



Número: **0802008-19.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **19ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **22/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA (AUTOR)		JETTSON RUDYARD BEZERRA LOPES (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
52608563	22/01/2020 17:33	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
52609532	22/01/2020 17:33	<a href="#">Petição inicial hozana</a>	Documento de Comprovação
52609537	22/01/2020 17:33	<a href="#">PROCURAÇÃO</a>	Documento de Comprovação
52609543	22/01/2020 17:33	<a href="#">RG, CPF, COMP RESIDENCIA e BO</a>	Documento de Comprovação
52609555	22/01/2020 17:33	<a href="#">REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO</a>	Documento de Comprovação
52609575	22/01/2020 17:33	<a href="#">PRONTUARIO MÉDICO 1</a>	Documento de Comprovação
52612518	22/01/2020 17:33	<a href="#">PRONTUARIO MÉDICO 2</a>	Documento de Comprovação

Petição Inicial em anexo



EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DE UMAS DAS VARAS CÍVEIS DA COMARCA DE NATAL/RN, A QUEM COUBER POR DISTRIBUIÇÃO LEGAL.

HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA, brasileira, solteira, agricultora, Portadora da Carteira de identidade nº 2714902, inscrita no CPF sob o nº 076.544.784-37, residente e domiciliada na Sítio Manoel Paz, 10, Zona Rural, Goianinha /RN, CEP: 59173-000, telefone: 9.9481-4574, vem *mui* respeitosamente à presença de Vossa Excelência, por intermédio de seus bastantes procuradores, conforme procuração inclusa, propor a presente :

#### **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT**

em desfavor de SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, companhia de seguros participante do Consorcio de Seguradoras que operam o seguro de danos pessoais causados por veículo de via terrestre, localizada na Rua da Assembleia, nº 100 – 26º Andar, Centro, CEP: 20.011-904 Rio de Janeiro – RJ, pelos motivos de fato e de direito a seguir aduzidos:



## DA JUSTIÇA GRATUITA

Requer à V. Ex<sup>a</sup>. seja deferido o benefício da Gratuidade de Justiça, com embasamento no artigo 98 do CPC, por não ter condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

## DA SITUAÇÃO FÁTICA

No dia 24 de julho de 2019 às 07:30 horas, contudo, a Requerente sofreu um acidente de trânsito que o tornou definitivamente incapaz para o trabalho. O sinistro aconteceu na zona rural do município de Goianinha/RN, Sítio Miranda, onde caminhava na estrada vicinal. A Autora, quando estava trafegando normalmente com sua irmã, momento em que uma moto colidiu com as duas ao mesmo tempo, vindo a ser socorrida pela Samu, como consequência de tal fato sofre grave lesão no quadril e na perna, não conseguindo até os dias de hoje laborar sem dores, andar, correr, pegar peso, tendo em vista as dores que sente constantemente, conforme Boletim de Ocorrência, laudos e atestados em anexo, em requerimento administrativo, sem perícia médica, o réu pagou somente a quantia de R\$ 1.687,50, o que está em desconformidade com a gravidade da lesão sofrida pela autora.

Cabe aqui mencionar que atualmente a requerente já recebeu alta do hospital, mas não conseguiu retornar as suas atividades diárias e laborais, bem como já requereu administrativamente a indenização e não obteve êxito, consoantes documentos anexos,

Salienta-se que o direito da Autora, consiste no recebimento da indenização coberta pelo seguro obrigatório de DPVAT, sendo lhe devido o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), uma vez que





resta comprovado na documentação acostada aos autos o nexo causal entre o acidente e a sua condição atual de invalidez permanente total.

Denota-se legítimo o dever da Ré em efetuar o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT, ora pleiteada, visto que a mesma pertence ao rol de seguradoras que compõem atualmente o Consórcio referente ao Convênio DPVAT.

Nesse sentido Excelência, em decorrência do acidente sofrido pelo Sr. **HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA**, culminado com a sua invalidez permanente total, busca a tutela jurisdicional do Estado para fazer valer o seu Direito.

### DO DIREITO

O Seguro DPVAT foi criado no ano de 1974 pela Lei Federal nº 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, que determina que todos os veículos automotores, paguem anualmente uma taxa que garante, na ocorrência de acidentes, o recebimento de indenização tanto no caso de ferimento quanto no caso de morte.

Em conformidade com o art. 3º da lei nº. 6.194/74, os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar, vejamos o que nos diz este artigo com sua alínea:

*“Art. 2º – Fica acrescida ao artigo 20, do Decreto-Lei nº. 73, de 21 de novembro de 1966, a alínea “l” nestes termos:*

*Art. 20, l – Danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas não transportadas ou não.*

*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;

Art. 4º – A indenização no caso de morte será paga, na constância do casamento ao cônjuge sobrevivente; na sua falta, aos herdeiros legais. Nos demais casos o pagamento será feito diretamente à vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados.

Assim, resta claro que o requerente deve ser indenizado pelo seguro, como medida de direito, visto que se tornou incapaz totalmente.

Neste sentido, vejamos nossa Jurisprudência:

*APELAÇÃO CÍVEL AÇÃO DE COBRANÇA SECURITÁRIA DPVAT-INDENIZAÇÃO POR MORTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA IRRELEVÂNCIA JUNTADA DE DOCUMENTO HÁBIL A DEMONSTRAR A EXISTÊNCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE O ACIDENTE E O DANO ALEGADA CARÊNCIA DE AÇÃO AFASTADA CORREÇÃO MONETÁRIA TERMO A QUO EDIÇÃO DA MP Nº 340 /2006 MERA RECOMPOSIÇÃO DA MOEDA EM RAZÃO DA DEPRECIÇÃO INFLACIONÁRIA RECURSO DESPROVIDO. (TJPR - 8771997 PR 877199-7 (Acórdão) TJPR).*

