



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          |
|---|--|
| <b>JOSIMA LUIS GRACIANO (AUTOR)</b>                               | <b>MARCELO SILVA FARIAS (ADVOGADO)</b> |
| <b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)</b> |  |

**Documentos**

| Id.       | Data da Assinatura | Documento  | Tipo                       |
|-----------|--------------------|--|----------------------------|
| 43497 533 | 28/05/2019 18:01   | <a href="#"><u>Petição Inicial</u></a>                       | Petição Inicial            |
| 43497 788 | 28/05/2019 18:01   | <a href="#"><u>Petição Inicial</u></a>                       | Outros documentos          |
| 43497 655 | 28/05/2019 18:01   | <a href="#"><u>1 - Procuração</u></a>                        | Procuração                 |
| 43497 693 | 28/05/2019 18:01   | <a href="#"><u>2 - Identidade</u></a>                        | Documento de Identificação |
| 43497 817 | 28/05/2019 18:01   | <a href="#"><u>3 - Endereço</u></a>                          | Outros documentos          |
| 43497 887 | 28/05/2019 18:01   | <a href="#"><u>4 - BOAT - PRF</u></a>                        | Documento de Comprovação   |
| 43497 918 | 28/05/2019 18:01   | <a href="#"><u>5 - BO</u></a>                                | Documento de Comprovação   |
| 43497 968 | 28/05/2019 18:01   | <a href="#"><u>6 - SAMU</u></a>                              | Documento de Comprovação   |
| 43498 099 | 28/05/2019 18:01   | <a href="#"><u>7 - Tomografia do ombro</u></a>               | Documento de Comprovação   |
| 43498 061 | 28/05/2019 18:01   | <a href="#"><u>8 - Atestado médico</u></a>                   | Documento de Comprovação   |
| 43498 124 | 28/05/2019 18:01   | <a href="#"><u>9 - Demais documentos médicos Parte1</u></a>  | Documento de Comprovação   |
| 43498 134 | 28/05/2019 18:01   | <a href="#"><u>10 - Demais documentos médicos Parte2</u></a> | Documento de Comprovação   |
| 43498 154 | 28/05/2019 18:01   | <a href="#"><u>11 - Demais documentos médicos Parte3</u></a> | Documento de Comprovação   |

Segue em anexo.



Assinado eletronicamente por: MARCELO SILVA FARIAS - 28/05/2019 18:00:22  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052818002161500000042056466>  
Número do documento: 19052818002161500000042056466

Num. 43497533 - Pág. 1

**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 procura 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 DPVAT 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 despender 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 anexo, 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 literam*:

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. 2<sup>a</sup> 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, digne-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**



*A injustiça num lugar qualquer é uma ameaça à justiça em todo o lugar.*  
Martin Luther King

## 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 FARIA, 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

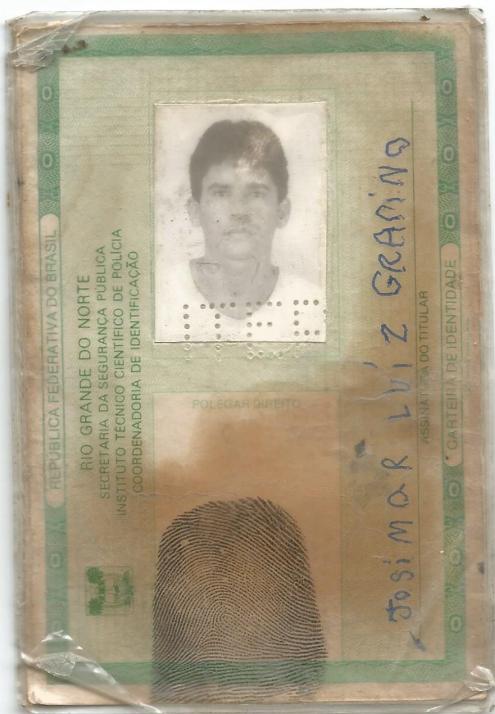
Rua Sapucaí, 179, Golandim, São Gonçalo do Amarante/RN – CEP 59296-093  
(84) 98762 – 2378 | [marcelosilvafarias@gmail.com](mailto:marcelosilvafarias@gmail.com) | [facebook.com/MarceloAdvocacia](http://facebook.com/MarceloAdvocacia)



Assinado eletronicamente por: MARCELO SILVA FARIA - 28/05/2019 18:00:24  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052817473178100000042056579>  
Número do documento: 19052817473178100000042056579

Num. 43497655 - Pág. 1





Assinado eletronicamente por: MARCELO SILVA FARIAS - 28/05/2019 18:00:25  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052817483323900000042056617>  
Número do documento: 19052817483323900000042056617

