

QUESITOS A SEREM RESPONDIDO PELO PERITO:

Vide art. 31, II da Lei nº 11.945/2009 e atualizações

a) Se a etiologia ou origem causal das lesões existentes na pessoa requerente é compatível com acidente com veículo automotor de via terrestre? _____.

b) Quais as lesões ou disfunções ocorridas? _____.

c) Nos termos do art. 3º, *caput*¹, da Lei nº 6.194/1974, se há **invalidez permanente**, isto é, **dano(s) anatômico e/ou funcional definitivo(s) (sequelas), não passível(is) de reversão terapêutica**, descrevendo-o(s) então detalhadamente; _____.

d) Qual(is) o(s) segmento(s) corporal(s) atingidos?; Percentual em desfavor do órgão vinculado? _____.

e) Nos termos do art. 3º, § 1º², da Lei nº 6.194/1974, incluído pela Lei nº 11.945/2009, bem como da respectiva tabela anexa que acompanha esta lei, se a **invalidez permanente foi total** (repercussão na íntegra do patrimônio físico e/ou mental) ou **parcial** (repercussões em partes de membros superiores e inferiores); _____.

f) Em caso de invalidez total, **quais os segmentos corporais atingidos, nos termos da tabela que menciona os danos sofridos, conforme a Norma Legal supra?** _____.

g) De acordo com o art. 3º, § 1º, incisos I e II³, da Lei nº 6.194/1974, **em caso de invalidez parcial**, se ocorreu **invalidez parcial completa, atingindo** de forma **completa** todo um segmento corporal (ou mais de um), ou **invalidez parcial incompleta**, atingindo de forma **incompleta**, descrevendo-o(s) então detalhadamente; _____.

h) De acordo com esse citado inciso II, da Lei nº 6.194/1974, bem como da respectiva tabela anexa, **em caso de invalidez parcial incompleta**, se a **repercussão da lesão na anatomia e/ou funcionalidade do segmento corporal foi intensa (75%), média (50%), leve (25%) ou residual (10%)**; _____.

i) Finalmente, **se, eventualmente, a lesão segmentar foi de tal monta que atingiu a funcionalidade de todo o respectivo membro:** (Exs.: Invalidez permanente em *ombro* comprometedora da funcionalidade de todo o *membro superior*; Invalidez permanente em *joelho* ou *tornozelo* comprometedora da funcionalidade de todo o *membro inferior*, etc). _____.

Caicó-RN, 14 de Agosto de 2019.

Kelly Maria Medeiros do Nascimento
Advogada OAB/RN – 7.469

Vba.



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Fábio Júlio do Nascimento, brasileiro, solteiro, comerciante, portador do RG nº 2.004.567 – SSP/RN, expedido por Secretaria de Segurança Pública – SSP/RN e, Inscrito (a) no CPF/MF sob o nº 058.166.334-90, residente e domiciliado na Rua Padre Brito Guerra, 90, Paulo VI, Caicó-RN – CEP.: 59300-000, telefone nº 84-99708-9479. Nomeia e Constitui poderes a **Outorgada: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO**, brasileira, casada, advogada com OAB/RN sob o nº 7.469; podendo ser intimada na Rua André Sales, 130, Paulo VI, Caicó-RN – CEP nº 59300-000 - Próximo ao Hospital Regional do Seridó - SESP, Telefones: 84-3417-2265, 84-99801-5199 e 84-98887-0543 – E-mail: caicoseguros@gmail.com e caicodpvat@hotmail.com, as quais conferem amplos e gerais poderes para o foro em geral com a cláusula "ad Judicia", art. 38 parte final do CPC, **COM FIM ESPECIAL DE PATROCINAR A DEFESA DO (A) OUTORGANTE, junto ao processo na Comarca de CAICÓ/RN**, podendo as outorgadas, confessar, assinar, desistir, propor acordo, receber e dar quitação, receber quaisquer quantias derivada de condenação, transigir, apresentar réplica, oposições, firmar, apresentar recurso e contra razões, e ainda requerer seguro de vida, junto bem como, substabelecer esta com ou sem reservas de poderes, podendo ainda levantar alvará judicial, acompanhar todo processo até o final do julgamento, representado ainda os interesses do outorgante, podendo ajuizar apelação, ou, qualquer outro remédio jurídico competente, junto ao **Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte**, para garantir o direito do outorgante, e finalmente, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato.

- CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS -

Pelo presente contrato firmado entre os contratantes, fica estabelecido o pagamento dos honorários advocatícios, pagos pelo outorgante, em favor da outorgada, os quais deverão ser pagos na base de **30% (trinta por cento)**, sobre o valor bruto da condenação final apurado em liquidação de sentença, sem prejuízos dos honorários de sucumbência, em favor do contratado, conforme pacto através do presente instrumento, nos termos do **art.22, § 4º da Lei nº 8.906, de 04 de julho de 1994**. Contratam ainda as partes que em caso de desistência da ação, ou, ainda renuncia dos poderes do (a) contratante em favor de outro (a) causídico (a), nada impede e obsta o pagamento dos honorários contratuais, nos mesmos valores acima citados, tudo em conformidade com o disposto no art. 14 do Estatuto da OAB, sem prejuízo dos honorários sucumbenciais, conforme determina a Lei. Nada mais a constar lavro o presente para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Caicó-RN, 14 de Junho de 2019.

Outorgante:

Fábio Júlio do Nascimento


* Isento de reconhecimento de Firma, em face de Lei nº 8.952, de 13/12/1994, que dá nova redação ao art. 38 do CPC.



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Fábio Júlio do Nascimento, brasileiro, solteiro, comerciante, portador do RG nº 2.004.567 – SSP/RN, expedido por Secretaria de Segurança Pública – SSP/RN e, Inscrito (a) no CPF/MF sob o nº 058.166.334-90, residente e domiciliado na Rua Padre Brito Guerra, 90, Paulo VI, Caicó-RN – CEP.: 59300-000, telefone nº 84-99708-9479. Declaro para os devidos fins de Direito que se fizerem necessários, em **AÇÃO DE INDENIZAÇÃO – INVALIDEZ/COMPLEMENTO**, que sou pobre na forma da lei, não tendo condições financeiras de prover as despesas e custas processuais com a demanda. Declaro, ainda, ser conhecedora das sanções administrativas, Cíveis e Criminais, caso o presente não retrate a verdade dos fatos. Nada mais a declarar, lavro o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Caicó-RN, 14 de Junho de 2019.


Declarante
CPF nº 058.166.334-90.

Via



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

RN

NOME
FABIO JULIO DO NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2004567 ITEP RN

CPF
058.166.334-90 DATA NASCIMENTO
14/11/1980

FILIAÇÃO
FRANCISCO DO
NASCIMENTO FILHO
LUZINETE BEZERRA SILVA
DO NASCIMENTO

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
2B

Nº REGISTRO
04456012173 VALIDADE
02/02/2022 1ª HABILITAÇÃO
16/09/2008

OBSERVAÇÕES

Fabio Julio do Nascimento

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAICO, RN DATA EMISSÃO
03/02/2017

ASSINATURA DO EMISSOR

27112244470
RN702556938

RIO GRANDE DO NORTE

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1467526556

PROIBIDO PLASTIFICAR
1467526556





FREQUÊNCIA DE MEDIÇÃO (Hz)
60,00 Hz - 500V

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA
MÊS DE MARÇO 2019
VALOR: R\$ 67,43



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Memória, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.199/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

ANTÔNIO VALDEVINO DOS SANTOS

CPF 461.757.614-00

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

ENTREGUE DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PADRE BRITO GUERRA 90

PAULO VIAREJA URBANA
CAICÓ RN
59300-000

CONTA CONTRATO

MÊS/ANO

0459129014

03/2019

DATA DE VENCIMENTO

DATA PRÓXIMA DE VENCIMENTO

27/03/2019

17/04/2019

TODAS AS CONTAS

67,43

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
021469412	1191	2003-2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA REGISTRAÇÃO
2003/2019	3000471255	130821

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	94,00	0,63708750	59,88
Contribuição Pública Municipal			8,77
Multas por atraso (R\$ 0,15915748 - 18/07/19)			0,50
Juros por atraso (R\$ 0,15915748 - 18/07/19)			0,15
Atualização ICP (R\$ 0,15915748 - 18/07/19)			0,13
TOTAL DA FATURA			67,43

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA PUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
B979452	CAT	16/02/2019	25 196,00	20/03/2019	26 090,00	30	1,00000		94,00

DESCRIÇÃO DO CONSUMO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	R\$	%
MAIO 19	94			Geração de Energia	20,36	34,00%
FEV 19	50			Transmissão	2,96	4,98%
JAN 19	30			Distribuição (Cosern)	14,51	23,56%
DEZ 18	90			Perdas de Energia	3,79	6,33%
NOV 18	118			Energia Setorial	3,97	6,83%
OUT 18	113			Tributos	14,87	24,50%
SET 18	127			Total	59,88	100%
AGO 18	106					
JUL 18	87					
JUN 18	130					
MAY 18	101					
ABR 18	93					
MAR 18	111					

Para no ponto mais perto de você, portanto, não deixe de consultar a tarifa social de energia elétrica em nosso site: www.cosern.com.br. O cliente é responsável por pagar a tarifa social de energia elétrica em nosso site: www.cosern.com.br. O cliente é responsável por pagar a tarifa social de energia elétrica em nosso site: www.cosern.com.br.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEL 414/2010), tarifas, preços, serviços prestados e tributação estão em anexo, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br.

CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE
CAICÓ	0,00	5,43	10,96	21,73
CAICÓ	0,00	3,23	6,47	12,95
CAICÓ	0,00	3,11	0,00	0,00

Limite CAICÓ: 12,22 BUSO - Valor do Faturamento de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 22,20



S HOSPITAL REGIONAL DO SERIDO
Telecila Freitas Fontes
 Estrada do Perimetro Irrigado do Sabau, S/N
 Paulo VI - Coité - RN - CEP: 54.142-19630 / 1421-9625
 CNPJ: 08.241.754/0135-57

BOLETIM DE ATENDIMENTO PRONTO SOCORRO

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	DATA	HORA DE ENTRADA	Nº ATENDIMENTO
Dumalva	01.06.19	21:45	171

CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
 Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviaturas e de forma legível.

NOME	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO
Fábio Júlio do Nascimento	14.11.80	38a	M
CPF	RG	DATA DE EXPEDIÇÃO	CARTÃO SUS
058.166.334-90	2.004.567	29.09.98	706406658155488
NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	RAÇA/COR
Coité	Solteiro	Motorista	M
NOME DA MÃE	NOME DO PAI		
Luizinete Bezerra Silva do Nascimento	F.º do Nascimento Filho		
ENDEREÇO	BAIRRO		
R. Padre Brito Guerra, 90	Paulo VI		
CIDADE/ESTADO	TELEFONE DE CONTATO	ESCOLARIDADE	
Coité	98880494	Ens. Médio Completo	
FOR DE CHEGADA	PACIENTE REGULADO?		
<input checked="" type="radio"/> ESPONTÂNEA <input type="radio"/> CORPO DE BOMBEIROS	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO		

CAMPO 2 - SINAIS VITAIS
 Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de saúde.

PA: 140x10 mmHg	FC: bpm	FR: irpm	Temp. axilar: °C	SpO2: %	Glicemia: mg/dl
-----------------	---------	----------	------------------	---------	-----------------

CAMPO 3 - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
 Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro responsável pelo ACCR.

<input checked="" type="radio"/> VERMELHO <input type="radio"/> AMARELO <input type="radio"/> VERDE <input type="radio"/> AZUL	ESCALA DE GLASGOW <table border="1"> <tr> <th>AO</th> <th>RV</th> <th>RM</th> <th>AP</th> <th>TOTAL</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	AO	RV	RM	AP	TOTAL						ESCORE DE DOR <table border="1"> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	1	2	3	4	5					
AO	RV	RM	AP	TOTAL																		
1	2	3	4	5																		
QUEIXA PRINCIPAL	HISTÓRIA BREVE																					
Dor no dorso + tórax + membros	Acidente de trânsito																					
ALERGIAS	COMORBIDADES																					
Não	Nenhuma																					
OBSERVAÇÃO OBJETIVA	REAValiação																					
AV. CÃO	HORA 21:48																					

Ilana Raquel M. da Nóbrega
 COREN-RN 546-ENF
 ENFERMEIRO PLANTONISTA/COREN

CAMPO 4 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO
 Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.

Paciente vítima direta de acidente de trânsito com lesões em membros superiores e inferiores.

DIAGNÓSTICO INICIAL

CAMPO 5 - EXAMES SOLICITADOS
 Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.

<input type="checkbox"/> HEMOGRAMA + PLAQUETAS	<input type="checkbox"/> TGO + TGP	<input type="checkbox"/> GASOMETRIA ARTERIAL	<input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMA
<input type="checkbox"/> UREIA + CREATININA	<input type="checkbox"/> CKMB + CPK	<input type="checkbox"/> COAGULOGRAMA	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X: Membros E. e A. e L.
<input type="checkbox"/> GLICEMIA	<input type="checkbox"/> TROPONINA	<input type="checkbox"/> EAS	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA:



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 10/09/2019 09:54:45

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091009544508200000047057532>

Número do documento: 19091009544508200000047057532

CAMPO 6 – PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro plantonista do PS.

<input type="checkbox"/> SUTURA – QUANT: _____	<input type="checkbox"/> SONDAGEM VESICAL – QUANT: _____	<input type="checkbox"/> RETIRADA CORPO ESTRANHO – QUANT: _____
<input type="checkbox"/> SNG/SNE – QUANT: _____	<input type="checkbox"/> LAVAGEM GÁSTRICA – QUANT: _____	<input type="checkbox"/> DRENAGEM DE ABSCESSO – QUANT: _____
<input type="checkbox"/> PARACENTESE – QUANT: _____	<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO/INALAÇÃO – QUANT: _____	<input type="checkbox"/> CURATIVO SIMPLES – QUANT: _____

CAMPO 7 – ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.

<input type="checkbox"/> INTERNAMENTO – SETOR: _____	<input type="checkbox"/> ESPECIALIDADE MÉDICA: _____
--	--

CAMPO 8 – PRESCRIÇÃO MÉDICA

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.

Qua. ortopedista

Imobilizar e aspirar

Cristiane M. da Silva
COREN-PA 431.918-TE-15

MÉDICO PLANTONISTA/CRM 154-34

RESP. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO/COREN

CAMPO 9 – SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro plantonista do PS para posterior coleta do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar.

ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	TRATAMENTO INDICADO <input type="checkbox"/> SORO ANTI-RÁBICO <input type="checkbox"/> VACINA <input type="checkbox"/> SORO + VACINA	SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERPESSOAL <input type="checkbox"/> AUTOPROVOCADA	ENCAMINHADO AO SERVIÇO DE REFERÊNCIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
PESO DO PACIENTE: _____ kg QUANT. SORO APLICADA: _____ ml Nº LOTE: _____ VALIDADE: ____/____/____	ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO EMISSION DE CAT <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	TIPO DE VIOLÊNCIA: <input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> PSICOLÓGICA/MORAL <input type="checkbox"/> SEXUAL <input type="checkbox"/> OUTRA: _____	EM CASO DE VIOLÊNCIA SEXUAL, PROCEDIMENTO REALIZADO: <input type="checkbox"/> CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA <input type="checkbox"/> TESTE RÁPIDO HIV <input type="checkbox"/> TESTE RÁPIDO SÍFILIS <input type="checkbox"/> TESTE RÁPIDO HEPATITE B
ACIDENTE DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	EM CASO POSITIVO, O USUÁRIO ERA: <input type="checkbox"/> CONDUTOR <input type="checkbox"/> PASSAGEIRO <input type="checkbox"/> PEDESTRE		ENFERMEIRO PLANTONISTA/COREN

CAMPO 10 – CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE

Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem.

MOTIVO DA SAÍDA <input type="checkbox"/> ALTA MÉDICA <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> RECUSA DO TRATAMENTO	REMOÇÃO/ TRANSFERÊNCIA UNIDADE DE DESTINO: _____ CIDADE: _____ DATA DE SAÍDA: ____/____/____
HORA: _____ DATA: ____/____/____	





DADOS DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

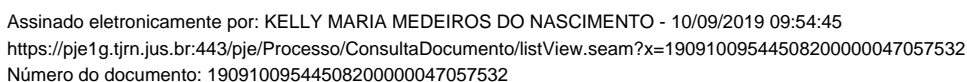
Nº do prontuário: _____
Nome: Fabio Nilton do Nascimento Data do procedimento: 06/06/19
Data de nascimento: 14/11/80 Idade: 38a Sexo: ☒ F ☐ M
Setor de procedência: ☒ Clin. Cirúrgica ☐ Clin. Médica ☐ UTI ☐ Urgência Enf/Leito: _____
Endereço: Rua Padre Brito Guerra N.º 90 Cidade: Cacoá-RN
Paulo VI
Procedimento cirúrgico: III Cirúrgico da Fratura de Antebraço
Tipo de anestesia: Bloqueio do Plexo
Horário de início do procedimento: 14h30 Término do procedimento: 15h15'
Uso de bisturi elétrico? ☒ Sim ☐ Não Local da placa: MID
Alergias? ☐ Sim Quais: _____ Comorbidades? ☐ Sim Quais: _____
☒ Não ☐ Não
Medicação administrada em sala: _____
Material para análise anatomopatológica? ☐ Sim ☒ Não Peça corretamente identificada/protocolada: ☐ Sim ☒ Não
Material conservado em: ☐ Formol ☐ Álcool ☐ Sem fixador
Setor de destino: ☒ Clin. Cirúrgica ☐ Clin. Médica ☐ UTI
Condições do encaminhamento: ☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Entubado Outros: _____
SSVV ao final do procedimento: PA: x mmHg Sat O₂: %
Equipe cirúrgica: Cirurgião: Dr. Silvio Filho Cirurgião/Auxiliar: Dr. Justin Tadin
Anestesta: Dr. Sérgio Instrumentador: Priscila Maria
Circulante(s): Balza, Elina