*EMENTA: SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT INDENIZAÇÃO POR MORTE CORREÇÃO MONETÁRIA QUE DEVE TER O SEU TERMO INICIAL DE INCIDENCIA A PARTIR DA DATA DO ÓBITO VERBA INDENIZATORIA QUE DEVE SER FIXADA COM BASE NO SALÁRIO MÍNIMO EM VIGOR NA DATA DO FALECIMENTO DA VÍTIMA RECURSOS IMPROVIDOS. (TJSP - Apelação APL 9196426172009826 SP 9196426-17.2009.8.26.0000).*

É entendimento já pacificado pela jurisprudência pátria que o pagamento do referido seguro deverá ser efetuado por qualquer seguradora privada integrante do consórcio instituído pela resolução 1/75 do CNSP. Vejamos o seguinte julgado:

*EMENTA: FACULDADE DE ESCOLHA DA SEGURADORA FINALIDADE DO VEICULO. IRRELEVANCIA* Qualquer seguradora responde pelo pagamento da indenização do seguro obrigatório, pouco



*importando a condição do veículo e a finalidade a que se destina, defeso torna-se a imposição de limites por Resolução. (Acórdão nº 2.115/01, proferido nos autos do Recurso nº 926/01, publicado do DJ-MA em 06/07/01).*

Os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, amoldando-se perfeitamente à condição para recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:

*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. (grifo nosso)*

Desse modo, recorremos ao Poder Judiciário com a esperança de resolução desta causa.

## DA PERÍCIA

Requer que seja realizada a perícia para constatar a incapacidade total do requerente, uma vez que em consequência de tal acidente ficou com limitações, e necessitando de demais cuidados. Por fim, pugna por prazo para formular quesitos periciais.

## DO PEDIDO

Diante do exposto, **REQUER-SE:**

A citação do requerido para que apresente defesa caso queira, sob pena de revelia, prosseguindo-se nos ulteriores termos de Direito, para no final ser a ação julgada procedente com a condenação do requerido ao pagamento do Seguro Obrigatório (DPVAT), no valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), acrescidos de juros de mora, atualização



monetária, custas processuais e honorários de advogado na base usual de 20% sobre o valor total do débito e demais cominações legais.

Seja concedido os benefícios da Justiça Gratuita, por ser o requerente pessoa pobre nos termos do artigo 98 CPC.

Protesta provar o alegado através de todos os meios de prova em Direito admitido, especialmente pelos documentos inclusos, e prova testemunhal.

Dá-se a causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Nestes Termos,

Pede e Espera DEFERIMENTO.

Natal, 20 de janeiro de 2020.

**JETTSO RUDYARD BEZERRA LOPES**  
OAB/RN 10604



# PROCURAÇÃO

*ad judicium et extra*

**OUTORGANTE:** Nome: HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA  
\_\_\_\_\_, conhecido por: HOZANA, Nacionalidade: \_\_\_\_\_, Estado  
Civil: SOLTEIRA (UNIÃO ESTÁVEL), Profissão: AGRICULTORA, portador(a) da Cédula de Identidade  
n.º 2714902 (\_\_\_\_\_), inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 076.544.784-37, residente e  
domiciliado(a) na SÍTIL MANOEL RAZ, 110, ZONA RURAL,  
GOIAVINHA/RN, 59173-000. 84 994814544  
(IRMÃO)

**OUTORGADOS:** JETTSO RUDYARD BEZERRA LOPES, advogado inscrito na OAB/RN sob o nº 10.604, com escritório na Rua Luiz Belarmino da Costa, 1327A, Centro, Goianinha/RN, CEP 59173-000, cujo telefones para contato são 84 99126.9304 e 99979.8723.

**PODERES PARA O FORO EM GERAL:** O(A) OUTORGANTE confere aos OUTORGADOS *amplos poderes para o foro em geral* com as cláusulas "*ad judicium et extra*" para estes, em conjunto ou separadamente, praticar todos os atos extrajudiciais de representação e defesa, propor contra quem de direito ações judiciais competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando os recursos legais e realizando o seu completo acompanhamento, na forma do Art. 105, *caput*, do CPC/15.

**PODERES ESPECÍFICOS:** O(A) OUTORGANTE confere aos OUTORGADOS *poderes especiais* para **RENUNCIAR VALORES EXCEDENTES À COMPETÊNCIA DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL FEDERAL E ESTADUAL, ACORDAR, CONFESSAR, TRANSIGIR, DESISTIR, RECONHECER A PROCEDÊNCIA DO PEDIDO, FIRMAR COMPROMISSOS, ASSINAR TERMOS E DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA, REQUERER JUSTIÇA GRATUITA, RECEBER DEPÓSITOS DE ALVARÁS E DAR QUITAÇÃO** (Art. 105 do CPC/2015).

**PODERES PARA SUBSTABELECEER:** O(A) OUTORGANTE confere, ainda, aos OUTORGADOS *poderes* para praticar tudo quanto for útil e necessário na defesa dos seus direitos e interesses perante todas as instâncias judiciais (juízos ou Tribunais), podendo ainda *substabelecer* para outrem, com ou sem reservas, os poderes ora conferidos.

Natal (RN), 22 de junho de 2019.