Num. 43497693 - Pág. 2

| SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO  |                               |                                    |                     |             |     |     |                           |
|--|-------------------------------|------------------------------------|---------------------|-------------|-----|-----|---------------------------|
| Av. Coronel Estevam Moura, 30 - Centro - São<br>Gonçalo do Amarante/RN - CEP: 59291-550  |                               |                                    |                     |             |     |     |                           |
| CNPJ: 08.451.635/0001-17 - FONE: (84) 3278-2290  |                               |                                    |                     |             |     |     |                           |
| www.saaesgarn.com.br   |                               |                                    |                     |             |     |     |                           |
| INSCRIÇÃO<br><b>0012237.3</b>  | CLASSE<br>PAR                 | TARIFA<br>S-M                      | ECONOMIAS<br>RES 01 | IND         | PÚB | OUT | MÊS/FAT<br><b>11/2018</b> |
| HIDRÔMETRO<br>A15G212981   | INSTALAÇÃO<br>12/12/16        | LOCALIZAÇÃO<br>00.12.13.0000006705 | FATURA<br>180340172 |             |     |     |                           |
| IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR  |                               |                                    |                     |             |     |     |                           |
| JOSIMAR LUIZ GRACIATO<br>RUA JARDIM DAS FLORES 189 , GOLANDIM<br>CEP: 59.295-850 SAO GONCALO DO AMARANTE-RN  |                               |                                    |                     |             |     |     |                           |
| SERVIÇOS E TARIFAS   |                               |                                    |                     |             |     |     |                           |
| COD  | DESCRÍÇÃO                     | 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<br>ANTERIOR...: 365  | DATA<br>17/10/18              | 15                                 | 15                  | 17          | 17  | 19  | 18                        |
| ATUAL.....: 382  | 17/11/18                      |                                    |                     |             |     |     | 17                        |
| CONSUMO...: 17   | DIAS:30                       |                                    |                     |             |     |     |                           |
| LEITURISTA: 32   | OCO:00                        |                                    |                     |             |     |     |                           |
| MÉDIA: 16 m <sup>3</sup>   |                               | MAI                                | JUN                 | JUL         | AGO | SET | OUT NOV                   |
| PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUIDA   |                               |                                    |                     |             |     |     | PERÍODO: A                |
| RESERVATÓRIO 00-   | PADRÃO                        | TOTAL                              | ANÁLISE             | VALOR MÉDIO |     |     |                           |
|  |                               |                                    |                     |             |     |     |                           |
| PARABENS! O SAAE AGRADECE SUA PONTUALIDADE   |                               |                                    |                     |             |     |     |                           |
| VENCIMENTO   | <b>23/12/2018</b>             | VALOR R\$                          | <b>53,03</b>        |             |     |     |                           |
| AGENTE ARRECADADORES, COSERN SERVIÇOS,<br>CAIXA ECONOMICA FEDERAL,PAGFACIL E CORREIOS.<br>O SAAE ESTÁ ATUALIZANDO OS DADOS CADASTRAIS<br>DOS USUARIOS. PROCURE NOSSOS ESCRITORIOS. |                               |                                    |                     |             |     |     |                           |
| CONSUMIDOR   |                               |                                    |                     |             |     |     |                           |





Ministério da Justiça e Segurança Pública  
Polícia Rodoviária Federal

## Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito



**PRF**



**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 TRÂNSITO 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 ETILOMÉTRO, E AMBOS OS RESULTADOS NÃO ACUSARAM INGESTÃO DE ÁLCOOL.



Assinatura  
eletônica

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**



SENTO CRESCENTE



SENTO DECRESCENTE

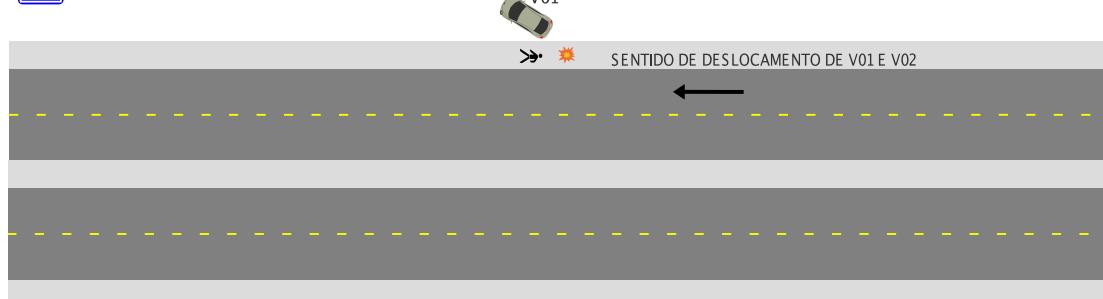
**CROQUI DA CENA DO ACIDENTE**



VELOCIDADE REGULAMENTAR V01/V02: 50KM/H

COLISÃO TRASEIRA

Local parcialmente preservado



PARNAMIRIM/RN

EXTREMOZ/RN



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**

**V1**



**NNM7046**

**Placa:** NNM7046 - Registro Nacional

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

**Renavam:** 00982575092

**Chassi:** 9BGRM69809G190825

**Tipo de Veículo:** Automóvel

**Espécie/categoría:** 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  
eletônica

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**



TRACIONADOR

**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.



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**

**V1**



**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



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**



**JOSIMAR LUIZ GRACIANO**

CONDUTOR

**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





MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18050269B01**



**PRF**

**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 danificado no acidente |       |       |
|------|--|-----------------------------|-------|-------|
| Item | Descrição do Item                      | 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



Assinatura  
eletônica

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 manta:** 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 Ligou CIOSP: 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: Cisgênero  
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 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 WALFREDO GURGEL ONDE DEU ENTRADA E SEGUIU PARA O HOSPITAL DIOCLEÓPIO MARQUES EM PARNAMIRIM/RN, POIS NÃO TINHA ANESTESISTA NO HOSPITAL WALFREDO GURGEL; QUE, CHEGANDO NO HOSPITAL DIOCLEÓPIO 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 NOBRE DA ROCHA, CRM 3522, CONFORME LAUDO QUE SE ENCONTRA COM O DECLARANTE; QUE, NO DIA 07/09/2018 O DECLARANTE TEVE ALTA DO HOSPITAL DIOCLEÓPIO MARQUES; QUE, ESTE BOLETIM TEM A FINALIDADE DE REQUERER O SEGURO DPVAT, PARA AS PROVIDÊNCIAS LEGAIS FORMALIZA A PRESENTE OCORRÊNCIA.

**9.2 Informações do CIOSP**

**10. COMPLEMENTOS**

Data do Complemento: 16/10/2018  
Usuário: 1692631 - SEVERINO BEZERRA GALVÃO  
Complemento: COMPARCEU 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 IGAPÓ.

