZ GRACIANO
Outorgante



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 875.220 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 16.05.1988

NOME JOSIMAR LUIZ GRACIANO

FILIAÇÃO EXPEDITO GRACIANO

ZULMIRA DE MELO

NATURALIDADE ANGICOS-RN DATA DE NASCIMENTO 21.05.1967

CERT. DE CAS. III-6-LIVRO-04-FLS

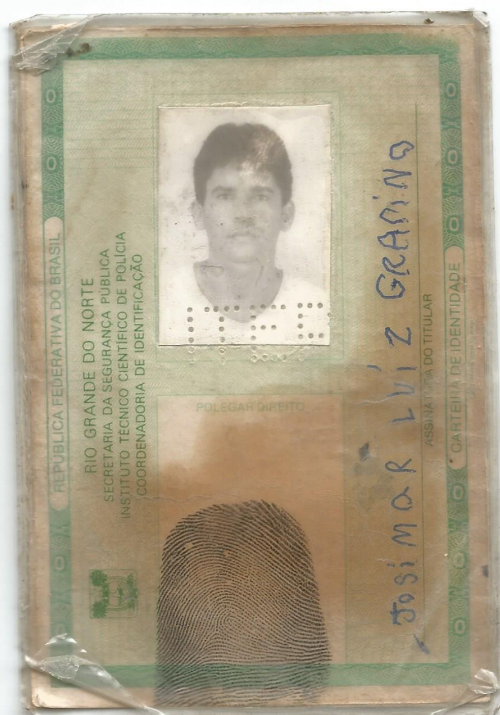
DOC. ORIGIN 256- CART DE IGAPÓ-NATAL-RN

CPF 701.545.544.72

ASSINATURA DO DETR

LEIN 7175 28 29/05/88







SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO
Av. Coronel Estevam Moura, 30 - Centro - São
Gonçalo do Amarante/RN - CEP: 59291-550
CNPJ: 08.51.635/0001-17 - FONE: (84) 3278-2290
www.saaesgarn.com.br

INSCRIÇÃO	CLASSE	TARIFA	RES	COM	IND	PUB	OUT	MÊS/FAT
0012237.3	PAR	S-M	01					11/2018
HIDRÔMETRO	INSTALAÇÃO	LOCALIZAÇÃO	FATURA					
A15G212981	12/12/16	00.12.13.0000006705	180340172					

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

JOSIMAR LUIZ GRACIATO
RUA JARDIM DAS FLORES 189, GOLANDIM
CEP: 59.295-850 SAO GONCALO DO AMARANTE-RN

SERVIÇOS E TARIFAS

COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR
01	AGUA(000 A 0010 - 1,996 * 10)		19,96
01	AGUA(011 A 0015 - 4,490 * 05)		22,45
01	AGUA(016 A 0020 - 5,310 * 02)		10,62

HIDROMETRIA

ULTIMOS CONSUMOS

LEITURA	DATA	15	15	17	17	19	18	17
ANTERIOR...: 365	17/10/18							
ATUAL.....: 382	17/11/18							
CONSUMO...: 17	DIAS:30							
LEITURISTA: 32	OCO:00							
MÉDIA: 16 m³		MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV

PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

RESERVATÓRIO 00-	PERÍODO A		
PARÂMETRO	PADRÃO	TOTAL ANÁLISE	VALOR MÉDIO

PARABENS! O SAAE AGRADECE SUA PONTUALIDADE

VENCIMENTO 23/12/2018 VALOR R\$ 53,03

AGENTE ARRECADADORES, COSERN SERVIÇOS,
CAIXA ECONOMICA FEDERAL, PAGFACIL E CORREIOS.
O SAAE ESTÁ ATUALIZANDO OS DADOS CADASTRAIS
DOS USUARIOS. PROCURE NOSSOS ESCRITORIOS.

CONSUMIDOR





Ministério da Justiça e Segurança Pública
Polícia Rodoviária Federal
Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito



Acidente nº 18050269B01

INFORMAÇÕES GERAIS

BR: 101

KM: 82,9 - Crescente

Município: SAO GONCALO DO

Data: 31/08/2018

Hora: 06:30

Policial responsável pelo atendimento: MEDEIROS ROCHA, matrícula 1969342

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal

Tipo de pavimento: Asfalto

Tipo de pista: Dupla

Condição da pista: Seca

Estrutura viária: Reta

Localidade urbanizada: ✓

Acostamento: ✓

Canteiro central: ✓

Condição meteorológica: Céu Claro

Fase do dia: Pleno dia

NARRATIVA

NO DIA 31/08/2018, POR VOLTA DAS 06:30H, NO KM 82,9 DA BR 101, EM SÃO GONÇALO DO AMARANTE-RN, OCORREU UM ACIDENTE DO TIPO COLISÃO TRASEIRA, COM 01 VÍTIMA LESIONADA DE FORMA GRAVE. OS VEÍCULOS ENVOLVIDOS GM PRISMA MAXX (V01) E UMA BICICLETA (V02). COM BASE NA ANÁLISE DOS VESTÍGIOS MATERIAIS IDENTIFICADOS, CONSTATOU-SE QUE O V01 TRAFEGAVA NA FAIXA MAIS À DIREITA DA RODOVIA, NO SENTIDO EXTEMOZ/RN - NATAL/RN QUANDO, EM TENTATIVA DE ACESSAR A UM LOTE LINDEIRO, COLIDIU NA TRASEIRA DO V02, QUE TRAFEGAVA NO MESMO SENTIDO. NO LOCAL NÃO RESTAVA QUALQUER MARCA DE FRENAGEM. COM O IMPACTO, V02 TOMBOU, TENDO SEU CONDUTOR CAÍDO DO VEÍCULO. A DINÂMICA DO ACIDENTE ENCONTRA-SE REPRESENTADA NO CROQUI. CONFORME CONSTATAÇÕES EM LEVANTAMENTO DE LOCAL DE ACIDENTE, CONCLUIU-SE QUE O FATOR PRINCIPAL DO ACIDENTE FOI A FALTA DE ATENÇÃO À CONDUÇÃO POR PARTE DO CONDUTOR DO V01, QUE AO TENTAR ACESSAR AO LOTE LINDEIRO, NÃO OBSERVOU O TRÁFEGO DE PEDESTRES E CICLISTAS NA RODOVIA. OBSERVAÇÃO: - O LOCAL DO ACIDENTE ESTAVA PARCIALMENTE PRESERVADO E ERA SINALIZADO POR UMA EQUIPE DO SAMU; - AS SINALIZAÇÕES HORIZONTAL E VERTICAL APRESENTAVAM-SE VISÍVEIS E CONSERVADAS; - O CONDUTOR DO V02 FOI SOCORRIDO POR UMA VIATURA DO SAMU EM VIRTUDE DA GRAVIDADE DOS SEUS FERIMENTOS NOS MEMBROS SUPERIORES; - O V01 APRESENTAVA O PNEU DIANTEIRO ESQUERDO EM MAU ESTADO DE CONSERVAÇÃO, E O PARA-BRISAS COM TRINCA LINEAR DE 43CM; - OS CONDUTORES DO DOIS VEÍCULOS REALIZARAM TESTE DO ETILÔMETRO, E AMBOS OS RESULTADOS NÃO ACUSARAM INGESTÃO DE ÁLCOOL.



Documento assinado eletronicamente por MEDEIROS ROCHA, matrícula 1969342, Policial Rodoviário Federal, em 01/09/2018, às 05:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18050269B01 e o número de controle 500E3A3A583DFC2A6735BE327D714B





MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18050269B01



PRF

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão traseira	V1
2	Tombamento	V2
3	Queda de ocupante de veículo	V2

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO CRESCENTE

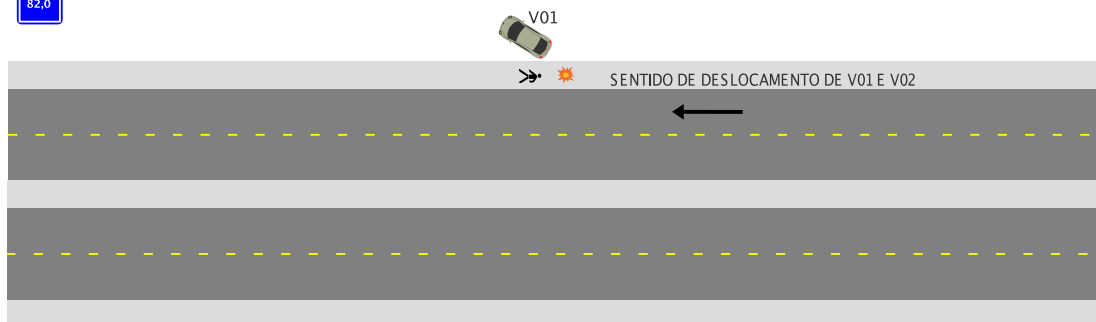


SENTIDO DECRESCENTE

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



VELOCIDADE REGULAMENTAR V01/V02: 50KM/H Local parcialmente preservado
COLISÃO TRASEIRA



← PARNAMIRIM/RN

EXTREMOZ/RN →



Documento assinado eletronicamente por MEDEIROS ROCHA, matrícula 1969342, Policial Rodoviário Federal, em 01/09/2018, às 05:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18050269B01 e o número de controle 500E3A3A583DFC2A6735BE327D714B





Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18050269B01



PRF

V1



NNM7046

Placa: NNM7046 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: GM/PRISMA MAXX/2008

Renavam: 00982575092

Chassi: 9BGRM69809G190825

Tipo de Veículo: Automóvel

Espécie/categoria: Passageiro/Particular

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

PROPRIETÁRIO

Nome: DANIELLE GIOVANNA DA SILVA

CPF/CNPJ: 108.693.094-04

Endereço: , SAO GONCALO DO AMARANTE/RN

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por MEDEIROS ROCHA, matrícula 1969342, Policial Rodoviário Federal, em 01/09/2018, às 05:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18050269B01 e o número de controle 500E3A3A583DFC2A6735BE327D714B





MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18050269B01



PRF

V2



Não Se Aplica*

Marca/modelo:

Tipo de Veículo: Bicicleta

Cor:

Chassi:

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

PROPRIETÁRIO

Nome:

CPF/CNPJ:

Endereço:

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

* "Não se aplica": veículo cujo conceito legal de emplacamento/registro não se aplica.