\*Hozana dos Santos Oliveira  
OUTORGANTE

"Art. 107. O advogado tem direito a: I - examinar, em cartório de fórum e secretaria de tribunal, mesmo sem procuração, autos de qualquer processo, independentemente da fase de tramitação, assegurados a obtenção de cópias e o registro de anotações, salvo na hipótese de segredo de justiça, nas quais apenas o advogado constituído terá acesso aos autos; II - requerer, como procurador, vista dos autos de qualquer processo, pelo prazo de 5 (cinco) dias; III - retirar os autos do cartório ou da secretaria, pelo prazo legal, sempre que neles lhe couber falar por determinação do juiz, nos casos previstos em lei. § 1º Ao receber os autos, o advogado assinará carga em livro ou documento próprio. § 2º Sendo o prazo comum às





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2714902 1.VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 23/06/2005

NOME HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA

FILIAÇÃO FRANCISCO ROMILDO DE OLIVEIRA LUZIA DOS SANTOS OLIVEIRA

NATURALIDADE GOIANINHA RN DATA DE NASCIMENTO 23/10/1984

DOC. ORIGEM CERT. NASC. No. 8037 L. 38 F. 80 GOIANINHA RN 01 CARTORIO

ELABORADO POR: [Assinatura] LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

Assinatura: *Hozana dos Santos Oliveira*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA Secretaria da Receita Federal

**CPF**

076.544.784-37

HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA

23/10/1984

Cartão de uso pessoal e intransferível.  
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Agosto/2005

**CORREIOS**  
www.correios.com.br







Tarifa Social de Energia Elétrica: Criação pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Rua Manoel, 150, Baldo, Natal - RN, CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.199/0001-81 | Ins. Est. 20655190-9 | www.cosern.com.br

#### DADOS DO CLIENTE

ERIVALDO FERREIRA TIBURCIO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
SI MANOEL PAZ 10

CPF 703 175 854-87 NIS 12333093734

#### CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM INS

ZONA RURAL/ÁREA RURAL  
GOIANINHA RN  
59173-000

02/26/2019	UNICA	27/09/2019
27/09/2019	0070121973	1053201

0856961508	08/2019
03/08/2019	26/09/2019
18,17	

CONSUMO POR ITEM	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo superior a 50 kWh	30,0000000	0,2163541	6,49
Acrescimo Bandeira AMARELA	21,0000000	0,37069157	7,79
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,05
Contrib. Irm. Pública Municipal			0,98
Multa por atraso - NF 027761605 - 26/09/19			1,78
Juros por atraso - NF 027761605 - 26/09/19			0,42
Juros por atraso - NF 027761605 - 26/09/19			0,39
Juros por atraso - NF 026313557 - 26/09/19			0,02
Atualização IGPM - NF 026313557 - 26/09/19			0,24
			0,08

#### TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIDOR	TPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
21301592	CA1	26-09-2019	5.229,00		27-09-2019	6.200,00		32	1.0000		51,00

Mês/Ano	ICMS	PIS	COFINS	VALOR DE	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	ICMS	PIS	COFINS	VALOR DE
AGO 19 51					Transmissão	RS	0,01		29,94%
Jul 19 57					Distribuição (Conexão)	RS	2,05		3,99%
JUN 19 63					Perdas de Energia	RS	1,03		25,16%
Mai 19 64					Encargos Setoriais	RS	0,32		6,73%
ABR 19 77					Outros	RS	3,38		2,96%
MAR 19 77					Total	RS	6,39		27,88%
FEV 19 60									
JAN 19 51									
DEZ 19 76									
NOV 19 123									
OUT 19 177									
SET 19 57									
AGO 19 25									

0544 5190 A73D 1FED 6C36 9119 022D 6FEE

Para obter informações sobre a sua fatura, consulte o site www.cosern.com.br. O pagamento da fatura deve ser feito até o dia 20, sob pena de cancelamento em vigor. A fatura é emitida em nome do titular da unidade consumidora. O cliente é responsável por verificar a validade da fatura e a validade da tarifa. O cliente é responsável por verificar a validade da fatura e a validade da tarifa. O cliente é responsável por verificar a validade da fatura e a validade da tarifa.

Assinado eletronicamente por: JETSON RUDYARD BEZERRA LOPES - 22/01/2020 17:32:33



Govorno do Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria de Estado da Seguranca P6blica e da Defesa Social  
Policia Civil  
Delegacia Eletr6nica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE GOIANINHA  
Endereço: RUA PROF. JOÃO TIBURCIO, 141, CENTRO, GOIANINHA

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019087001428

1.2 Data de Expedição: 27/11/2019 10:23:01

1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - CMLHER

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 24/07/2019 07:30:00

2.2 Autoria: Conhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Rural

2.8 Número: 1

2.10 Complemento:

2.7 Logradouro: SÍTIO MIRANDA

2.9 CEP:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS

2.11 Ponto de Referência:

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.13 Cidade: GOIANINHA

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: MARINEZ FERREIRA TIBURCIO

3.2 Estado civil: União Estável

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: JOAO TIBURCIO FILHO

3.5 Etnia: Branca

3.6 Mãe: MARIA NAZARE FERREIRA TIBURCIO

3.7 Sexo: FEMININO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 66343364404

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 29/07/1969

3.13 Profissão: COMERCIANTE

3.14 RG: 001087145 - ITEP/RN

3.15 Telefone(s): 84 94814574

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 69

3.18 Naturalidade: GOIANINHA RN

3.19 Bairro: SÍTIO MANOEL PAZ

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: SÍTIO MANOEL PAZ

3.23 Cidade: GOIANINHA

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 Nome Completo: MARINEZ FERREIRA TIBURCIO

4.1.2 Estado civil: União Estável

4.1.3 Nome Social:

4.1.4 Pai: JOAO TIBURCIO FILHO

4.1.5 Mãe: MARIA NAZARE FERREIRA TIBURCIO

4.1.6 Identidade de Gênero:

4.1.7 Orientação Sexual:

4.1.8 Etnia: Branca

4.1.9 Sexo: FEMININO

4.1.10 Data de Nascimento: 29/07/1969

4.1.11 CPF: 66343364404

4.1.12 RG: 001087145

4.1.13 Nacionalidade:

4.1.14 Profissão: COMERCIANTE

4.1.15 Logradouro: SÍTIO MANOEL PAZ

4.1.16 Passaporte:

4.1.17 Número: 69

4.1.18 E-Mail:

4.1.19 Bairro:

4.1.20 CEP:

4.1.21 Estado:

4.1.21 Cidade:

4.2.1 Nome Completo: HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA

4.2.2 Estado civil: União Estável

4.2.3 Nome Social:

4.2.4 Pai:

4.2.5 Mãe: LUZIA DOS SANTOS DE OLIVEIRA

4.2.6 Identidade de Gênero:

4.2.7 Orientação Sexual:

4.2.8 Etnia: Parda

4.2.9 Sexo: FEMININO

4.2.10 Data de Nascimento: 23/10/1964

4.2.11 CPF:

4.2.12 RG: 2714902

4.2.13 Nacionalidade:

4.2.14 Profissão: AGRICULTORA

4.2.15 Logradouro: SÍTIO MANOEL PAZ

4.2.16 Passaporte:

4.2.17 Número: 10

4.2.18 E-Mail:

4.2.19 Bairro:

4.2.20 CEP:

4.2.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4.2.21 Cidade: GOIANINHA