**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. 1692631  
Agente de Polícia Civil  
Mat. 1692631

JOSIMAR LUIZ GRACIANO

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

Protocolo: 42018027002944 - Código de autenticação: 7e73e1de7aa7d926997753340669650

Página 11

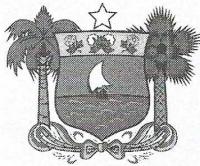


Assinado eletronicamente por: MARCELO SILVA FARIA - 28/05/2019 18:00:28

<https://pje1g.tjrn.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 N° 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.

Pl Waler Ferrini Sacilio

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



**SAMU 192 RN**



Assinado eletronicamente por: MARCELO SILVA FARIAS - 28/05/2019 18:00:29  
<https://pje.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052817542873800000042056877>  
Número do documento: 19052817542873800000042056877

Num. 43497968 - Pág. 1

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  
PROTÓCOLO DE TRAUMA QTI CLOVIS SARINHO

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL (NP) - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGE

F:

Recebido por:

Número do conselho:

Número da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE --

H. ligação ao serv prop.:

:

2

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



Assinado eletronicamente por: MARCELO SILVA FARIAS - 28/05/2019 18:00:29  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052817542873800000042056877>  
Número do documento: 19052817542873800000042056877

Num. 43497968 - Pág. 2

## 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

Telefone: (84) 8885-9111

Nome do Solicitante: LUCAS

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 MADEREIRA 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 SUPRACILIAL

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

Apóio:

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) WANESSA 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<br>06:28:21                 | 31/08/2018<br>07:09:12                     | 31/08/2018<br>07:07:19                      | 31/08/2018<br>07:12:04                  | 31/08/2018<br>07:32:00 |
| Saída Local:<br>31/08/2018<br>08:00:00 | Chegada Destino:<br>31/08/2018<br>08:54:00 | Liberado Destino:<br>31/08/2018<br>10:14:51 | Liberado VTR:<br>31/08/2018<br>10:14:53 |                        |



Assinado eletronicamente por: MARCELO SILVA FARIAS - 28/05/2019 18:00:29

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052817542873800000042056877>

Número do documento: 19052817542873800000042056877

Num. 43497968 - Pág. 4



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL DR. LEOCLÉCIO 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.

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

596021-7  
CONFERE COM ORIGINAL  
le de fatus  
Servidor  
S. Bautel

Marcel Dantas de Sousa.

Laudado Por:  
Marcel Dantas de Sousa  
CRM-RN 4557 / RADIOLOGISTA

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

Pag. 1 de 1



Assinado eletronicamente por: MARCELO SILVA FARIA - 28/05/2019 18:00:30  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052817572109200000042056997>  
Número do documento: 19052817572109200000042056997

Num. 43498099 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: MARCELO SILVA FARIAS - 28/05/2019 18:00:30  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052817572109200000042056997>  
Número do documento: 19052817572109200000042056997

Num. 43498099 - Pág. 2

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



Assinado eletronicamente por: MARCELO SILVA FARIAS - 28/05/2019 18:00:30  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052817572109200000042056997>  
Número do documento: 19052817572109200000042056997

Num. 43498099 - Pág. 3



## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os fins que se fizerem necessários,

que o (a) Sr. (a) Terezinha Cordeiro Guerreiro foi examinado

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

Necessitando de 60 ( Sezon ) dias de

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

nº 3.422, a partir da presente data.

*Bruno* Paramirim/RN 07 / 09 / 18  
Ortopedista *W. M. de Oliveira*  
CRM 5711  
\_\_\_\_\_  
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

4- CNES

HOSPITAL DE OCÉLIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

JOSIMAR LUIZ GRACIANO

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO  
162191

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

700 2074 5161 2328

8- DATA DE NASCIMENTO

21/05/1967

9- SEXO

MASCULINO

10- RACA/COR

11- NOME DA MÃE

ZULMIRA DE MELO

12- FONE DE CONTATO  
98745-6721

13- NOME DO RESPONSÁVEL

MARINEIDE MARQUES DA SILVA (ESPOSA)

14- FONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, N°)

RUA JARDIM DAS FLORES, 189

17- BAIRRO

GOLANDIM

18- UF

RN

19- CEP

59295-850

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*anam n o anam (C)*

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Necessário para cura*

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

*1*

23- DIAGNOSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

*Fratura - malaia do joelho (C)*

Procedimento Solicitado

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

*Cura*

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

*José de Moraes Neto*

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

*31/08/18*

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- ( ) AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- N° 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 ( ) NAO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

*096 928-4  
CONFERE COM ORIGEM  
de Fábio  
Servidor  
S. Bandeira*





## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA  
ORTOPEDIAREGULAÇÃO  
WALFREDO GURGEL

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

DIAGNOSTICO PROVISORIO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSAO  
31/08/18

ALTA

07/09/18

OBITO

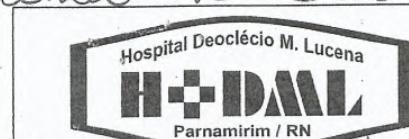
## HISTORIA CLINICA

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

096921-4  
CONFERE COM ORIGINAL  
de Tatáus  
Servidor  
S. Baldo



Rel-Gulmira de Melo  
2015 do Ses - ? obs: nôo tem.