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem/Coren: Argiane Clara de A. Moura 250.305.247

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem/Coordenador

Assinatura/Carimbo

ITEM	QUANTIDADE	ESPECIFICAÇÃO
01	04	Parafusos corticais N°22 mm



S	HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ Telecila Freitas Fontes	
	Estrada do Perímetro Irrigado do Sabugi, S/N Paulo VI - Caicó-RN Contatos: 84 3421-9630 / 3421- 9628 CNPJ : 08.241.754/0135-57	

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR-AIH			
1. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ		2. CNES: 6.778.580	
3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		4. Nº DO PRONTUÁRIO	
NOME: FABIO JILIO DO NASCIMENTO		057342	
CPF: 0 5 8 1 1 6 6 3 3 4 9 0		RG: 200 9507	
5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6. DATA DE NASC.	
106406658155488		14/11/80	
7. SEXO		8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
MASC. <input checked="" type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/>		SUZINETE BRAGA SILVA DO NASCIMENTO	
9. TELEFONE DE CONTATO		10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
98 880494		Rua da Mãe Bruta Outeiro 90	
11. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		12. COD. IBGE MUNICÍPIO	
0560		13. UF	
PR		14. CEP: 583000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:			
Exatidão De defesa			
16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:			
Re			
17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):			
Detalhe			
18. DIAGNÓSTICO INICIAL:	19. CID 10 PRINCIPAL:	20. CID 10 SECUNDÁRIO:	21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
Detalhe			
PROCEDIMENTOS SOLICITADOS			
22. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Tratamento			
24. CLÍNICA	25. CARÁTER DA INTERNAÇÃO	26. DOCUMENTOS () CNS () CPF	27. Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLIC./ASSIST.
28. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST.	29. DATA DA SOLICITAÇÃO	30. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)	
	6/6/19		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)			
31. () ACID. DE TRANSITO	34. CNPJ DA SEGURADORA	35. Nº DO BILHETE	36. SÉRIE
32. () ACID. TRABALHO TÍPICO			
33. () ACID. TRABALHO TRAJETO	37. CNPJ DA EMPRESA	38. CNAE DA EMPRESA	39. CBOR
40. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () O EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
41. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	42. COD. ORGÃO EMISSOR	43. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
44. DOCUMENTOS () CNS () CPF	45. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR		
46. DATA DA AUTORIZAÇÃO	47. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)		





HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecila Freitas Fontes



SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE:

FABRÍO JÚLIO DO NASCIMENTO

REGISTRO PRONTUÁRIO:

089347

DATA NASCIMENTO:

14-11-80

SEXO:

M

ENDEREÇO (Rua, Número):

Rua Romeu Brito Cruzes, 90

BAIRRO:

Paraisópolis

MUNICÍPIO:

Camacá

UF:

RN

CEP:

59300-000

TELEFONE:

9822-0494

NOME DO PAI:

Manoel do Nascimento Filho

NOME DA MÃE:

Luizete Bezerra Silva de

RESPONSÁVEL:

FABRÍCIO (irmão)

PREENCHIMENTO MÉDICO

(Preenchimento médico)

CLÍNICA:

() MÉDICA

☒ ORTOPÉDIA

☒ CIRÚRGICA

() PEDIATRIA

ENFERMARIA/LEITO:

INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE

() DE TRABALHO

() DE TRANSITO

() DE OUTROS FINS

() NÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL:

MÉDICO SOLICITANTE

INTERNAÇÃO

ORIGEM RESIDÊNCIA?

UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE

DATA

HORA

() SIM

() NÃO

PROCEDÊNCIA:

Procedência

CARATER DE INTERNAÇÃO:

() ELETIVA

() NORMAL

☒ EMERGÊNCIA

RESUMO DA SAÍDA

(Preenchimento médico)

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição)

Tração

TIPO DE PROCEDIMENTO:

☒ LIMPO

() INFECTADO

() CONTAMINADO

() POTENCIAL M. CONTAMINADO

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição)

DATA:

HORA:

APRESENTOU IFECCÃO?

() HOSPITALAR

() COMUNITARIA

☒ NÃO

FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO:

☒ PROFILATICAMENTE

() NÃO

() TERAPEUTICAMENTE

MOTIVO DA SAÍDA (AIH):

() ALTA

☒ REMOÇÃO

() ÓBITO ATÉ 24 HORAS

() ÓBITO APÓS 24 HORAS

SE MOTIVADO SAÍDA = 1 (remoção) ASSINAL DETALHAMENTO DA ALTA

() CURADO

() MELHORADO

() INALTERADO

() A PEDIDO

() ADMINISTRATIVO

() POR INDICIPLINA

() EVASÃO

() INTER.P/DIAGNOSTICO

() P/COMPLEMENTAÇÃO F.DE ACIDENTE

PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)

INDICAÇÃO CLÍNICA:

DESTINO:

PREENCHER SE MOTIVA SAÍDA = ÓBITO

OCORREU ÓBITO CAUSADO POR INFECÇÃO:

MÉDICO RESPONSÁVEL: (carimbo/assinatura)

USA MORTE:



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

LAUDO DE CIRÚRGIA

Nome do Paciente:	Nº Registro	Data de Admissão
<i>Rafael do N. Nascimento</i>		

Nome do Procedimento Cirúrgico:
<i>Tratamento de ferida</i>

Descrição do Ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)						
Data	Início	Término	Duração	Gazes	Compr.	Dreno
<i>00/06/19</i>	<i>14:30h</i>	<i>15:15h</i>	<i>45min</i>			

DD + A
Ap + e
Incisão vertical anteflexão
Pedículo
Pixação
Hemostasia
Sutura
Fechamento
Fala

[Assinatura]

1ar

2º Auxiliar

Cirurgião



S HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ

Telecila Freitas Fontes

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

RELATÓRIO CIRURGIA SEGURA

DADOS DO PACIENTE	
Nome: <u>Tabio Juliano Nascimento</u>	
Data de nascimento: <u>14/11/80</u>	Idade: <u>38a</u> Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome da Mãe: <u>Luzinete Bezerra Silva do Nascimento</u>	
Número do prontuário: <u>023322</u>	Cartão do SUS: <u>706406658155488</u>
Endereço: <u>Rua: Padre Roberto Guerra nº 90</u>	
<u>Paulo VI</u>	Cidade de procedência: <u>Caracó - RN</u>
PRÉ-OPERATÓRIO	
Data do procedimento: <u>06/06/19</u>	
Sector de procedência: <input checked="" type="checkbox"/> Clin. cirúrgica <input type="checkbox"/> Clin. médica <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Urgência Enf/Leito: <u>105-3</u>	
Jejum? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tempo de Jejum: <u>desde as 05h do dia 05/06/19</u>	
Alérgias? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Quais?	
Tricotomia no local da incisão para cirurgia geral? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
ateralidade? <input type="checkbox"/> Direita <input checked="" type="checkbox"/> Esquerda	
Retirada de adornos e/ou próteses? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Iso de marcapasso? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Profilaxia para TEV? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Comorbidades? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Quais?	
Iso contínuo de medicamentos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Quais?	