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

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: \*\*\*\*\*12493

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: QWE6877

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: CG 125 FAN KS

7.1.9 Ano do Modelo: 2014

7.1.10 Ano de Fabricação: 2014

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: MINERVINA DA SILVA NOGUEIRA

7.1.15 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

NO DIA E HORA DO FATO AS VÍTIMAS FORAM ATROPELADAS POR JOSE EDSON BELO DA SILVA, O QUAL CONDUZIA A MOTO SUPRA CITADA NA ESTRADA DO MIRANDA; QUE AS VÍTIMAS ESTAVAM CAMINHANDO PELA ESTRADA VICINAL QUANDO A MOTO COLIDIU COM AS DUAS AO MESMO TEMPO; QUE NÃO VIRAM A MOTO VISTO QUE VEIO POR TRÁS; QUE DESMAIARAM DEVIDO A GRAVIDADE DO ACIDENTE; QUE HOZANA FOI SOCORRIDA PELO SAMU ATÉ O HOSPITAL LOCAL E MARINEZ FOI SOCORRIDA PELO SEU IRMÃO BETINHO TAMBÉM PARA O MESMO HOSPITAL; QUE O CONDUTOR DA MOTO NÃO TEVE FERIMENTOS GRAVES E NÃO PRECISOU SER SOCORRIDO.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

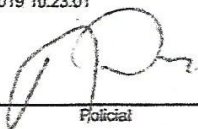
11. DECLARAÇÃO

Protocolo: J2019087001428 - Código de autenticação: 8b6a41abfe94bab25ea58dd545c2844e

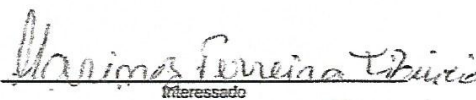




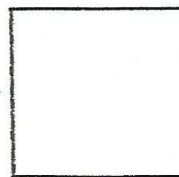
O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.  
Data 27/11/2019 10:23:01



Policial



Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1652656 - Renato Dias da Silva Junior

Impresso por: 1652656 - Renato Dias da Silva Junior em 27/11/2019 10:23:31

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Protocolo: 00019037001428 - Código de autenticação: 8b6a41abfe94bab25aa58dd545c28440

Página 22



Assinado eletronicamente por: JETTSON RUDYARD BEZERRA LOPES - 22/01/2020 17:32:33  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012217323317100000050741552>  
Número do documento: 20012217323317100000050741552

Num. 52609543 - Pág. 4



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190685035

Vítima: HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 24/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001066-9

Conta: 000010043119-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01691/01692 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020346







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



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessário, que foi encontrado a ocorrência Nº **164517/1** referente a paciente **HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA** 35 anos, atendida pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 24/07/2019 em Goianinha/RN. Conforme ficha anexa.

Natal, 06 de agosto de 2019.

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

**SAMU 192 RN**

END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 - BARRO VERMELHO - NATAL/RN  
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS  
CEP: 59.022-545 - FONE: 84 3209-5316



## FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 164517/1

Data: 24/07/2019

## CHAMADO

TARM: WANESSA GUSTAVO DO NASCIMENTO

Médico Regulação: JESSICA SANTOS DE MEDEIROS

Rádio Operador: MIRYAM VIANA DA SILVA

Médico Cena: JESSICA SANTOS DE MEDEIROS

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 41 (GOIANINHA)

Equipe VTR: ELYESTEVESON FERNANDES DE LIMA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA  
ANDREIA FERNANDA LIMA DE OLIVEIRA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM  
BERTONY BRUNO SOUZA HONORIO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

\* REGULAÇÃO  
MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

QUEDA DA  
LIGAÇÃOCONTATO COM EQUIPE  
SAMU

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: GOIANINHA

Nome do Solicitante: NALVA

Telefone: (64) 99101-4723

Nome do Paciente:

HOSANA DOS DANTOS OLIVEIRA

Idade: \*

25

ANO(S)

Sexo: \*

FEMININO

## Coordenadas Informadas

Latitude: -6.2763248 Longitude: -35.2930889

Endereço: SÍTIO MIRANDA

Nº:

Bairro:

Outro Bairro: ZONA RURAL

Referência/Complemento: PX E. M. JOSE MOISES / PX CASA DE FARINHA - SENTIDO ENTRADA DO BOSQUE (BAIRRO)

Unidade de Destino Transferência: HOSP. DE GOIANINHA

Observações Rádio Operador: PCTE AOS CUIDADOS DR RENE - H LOCAL

Queixa Primária: COLISÃO MOTO X MOTO

Quem Solicitou:

Distância do paciente:

Local:

## Histórico Regulação Médica:

24/07/2019 07:31:35 - Dr(a). JESSICA SANTOS DE MEDEIROS

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE MOTO X MOTO

REGULAÇÃO: NÃO ESTÁ NO QTH DA OCORRÊNCIA. COLISÃO MOTO-MOTO, VÍTIMA NO QTH

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 2

24/07/2019 07:32:15 - Dr(a). JESSICA SANTOS DE MEDEIROS

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE MOTO X MOTO

REGULAÇÃO: INFORMA QUE VÍTIMA ESTÁ CONSCIENTE, APRESENTA ESCORIAÇÕES E SANGRAMENTOS. ESTÁ MAL, NÃO SABE EXPLICAR O PORQUÊ.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 2

Apoio:

## OBSERVAÇÕES

Data: 24/07/2019 07:34:48 Usuário: (RADIO OPERADOR) WIONADJA SAONARA DE MELO OLIVEIRA

Observação: Controle de frota: GOIANINHA - USB 41 NO QTH DA OCORRÊNCIA.