RG

85936

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA

Portaria

PARNAMIRIM /RN

8496921

CPF - PL. 545.544-72

63

Nº 077

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME: Josimari Leuz Graciela

J.131

IDADE: 31

COR: Pindá

SEXO: Fêmea

ESTADO CIVIL: Divorciada

NATURALIDADE: Angra dos Reis / RJ

PROFISSÃO: Servente

PROCEDÊNCIA: RJ

ENDERECO: Rua. Jordâo das Flores

BAIRRO: Bonsucesso

CIDADE: Rio de Janeiro

DATA: 31/08/2018

HORA: 11:15 hs

Amorim / RJ

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

|                   |                          |              |                          |                  |                          |         |                          |          |                          |
|-------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------------|--------------------------|---------|--------------------------|----------|--------------------------|
| APARENTEMENTE BEM | <input type="checkbox"/> | REGULAR      | <input type="checkbox"/> | COM DISPNEIA     | <input type="checkbox"/> | CHOCADO | <input type="checkbox"/> | COMATOSO | <input type="checkbox"/> |
| C/ HEMORRAGIA     | <input type="checkbox"/> | EM CONVULSÃO | <input type="checkbox"/> | POLITRAUMATIZADO | <input type="checkbox"/> | AGITADO | <input type="checkbox"/> | OUTROS   | <input type="checkbox"/> |

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)

furou a carne (2) na orelha

EXAME FÍSICO

096921-4  
CONFERE COM ORIGINAL  
de Valus  
Servidor  
S. Barreto

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

| HORA | PRESSÃO ARTERIAL | RESPIRAÇÃO | GLASGOW | SCORE FINAL | TEMP. | PULSO |
|------|------------------|------------|---------|-------------|-------|-------|
|      |                  |            |         |             |       |       |
|      |                  |            |         |             |       |       |
|      |                  |            |         |             |       |       |
|      |                  |            |         |             |       |       |
|      |                  |            |         |             |       |       |

DIAGNÓSTICO INICIAL: luxo no orelha (2)



**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 Corpo Cívico para Revisão**Ass. do Responsável***DESTINO DO PACIENTE**

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



## ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

## AMNESE

Prontos mais com cirurgias comuns com trauma  
Orto e.

## EXAME FÍSICO

Asymptomatic - m.

## IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

RX órbita e M- Axilar.

## LABORATÓRIO

## OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Dr. Mauro Carreiro Calhau  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-RN 3063 RQE 3032

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Trajetória

Enc. Deontes feridas liga  
Mínus.

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

## DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA: / /

## SAÍDA:

DATA: 31/05/19 HORA: 10:40

Decisão Médica À Revelia 

Transferido para: Hospital Nossa Senhora

## ÓBITO:

DATA: / / HORA: / /

Entregue à família

com Atestado S.V.O. I.T.E.P. 

Dr. Mauro Carreiro Calhau  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-RN 3063 RQE 3032

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:

DATA: / / HORA: / /



| Hospital  |  | Nº prontuário     |                |
|---|--|-------------------|----------------|
| JOSIMAR LUIZ GRACIANO   |  |                   |                |
| 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  | <i>Esco Ria</i>                              |                   |                |
| Acidente durante a operação   |  |                   |                |
| DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO   |  |                   |                |
| Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras  |  |                   |                |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. PACIENTE EM DDH DORSAL APÓS ANESTESIA.</li> <li>2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA, COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS.</li> <li>3. REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM 01 PARAFUSO 4,5 E 01 ARRUELA</li> <li>4. LIMPEZA COM SF 0,9%.</li> <li>5. CURATIVO ESTÉRIL.</li> <li>6. TIPÓIA.</li> <li>7. CRO.</li> <li>8. RX DE CONTROLE.</li> </ol> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <p><i>096981-4</i><br/>   CONFERE COM ORIGINAL<br/> <i>IC de Balne</i><br/>   Serviço<br/> <i>S. Paulista</i></p> <p><i>Marcelo Nobregra Rocha</i><br/>   TEOF 6433 / CRM 3522</p> </div> |  |                   |                |



## Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

|   |                    |                            |             |             |              |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
|---|--------------------|----------------------------|-------------|-------------|--------------|-------------------|---------------|-----------|-----|---------------------|---------------|--|---------------|--|--------------------|--|--------------------|
| Hospital  |                    | <i>Jesuino Júnior Góes</i> |             |             | Enfermaria   | Leito             | Nº prontuário |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
| Nome  |                    | <i>MDML</i>                |             |             | Idade        | <i>51</i>         | Sexo          | <i>M</i>  | Cor |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
| Data  |                    | Pressão arterial           | P脉          | Respiração  | Temperatura  | Peso              | <i>82</i>     | Outros    |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
| 06/09/18  |                    |                            |             |             |              | Uréia             |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
| Tipo sanguíneo  |                    | Hematíes                   | Hemoglobina | Hematocrito | Glicemia     |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
|   |                    | Urina                      |             |             |              |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
| Ap. respiratório  |                    | <i>ok</i>                  |             |             |              | Asma              | <i>No</i>     | Bronquite |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
| Ap. circulatório  |                    | <i>superfiss</i>           |             |             |              | Eletrocardiograma | <i>No</i>     | <i>ok</i> |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
| Ap. digestivo   |                    | <i>jejun 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            |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">Agentes Anestésicos</td> <td style="width: 90%;"><i>21/09</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td><i>22/09</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td><i>500 ml</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td><i>10:00 14:00</i></td> </tr> </table> |                    |                            |             |             |              |                   |               |           |     | Agentes Anestésicos | <i>21/09</i>  |  | <i>22/09</i>  |  | <i>500 ml</i>      |  | <i>10:00 14:00</i> |
| Agentes Anestésicos   | <i>21/09</i>       |                            |             |             |              |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
|   | <i>22/09</i>       |                            |             |             |              |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
|   | <i>500 ml</i>      |                            |             |             |              |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
|   | <i>10:00 14:00</i> |                            |             |             |              |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">Líquidos</td> <td style="width: 90%;"><i>90/100</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td><i>100 ml</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td><i>10:00 14:00</i></td> </tr> </table>  |                    |                            |             |             |              |                   |               |           |     | Líquidos            | <i>90/100</i> |  | <i>100 ml</i> |  | <i>10:00 14:00</i> |  |                    |
| Líquidos  | <i>90/100</i>      |                            |             |             |              |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
|   | <i>100 ml</i>      |                            |             |             |              |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
|   | <i>10:00 14:00</i> |                            |             |             |              |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">Oper.</td> <td style="width: 90%;"><i>90/100</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td><i>100 ml</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td><i>10:00 14:00</i></td> </tr> </table>   |                    |                            |             |             |              |                   |               |           |     | Oper.               | <i>90/100</i> |  | <i>100 ml</i> |  | <i>10:00 14:00</i> |  |                    |
| Oper.   | <i>90/100</i>      |                            |             |             |              |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
|   | <i>100 ml</i>      |                            |             |             |              |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
|   | <i>10:00 14:00</i> |                            |             |             |              |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">Anest.</td> <td style="width: 90%;"><i>90/100</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td><i>100 ml</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td><i>10:00 14:00</i></td> </tr> </table>  |                    |                            |             |             |              |                   |               |           |     | Anest.              | <i>90/100</i> |  | <i>100 ml</i> |  | <i>10:00 14:00</i> |  |                    |
| Anest.  | <i>90/100</i>      |                            |             |             |              |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
|   | <i>100 ml</i>      |                            |             |             |              |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
|   | <i>10:00 14:00</i> |                            |             |             |              |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">O Resp.:</td> <td style="width: 90%;"><i>90/100</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td><i>100 ml</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td><i>10:00 14:00</i></td> </tr> </table>  |                    |                            |             |             |              |                   |               |           |     | O Resp.:            | <i>90/100</i> |  | <i>100 ml</i> |  | <i>10:00 14:00</i> |  |                    |
| O Resp.:  | <i>90/100</i>      |                            |             |             |              |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
|   | <i>100 ml</i>      |                            |             |             |              |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
|   | <i>10:00 14:00</i> |                            |             |             |              |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">P Pulso</td> <td style="width: 90%;"><i>90/100</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td><i>100 ml</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td><i>10:00 14:00</i></td> </tr> </table>   |                    |                            |             |             |              |                   |               |           |     | P Pulso             | <i>90/100</i> |  | <i>100 ml</i> |  | <i>10:00 14:00</i> |  |                    |
| P Pulso   | <i>90/100</i>      |                            |             |             |              |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
|   | <i>100 ml</i>      |                            |             |             |              |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
|   | <i>10:00 14:00</i> |                            |             |             |              |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">SIMBOLOS</td> <td style="width: 90%;"><i>ok</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td><i>ok</i></td> </tr> </table>   |                    |                            |             |             |              |                   |               |           |     | SIMBOLOS            | <i>ok</i>     |  | <i>ok</i>     |  |                    |  |                    |
| SIMBOLOS  | <i>ok</i>          |                            |             |             |              |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
|   | <i>ok</i>          |                            |             |             |              |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
| <p><b>E</b> Monitorização + Reverso de Venoclisis MSO.</p>  |                    |                            |             |             |              |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
| <p><b>ANOTAÇÕES:</b> <i>ok</i> <i>ok</i> <i>ok</i> <i>ok</i> <i>ok</i> <i>ok</i> <i>ok</i> <i>ok</i> <i>ok</i> <i>ok</i></p>  |                    |                            |             |             |              |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
| <p><b>POSIÇÃO</b> <i>0 1</i></p>  |                    |                            |             |             |              |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
| <p><b>Agentes</b> <i>21/09</i> <i>22/09</i> <i>500 ml</i> <i>10:00 14:00</i> <i>90/100</i> <i>100 ml</i> <i>10:00 14:00</i> <i>90/100</i> <i>100 ml</i> <i>10:00 14:00</i></p>  |                    |                            |             |             |              |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
| <p><b>Técnica</b> <i>90/100</i> <i>100 ml</i> <i>10:00 14:00</i> <i>90/100</i> <i>100 ml</i> <i>10:00 14:00</i> <i>90/100</i> <i>100 ml</i> <i>10:00 14:00</i></p>  |                    |                            |             |             |              |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
| <p><b>Operação</b></p>  |                    |                            |             |             |              |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
| <p><b>Cirurgiões</b></p>  |                    |                            |             |             |              |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
| <p><b>Anestesiistas</b> <i>Sergio Bezerra</i></p>   |                    |                            |             |             |              |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
| <p><b>Observações</b></p>   |                    |                            |             |             |              |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
| <p>Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias</p>   |                    |                            |             |             |              |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |
| <p>Perda sanguínea</p>  |                    |                            |             |             |              |                   |               |           |     |                     |               |  |               |  |                    |  |                    |



**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

Nome: João mar luiz Graciano Idade: 51 D/N: 21/05/1967  
Pront.: 16291 Município: S. G. do Amaro Procedência:  Interno  Externo

Data da cirurgia: 06/09/18 Hora Admissão: Bloco: 10 Sala: \_\_\_\_\_ Hora Saída: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Alergias:  Não  Sim \_\_\_\_\_ Comorbidades:  HAS  DM  Outras \_\_\_\_\_

Uso de medicações:  Não  Sim Aspirin + Isotretin Jejum:  Não  Sim

SSW Admissão: PA: \_\_\_\_\_ mmHg Pulso: \_\_\_\_\_ bpm FL: \_\_\_\_\_ rpm FC: \_\_\_\_\_ bpm SpO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ % T: \_\_\_\_\_ °C

Enfermeiro(a): Dionice Instrumentador (a): plane Circulante: Guilherme

Cirurgia: TTT cirúrgico de FT de joelho Especialidade: Artroplastia Sala: \_\_\_\_\_

Hora Início: 14:15 Hora Término: 14:35 Tipo de cirurgia:  Eletriva  Urgência  Limpa  Contaminada  Infectada