Sinais vitais: PA: _____ mmHg	Glicemia: _____ mg/dL	Tax: _____ °C
Porta exames complementares que auxiliem no procedimento? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Prontuário? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Transporte seguro até o centro cirúrgico? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Tipo de transporte: <input type="checkbox"/> Maca <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas		
Paciente encaminhado para o centro cirúrgico às _____		
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem/COREN: <u>Edume Ramalho</u> (Assinatura/Carimbo) <u>Edume Ramalho</u>		
TRANS-OPERATÓRIO		
Chegada do paciente às <u>14:00</u> Sala de cirurgia nº <u>9</u>		
Checagem de equipamentos e da sala		
<input checked="" type="checkbox"/> Carro de anestesia + alarmes	<input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio/oxímetro	<input type="checkbox"/> Focos de luz
<input checked="" type="checkbox"/> Aspirador	<input checked="" type="checkbox"/> Bisturi elétrico + placa	<input type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/> Realizada desinfecção da sala	<input checked="" type="checkbox"/> Validação das embalagens esterilizadas	
Tipo de procedimento: <u>II Cirúrgico de Fratura Antebraç</u>		
Tipo de anestesia: <u>Bloquio ou PMP</u>		
Equipe cirúrgica		
Cirurgião: <u>Dr. Silvio Filho</u> Cirurgião/Auxiliar: <u>Dr. Judo- Tadu</u>		
Anestesista: <u>Dr. Sérgio</u> Instrumentador: <u>Aimobria</u>		
Circulante(s): <u>Dalva Gleni</u>		
Transposição do paciente: <input checked="" type="checkbox"/> Maca e mesa niveladas <input type="checkbox"/> Trava da maca e da mesa cirúrgica		
Risco de perda sanguínea? <input type="checkbox"/> Sim (2 AVP calibrosos) <input checked="" type="checkbox"/> Não		



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 10/09/2019 09:54:45

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091009544508200000047057532>

Número do documento: 19091009544508200000047057532

Num. 48678935 - Pág. 10

Chequear final do procedimento <input checked="" type="checkbox"/> Contagem de instrumentais/agulhas e compressas <input checked="" type="checkbox"/> Transporte seguro do paciente da mesa operatória para maca <input checked="" type="checkbox"/> Drenos, sondas e acessos pinçados e identificados	
Transporte seguro até o setor de destino (na maca)? Paciente encaminhado para o setor de destino às <u>15:30</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem/COREN: <u>Assinatura Clara de A. Marinho</u> (Assinatura/Catimbo)	
PÓS-OPERATÓRIO	
Chegagem ao chegar no setor de destino: <input type="checkbox"/> Transporte seguro do paciente da maca para o leito <input type="checkbox"/> Drenos, sondas e acessos abertos (CPM) <input type="checkbox"/> Abir horário das medicações	
Complicações: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> TEV <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Infecção sítio cirúrgico <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Outras _____	
Alta hospitalar: <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro local <input type="checkbox"/> Transferência (outro setor) Bom estado geral: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Avaliação da ferida cirúrgica: <input type="checkbox"/> Limpa em cicatrização <input type="checkbox"/> Aberta <input type="checkbox"/> Infecionada Orientações para cuidados domiciliares e retorno ambulatorial: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Outras observações: _____	
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem/COREN: <u>Assinatura Clara de A. Marinho</u> (Assinatura/Catimbo)	

Urgência de hemocomponentes? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Tempo de início do procedimento: <u>14:30</u> min
Uso de bisturi elétrico? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Local de posicionamento da placa: <u>M1D</u> <input type="checkbox"/> NA
Medicações administradas na sala: _____
Material para análise anatomopatológica? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Material corretamente identificado/protocolado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> NA
Material conservado em: _____
Tempo de término do procedimento: <u>15</u> h <u>15</u> min
Local de destino: <u>Clin. cirúrgica</u> <input type="checkbox"/> Clin. médica <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> En/Leito: _____
Condições de encaminhamento: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Semiconsciente <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Intubado <input type="checkbox"/> Outros: _____
Terapia de suporte: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estado venoso permeável? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Cateter periférico <u>MSD</u> <input type="checkbox"/> Não
Uso de sonda? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Sistema de drenagem? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> SNG/SNE <input type="checkbox"/> Dreno <input type="checkbox"/> Ostomia
Uso de drenagem? <input checked="" type="checkbox"/> Não
Uso de drenagem? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Com sangramento <input type="checkbox"/> Sem sangramento
Vitais ao final do procedimento: PA: _____ mmHg Sat O ₂ : _____ % Tax: _____ °C



Telecila Freitas Fontes

Entrada do Permitto Inquido do Sabugi, S/N
Paulo VI - Caicó - RN | Contato: 84 3421-9630 / 3421-9628
CNPJ: 08.241.754/0135-57

GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO NORTE

FICHA DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO SOCIAL

Nome: Fábio Júlio do Nascimento

FORMA DE ACESSO AO SERVIÇO

☐ Sozinho(a), procurou o serviço ☒ Trazido(a) por familiares ☐ Trazido pelo SAMU ☐ Socorrido(a) em via pública ☐ Encaminhado, Unidade de Origem: _____ Outros: _____

DADOS PESSOAIS

Data de Nascimento: 14/11/1980 Idade Completa: 38 Estado Civil: União Estável
Endereço: R. Padre Brito Guerra Nº: 90 Bairro: Paulo VI
Município: Caicó Telefone do Responsável: (84) 9822-0494 família
Telefones Complementares: esposa

Escolaridade: ☐ Não Escolarizado ☐ Ensino Fundamental ☒ Ensino Médio ☐ Ensino Superior ☐ Pós-Graduação
Ocupação/Profissão: motorista Situação: ☒ Empregado ☐ Desempregado ☐ Autônomo ☐ Aposentado
O Usuário exerce outra atividade laboral remunerada paralela a principal? ☐ Sim ☒ Não. Qual: _____

Benefícios Sociais: ☐ Aposentadoria ☐ Pensão por Morte ☐ BPC ☐ Bolsa Família ☐ Seguro desemprego ☐ Auxílio Reclusão ☐ Benefício eventual ☐ Não recebe benefícios sociais

Unidade De Internamento: ☐ Clínica Médica ☒ Clínica Cirúrgica ☐ Leitos de Psiquiatria ☐ UTI Leito: 105-03

Usuário com Acompanhante: ☒ Sim ☐ Não Quantidade: 01 Telefone: _____

Documentos Entregues: ☒ Identidade ☒ CPF ☒ Cartão SUS ☐ Comprovante de Residência

SITUAÇÃO DOMICILIAR E FAMILIAR

Usuário reside: ☒ Casa ☐ Apartamento ☐ Propriedade Rural Situação: ☐ Própria ☒ Alugada ☐ Cedida ☐ Outro
Condição: ☐ Sozinho ☒ Com familiares ☐ Em família extensa/ampliada ☐ em Instituição de longa permanência
☐ Pessoa em Situação de rua ☐ Com apoio afetivo e emocional de familiares ☐ Apoio parcial ☐ Sem apoio familiar

CONDIÇÕES DE SANEAMENTO BÁSICO

Esgoto: ☒ Rede Geral ☐ Fossa ☐ Vala ☐ a céu aberto ☐ Outros.

Coleta de Lixo: ☐ Queimado em casa ☐ Enterrado em casa ☒ Coletado pelo município Frequência: _____

Abastecimento Hídrico: ☒ CAERN ☐ Carro Pipa ☐ Cisterna ☐ Poço ☐ Açude ☐ Barreiro ☐ Rio ☐ Outro

RENDA E CUSTEIO DAS NECESSIDADES INDIVIDUAIS E COLETIVAS

☐ Não Possui renda ☐ Menor de 01 SM ☒ Entre 1 e 2 SM ☐ Entre 2 e 4 SM ☐ Entre 4 e 6 SM ☐ Mais que 6 SM

De que forma o Usuário contribui para as despesas da família? ☒ Integralmente ☐ Parcialmente ☐ Não contribui

CONDIÇÕES ADVERSAS

O Usuário tem deficiência: ☐ Física ☐ Mental ☐ Intelectual ☐ Sensorial ☒ Não possui deficiência

Usuário acompanhado por Serviço ou Instituição? ☐ Sim ☒ Não Qual? _____

Enc. Inhamentos: _____

DEPENDÊNCIAS QUÍMICAS

Usuário fuma? ☐ Sim ☒ Não. A quanto tempo? _____ Já tentou parar? ☐ Sim ☐ Não Tem interesse? ☐ Sim ☐ Não

Usuário bebe? ☐ Sim ☒ Não. A quanto tempo? _____ Já tentou parar? ☐ Sim ☐ Não Tem interesse? ☐ Sim ☐ Não

Usa substâncias psicoativas? ☐ Sim ☒ Não Qual? _____ Com que frequência? _____

A quanto tempo? _____ Já tentou parar? ☐ Sim ☐ Não Tem interesse? ☐ Sim ☐ Não

Usuário acompanhado por Serviço ou Instituição? ☐ Sim ☐ Não Qual? _____

PERCEPÇÕES DE SERVIÇO SOCIAL (Incluso Violações de direitos)

Avaliação social feita (X) no leito. Usuário aguarda cirurgia, que dev-
erá ser realizada hoje. Está acompanhado pelo pai. Recebem orienta-
ções necessárias. Solicitado o comprovante de residência.