Data: 24/07/2019 08:45:47 Usuário: (TARM) WANESSA GUSTAVO DO NASCIMENTO

Observação: PCT REGULADO COM DR PETRUS - HOSP DE GOIANINHA

Data: 24/07/2019 09:49:52 Usuário: (RADIO OPERADOR) MIRYAM VIANA DA SILVA

Observação: Controle de frota: PCTE AOS CUIDADOS DR RENE - H LOCAL





## HORÁRIOS DO CHAMADO

<b>Chamado:</b> 24/07/2019 07:30:16	<b>Regulação Médica:</b> 24/07/2019 07:32:16	<b>Solicitação VTR:</b> 24/07/2019 07:32:42	<b>Saída VTR:</b> 24/07/2019 07:34:46	<b>Chegada Local:</b> 24/07/2019 07:58:00
<b>Saída Local:</b> 24/07/2019 08:36:00	<b>Chegada Destino:</b> 24/07/2019 09:00:00	<b>Liberação Destino:</b> 24/07/2019 09:49:49	<b>Liberação VTR:</b> 24/07/2019 09:49:50	

Observação do Apoio:

## CONDUTA

✓ Conduza VTR

✓ Remoção

**Conduta Médico Regulador:**24/07/2019 08:25:42 - JESSICA SANTOS DE MEDEIROS  
LIGAÇÃO COM MUITA INTERFERÊNCIA.24/07/2019 08:26:08 - JESSICA SANTOS DE MEDEIROS  
SOLICITO QUE EQUIPE SAIA DO LOCAL DA OC PARA LOCAL QUE PEGUE MELHOR TELEFONE.24/07/2019 08:34:06 - JESSICA SANTOS DE MEDEIROS  
Avaliação inicial em hospital local.

## REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

GOIANINHA - HOSP. DE GOIANINHA

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE --

H. ligação ao serv prop.:

F:

Recebido por:

Número do conselho:

Número da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Vaga Zero

Motivo da entrada:

▼

Ass:

## PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

## ACIDENTE DE TRABALHO?

Sim \* Não

## VIOLENCIA A VULNERAVEIS?

Sim \* Não



**SUS****Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar**  
Nº 18622 / 2019**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou: \_\_\_\_\_

CNES: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**Nome: **136264 ROZANA DOS SANTOS OLIVEIRA**

Prontuário: \_\_\_\_\_

CNS: 704809095410447

Nascimento: 23/10/1984

Sexo: Feminino

Cor: PARDA

Mãe: LUZIA DOS SANTOS DE OLIVEIRA

Pai: FRANCISCO ROMUALDO DE OLIVEIRA

Endereço: RUA MANOEL PAZ, 1 - GOIANINHA - GOIANINHA

Fone: 998100870 /

Município: GOIANINHA

Código Municipal IBGE: 240420

UF: RN

CEP: 59173-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM QUADRIL E FERIMENTO EM JOELHO E

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

FRATURA-LUXAÇÃO CENTRAL DE QUADRIL E

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX + TC

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S32.4 FRATURA DO ACETABULO\*408040254. TRATAMENTO CIRURGICO DE ASSOCIACAO FRATURA / LUXACAO / FRATUR/

**Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?**

ACETABULO, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes☐ Hipertensão☐ Obesidade☐ Faz Antibioticoterapia☐ Lesão por pressão☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

KLEIDSON ANTONIO DE ARAUJO BASTOS

CRM: 4421 / RN

Data da Solicitação 24/07/2019

**PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**☐ Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: \_\_\_\_\_

Nº do bilhete: \_\_\_\_\_

Série: \_\_\_\_\_

☐ Acidente de Trabalho Típico☐ Acidente de Trabalho Trajeto

CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_

CNAE da Emp.: \_\_\_\_\_

CBOR: \_\_\_\_\_

Vínculo com previdência: ☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

Orgão Emissor: \_\_\_\_\_

Número da Autorização: \_\_\_\_\_

Data da Autorização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_

Kleudson Bastos  
Ortopedia  
CRM-4421





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

BOLETIM  
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: HIOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA

Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA - LUXAÇÃO DE QUADRILHA (E) + FERIMENTO EM JOELHO

Indicação terapêutica: LIMPEZA + SURINA + TRACQ Urgência (X) Eletiva ( )

INTERVENÇÃO

Data: 24 JUL 2019

Início:

Término:

Duração:

Operador: DR. GEAN GUARANIENS

CRM/CRO:

1º Auxiliar:

CRM/CRO:

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista: DR. VANBERTO

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- 1) PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB SEDACÃO VENOSA.
- 2) ASSÉPSIA + ANTI-SEPSIA + APOSICAP DE CANTOS.
- 3) REDUÇÃO INCIPIENTE DE FRAT. - LUXAÇÃO DE QUADRILHA (E) + COLOCAÇÃO DE FIO TRANSFIB. (E)
- 4) SURINA DE FERIMENTO EM JOELHO (E)
- 5) CUMTIVO.

GEAN GUARANIENS  
CRM 154.828-2  
RUA DO COMÉRCIO, 1144  
CEP 59.070-000

04.02.05.023-3(5) 72.3 (22.5)

COPIA ORIGINAL  
22/08/2019  
154.828-2  
SANTANA

Meta de material anatomo-patológico: ( ) NÃO ( ) SIM QUAL?

Meta de material para microbiologia: ( ) NÃO ( ) SIM QUAL?