1º Cirurgião: Dr. Marcos Aux.: Dr. Dionice Residente: \_\_\_\_\_

Anestesia:  Local  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. Sergio

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

| SINAIS VITais |            |            |            |           | Posição   | COXIM  | MMSS   |
|---------------|------------|------------|------------|-----------|---|--|--|
| FC            | <u>61</u>  | <u>69</u>  | <u>70</u>  | Bpm       | <input checked="" type="checkbox"/> Dorsal      | <input checked="" type="checkbox"/> Cabeça     | Anatômicos                                   |
| Pulso         | <u>61</u>  | <u>69</u>  | <u>70</u>  | Bpm       | <input checked="" type="checkbox"/> Ventral     | <input checked="" type="checkbox"/> PESCOÇO    | Abduzidos                                    |
| Oximetria     | <u>99</u>  | <u>99</u>  | <u>99</u>  | %         | <input checked="" type="checkbox"/> Lateral     | <input checked="" type="checkbox"/> Tórax      | <input checked="" type="checkbox"/> Fletidos |
| Capnografia   | <u>—</u>   | <u>—</u>   | <u>—</u>   | %         | <input checked="" type="checkbox"/> Litotômica  | <input checked="" type="checkbox"/> Lombar     | <b>MMII</b>                                  |
| PA            | <u>165</u> | <u>165</u> | <u>168</u> | <u>97</u> | <input checked="" type="checkbox"/> Trendleburg | <input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos |  |
|               |            |            |            | mmHg      | <input checked="" type="checkbox"/> Canivete    | <input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos  |  |
|               |            |            |            |           | <input checked="" type="checkbox"/> Proclive    | <input checked="" type="checkbox"/> Fletidos   |  |

| ACESSO VENOSO            |  |  |  |  | PLACA DO BISTURI ELÉTRICO   |  |  |
|--------------------------|--|--|--|--|---|--|--|
| Punção Arterial          |  |  |  |  | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Descartável |  |  |
| Punção Venosa Periférica |  |  |  |  | Local:  |  |  |
| Punção Venosa Central    |  |  |  |  | <b>DEGERMAÇÃO</b>   |  |  |
| Dissecção venosa         |  |  |  |  | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                      |  |  |
| Local:                   |  |  |  |  | Local: <u>HS</u> Solução: <u>100 ml Ringer</u> Local: <u>096920-4</u>   |  |  |
| Cateter:                 |  |  |  |  | TRICOTOMIA  |  |  |

| SONDAGEM GÁSTRICA         |  |  |  |  | IMPLANTE CIRÚRGICO CONFERE COM ORIGINAL |  |  |
|---------------------------|--|--|--|--|---|--|--|
| SNG nº                    |  |  |  |  | Drenos:                                 |  |  |
| Retorno:                  |  |  |  |  | Tela:                                   |  |  |
| CATETERISMO VESICAL       |  |  |  |  | Cateter:                                |  |  |
| SVF nº                    |  |  |  |  | Ostomia:                                |  |  |
| Diurese:                  |  |  |  |  | Fio de KC:                              |  |  |
| Profissional responsável: |  |  |  |  | Parafuso - tipo: <u>45 + 6mm</u>        |  |  |

| EXAMES SOLICITADOS                                       |  |  |  |  | ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO   |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hemograma                       |  |  |  |  | Caixa cirúrgica: <u>150 x 140 x 100</u> Quant. Material:   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Coagulograma                    |  |  |  |  | Val.: <u>120g/100ml</u> Contagem de gaze e compressa: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim |  |  |
| <input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea               |  |  |  |  |  |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X) |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |



**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

*Use caneta*

**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 administrado: \_\_\_\_\_  
 ( ) Soro Glicosado: \_\_\_\_\_ ml ( ) Soro Ringer Lactato: \_\_\_\_\_ ml

**ANÁTOMO PATOLÓGICO**

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

**CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES**

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

**INTERCORRÊNCIAS:** *mediclagem preparou e administrada pelo anestesista. procedimento de intercorrência, segue encaminhamento ao ORA.*

Ass: *HC* Coren: *410083*

**CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO**

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

Respiratório: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) O<sub>2</sub> ambiente Curativo. ( ) Oclusivo ( ) Compressivo ( ) Bolsa de colostomia ( ) Outro: \_\_\_\_\_

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

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

Hora: *15:00* Data: *06/09/18* Nível de consciência: ( ) Acordado ( ) Sonolento ( ) Narcose ( ) Orientado

( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Choroso Vias aéreas: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) Cateter O<sub>2</sub> ( ) O<sub>2</sub> Ambiente Mobilização MMII: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade Mobilização MMSS: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade Venoclise: ( ) Não ( ) Sim Tipo: *AVP* Local: *MSD* Sondas: ( ) Gástrica ( ) Enteral ( ) Vesical

Drenos: ( ) Succión ( ) 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 | Soro glicosado: _____ ml             |
|----------|-----------|---|----|-----------|-------|-----|--------------------------------------|
| Admissão | <i>65</i> |   |    | <i>37</i> |       |     | Soro Fisiológico: _____ ml           |
| 30'      |           |   |    |           |       |     | Ringer: _____ ml                     |
| 60'      |           |   |    |           |       |     | Irrigação vesical contínua: _____ ml |
| Alta     |           |   |    |           |       |     |                                      |