SAÍDA

Óbito: ☐ ITEP ☐ SVO ☐ DO

Alta Hospitalar: ☐ Médica ☐ A Pedido (Termo de Responsabilidade) ☐ Transferência

☐ Evasão

Raquel Sales de Medeiros
Assistente Social

/RN, em 06 de junho de 2019





HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO
Telecila Freitas Fontes

GOVERNADOR DO ESTADO
DO GRANDE NORTE

SERVIÇO DE PSICOLOGIA HOSPITALAR TRIAGEM

1 - Identificação:

Nome: Fabio Julio de Nascimento Idade: _____
Setor/leito: CC/405-3 Informante: ☒ Próprio usuário ☒ Outro: pai

2 - Internação e diagnóstico

Motivo da internação: Pinha mão esquerda Data da internação: 05.06.2019

3 - Limitações:

Patologia Limitante: ☒ Sim () Não - Se SIM, qual limitação? () Auditiva () Visual ☒ Motora () Fala
() Outra: Em decorrência das protusões.

4 - Acompanhamento durante a hospitalização:

Acompanhante participante no quarto: ☒ Sim () Não - Se SIM, quem? ☒ Pais () Companheiro(o) () filho
() outro: _____

5 - Aspectos Emocionais e Cognitivos:

Apresenta:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alteração de Consciência | <input type="checkbox"/> Alteração da atenção |
| <input type="checkbox"/> Choro constante | <input type="checkbox"/> Desorientação alo/auto psíquica |
| <input type="checkbox"/> Tristeza/solidão | <input type="checkbox"/> Memória não preservada |
| <input type="checkbox"/> Transtorno emocional evidente | <input type="checkbox"/> Expressão de afeto não condizente |
| <input type="checkbox"/> Pensamento desorganizado | <input type="checkbox"/> Inadequação de sono |
| <input type="checkbox"/> Linguagem incoerente/desorganizada | <input type="checkbox"/> Abuso de álcool e outras drogas |

6 - Com relação à equipe de saúde e internação, apresenta:

- ☐ Recusa/resistência ao cuidado ou tratamento
☐ Não adaptação à internação

7 - Encaminhamentos:

- ☐ Para avaliação psicológica mais minuciosa
☐ Para outra especialidade: _____
☐ Para outro serviço: _____

Caicó/RN, 06 / 06 / 2019

Kátia Priscilla F. dos Santos
Psicóloga CRP: 47/3459

Kátia Priscilla F dos Santos
Psicóloga
CRP: 17/3459

ptação de instrumento de triagem psicológica de Dias & Radomile. Por: Tatvanna Sousa





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ - TELECILA FREITAS FONTES
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo IV - Caicó/RN
CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.24174/0135-57 - (84) 3421-9620, 9621 e 9628

ANAMNESE INICIAL DE ENFERMAGEM

ENFERMARIA: 105

LEITO: 03

DATA DE ADMISSÃO: 05.06.19

Nº DO PRONTUÁRIO: 029342

NOME DO PACIENTE: Fabio Júlio do Nascimento

Hora de admissão: 12:00

DADOS SOCIAIS

Idade: 88 anos

Estado civil:

Espiritualidade:

Ocupação:

Sexo: Masculino

Procedência: () Residência () Serviço de saúde () Setor:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO

Queixa principal: Fratura Punho Mão E

Estado emocional: (X) Calmo () Ansioso () Irritado () Triste () Agitado () Agressivo () Coma

HISTÓRIA DE SAÚDE

Comorbidades:

Alergias:

Medicações de uso contínuo:

Dor: () Sim () Não, local:

Medicamento para controle:

Intensidade: (0 a 10)

Resolutividade: () Sim () Não



EXAME FÍSICO

Estado geral: () Bom (X) Regular () Comprometido () Grave

SINAIS VITAIS

PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO₂ % HGT:

FUNÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Torporoso

() Cooperativo () Não cooperativo () Comunicativo () Não comunicativo

Sono/repouso:

Responsivo aos estímulos: () Verbais () Dolóricos () Oculares () Térmicos

Crise convulsiva: () Sim () Não Se sim, quantos episódios:

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		
PARÂMETRO	RESPOSTA	PONTOS
ABERTURA OCULAR	Abertura ocular espontânea	(4)
	Abertura ocular ao comando	3
	Abertura ocular a dor	2
	Ausente	1
	Não testável	NT
RESPOSTA VERBAL	Orientado e conversando	(5)
	Desorientado, confuso	4
	Palavras desconexas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Ausente	1
RESPOSTA MOTORA	Não testável	NT
	Obedece a comandos	(6)
	Localiza estímulo de dor	5
	Reflexo de retirada a dor	4
	Decorticação	3
	Descerebração	2
	Ausente	1
	Não testável	NT





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ - TELECILA FREITAS FONTES
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo IV - Caicó/RN CEP:
59.300-000
CNPJ (MF): 08.24174/0135-57 - (84) 3421-9620, 9621 e 9628

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

DATA DE ADMISSÃO

Nº DO PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE

[illegible]



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecila Freitas Fontes



ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Nº DE REGISTRO:

DATA:

NOME DO PACIENTE:

QUEIXA PRINCIPAL, HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL, ANTECEDENTES, EXAMES FÍSICO.

Cistite aguda (Barbosa)

Dor de barriga

Exames físicos

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Cistite aguda

ASSINATURA DO MÉDICO:





RECEITUÁRIO

Paciente: *Julio*

500 — 100cm
010cm sedia
010cm 12x26

Ref: 20 - 679 7 ed

R. Paulo E. Filho
Seu Filho

7619

Dr. Silvio Santos Filho
Ortopedista - Traumatologista
T 8875 CRM/RN 4419





RECEITUÁRIO

Peto 0510

8

Leitura de ...
...
...

Tela tipo Lina

Indicação de 6-6-19. 9.20h

Reflexo ~~para~~ a partir dos 07.00h

3-619

Assinado eletronicamente por: KELY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 10/09/2019 09:54:45
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091009544508200000047057532
Número do documento: 19091009544508200000047057532



Nome:

DATA:

DIAGNÓSTICO:

ADMISSÃO:

05.06.19	LETO:	05-05
----------	-------	-------

05.06.19

LEITO:	105 - 02
--------	----------

MEDICAMENTOS				HORÁRIOS											
	DOSE	VIA	INTERV	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02		
01-															
02-															
03-															
04-															
05-															
06-															
07-															
08-															
09-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
16-															
17-															
18-															
19-															
20-															
21-															

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem



Estrada do Perimetro Irrigado do Sabugi, S/N
Paulo VI - Caico-RN | Contatos: 84 3421-9630 / 3421- 9628
CNPJ : 08.241.754/0135-57



NOME DO PACIENTE Felipe Julio de Nascimento

LEITO 125-03



S

HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecelia Freitas Fontes

Estrada do Povoamento Irigante de Sábadi, s/n
 Paulo VI - Caldeirão - Contagem, 34.321-9830 / 3421-9828
 CNPJ: 08.241.764/0135-67

GOVERNO DO ESTADO
 MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME:	Kelly Maria Medeiros do Nascimento		
DATA:	10/09/2019	LEITO:	105
DIAGNÓSTICO:			
ADMISSÃO:			

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS											
				08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
01- Dose 1 med															
02- Clindamicina 600 mg	8.8h														
03- Dose 1 med															
04- Dose 1 med															
05- Dose 1 med															
06- Dose 1 med															
07- Dose 1 med															
08- Dose 1 med															
09- Dose 1 med															
10- Dose 1 med															
11- Dose 1 med															
12- Dose 1 med															
13- Dose 1 med															
14- Dose 1 med															
15- Dose 1 med															
16- Dose 1 med															
17- Dose 1 med															
18- Dose 1 med															
19- Dose 1 med															
20- Dose 1 med															
21- Dose 1 med															