Documento assinado eletronicamente por MEDEIROS ROCHA, matrícula 1969342, Policial Rodoviário Federal, em 01/09/2018, às 05:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18050269B01 e o número de controle 500E3A3A583DFC2A6735BE327D714B





Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18050269B01



V1



CONDUTOR

LUCAS ARTUR AMANCIO DA SILVA

Placa do veículo: NNM7046

Marca/modelo: GM/PRISMA MAXX

Envolvimento: Condutor

Nome: LUCAS ARTUR AMANCIO DA SILVA

CPF: 116.646.074-63

Data de nascimento: 29/12/1998

Estado civil: Não Informado

Sexo: Masculino

Estado físico: Ileso

Usava cinto de segurança: Ignorado

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional

Categoria: AB

Data primeira habilitação: 13/09/2017

Nº Registro: 06914707145

UF: RN

Data de vencimento da habilitação: 12/09/2018

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: 15

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Resultado: 0

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: RUA PROFESSORA DJANIRA MOURA CJ PQ DOS COQUEIROS, 226 - CASA, N S DA

Telefone/email: 84 99898-7078/NÃO INFORMADO



Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por MEDEIROS ROCHA, matrícula 1969342, Policial Rodoviário Federal, em 01/09/2018, às 05:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18050269B01 e o número de controle 500E3A3A583DFC2A6735BE327D714B





MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18050269B01



PRF

V2



CONDUTOR

JOSIMAR LUIZ GRACIANO

Placa do veículo: Não Se Aplica

Marca/modelo:

Envolvimento: Condutor

Nome: JOSIMAR LUIZ GRACIANO

CPF: 701.545.544-72

Data de nascimento: 21/05/1967

Estado civil: Casado(a)

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: NÃO APLICÁVEL

Usava capacete: Não

Informações complementares: RELATO DE PROVÁVEL FRATURA DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Não Habilitado

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não **Resultado:** 0

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: RUA JARDIM DAS FLORES, 189, GOLANDIM, SAO GONCALO DO AMARANTE/RN

Telefone/email: 84 98745-6721/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por MEDEIROS ROCHA, matrícula 1969342, Policial Rodoviário Federal, em 01/09/2018, às 05:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18050269B01 e o número de controle 500E3A3A583DFC2A6735BE327D714B



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18050269B01

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / GM/PRISMA MAXX

Placa: NNM7046

Nome do agente: MEDEIROS ROCHA

Nº BOAT: 18050269B01

Matrícula do agente: 1969342

Data: 31/08/2018

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

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por MEDEIROS ROCHA, matrícula 1969342, Policial Rodoviário Federal, em 01/09/2018, às 05:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18050269B01 e o número de controle 500E3A3A583DFC2A6735BE327D714B





MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18050269B01



PRF

Item	Descrição do Item	SIM*	NÃO**	NA***
20	Assoalho central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X	
22	Longarina dianteira direita		X	

Total geral (SIM + NA): 0

Dimensão da monta: Pequena

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por MEDEIROS ROCHA, matrícula 1969342, Policial Rodoviário Federal, em 01/09/2018, às 05:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18050269B01 e o número de controle 500E3A3A583DFC2A6735BE327D714B





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: J2018027002944 1.2 Data de Expedição: 15/10/2018 13.06.18
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO 1.4 Ligu CLOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 31/08/2018 07.32.00 2.2 Autoria: Desconhecida
2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Outros
2.6 Tipo do local: Via Pública 2.7 Logradouro: AVENIDA TOMAZ LANDIN
2.8 Número: S/N 2.9 CEP:
2.10 Complemento: 2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: AMARANTE 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: JOSIMAR LUIZ GRACINIANO 3.2 Estado civil: Casado(a)
3.3 Nome Social: 3.4 Pai: EXPEDITO GRACIANO
3.5 Etnia: Branca 3.6 Mãe: ZULMIRA DE MELO
3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 Orientação Sexual: Heterossexual
3.9 CPF: 3.10 Identidade de Gênero: Cisgenero
3.11 Nacionalidade: 3.12 Data de Nascimento: 21/05/1967
3.13 Profissão: AUXILIAR DE MECÂNICO 3.14 RG: 875220 - ITEP/RN
3.15 Telefone(s): 84 986355286 3.16 Passaporte:
3.17 Número: 189 3.18 Naturalidade: ANGICOS/RN
3.19 Bairro: GOLANDIM 3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.22 Logradouro: RUA JARDIM DAS FLORES
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) (NÃO FORAM INCLuíDOS VEÍCULOS)

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

QUE O DECLARANTE VEIO ATÉ A ESTA DELEGACIA INFORMAR QUE NO DIA , HORA, E LOCAL SUPRA, SOFREU UM ACIDENTE ONDE UM CARRO DA GM, MODELO:PRISMA MAXX/2008, PLACA NNM7046, CONDUZIDO PELO SR. LUCAS ARTUR AMANCIO DA SILVA, CONFORME CONSTA NO DOCUMENTO DA PRF QUE O DECLARANTE TEM; QUE, O DECLARANTE ESTAVA EM SUA BICICLETA E SOFREU UMA COLISÃO TRASEIRA, ONDE O DECLARANTE CAIU E SOFREU UM DESLOCAMENTO DO OMBRO E FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL; QUE, ALGUÉM QUE ESTAVA NO LOCAL DO ACIDENTE LIGOU PARA A SAMU; QUE, O DECLARANTE FOI ATENDIDO PELA SAMU NA OCORRÊNCIA DE Nº 85307/1, CONFORME DECLARAÇÃO QUE ESTA COM A VÍTIMA; QUE, O DECLARANTE FOI LEVADO PARA O HOSPITAL WOLFREDO GURGEL ONDE DEU ENTRADA E SEGUIU PARA O HOSPITAL DIOCLÉCIO MARQUES EM PARNAMIRIM/RN, POIS NÃO TINHA ANESTESISTA NO HOSPITAL WOLFREDO GURGEL; QUE, CHEGANDO NO HOSPITAL DIOCLÉCIO MARQUES O DECLARANTE DEU ENTRADA DIA 31/08/2018 ONDE COLOCARAM O OMBRO NO LUGAR, E FOI FEITO A CIRURGIA NO DIA 06/09/2018, PELO DR. MARCELO NÓBREGA DA ROCHA, CRM 3522, CONFORME LAUDO QUE SE ENCONTRA COM O DECLARANTE; QUE, NO DIA 07/09/2018 O DECLARANTE TEVE ALTA DO HOSPITAL DIOCLÉCIO MARQUES;QUE, ESTE BOLETIM TEM A FINALIDADE DE REQUERER O SEGURO DPVAT, PARA AS PROVIDÊNCIAS LEGAIS FORMALIZA A PRESENTE OCORRÊNCIA.