**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 ICP, em Dcaub E60. Dm gueixa. Encaminhado à C.O.*

Ass: *Tiago Polliwug* Coren: \_\_\_\_\_



|  |                   |             |               |
|--|-------------------|-------------|---------------|
| Nome do paciente   | Josimar Wiz GOMES |             | Nº prontuário |
| Data operação  | 31/08/18          | Enf.        | Leito         |
| Operador   | Dra. Michel       |             |               |
| 2º auxiliar  | 3º auxiliar       | 1º auxiliar |               |
| Anestesista  | Instrumentador    |             |               |
| Diagnóstico pré-operatório                                 |                   |             |               |
| Tipos de operação<br>Fractura luxação de ombro Esp         |                   |             |               |
| Diagnóstico pós-operatório<br>Reduzido muito sob anestesia |                   |             |               |
| Relatório imediato do patologista                          |                   |             |               |
| Exame radiológico no ato                                   |                   |             |               |
| Acidente durante a operação                                |                   |             |               |

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Parte em diântro dorsal sob anestesia  
Abordado por subescroto, tipo E

Ex. de conto e pós-redução

*D. Uziel de Oliveira*  
31 AGO. 2018

*096921-4*  
- VERSÃO COM ORIGINAL  
- UZIEL DE OLIVEIRA  
Servidor  
S. Paula



**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

|  |               |  |   |  |   |
|--|---------------|--|---|--|---|
| Nome: <u>Josémar Luiz Craciunas</u>  |               | Idade: <u>51</u>   | D/N: <u>21 / 05 / 1967</u>  |  |   |
| Pront:   | <u>762891</u> | Município: <u>S. Gonçalo de Amorim</u>   | Procedência: <input checked="" type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Externo   |  |   |
| Data da cirurgia: <u>31 / 03 / 18</u>  |               | Hora Admissão: Bloco: _____  | Sala: _____ Hora Saída: _____   |  |   |
| Alergias: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim   |               | Comorbidades: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Outras   |   |  |   |
| Uso de medicações: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim  |               | Jejum: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim  |   |  |   |
| SSW Admissão: PA: _____ mmHg   |               | Pulso: _____ bpm   | FL: _____ rpm FC: _____ bpm SpO <sub>2</sub> : _____ % T: _____ °C  |  |   |
| Enfermeiro(a): <u>Lívia</u>  |               | Instrumentador (a): _____  | Circulante: <u>SAYONARA + GIULIANA</u>  |  |   |
| Cirurgia: <u>RESESSÃO INCLIVANTE DE OMBRO</u>  |               | Especialidade: <u>ORTOPEDIA</u>  | Sala: <u>03</u>   |  |   |
| Hora Início: <u>14:33</u> Hora Término: <u>14:38</u>   |               | Tipo de cirurgia: <input type="checkbox"/> Eletiva <input checked="" type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Limpa <input type="checkbox"/> Contaminada <input type="checkbox"/> Infectada   |   |  |   |
| 1º Cirurgião: <u>DR. VERA</u>  |               | Aux: <u>DR. MICHEL F.</u> Residente: _____   |   |  |   |
| Anestesia: <input type="checkbox"/> Local <input checked="" type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Geral TOT: _____ <input type="checkbox"/> Bloqueio <input type="checkbox"/> Raquidiana Ag.nº _____ <input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> c/cateter <input type="checkbox"/> s/cateter Ag.nº _____ Cateter nº: _____ Início: _____ Garrote: <input type="checkbox"/> Smarch <input type="checkbox"/> Pneumático Início: _____ Término: _____   |               |  |   |  |   |
| Anestesiologista: <u>DR. THIAGO BASTOS</u>   |               |  |   |  |   |
| <b>NEUROMUSCULAR</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Consciente<br><input type="checkbox"/> Letárgico<br><input type="checkbox"/> Coma<br><input checked="" type="checkbox"/> Orientado<br><input type="checkbox"/> Desorientado<br><input type="checkbox"/> Sedado<br><input checked="" type="checkbox"/> Ansioso<br><input checked="" type="checkbox"/> Deambula<br><input type="checkbox"/> t/ dificuldade<br><input type="checkbox"/> Acamado<br><input type="checkbox"/> Paraplégico<br><input type="checkbox"/> Tetraplégico<br><input type="checkbox"/> Amputações |               | <b>PELE/HIGIENE</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Normocorada<br><input type="checkbox"/> Hipocorada<br><input type="checkbox"/> Cianótica<br><input type="checkbox"/> Ictérica<br><input type="checkbox"/> Desidratada<br><input type="checkbox"/> Íntegra<br><input checked="" type="checkbox"/> C/lesões<br><input type="checkbox"/> Sudorese<br><input type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica<br><input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória<br><input type="checkbox"/> Higiene deficiente<br><input type="checkbox"/> Manchas<br><input type="checkbox"/> S/Tricotomia | <b>CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Normotenso<br><input type="checkbox"/> Hipotensão<br><input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão<br><input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico<br><input type="checkbox"/> Bradicardia<br><input type="checkbox"/> Taquicardia<br><input type="checkbox"/> Choque<br><input type="checkbox"/> Normoesfigmico<br><input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia<br><input type="checkbox"/> Dispnéia<br><input type="checkbox"/> Dispositivo O <sub>2</sub> | <b>DISPOSITIVOS</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Jelco <u>750</u><br><input type="checkbox"/> Acesso V. Central<br><input type="checkbox"/> Cat. Diálise<br><input type="checkbox"/> Fístula<br><input type="checkbox"/> Arteriovenosa<br><input type="checkbox"/> SNG<br><input type="checkbox"/> SVD<br><input type="checkbox"/> Colostomia<br><input type="checkbox"/> Cistostomia<br><input type="checkbox"/> Dreno:<br><input type="checkbox"/> Aparelho gessado<br><input type="checkbox"/> Tração<br><input type="checkbox"/> Talas | <b>MONITORIZAÇÃO</b><br><input checked="" type="checkbox"/> ECG<br><input checked="" type="checkbox"/> Oximetria<br><input type="checkbox"/> Capnógrafo<br><input checked="" type="checkbox"/> PA<br><input type="checkbox"/> Estímul. Nervo<br><input type="checkbox"/> Dífrusor<br><input type="checkbox"/> BIC<br><input type="checkbox"/> Desfibrilador |
| <b>SINAIS VITAIS</b><br>FC: <u>78</u><br>Pulso: <u>77</u><br>Oximetria: <u>98</u><br>Capnografia: _____<br>PA: <u>148/97-165/100</u>   |               | <b>INÍCIO</b> <u>Meio</u> <u>Fim</u> <b>UNID.</b><br>Bpm<br>Bpm<br>%<br>%  | <b>POSIÇÃO</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Dorsal<br><input type="checkbox"/> Ventral<br><input type="checkbox"/> Lateral<br><input type="checkbox"/> Litotômica<br><input type="checkbox"/> Trendlemburg<br><input type="checkbox"/> Canivete<br><input type="checkbox"/> Proclive  | <b>COXIM</b><br>Cabeça<br>PESCOÇO<br>TÓRAX<br>LOMBAR   | <b>MMSS</b><br>Anatônicos<br><input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos<br>Fletidos<br><b>MMII</b><br>Anatônicos<br>Abduzidos<br>Fletidos  |
| <b>ACESSO VENOSO</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Punção Arterial<br><input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica<br><input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Central<br><input checked="" type="checkbox"/> Dissecção venosa<br>Local:<br>Cateter:   |               | <b>PLACA DO BISTURI ELÉTRICO</b><br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Descartável<br>Local:<br><b>DEGERMAÇÃO</b><br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não<br>Local: Solução:<br><b>TRICOTOMIA</b><br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não<br>Local:  |   |  |   |
| <b>SONDAGEM GÁSTRICA</b><br>SNG nº: _____<br>Retorno: _____  |               | <b>IMPLANTE CIRÚRGICO</b><br>Drenos:<br>Tela:<br>Cateter:<br>Ostomia:<br>Fio de KC:<br>Placa - Tipo:<br>Outros:  |   |  |   |
| <b>CATETERISMO VESICAL</b><br>SVF nº: _____<br>SVA nº: _____<br>Diurese:<br>Profissional responsável:  |               | <b>ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO</b><br>Caixa cirúrgica: _____ Quant. Material: _____<br>Val.: _____ Contagem de gaze e compressa: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim   |   |  |   |
| <b>EXAMES SOLICITADOS</b><br><input type="checkbox"/> Hemograma<br><input type="checkbox"/> Coagulograma<br><input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea<br><input checked="" type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)   |               | Gásometria<br><input type="checkbox"/> Outros<br><input checked="" type="checkbox"/> Glicosimetria:<br>CONFÉRENCIA COM ORIGINAL<br>de Fábio<br>3 Barros  |   |  |   |