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem



8h

 GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ - TELECILA FREITAS FONTES		ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ - TELECILA FREITAS FONTES Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo IV - Caicó/RN CEP: 59.300-000 CNPJ (MF): 08.24174/0135-57 - (84) 3421-9620, 9621 e 9628	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		ENFERMARIA: 105	LEITO: 03
DATA DE ADMISSÃO: 05/06/19		Nº DO PRONTUÁRIO: 029342	
NOME DO PACIENTE: Fabro Tilio do Nascimento		HD: Fratura Vunho Mão Esquerda	
DATA E HORA: 06/06/19 - 8:00h		SINAIS VITAIS: PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO ₂ : %	
Estado Geral: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Comprometido <input type="checkbox"/> Grave		Higiene: Corporal Boa Oral Boa	
Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Icterícia			
Nível de consciência: 15 (Glasgow) Nível de sedação: (Ramsy)			
Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> Cateter nasal <input type="checkbox"/> VMI Desmame: - O2 Ambiente			
Dieta: Oral Zero Ate Curativo		Sonda: -	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> BIC <input type="checkbox"/> Gravidade			
Exames/cirurgias: SIM		Preparo de exames: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Antibióticoterapia:		Parecer médico:	
Feridas e curativos:		Braden:	
		Morse:	
Diagnóstico de enfermagem: Escoriação M5D e M1D			
Prescrição de enfermagem:			
8h Evolução: Paciente evoluindo Consciente, orientado, afimil e espneico no momento, com eliminação fisiológica presente, aceita dieta oferecida, sono e repouso preservados. Evoluindo 51 queixas no momento, nega DM, HAS, e Processo Alérgico. CGR. segue aos cuidados do Enfermagem. Fátima Ramalho COREN 24999			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		ENFERMARIA:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO:		Nº DO PRONTUÁRIO:	
NOME DO PACIENTE:			
DATA E HORA:		HD:	
SINAIS VITAIS: PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO ₂ : %			
Estado Geral: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Comprometido <input type="checkbox"/> Grave		Higiene: Corporal Oral	
Pele: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Icterícia			
Nível de consciência: (Glasgow) Nível de sedação: (Ramsy)			
Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> MV % <input type="checkbox"/> Cateter nasal <input type="checkbox"/> VMI Desmame:			
Dieta:		Sonda:	
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> BIC <input type="checkbox"/> Gravidade			
Exames/cirurgias:		Preparo de exames: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Antibióticoterapia:		Parecer médico:	
Feridas e curativos:		Braden:	
		Morse:	
Diagnóstico de enfermagem:			
Prescrição de enfermagem:			
Evolução:			







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 DE PLANTÃO CAICÓ EQUIPE 4
Endereço: AV. CEL. MARTINIANO, 20. JARDIM SATÉLITE, CAICÓ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019177000606
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 13/06/2019 13.00.28
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 01/06/2019 19.30.00
2.3 Fato: Consumado
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Rural
2.8 Número: S/N
2.10 Complemento:
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida
2.4 Flagrante: Não
2.7 Logradouro: BR 427 - PRÓXIMO AO SÍTIO MANHOSO
2.9 CEP:
2.11 Ponto de Referência:
2.13 Cidade: CAICÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FABIO JULIO DO NASCIMENTO
3.3 Nome Social:
3.5 Etnia: Branca
3.7 Sexo: MASCULINO
3.9 CPF: 05816633490
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: MOTORISTA
3.15 Telefone(s): 84 997089479
3.17 Número: 90
3.19 Bairro: PAULO VI
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.23 Cidade: CAICÓ

3.2 Estado civil: União Estável
3.4 Pai: FRANCISCO DO NASCIMENTO FILHO
3.6 Mãe: LUZINETE BEZERRA SILVA DO NASCIMENTO
3.8 Orientação Sexual:
3.10 Identidade de Gênero:
3.12 Data de Nascimento: 14/11/1980
3.14 RG: 2004567 - ITEP/RN
3.16 Passaporte:
3.18 Naturalidade: CAICÓ/RN
3.20 E-Mail:
3.22 Logradouro: RUA PADRE BRITO GUERRA
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não
7.1.3 Chassi: *****20316
7.1.5 Placa: OWE4103
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.9 Ano do Modelo: 2015
7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: FERNANDO FLAVIO DO NASCIMENTO
7.1.17 Nome do condutor:
7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:
7.1.4 Renavam:
7.1.6 Estado:
7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN ESD
7.1.10 Ano de Fabricação: 2015
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.14 Número do Motor:
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE INFORMA QUE TRAFEGAVA NA BR 427, SENTIDO CAICÓ/RN - JARDIM DO SERIDÓ/RN E QUE NA PROXIMIDADES DO SÍTIO MANHOSO, ENTRARIA A ESQUERDA E SINALIZOU, QUE UM VEÍCULO TIPO HILUX, DE COR BRANCA OU PLACA, DO QUAL O COMUNICANTE NÃO IDENTIFICOU A PLACA, PELA SITUAÇÃO DO MOMENTO, QUE VINHA NA MESMA DIREÇÃO, COLIDIU NA TRASEIRA DE SUA MOTO E DERRUBOU AO COMUNICANTE E SEU PAI, QUE ERA PASSAGEIRO DO MOTO. QUE PELA LOCALIZAÇÃO, NÃO SE FAZ LIGAÇÃO, DAÍ, NÃO ACIONARAM SAMU OU AMBULÂNCIA, MAS, O PRÓPRIO CONDUTOR DO VEÍCULO DA COLISÃO, O QUAL O COMUNICANTE TAMBÉM NÃO IDENTIFICOU, SÓ SABE QUE É DE FORTALEZA/CE, SOCORREU O COMUNICANTE PARA O HOSPITAL REGIONAL DE CAICÓ/RN. QUE DA COLISÃO, O COMUNICANTE SOFREU FRATURA NO PUNHO DA MÃO ESQUERDA E ESCORIAÇÕES POR TODO O CORPO. QUE SEU PAI SOFREU APENAS ESCORIAÇÕES E NÃO FOI LEVADO PARA O HOSPITAL. ESTE REGISTRO FOI FEITO PARA PLEITEAR SEGURO DPVAT.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data 13/06/2019 13.00.28

Policial

Interessado

Polígar direito

Atendimento: 1702009 - DEMERVAL DE SOUZA FILHO

Impressa por: 1702009 - DEMERVAL DE SOUZA FILHO em 13/06/2019 13:00:34

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 10/09/2019 09:54:45

<https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091009544508200000047057532>

Número do documento: 19091009544508200000047057532

Num. 48678935 - Pág. 23



Govorno 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 DE PLANTÃO CAICÓ EQUIPE 4
Endereço: AV. CEL. MARTINIANO, 20. JARDIM SATÉLITE, CAICÓ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019177000606
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 13/06/2019 13.00.28
1.4 Ligou CLOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 01/06/2019 19.30.00
2.3 Fato: Consumado
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Rural
2.8 Número: S/N
2.10 Complemento:
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida
2.4 Flagrante: Não
2.7 Logradouro: BR 427 - PRÓXIMO AO SÍTIO MANHOSO
2.9 CEP:
2.11 Ponto de Referência:
2.13 Cidade: CAICÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FÁBIO JÚLIO DO NASCIMENTO
3.3 Nome Social:
3.5 Etnia: Branca
3.7 Sexo: MASCULINO
3.9 CPF: 05816633490
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: MOTORISTA
3.15 Telefone(s): 84 997089479
3.17 Número: 90
3.19 Bairro: PAULO VI
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.23 Cidade: CAICÓ

3.2 Estado civil: União Estável
3.4 Pai: FRANCISCO DO NASCIMENTO FILHO
3.6 Mãe: LUZINETE BEZERRA SILVA DO NASCIMENTO
3.8 Orientação Sexual:
3.10 Identidade de Gênero:
3.12 Data de Nascimento: 14/11/1980
3.14 RG: 2004567 - ITEP/RN
3.16 Passaporte:
3.18 Naturalidade: CAICÓ/RN
3.20 E-Mail:
3.22 Logradouro: RUA PADRE BRITO GUERRA
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não
7.1.3 Chassi: *****20316
7.1.5 Placa: OWE4103
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.9 Ano do Modelo: 2015
7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: FERNANDO FLAVIO DO NASCIMENTO
7.1.17 Nome do condutor:
7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:
7.1.4 Renavam:
7.1.6 Estado:
7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN ESD
7.1.10 Ano de Fabricação: 2015
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.14 Número do Motor:
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE INFORMA QUE TRAFEGAVA NA BR 427, SENTIDO CAICÓ/RN - JARDIM DO SERIDÓ/RN E QUE NA PROXIMIDADES DO SÍTIO MANHOSO, ENTRARIA A ESQUERDA E SINALIZOU, QUE UM VEÍCULO TIPO HILUX, DE COR BRANCA OU PLACA, DO QUAL O COMUNICANTE NÃO IDENTIFICOU A PLACA, PELA SITUAÇÃO DO MOMENTO, QUE VINHA NA MESMA DIREÇÃO, COLIDIU NA TRASEIRA DE SUA MOTO E DERRUBOU AO COMUNICANTE E SEU PAI, QUE ERA PASSAGEIRO DA MOTO. QUE PELA LOCALIZAÇÃO, NÃO SE FAZ LIGAÇÃO, DÁ, NÃO ACIONARAM SAMU OU AMBULÂNCIA, MAS, O PRÓPRIO CONDUTOR DO VEÍCULO DA COLISÃO, O QUAL O COMUNICANTE TAMBÉM NÃO IDENTIFICOU, SÓ SABE QUE É DE FORTALEZA/CE, SOCORREU O COMUNICANTE PARA O HOSPITAL REGIONAL DE CAICÓ/RN, QUE DA COLISÃO, O COMUNICANTE SOFREU FRATURA NO PUNHO DA MÃO ESQUERDA E ESCORIAÇÕES POR TODO O CORPO. QUE SEU PAI SOFREU APENAS ESCORIAÇÕES E NÃO FOI LEVADO PARA O HOSPITAL. ESTE REGISTRO FOI FEITO PARA PLEITEAR SEGURO DPVAT.