9.2 Informações do CLOSP

10. COMPLEMENTOS

Data do Complemento: 16/10/2018
Usuário: 1692631 - SEVERINO BEZERRA GALVÃO
Complemento: COMPARECEU A ESTA DP A PESSOA ACIMA CITADA PARA ACRESCENTAR ALGUNS DADOS QUE FALTARAM NESSE B.O COMO CPF 701.545.544-72.CEP 59.295-850,NACIONALIDADE BRASILEIRA, PONTO DE REFERENCIA MADEIREIRA ALIANÇA PRÓXIMO AO NORDESTÃO DE IGAPO.

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data 15/10/2018 13.06.18

Severino B. Galvão
Agente de Polícia Civil
Mat. 169.263-1

Policial

Interessado

MARCELO NÓBREGA DA ROCHA

Polegar direito

Atendimento: 2201321 - ALEXANDRE WAGNER DE CARVALHO PEREIRA
Impresso por: 1692631 - SEVERINO BEZERRA GALVÃO em 16/10/2018 10:09:22

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

J2018027002944

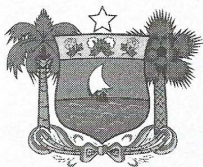
Protocolo: J2018027002944 - Código de autenticação: 7e73e1de7aa7d926967753340e69e50

Página 1 1



Assinado eletronicamente por: MARCELO SILVA FARIAS - 28/05/2019 18:00:28
https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052817533240500000042056828
Número do documento: 19052817533240500000042056828

Num. 43497918 - Pág. 1



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



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessário, que foi encontrado a ocorrência Nº 85307/1 referente ao paciente **JOSEMAR LUIZ GRACIANO**, 51 anos atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 31/08/2018 em São Gonçalo do Amarante/RN. Conforme ficha anexa.

Natal, 17 de janeiro de 2019.

Ubiratan Wagner de Sousa
Coordenador da Regulação Médica do SAMU 192 RN
MAT.210991-3



SAMU 192 RN

END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 - BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545 - FONE: 84 3209-5321



Observação do Apoio:

CONDUTA

☒ Remoção

Conduta Médico Regulador:

31/08/2018 07:58:35 - CLÁUDIO AUGUSTO CÂMARA DE MACEDO

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO TRASEIRA, COM FRATURA FECHADA EM BRAÇO DIREITO 1/3 MEDIO SUPERIOR, TORAX, ABDOME PRESERVADO
PROTOCOLO DE TRAUMA QTI CLOVIS SARINHO

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

☐ Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL (NP) - HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGE ▾

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE -- ▾

H. ligação ao serv prop.:

_: _

F:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

☐ Vaga Negada

☐ Vaga Zero

Motivo da entrada:

▾

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

//_: _

Ass:

ACIDENTE DE TRABALHO?

☐ Sim ☒ Não

VIOLENCIA A VULNERÁVEIS?

☐ Sim ☒ Não



FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 85307/1

Data: 31/08/2018

CHAMADO

TARM: WANESSA GUSTAVO DO NASCIMENTO

Médico Regulação: CLÁUDIO AUGUSTO CÂMARA DE MACEDO

Rádio Operador: MIRYAM VIANA DA SILVA

Médico Cena: CLÁUDIO AUGUSTO CÂMARA DE MACEDO

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 57 (SANTA CRUZ)

Equipe VTR: EDNARD SOARES DE QUEIROZ - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
ALMIR GOMES REIS - TECNICO DE ENFERMAGEM☒ REGULAÇÃO
MEDICA☐ TROTE☐ INFORMAÇÃO☐ ENGANO☐ QUEDA DA
LIGAÇÃO☐ CONTATO COM EQUIPE
SAMU☐ TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE

Nome do Solicitante: LUCAS

Telefone: (84) 8885-9111

Nome do Paciente:

JOSIMAR LUIZ GRACIANO

Idade: *

50 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

☐ Endereço não informado☐ Coordenadas Informadas

Latitude: -5.7707712 Longitude: -35.2678075

Endereço: AV TOMAZ LANDIN

Nº:

Bairro:

Outro Bairro: AMARANTE

Referência/Complemento: SENTIDO CEARA MIRIM , PX MADEIREIRA ALIANCA, ANTES DO NORDESTAO

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Observações Rádio Operador: PCTE AOS CUIDADOS DR MARCELO - PSCS.