**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

**HEMOTRANSFUSÃO:**

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

**MEDICAÇÕES UTILIZADAS**

h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_

**HIDRATAÇÃO VENOSA**

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

**ANÁTOMO PATOLÓGICO**

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

**CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES**

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

**INTERCORRÊNCIAS:** MEDICAÇÕES PLEPARADAS E ADMINISTRADAS PELO ANESTESISTA. Procedimento convencional. Sem intercorrências

Ass: Sayemara Coren: 504067

**CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO**

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

Respiratório: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel  O<sub>2</sub> ambiente Curativo  Oclusivo ( ) Compressivo ( ) Bolsa de colostomia ( ) Outro: \_\_\_\_\_

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

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

Hora: 15:00 Data: 31/10/19 Nível de consciência:  Acordado ( ) Sonolento ( ) Narcose  Orientado

( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Choroso Vias aéreas: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) Cateter O<sub>2</sub>  O<sub>2</sub> Ambiente

Mobilização MMII:  Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade **Mobilização MMSS:**  Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade

Venoclise: ( ) Não  Sim Tipo: NP Local: MSD Sondas: ( ) Gástrica ( ) Eteral ( ) Vesical

Drenos: ( ) Succção ( ) Torácico ( ) Penrose ( ) Kherr Ostomias: ( ) Sim ( ) Não Especifique: \_\_\_\_\_

Irrigação vesical contínua: ( ) Retorno satisfatório ( ) Retorno Insuficiente ( ) Coágulos

Curativo:  Oclusivo ( ) Descoberto  Limpo ( ) Sujo Monitorização: ( ) ECG  Oxímetro ( ) PA

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

Relate: \_\_\_\_\_

**SINAIS VITAIS**

| Hora     | T°C | P  | PA     | FR | Sat.% | Dor |
|----------|-----|----|--------|----|-------|-----|
| Admissão |     | 82 | 100x60 | 24 | 96    |     |
| 30'      |     |    |        |    |       |     |
| 60'      |     |    |        |    |       |     |
| Alta     |     | 80 | 100x60 | 25 | 96    |     |

**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:**

Após 1h de lutchagem de bexiga, fez des de náusea, meia flv, OR aumentou, ssua excretiva - a 16:15 Encantado 8/ RT de Controle + Aventilhado 60 min e pediu a ofter um bexiga est - a

Ass: Fengo Coren: 164015





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL DR. LEOCLÉCIO 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.

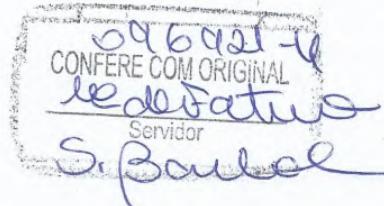
Fratura cominutiva da tuberosidade maior do úmero.

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

Articulações glenoumeral e acromioclavicular de contornos regulares.

Planos musculares sem alterações tomográficas.

Lauco 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 - Parnamirim/RN - (84) 3644-6491

Pag. 1 de 1



Assinado eletronicamente por: MARCELO SILVA FARIA - 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