9.2 Informações do CLOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data 13/06/2019 13.00.28

Policial

Interessado

Polígar direito

Atendimento: 1702009 - DEMERVAL DE SOUZA FILHO

Impresso por: 1702009 - DEMERVAL DE SOUZA FILHO em 13/06/2019 13:00:34

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO PRONTO SOCORRO

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO <i>Gabri</i>	DATA <i>27.06.19</i>	HORA DE ENTRADA <i>08:50</i>	Nº ATENDIMENTO <i>41</i>
---	-------------------------	---------------------------------	-----------------------------

CAMPO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviaturas e de forma legível.				
NOME <i>FÁBIO JÚLIO DO NASCIMENTO</i>		DATA DE NASCIMENTO <i>14.11.80</i>	IDADE <i>38A</i>	SEXO <i>M</i>
CPF <i>058.166.334-90</i>	RG <i>2004567</i>	DATA DE EXPEDIÇÃO <i>ITEP-RN</i>	CARTÃO SUS <i>706.4066.5815.5488</i>	
NATURALIDADE <i>Calço-RN</i>	ESTADO CIVIL <i>UN. ESTABEI</i>	PROFISSÃO <i>Motorista</i>	RAÇA/COR <i>B</i>	
NOME DA MÃE <i>BEZINETE BEZERRA SILVA DO NASCIMENTO</i>		NOME DO PAI <i>Fco do Nascimento Filho</i>		
ENDEREÇO <i>R. Pe. Bento Guerra, 90</i>		BAIRRO <i>Paulo VI</i>		
CIDADE/ESTADO <i>Calço - RN</i>	TELEFONE DE CONTATO <i>9.9708.9479</i>	ESCOLARIDADE <i>E. MÉDIO COMPLETO</i>		
FORMA DE CHEGADA			PACIENTE REGULADO?	
<input checked="" type="radio"/> ESPONTÂNEA <input type="radio"/> SAMU <input type="radio"/> AMBULÂNCIA/MUNICÍPIO <input type="radio"/> CORPO DE BOMBEIROS <input type="radio"/> POLÍCIA MILITAR <input type="radio"/> OUTRO: _____			<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	

CAMPO 2 – SINAIS VITAIS						
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de saúde.						
PA: <i>129 x 78</i> mmHg	FC: <i>78</i> bpm	FR: _____ irpm	Temp. axilar: _____ °C	SpO2: <i>93</i> %	Glicemia: _____ mg/dl	

CAMPO 3 – ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO																																								
Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro responsável pelo ACCR.																																								
<input type="radio"/> VERMELHO <input type="radio"/> AMARELO <input type="radio"/> VERDE <input checked="" type="radio"/> AZUL	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="5" style="text-align: center;">ESCALA DE GLASGOW</th> </tr> <tr> <th>AO</th> <th>RV</th> <th>RM</th> <th>AP</th> <th>TOTAL</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>					ESCALA DE GLASGOW					AO	RV	RM	AP	TOTAL						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="5" style="text-align: center;">ESCORE DE DOR</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>					ESCORE DE DOR					1	2	3	4	5					
ESCALA DE GLASGOW																																								
AO	RV	RM	AP	TOTAL																																				
ESCORE DE DOR																																								
1	2	3	4	5																																				
QUEIXA PRINCIPAL <i>Pós-operatório de prostatectomia</i>						HISTÓRIA BREVE <i>Retenção de pontos</i>																																		
ALERGIAS <i>Não</i>						COMORBIDADES <i>Não</i>																																		
OBSERVAÇÃO OBJETIVA																																								
AVALIAÇÃO		HORA <i>10:55</i>	REAValiação		HORA	<i>Ivânia Raquel Nobrega</i> ENFERMEIRO ENF COREN																																		

CAMPO 4 – ANAMNESE/EXAME FÍSICO	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.	
DIAGNÓSTICO INICIAL	

CAMPO 5 – EXAMES SOLICITADOS			
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.			
<input type="checkbox"/> HEMOGRAMA + PLAQUETAS	<input type="checkbox"/> TGO + TGP	<input type="checkbox"/> GASOMETRIA ARTERIAL	<input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMA
<input type="checkbox"/> UREIA + CREATININA	<input type="checkbox"/> CKMB + CPK	<input type="checkbox"/> COAGULOGRAMA	<input type="checkbox"/> RAIO-X: _____
<input type="checkbox"/> GLICEMIA	<input type="checkbox"/> TROPONINA	<input type="checkbox"/> EAS	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA: _____
<input type="checkbox"/> AMILASE	<input type="checkbox"/> IONOGRAMA	<input type="checkbox"/> PCR	<input type="checkbox"/> OUTROS: _____



RECEITUÁRIO

Aten. João
Roberto José da Silva, 38a

Submetido a test antigens.

Costo de alta do tratamento.

CTD10: 562, 792

72819

[Signature]
Dr. Silvinio
FARMACIA
TESTES



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

SINISTRO 3190493747 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FABIO JULIO DO NASCIMENTO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Natal-RN

BENEFICIÁRIO FABIO JULIO DO NASCIMENTO

CPF/CNPJ: 05816633490

Posição em 10-09-2019 09:24:37

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
30/08/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
3ª Vara da Comarca de Caicó
Av. Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, Caicó - RN - CEP: 59300-000

Processo nº 0803330-02.2019.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: FABIO JULIO DO NASCIMENTO

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Considerando o teor do art. 99, §2º do CPC/15, intime-se a requerente para que, no prazo de 15 (quinze) dias, junte aos autos comprovante de rendimentos e/ou outros documentos que comprovem a sua condição de parte economicamente hipossuficiente.

Decorrido o prazo com ou sem manifestação, retornem os autos conclusos para decisão.

Publique-se. Intime-se. Cumpra-se.

Diligências e expedientes necessários.

Caicó/RN, data do sistema.

Juiz LUIZ CANDIDO DE ANDRADE VILLACA

Titular da 3ª Vara de Caicó





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
3ª Vara da Comarca de Caicó
Av. Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, Caicó - RN - CEP: 59300-000

Processo nº 0803330-02.2019.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: FABIO JULIO DO NASCIMENTO

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Considerando o teor do art. 99, §2º do CPC/15, intime-se a requerente para que, no prazo de 15 (quinze) dias, junte aos autos comprovante de rendimentos e/ou outros documentos que comprovem a sua condição de parte economicamente hipossuficiente.

Decorrido o prazo com ou sem manifestação, retornem os autos conclusos para decisão.

Publique-se. Intime-se. Cumpra-se.

Diligências e expedientes necessários.

Caicó/RN, data do sistema.

Juiz LUIZ CANDIDO DE ANDRADE VILLACA

Titular da 3ª Vara de Caicó



EM ANEXO.





CAICÓ ADVOCACIA & ASSESSORIA JURÍDICA

Kelly Maria Medeiros do Nascimento – OAB/RN 7.469

Avenida André Sales, 130 – Paulo VI – Caico/RN – CEP.: 59300-000

Próximo a Unidade Hospitalar Regional do Seridó - SESP

Fones: (84) 3417-2265 99801-5199 e 98887-0543

E-mail: caicoseguros@gmail.com e caicodpvat@hotmail.com.

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA DA
COMARCA DE CAICÓ/RN.**

PROCESSO: 0803330-02.2019.8.20.5101.

Promovente: **Fábio Júlio do Nascimento.**

Promovida: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

Fábio Júlio do Nascimento, já devidamente qualificado nos autos do processo em epígrafe, AÇÃO DE COBRANÇA/COMPLEMENTO que promove em face da **Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.**, por intermédio de sua bastante procuradora que esta subscreve, cumprindo determinação judicial epigrafada e, **em tempo hábil**, vem perante Vossa Excelência, expor e informar a situação funcional de nosso cliente como sendo:

1º) Apresento-lhe demonstrativo do comprovante de renda – Contracheque, o qual enfatiza que o nosso Cliente e Requerente acima citado tem vínculo empregatício, conforme documentação, em anexo. Ressalta-se que o mesmo percebe a remuneração em foco e, estabelece, como meio de sobrevivência e família; e

2º) Na certeza de ter cumprido com o estabelecido na Determinação Judicial, invoca-se, desde já, os preceitos Judiciais para dar curso a tramitação processual, ficando-o à disposição do Douto Juízo para dirimirmos às diligências inerentes e necessárias a celeridade processual.