Queixa Primária: ACIDENTE DE MOTO

Quem Solicitou:

Distância do paciente:

Local:



Histórico Regulação Médica:

31/08/2018 06:30:32 - Dr(a). CLÁUDIO AUGUSTO CÂMARA DE MACEDO

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X BICICLETA

REGULAÇÃO: PACIENTE VITIMA DE COLISÃO CARRO X BIKE , 1 PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO COM DOR EM OMBRO , LIGEIRA ESCORIAÇÃO EM REGIÃO SUPRACILIAR

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: AMARELO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 2

31/08/2018 07:09:12 - Dr(a). CLÁUDIO AUGUSTO CÂMARA DE MACEDO

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X BICICLETA

REGULAÇÃO: SOLICITEI VIATURA SER LIBERADA AS 06:28 , COMOÇÃO SOCIAL GRANDE , VARIOS SOLICITANTES AGRESSIVOS COM OS MEDICOS REGULADORES , SOLICITEI O ENVIOVARIAS VEZES , E AS 07:04 A VIATURA NÃO FOI ENVIADA (TROCA DE PLANTAO ????) ALTERO COD 2 PARA COD 3 - POR COMOÇÃO SOCIAL CONFORME PORTARIA 2048 E 2010-10

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 31/08/2018 06:31:43 Usuário: (RADIO OPERADOR) MIRYAM VIANA DA SILVA

Observação: Controle de frota: NO MOMENTO SEM USB DISPONIVEL, HORÁRIO DE TROCA DE EQUIPES.

Data: 31/08/2018 06:34:45 Usuário: (RADIO OPERADOR) MIRYAM VIANA DA SILVA

Observação: Controle de frota: ENFO ADM ACIONADO PARA AGILIZAR EQUIPE PARA SEGUIR PARA OC.

Data: 31/08/2018 06:38:10 Usuário: (TARM) LEYDE DAIANA SOARES FERREIRA

Observação: SEGUNDA SOLICITANTE NAYARA 98026296 *

Data: 31/08/2018 06:53:22 Usuário: (TARM) LEYDE DAIANA SOARES FERREIRA

Observação: TERCEIRO SOLICITANTE RAFAEL 99904 1515 SOLICITA FALAR COM O MR INFORMANDO QUE ESTA IMOBILIZANDO O PACIENTE E QUE NÃO AGUENTA MAIS * MR CIENTE

Data: 31/08/2018 06:56:45 Usuário: (TARM) MARIA DA CONCEIÇÃO BEZERRA DANTAS

Observação: LUCAS

Data: 31/08/2018 07:07:11 Usuário: (MÉDICO) CLÁUDIO AUGUSTO CÂMARA DE MACEDO

Observação: SOLICITEI VIATURA SER LIBERADA AS 06:28 , COMOÇÃO SOCIAL GRANDE , VARIOS SOLICITANTES AGRESSIVOS COM OS MEDICOS REGULADORES , SOLICITEI O ENVIOVARIAS VEZES , E AS 07:04 A VIATURA NÃO FOI ENVIADA (TROCA DE PLANTAO ????) ALTERO COD 2 PARA COD 3 - POR COMOÇÃO SOCIAL CONFORME PORTARIA 2048 E 2010-10

Data: 31/08/2018 07:09:45 Usuário: (RADIO OPERADOR) MIRYAM VIANA DA SILVA

Observação: Controle de frota: USB57 FOI ACIONADA SAINDO DA BASE.

Data: 31/08/2018 08:01:32 Usuário: (TARM) WANEISSA GUSTAVO DO NASCIMENTO

Observação: REGULADO COM DR FERNANDO REIS, POLITRAUMA (CLOVIS SARINHO).

Data: 31/08/2018 08:02:46 Usuário: (RADIO OPERADOR) MIRYAM VIANA DA SILVA

Observação: Controle de frota: H SAIDA LOCAL: 08:02

Data: 31/08/2018 09:21:51 Usuário: (RADIO OPERADOR) MIRYAM VIANA DA SILVA

Observação: Controle de frota: PCTE AOS CUIDADOS DR MARCELO - PSCS.

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:	Regulação Médica:	Solicitação VTR:	Saída VTR:	Chegada Local:
31/08/2018	31/08/2018	31/08/2018	31/08/2018	31/08/2018
06:28:21	07:09:12	07:07:19	07:12:04	07:32:00
Saída Local:	Chegada Destino:	Liberação Destino:	Liberação VTR:	
31/08/2018	31/08/2018	31/08/2018	31/08/2018	
08:00:00	08:54:00	10:14:51	10:14:53	





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DR. DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA



Paciente: JOSIMAR LUIZ GRACIANO
Data: 02/09/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO ESQUERDO

Foram obtidas imagens por aquisição volumétrica *multislice*, sem a administração endovenosa de contraste, com reformatações multiplanares e reconstruções tridimensionais.

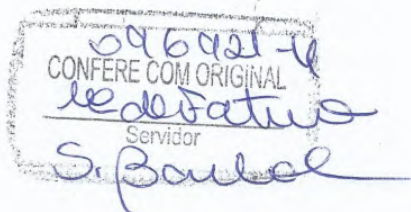
Fratura cominutiva da tuberosidade maior do úmero.

Demais estruturas ósseas de forma conservada, sem sinais de fraturas.

Articulações glenoumeral e acromioclavicular de contornos regulares.

Planos musculares sem alterações tomográficas.

Laudo gerado: 02/09/2018 14:35. Para baixar uma cópia, acesse <https://validar.wbsrad.com.br/>, utilize data/hora e a chave: IIWXOaqj.



Marcel Dantas de Sousa.