Nestes Termos,
Pede e Espera Deferimento.

Caicó-RN, 22 de Janeiro de 2020.

Kelly Maria Medeiros do Nascimento
Advogada – 7.469/RN

Vba.



Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)				Data e Assinatura	
Empregador GIVALDO NOBREGA		Inscrição CNPJ: 12.894.478/0001-91		Admissão 02/09/2016	Competência Outubro de 2019
Empregado 000001 Fabio Julio do Nascimento		Cargo Motorista		Lotação MATRIZ	
PIS 16078914600		Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta
Discriminação das Verbas					
Cod.	Descrição	Referência	Provento	Desconto	
010	Salário-Família	1 cot(a)s 30 dia(s)	32,80		
011	Salário-Base		1.016,00		
310	INSS	8%		81,28	
			Total de Proventos	1.048,80	
			Total de Descontos	81,28	
			Líquido a Receber	967,52	
Salário Contratual		Base de Cálculo do INSS	Base de Cálculo do FGTS	FGTS	Base de Cálculo do IRRF
1.016,00		1.016,00	1.016,00	81,28	
				FGTS Contribuição Social	





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
3ª Vara da Comarca de Caicó
Av. Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, Caicó - RN - CEP: 59300-000

Processo nº 0803330-02.2019.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: FABIO JULIO DO NASCIMENTO

RÉU: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO

Inicialmente, defiro o pedido de assistência judiciária gratuita, por entender que a parte autora preenche os requisitos do art. 98 e seguintes do CPC/2015.

Ademais, prevê o art. 334 do Código de Processo Civil que caso a petição inicial preencha os requisitos essenciais e não seja o caso de improcedência liminar do pedido, a requerida será citada e intimada para audiência de conciliação ou mediação (CPC, art. 334).

Não obstante, na presente demanda a parte autora alega ter sido vítima de acidente de trânsito e que em razão disso sofreu intervenções em membro do corpo permanentemente comprometedoras de parte ou da totalidade de suas funções, fazendo jus, portanto, ao recebimento de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT.

A prática forense demonstra que, em demandas desse tipo, somente são ajuizados os casos em que os seguros não foram pagos ou, se pagos, não atenderam à expectativa dos envolvidos quanto ao grau de invalidez pertinente, tendo em vista que não há nenhuma informação ao beneficiário dos critérios médicos usados.

É, portanto, necessário ao esclarecimento do caso a realização de perícia médica que determine, com precisão, a graduação da debilidade do postulante, para que se possa quantificá-la de acordo com a tabela anexa à Lei nº 6.194/74 e Súmula 474 do STJ.

No presente caso, portanto, afigurar-se-ia infrutífera uma prévia tentativa de conciliação e mediação antes de saber a extensão exata do dano, a fim de para adaptá-lo à tabela oficial, o que resultaria em medida ineficaz, tanto que a usual prática de mutirões de conciliação referentes à ações judiciais envolvendo seguro DPVAT acontecem com a realização simultânea de perícia médica para determinação do tipo e grau de lesão.

Neste contexto, a perícia não é apenas essencial para a solução do mérito, mas sim para a própria conciliação prévia, sendo então medida elementar para a celeridade processual dispensar, momentaneamente, a audiência a que se refere o art. 334 do CPC, postergando a sua realização para momento oportuno.

Ante o exposto, proceda-se à citação da parte ré, para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, alertando-a da regra do art. 344 do NCPC.

Caso haja contestação e havendo nesta arguição de preliminar ou fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (NCPC, artigos 350 e 351), dê-se vistas ao autor, através de seu advogado, a fim de que se pronuncie a respeito, no prazo de 15 (quinze) dias, procedendo sempre a Secretaria conforme o disposto no art. 203, § 4º, do NCPC.



Na hipótese de a citação não ser levada a efeito, intime-se igualmente o autor, por seu advogado, no prazo supra, para se pronunciar sobre a diligência negativa.

Com ou sem contestação ou, após a manifestação sobre a contestação, se for o caso, faça-se conclusão.

Publique-se. Intimem-se. Cumpra-se.

Diligências e expedientes necessários.

Caicó/RN, *data da assinatura eletrônica*.

LUIZ CÂNDIDO DE ANDRADE VILLAÇA

Juiz Titular da 3ª Vara de Caicó





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
3ª Vara da Comarca de Caicó
Av. Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, Caicó - RN - CEP: 59300-000

Processo nº 0803330-02.2019.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: FABIO JULIO DO NASCIMENTO

RÉU: SEGURADORA DPVAT

ATO ORDINATÓRIO

Considerando o que consta no Código de Normas da Corregedoria de Justiça do RN (Provimento nº 154/2016 - CJ/TJRN), na forma da lei e conforme determinação judicial prolatada nestes autos, de ordem do Juiz LUIZ CANDIDO DE ANDRADE VILLACA, fica Vossa Senhoria **citado(a)** acerca do inteiro teor da petição inicial e de eventuais documentos que a instruem e, querendo, oferecer resposta no prazo legal.

ADVERTÊNCIA: Nos termos do artigo 344 do Código de Processo Civil, se o réu não contestar a ação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor.

MARCUS CESAR DOS SANTOS BEZERRA

Chefe de Secretaria





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
3ª Vara da Comarca de Caicó
Av. Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, Caicó - RN - CEP: 59300-000

Processo nº 0803330-02.2019.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: FABIO JULIO DO NASCIMENTO

RÉU: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO

Inicialmente, defiro o pedido de assistência judiciária gratuita, por entender que a parte autora preenche os requisitos do art. 98 e seguintes do CPC/2015.

Ademais, prevê o art. 334 do Código de Processo Civil que caso a petição inicial preencha os requisitos essenciais e não seja o caso de improcedência liminar do pedido, a requerida será citada e intimada para audiência de conciliação ou mediação (CPC, art. 334).

Não obstante, na presente demanda a parte autora alega ter sido vítima de acidente de trânsito e que em razão disso sofreu intervenções em membro do corpo permanentemente comprometedoras de parte ou da totalidade de suas funções, fazendo jus, portanto, ao recebimento de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT.

A prática forense demonstra que, em demandas desse tipo, somente são ajuizados os casos em que os seguros não foram pagos ou, se pagos, não atenderam à expectativa dos envolvidos quanto ao grau de invalidez pertinente, tendo em vista que não há nenhuma informação ao beneficiário dos critérios médicos usados.

É, portanto, necessário ao esclarecimento do caso a realização de perícia médica que determine, com precisão, a graduação da debilidade do postulante, para que se possa quantificá-la de acordo com a tabela anexa à Lei nº 6.194/74 e Súmula 474 do STJ.

No presente caso, portanto, afigurar-se-ia infrutífera uma prévia tentativa de conciliação e mediação antes de saber a extensão exata do dano, a fim de para adaptá-lo à tabela oficial, o que resultaria em medida ineficaz, tanto que a usual prática de mutirões de conciliação referentes à ações judiciais envolvendo seguro DPVAT acontecem com a realização simultânea de perícia médica para determinação do tipo e grau de lesão.

Neste contexto, a perícia não é apenas essencial para a solução do mérito, mas sim para a própria conciliação prévia, sendo então medida elementar para a celeridade processual dispensar, momentaneamente, a audiência a que se refere o art. 334 do CPC, postergando a sua realização para momento oportuno.

Ante o exposto, proceda-se à citação da parte ré, para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, alertando-a da regra do art. 344 do NCPC.

Caso haja contestação e havendo nesta arguição de preliminar ou fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (NCPC, artigos 350 e 351), dê-se vistas ao autor, através de seu advogado, a fim de que se pronuncie a respeito, no prazo de 15 (quinze) dias, procedendo sempre a Secretaria conforme o disposto no art. 203, § 4º, do NCPC.



Na hipótese de a citação não ser levada a efeito, intime-se igualmente o autor, por seu advogado, no prazo supra, para se pronunciar sobre a diligência negativa.

Com ou sem contestação ou, após a manifestação sobre a contestação, se for o caso, faça-se conclusão.

Publique-se. Intimem-se. Cumpra-se.

Diligências e expedientes necessários.

Caicó/RN, *data da assinatura eletrônica*.

LUIZ CÂNDIDO DE ANDRADE VILLAÇA

Juiz Titular da 3ª Vara de Caicó