Laudado Por:

Marcel Dantas de Sousa
CRM-RN 4557 / RADIOLOGISTA

Rua Dr. Sadi Mendes, S/N - Santos Reis - Pamamirim/RN - (84) 3644-6491

Pag. 1 de 1



JOSIMAR LUIZ GRACIANO , : DX from 31/08/2018



JOSIMAR LUIZ GRACIANO , : DX from 31/08/2018





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os fins que se fizerem necessários,

que o (a) Sr. (a) Isabela Lore Bucarin foi examinado

(a) nesta Unidade de Saúde às 7:00 horas,

Necessitando de 60 (seisenta) dias de

afastamento do trabalho por motivo de moléstia classificada no C.I.D. com

nº 3.422, a partir da presente data.

Bruno W. Wanderley Pamamirim/RN 07 / 09 / 18
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5701
Médico / CRM





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

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

JOSIMAR LUIZ GRACIANO

6- NUMERO DO PRONTUÁRIO

162191

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

700 2074 5161 2328

8- DATA DE NASCIMENTO

21/05/1967

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/COR

11- NOME DA MÃE

ZULMIRA DE MELO

12- TELEFONE DE CONTATO

98745-6721

13- NOME DO RESPONSÁVEL

MARINEIDE MARQUES DA SILVA (ESPOSA)

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA JARDIM DAS FLORES, 189

16- MUNICÍPIO

SAO GONÇALO DO AMARANTE

17- BAIRRO

GOLANDIM

18- UF

RN

19- CEP

59295-850

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

nao a ver

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

nao a ver

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

1

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

nao a ver

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

nao a ver

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

nao a ver

() CNS () CPF

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Jessé de Moura Neto

31/08/18

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- () ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

096 922-4
CONFERE COM ORIGINAL
de Fátima
Servidor
S. Paulo



Assinado eletronicamente por: MARCELO SILVA FARIAS - 28/05/2019 18:00:32

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052817580741200000042057022>

Número do documento: 19052817580741200000042057022



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA ORTOPEDIA		REGULAÇÃO WALFREDO GURGEL	
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO 162191	
DATA 31/08/2018	HORA 14:25	CATEGORIA	GIH
PACIENTE JOSIMAR LUIZ GRACIANO		DATA DE NASCIMENTO 21/05/1967	
ESTADO CIVIL CASADO		PROFISSAO SERVENTE	
ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA JARDIM DAS FLORES, 189			
MUNICIPIO SAO GONÇALO DO AMARANTE	BAIRRO GOLANDIM	UF RN	CEP 59295-850
LOCAL DE TRABALHO		TELEFONE	
FILIAÇÃO ZULMIRA DE MELO		EXPEDITO GRACIANO	
RESPONSÁVEL MARINEIDE MARQUES DA SILVA (ESPOSA)		TELEFONE 98745-6721	
ENDEREÇO O MESMO			
DIAGNOSTICO PROVISORIO			
DIAGNOSTICO DEFINITIVO			

DATA DE ADMISSÃO
31/08/18

ALTA

07/09/18

OBITO

HISTORIA CLINICA

ITU crônica de meses do GMDT (P)

Jesse de Moura L. Neto
Ortopedia - Traumatologia
CRM-6718096921-4
CONFERE COM ORIGINALde Salazar
Servidor

S. Bauler



Nel-Zulmira de Melo.
solteiro do Sees - ? obs: não tem.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA

PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 074

NOME:

IDADE:

COR:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

NATURALIDADE:

PROFISSÃO:

PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CIDADE:

DATA:

HORA:

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)

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL



Assinado eletronicamente por: MARCELO SILVA FARIAS - 28/05/2019 18:00:32

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052817580741200000042057022>

Número do documento: 19052817580741200000042057022

Num. 43498124 - Pág. 3

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

Ao como encaminhado para Residência

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE Jesse de Moura L. Neto Ortopedia - Traumatologia CRM - 6718	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____ ENTREGUE À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____ S.V.O. <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
MÉDICO (Carimbo)		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



ENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

AMNESE

Prontidão física com CARA - Mucosa com Tumor
Oral e

XAME FÍSICO

Respiração + m.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

RX Ombro e M. Axilar

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

TIPOIS

Enc. Deonês Soares Dias
Médico

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☒

À Revelia ☐

Transferido para: Hospital Boas Novas

ÓBITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

DATA:

HORA:





Hospital

Nome do paciente

JOSIMAR LUIZ GRACIANO

Nº prontuário

Data operação 06/09/18 Enf. Leito
Operador DR. MARCELO NOBREGA 1º auxiliar DR. DIOGO
2º auxiliar 3º auxiliar Instrumentador
Anestesista Tipo de anestesia
Diagnóstico pré-operatório

FRATURA DE ÚMERO 1/3 PROXIMAL ESQUERDO

Tipo de operação TRAT. CIRÚRGICO DE FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

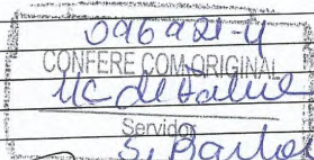
Acidente durante a operação

ESQUEMA

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. PACIENTE EM DDH DORSAL APÓS ANESTESIA.
2. ASSESPIA E ANTISSEPSIA, COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS.
3. REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM 01 PARAFUSO 4,5 E 01 ARRUELA
4. LIMPEZA COM SF 0,9%.
5. CURATIVO ESTÉRIL.
6. TIPÓIA.
7. CRO.
8. RX DE CONTROLE.



Marcelo Nobrega Rocha
TEOT 6433 / CRM 3522



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital						Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Nome <i>Josimar Jung Brazão</i>								
Nome <i>MOML</i>						Idade <i>51</i>	Sexo <i>M</i>	Cor
Data <i>06/09/18</i>	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso <i>82</i>	Outros		
Tipo sanguíneo	Hematias	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia			
Urina								
Ap. respiratório <i>ok</i>							Asma <i>No</i>	Bronquite <i>No</i>
Ap. circulatório <i>superfuso</i>							Eletrocardiograma <i>ok</i>	
Ap. digestivo <i>sem ok</i>			Dentes	Pescoço	Ap. urinário			
Estado mental <i>orientado</i>			Ataracicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores		
Diagnóstico pré-operatório							Estado físico	Risco
Anestesias anteriores								
Medicação pré-anestésica						Aplicada às	Efeito	
Agentes Anestésicos								
Líquidos	<i>RL 500 ml 14:00 14:40</i>							
<input checked="" type="checkbox"/> P Pulso	<input type="checkbox"/> O Resp.	<input checked="" type="checkbox"/> Anest.	<input type="checkbox"/> Oper	Gráfico de monitorização				
<p>SÍMBOLOS: <i>(X) Monitorização + relaxantes de venodilatação MSD.</i></p> <p>ANOTAÇÕES: <i>Exatidão o cuidado, constante e orientado, estável hemodinâmica.</i></p> <p>POSIÇÃO: <i>1</i></p> <p>Agentes: <i>Agente 1 - Propofol 1% / Agente 2 - Fentanyl 50 mcg / Agente 3 - Halotano 3%</i></p> <p>Técnica: <i>Intubação orotraqueal com videolaringoscopia</i></p> <p>Operação</p> <p>Cirurgiões</p> <p>Anestesistas: <i>Sérgio Bezerra</i></p> <p>Observações</p>								
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias								



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Primar Luiz Graciano Idade: 54a D/N: 21/05/1964
 Pront.: 16292 Município: S.G. de Itamaracá Procedência: (X) Interno () Externo
 Data da cirurgia: 06/09/18 Hora Admissão: Bloco: 10:40 Sala: Hora Saída: Peso:
 Alergias: (X) Não () Sim Comorbidades: (X) HAS () DM () Outras
 Uso de medicações: () Não () Sim Jejum: () Não (X) Sim
 SSW Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm FL: rpm FC: bpm SpO2: % T: °C

Enfermeiro(a): Bidione Instrumentador(a): plene cristina Circulante: Bidione

Cirurgia: TT cirurgia de FT de novo máxima Especialidade: Otolaring Sala:
 Hora Início: 14:15 Hora Término: 14:35 Tipo de cirurgia: (X) Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
 1º Cirurgião: Dr. Moreira Aux.: Dr. Diogo Residente:

Anestesia: () Local (X) Sedação () Geral TOT: () Bloqueio () Raquidiana Ag. nº () Peridural () c/cateter () s/cateter
 Ag. nº Cateter nº: Início: 14:00 Garrote: () Smarch () Pneumático Início: Término:
 Anestesiologista: Dr. Sérgio

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

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>81</u>	<u>69</u>	<u>70</u>	Bpm
Pulso	<u>81</u>	<u>69</u>	<u>70</u>	Bpm
Oximetria	<u>99</u>	<u>99</u>	<u>99</u>	%
Capnografia	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	%
PA	<u>165 X 99</u>	<u>165 X 99</u>	<u>168 X 92</u>	mmHg

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

☐ 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

☐ Hemograma ☐ Gasometria

☐ Coagulograma ☐ Outros

☐ Tipagem Sanguínea ☐ Glicosimetria:

☐ Radioscopia (Raio X)

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

(X) Sim () Não (X) Metal () Descartável

Local:

DEGERMAÇÃO **TRICOTOMIA**

(X) Sim () Não () Sim (X) Não

Local: HS Solução: clorox Local: 096921-4

IMPLANTE CIRÚRGICO **CONFERE COM ORIGINAL**

Drenos:

Tela: Servidor

Cateter:

Ostomia:

Fio de KC: Parafuso - tipo: 45 + 1/2

Placa - Tipo:

Outros:

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO

Caixa cirúrgica: 1661 + 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100 Quant. Material:

Val.: 120918 Contagem de gaze e compressa: (X) Não () 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: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

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

ANATOMO PATOLÓGICO

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

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

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

INTERCORRÊNCIAS: medicação preparada e administrada pelo enfermeiro. procedimento de intubação, segue encaminhado ao C.O.

Ass: Reg. Celidiane Coren: 410093

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 () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: _____

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

Hora: 15:00 Data: 06/09/18 Nível de consciência: (X) Acordado () Sonolento () Narcose (X) Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O₂ () O₂ Ambiente
Mobilização MMII: (X) Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: (X) Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não (X) Sim Tipo: AVP Local: MSD Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
Curativo: () Oclusivo () Descoberto (X) Limpo () Sujo Monitorização: () ECG () Oxímetro () PA

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

Relate:

SINAIS VITAIS

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão		<u>65</u>			<u>97</u>	
30'						
60'						
Alta						

Líquidos administrados na URPA:

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

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: Paciente admitido no UPA, em O2 amb. ECG, deu queixa. Encaminhado a C.O.

Ass: Reg. Celidiane Coren: _____





Hospital

Nome do paciente

Jocimar Wl2 GARCIA

Nº prontuário

Data operação

31/08/18

Enf.

Leito

Operador

Uai/Alcides

1º auxiliar

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Tipo de operação

Foot. luxação de ombro Esp

Diagnóstico pós-operatório

Redução manobra por artroscopia

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

Parede em decúbito dorsal por artroscopia
Artroscopia M redução, tipo 12

Rx de controle pós-redução

D. Uai/Alcides
31 AGO. 2018096921-4
UNFENE COM ORIGINAL
M. de Farias
Servidor
S. Paulo

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Josimar Luiz Graciano Idade: 51 D/N: 21 / 05 / 1967
Pront.: 762197 Município: S. Gonçalo de Amaral Procedência: (X) Interno () Externo
Data da cirurgia: 31 / 08 / 18 Hora Admissão: Bloco: _____ Sala: _____ Hora Saída: _____ Peso: _____
Alergias: (X) Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras _____
Uso de medicações: (X) Não () Sim Jejum: () Não (X) Sim
SSW Admissão: PA: _____ mmHg Pulso: _____ bpm FL: _____ rpm FC: _____ bpm SpO2: _____ % T: _____ °C

Enfermeiro(a): LIDIA Instrumentador (a): _____ Circulante: SAYONARA GUILHERME
Cirurgia: REDUÇÃO INCUVENTA DE ORBITO ESQUERDO Especialidade: ORTOPEDIA Sala: 03
Hora Início: 14:33 Hora Término: 14:38 Tipo de cirurgia: () Eletiva (X) Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: DR. UAI Aux.: DR. NICHIA F. Residente: _____

Anestesia: () Local (X) Sedação () Geral TOT: _____ () Bloqueio () Raquidiana Ag.nº _____ () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag.nº _____ Cateter nº: _____ Início: _____ Garrote: () Smarch () Pneumático Início: _____ Término: _____
Anestesiologista: DR. THIAGO BASTOS

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

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>78</u>	<u>81</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	Bpm
Pulso	<u>77</u>	<u>80</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	Bpm
Oximetria	<u>98</u>	<u>99</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	%
Capnografia	—	—	<input checked="" type="checkbox"/>	%
PA	<u>120/70/165 mmHg</u>		<input checked="" type="checkbox"/>	mmHg

ACESSO 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

() Hemograma () Gasometria

() Coagulograma () Outros

() Tipagem Sanguínea () Glicosimetria

() Radioscopia (Raio X)

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

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

() Sim (X) Não () Metal () Descartável

Local: _____

DEGERMAÇÃO **TRICOTOMIA**

() Sim (X) Não () Sim (X) Não

Local: _____ Solução: _____ Local: _____

IMPLANTE CIRÚRGICO

Drenos: _____

Tela: _____

Cateter: _____

Ostomia: _____

Fio de KC: _____

Placa - Tipo: _____

Outros: _____

Parafuso - tipo: _____

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO

Caixa cirúrgica: _____ Quant. Material: _____

Val.: _____ Contagem de gaze e compressa: (X) Não () 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: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

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

ANATOMO PATOLÓGICO

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

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

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

INTERCORRÊNCIAS: MEDICAÇÕES PREPARADAS E ADMINISTRADAS PELO ANESTESISTA.
TA. PROCEDIMENTO CONCLUÍDO SEM INTERCORRÊNCIAS

Ass: Sayonara Coren: 504067

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 () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: URPA

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

Hora: 15:00 Data: 31/10/2019 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: IVP Local: MSB Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
Curativo: ☒ Oclusivo () Descoberto ☒ Limpo () Sujo Monitorização: () ECG ☒ Oxímetro ☒ PA

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

Relate: _____

SINAIS VITAIS

Líquidos administrados na URPA:

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão		82	100/60	24	96	
30'						
60'						
Alta		80	100/60	20	96	

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

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:

16:15 Recebido da SO de 1 de líquido de retorno, sem
do de náuseas ou vômitos. Os sinais vitais SSV
16:15 Recebido da SO de 1 de líquido de retorno + Arterial
em resposta a alteração da monitorização

Ass: Fernando Coren: 104015





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DR. DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA



Paciente: JOSIMAR LUIZ GRACIANO
Data: 02/09/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO ESQUERDO

Foram obtidas imagens por aquisição volumétrica *multislice*, sem a administração endovenosa de contraste, com reformatações multiplanares e reconstruções tridimensionais.

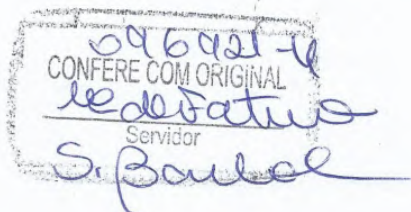
Fratura cominutiva da tuberosidade maior do úmero.

Demais estruturas ósseas de forma conservada, sem sinais de fraturas.

Articulações glenoumeral e acromioclavicular de contornos regulares.

Planos musculares sem alterações tomográficas.

Laudado gerado: 02/09/2018 14:35. Para baixar uma cópia, acesse <https://validar.wbsrad.com.br/>, utilize data/hora e a chave: IIWXOaqj.



Marcel Dantas de Sousa.

Laudado Por:

Marcel Dantas de Sousa
CRM-RN 4557 / RADIOLOGISTA

Rua Dr. Sadi Mendes, S/N - Santos Reis - Pamamirim/RN - (84) 3644-6491

Pag. 1 de 1



Assinado eletronicamente por: MARCELO SILVA FARIAS - 28/05/2019 18:00:34

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052817584443000000042057051>

Número do documento: 19052817584443000000042057051

Num. 43498154 - Pág. 3