São: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde







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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 37549 /2019

Admissão: 24/07/2019 10:42:07

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente: 136264 - HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA (34 a 9 m 1 d)

Nascimento: 23/10/1984 Natural: GOIANINHA.BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: 704809095410447

CPF:

Prof: AGRICULTORA

Mãe: LUZIA DOS SANTOS DE OLIVEIRA

Pai: FRANCISCO ROMUALDO DE OLIVEIRA

Logradouro: MANOEL PAZ, 1

CEP: 59173000

Bairro: GOIANINHA

Cidade: GOIANINHA

Telefone: 84 .998100870

Compl:

Motivo: MOTO X MOTO - COLISÃO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

\*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS: CONTATO DR ANDRE

Classificação: 24/07/2019 10:38:36

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO MOTO/MOTO COM TRAUMA DE MIE E TCE

Hora: \_\_\_\_

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	
B	
C	
D	
E	

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

COMUNICAÇÃO ORIGINAL  
NATAL, 22/08/2019  
MAT. Nº 151828-7  
SAME  
ASSINATURA

\*Saída: 24/07/2019 14:20:06 - INTERNADO

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

\*Gerado via SX por FRANCLE AVELINO DE ARAUJO. Impresso em 24 de Julho de 2019.







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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 37549 /2019  
Admissão: 24/07/2019 10:42:07

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 136264 - ROZANA DOS SANTOS OLIVEIRA (34 a 9 m 1 d)  
Nascimento: 23/10/1984 Natural: GOIANINHA, BRASIL Sexo: F Cor: PARDA  
CNS: 704809095410447 CPF: Prof:  
Mãe: LUZIA DOS SANTOS DE OLIVEIRA Pai: FRANCISCO ROMUALDO DE OLIVEIRA  
Logradouro: MANOEL PAZ, 1  
CEP: 59173000 Bairro: GOIANINHA Cidade: GOIANINHA  
Telefone: 84 998100870 Compl:

Motivo: MOTO X MOTO - COLISÃO  
Origem: AMBUL. SAMU RN

Tipo: REFERENCIADO  
\*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS: CONTATO DR ANDRE					Classificação: 24/07/2019 10:38:36				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
08:00	140x70		88%		30	66		14	
10:40			88%			70		15	

#### HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISÃO MOTO/MOTO COM TRAUMA DE MIE E TCE

Hora: 10:40

Paciente trazida pela SAMU por acidente moto - *24/07/19*  
há 03 horas, com trauma em região de face, *24/07/19*  
na cabeça. Nesse caso de episódios. Nesse período de *24/07/19*  
vômitos e náuseas

#### EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vivos, alertas, porém, referindo desconforto
- B MUC, amarelo, SINA, sem edema pulmonar, excreções normais
- C RCN, OIT, ORF, S, 50 batidas, pulso normal, BPT, PA e altura
- D 64x60x15, pupila 250 (FONOLABRILE), S1 ORFICIT normal
- E Escoriações na face, pulso e respiração

#### OUTRAS OBSERVAÇÕES:

24/07/19 12:45  
ABD: Flácido, indolor  
Tg: *24/07/19*  
Ex: *24/07/19*  
Baixa

24/07/19 11:45  
Tg: *24/07/19*  
Ex: *24/07/19*  
Baixa

\*Saída: -

#### DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*24/07/19*

*71*

\*Gerado via SX por FRANCLE AVELINO DE ARAUJO. Impresso em 24 de Julho de 2019.

RAICG-X

24/07/19

71





## EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALÉRGICAS) NãoM(MEDICAÇÃO EM USO) Não

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) Ingeriu há 24 horas

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V(PASSADO VACINAL) Desconhece

## EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

TC DE CERVIC

TC DE COLUMNA CERVICAL

TC DE FACE

RAIO X DE PELOE (AP)

TOMOGRAFIA ESQUELÉTICA (AP E PERFIL)

## CONDUTA PRIMÁRIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

Dr. André Marques  
Médico  
CRM/RN 9960

Paciente intovel supine  
diagnóstico notado e indicado  
- Aval do atropina e NCA  
- BNF.

- Hto do cm. geral

Dra. Marina Régio  
Cirurgiã Geral  
CRM/RN 7435

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

## LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1	PELOELOGIA	HORA: 10:50	DATA: 24/07/19
ESPECIALISTA 2	ORTODONTIA	HORA: 10:50	DATA: 24/07/19
ESPECIALISTA 3	BUCO MAXILO	HORA: 10:50	DATA: 24/07/19

DESTINO DO PACIENTE:

HORA

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

SAÍDA: ( ) DECISÃO MÉDICA ( ) REVELIA ( ) TRANSFERIDO PARA:

OBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA ( ) COM ATESTADO ( ) S.V.O ( ) ITEP





ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1- AVALIE A RESPOSTA DA VÍTIMA 2- PEÇA A LUJA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAL) E PEÇA UM DESFIBRILADOR 3- ABRA VIA AÉREA 4- AVALIE RESPIRAÇÃO VER, OUVIR, SENTIR 5- SE A PNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSAS VALVA, MÁSCARA) 6- AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRAIN) 7- SE PULSO 8- AVALIE RESPIRAÇÃO VER, OUVIR, SENTIR 9- SE A PNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSAS VALVA, MÁSCARA) 10- AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRAIN) 11- SE PULSO 12- AVALIE RESPIRAÇÃO VER, OUVIR, SENTIR 13- SE A PNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSAS VALVA, MÁSCARA) 14- AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRAIN) 15- SE PULSO 16- AVALIE RESPIRAÇÃO VER, OUVIR, SENTIR 17- SE A PNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSAS VALVA, MÁSCARA) 18- AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRAIN) 19- SE PULSO 20- AVALIE RESPIRAÇÃO VER, OUVIR, SENTIR 21- SE A PNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSAS VALVA, MÁSCARA) 22- AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRAIN) 23- SE PULSO 24- AVALIE RESPIRAÇÃO VER, OUVIR, SENTIR 25- SE A PNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSAS VALVA, MÁSCARA) 26- AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRAIN) 27- SE PULSO 28- AVALIE RESPIRAÇÃO VER, OUVIR, SENTIR 29- SE A PNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSAS VALVA, MÁSCARA) 30- AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRAIN) 31- SE PULSO 32- AVALIE RESPIRAÇÃO VER, OUVIR, SENTIR 33- SE A PNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSAS VALVA, MÁSCARA) 34- AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRAIN) 35- SE PULSO 36- AVALIE RESPIRAÇÃO VER, OUVIR, SENTIR 37- SE A PNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSAS VALVA, MÁSCARA) 38- AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRAIN) 39- SE PULSO 40- AVALIE RESPIRAÇÃO VER, OUVIR, SENTIR 41- SE A PNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSAS VALVA, MÁSCARA) 42- AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRAIN) 43- SE PULSO 44- AVALIE RESPIRAÇÃO VER, OUVIR, SENTIR 45- SE A PNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSAS VALVA, MÁSCARA) 46- AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRAIN) 47- SE PULSO 48- AVALIE RESPIRAÇÃO VER, OUVIR, SENTIR 49- SE A PNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSAS VALVA, MÁSCARA) 50- AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRAIN) 51- SE PULSO 52- AVALIE RESPIRAÇÃO VER, OUVIR, SENTIR 53- SE A PNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSAS VALVA, MÁSCARA) 54- AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRAIN) 55- SE PULSO 56- AVALIE RESPIRAÇÃO VER, OUVIR, SENTIR 57- SE A PNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSAS VALVA, MÁSCARA) 58- AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRAIN) 59- SE PULSO 60- AVALIE RESPIRAÇÃO VER, OUVIR, SENTIR 61- SE A PNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSAS VALVA, MÁSCARA) 62- AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRAIN) 63- SE PULSO 64- AVALIE RESPIRAÇÃO VER, OUVIR, SENTIR 65- SE A PNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSAS VALVA, MÁSCARA) 66- AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRAIN) 67- SE PULSO 68- AVALIE RESPIRAÇÃO VER, OUVIR, SENTIR 69- SE A PNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSAS VALVA, MÁSCARA) 70- AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRAIN) 71- SE PULSO 72- AVALIE RESPIRAÇÃO VER, OUVIR, SENTIR 73- SE A PNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSAS VALVA, MÁSCARA) 74- AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRAIN) 75- SE PULSO 76- AVALIE RESPIRAÇÃO VER, OUVIR, SENTIR 77- SE A PNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSAS VALVA, MÁSCARA) 78- AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRAIN) 79- SE PULSO 80- AVALIE RESPIRAÇÃO VER, OUVIR, SENTIR 81- SE A PNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSAS VALVA, MÁSCARA) 82- AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRAIN) 83- SE PULSO 84- AVALIE RESPIRAÇÃO VER, OUVIR, SENTIR 85- SE A PNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSAS VALVA, MÁSCARA) 86- AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRAIN) 87- SE PULSO 88- AVALIE RESPIRAÇÃO VER, OUVIR, SENTIR 89- SE A PNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSAS VALVA, MÁSCARA) 90- AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRAIN) 91- SE PULSO 92- AVALIE RESPIRAÇÃO VER, OUVIR, SENTIR 93- SE A PNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSAS VALVA, MÁSCARA) 94- AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRAIN) 95- SE PULSO 96- AVALIE RESPIRAÇÃO VER, OUVIR, SENTIR 97- SE A PNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSAS VALVA, MÁSCARA) 98- AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRAIN) 99- SE PULSO 100- AVALIE RESPIRAÇÃO VER, OUVIR, SENTIR

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	4
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem no comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	5
Orientado (Responde coerentemente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, está, e porquê, a data e etc.)	5
Consciente (Responde às perguntas coerentemente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras incoerentes (Fala incoerente, mas com frases desconexas)	3
Palavras incoerentes (Fala incoerente, mas com frases desconexas)	2
Som ininteligível. (Consciente com tentativa de resposta)	1
Resposta	0
Melhor resposta motora (MRM)	6
Obedece a ordens verbais. (Faz o melhor simples quando lhe é ordenado)	6
Obedece a ordens verbais. (Faz o melhor simples quando lhe é ordenado)	5
Resposta motora dolorosa.	4
Resposta motora a dor.	3
Padrão flexão à dor (Desorientação).	2
Padrão extensão à dor (Desorientação).	1

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS"	
DISCRIMINADOR	POUNTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	6-8 = 2
	4-5 = 1
	3 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4
	12-20 = 3
	8-10 = 2
	1-7 = 1
	0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90 = 4
	70-90 = 3
	1-60 = 2
	0 = 0

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2007)			
03 - 04	Grave (necessidade de intubação imediata)		
05 - 06	Moderado		
07 - 08	Leve		
* Referência: TEASDALE G. JENNETT B. As respostas do coma são limitadas conscientemente. A prática usual, Lancet 1974;2:81-84			
** A escala proposta aplica-se a pacientes conscientes e colaboradores com idade superior a 2 anos. No Exame Oral praticado no exame que descreve a intensidade de: do estado para os seguintes níveis:			
SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa
0	1	2	3

"Escala de Trauma Revisada (RTS) não indica de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referências: Adaptado de Champion H.L. Sauer W.L. Copes, et al; A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 624, 1990.

# ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

## ANAMNESE

Paciente vítima de acidente de trânsito, com perda da consciência, lesões faciais e membros.

## EXAME FÍSICO

Te de face, com lesões da parede anterior do tórax. Exame físico: lesões da parede anterior do tórax.

## IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Lesões da parede anterior do tórax.

## EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

## LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

## OUTROS

## CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Ex. físico  
Após as ações de emergência  
Medicamentos administrados, no local  
para posterior conduta  
conduta  
Ata da BOM

Dr. Gilberto Luiz de Queiroz  
Implantodontia e c/tes  
CRO 1897

Assinatura e Carimbo do Responsável

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL 22/08/2019  
MAT. Nº 150 8870  
S. SAME

Assinatura e Carimbo do Respon



ENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: <u>NCE - 1200</u>	
AMNESE: <u>Relato de queda de moto na cerca de os meus com perna de couro.</u>	
AME FÍSICO: <u>EG: 15. Sm. Lph. 70. TC. colo + TC. col. cerv. sem lesão ag. col. ALN. NCE. mob. reduzida.</u>	
PRESSÃO DIAGNÓSTICA: <u>* Fratura por: ordem SCS. F. 10. Ao. BMF</u>	
AMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****	LABORATÓRIO
	OUTROS
NOTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><u>Presença de trauma de acidente de moto apresentando dor e limitação funcional em quadril (66) e fêmur (66) e joelho (66). De grande fratura luxada de articulação do CC. pr. redução e tração. Fomento profundo no joelho (66).</u></p>	
<p>Assinatura e Carimbo do Responsável</p>	
<p>Assinatura e Carimbo do Responsável</p>	
<p>STINO DO PACIENTE: <u>Ortopedia</u> N° do Boletim de Atendimento: <u>                    </u></p>	
<p>RNAMENTO NA CLÍNICA: <u>Ortopedia</u> DATA: <u>  /  /  </u> HORA: <u>  :  :  </u></p>	
<p>A: <u>                    </u> DATA: <u>  /  /  </u> HORA: <u>  :  :  </u></p>	
<p>ção Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para: <u>                    </u></p>	
<p>O: <u>                    </u> DATA: <u>  /  /  </u> HORA: <u>  :  :  </u></p>	
<p>que à família <input type="checkbox"/> com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/></p>	
<p><u>                    </u> Médico (Carimbo)</p>	
<p>Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação</p>	
<p>TINO DO PACIENTE: <u>Ortopedia</u> N° do Boletim de Atendimento: <u>                    </u></p>	
<p>RNAMENTO NA CLÍNICA: <u>Ortopedia</u> DATA: <u>  /  /  </u> HORA: <u>  :  :  </u></p>	
<p>A: <u>                    </u> DATA: <u>  /  /  </u> HORA: <u>  :  :  </u></p>	
<p>io Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para: <u>                    </u></p>	
<p>O: <u>                    </u> DATA: <u>  /  /  </u> HORA: <u>  :  :  </u></p>	
<p>que à família <input type="checkbox"/> com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/></p>	







Prefeitura Municipal de Goiânia  
Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO MÉDICO

ALUG. Dr. André

RODRIGUES SANDI OLIVEIRA 34a

PACIENTE COMPARTELA NAIR UNIDADE  
TRIZIAO POU. SANW USB RPET  
SOFMA ACIDENTE DE MOTO. COLUO  
FRONTA MOTO/MOB. ESTAVA SEM  
CAPACETE e TUBO TCR.

AO B2 : RUG, LOTE, ALIQUOTA  
MVF. S.A. ALN 2  
GUGOUIS.

AO 12 FURTURA ABBARULO ©  
E

PA 130x70  
PL 66  
FR 19

Rene A. Rodrigues  
Médico  
CRM 7424



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 6887 /2019

Prontuário: 1187224

Paciente: 136264 - HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA

Cartão SUS: 704809095410447

CPF:

Dt Nasc: 23/10/1964

Idade: 34 anos 9 meses 1 dia

Sexo: F

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: LUZIA DOS SANTOS DE OLIVEIRA

Nome do pai: FRANCISCO ROMUALDO DE OLIVEIRA

Rua/Av: MANOEL PAZ

Nº: 1

Bairro: GOIANINHA

Complemento:

CEP: 59173000

Cidade: GOIANINHA

Telefone: 84 998100870 84 998100870

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1008

Responsável: ROZANA DOS SANTOS OLIVEIRA -

Usuário: FRANCIE AVELINO DE ARAUJO

Transferido: 23/07/2019

Admissão: 24/07/2019 14:20:07

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

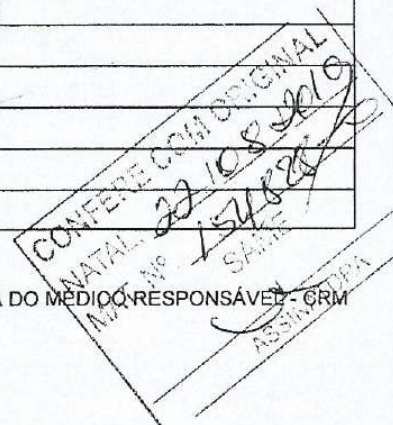
DIAGNÓSTICO INICIAL: S32.4 - FRATURA DO ACETABULO  
408040254 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

NATAL, 24 de Julho de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM







Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

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

Agosto - 19  
Prot. 166.570  
C/contas sus

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2- CNES	
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA		4- CNES 3515168	
Identificação do Paciente			
5- PACIENTE HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA		6- NUMERO DO PRONTUÁRIO 166570	
7- CARTÃO NACIONAL SUS 704 8090 9541 0447	8- DATA DE NASCIMENTO 23/10/1984	9- SEXO FEMININO	10- RAÇA/COR PARDA
11- NOME DA MÃE LUZIA DOS SANTOS OLIVEIRA		12- TELEFONE DE CONTATO 998100870	
13- NOME DO RESPONSÁVEL MARILEIDE FERREIRA TIBURCIO		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) SÍTIO MANOEL PAZ, 10			
16- MUNICÍPIO GOIANINHA	17- BAIRRO ZONA RURAL	18- UF RN	19- CEP 59173000
Justificativa de Internação			
20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>paciente com quadro clínico de infecção do operatório.</i>			
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>cirurgias</i>			
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>R</i>			
23- DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Duodenal Gecadriol B</i>	24- CID 10 PRINCIPAL	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>rot cirurgia</i>		28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29- CLÍNICA	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>17 8/13</i>	31- DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Rodolfo Sampaio</i> <i>Oncologia e Traumatologia</i> <i>CRM 12.725 - SPOT 13</i>
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)			
36- ( ) AC. TRÂNSITO	38- CNPJ DA SEGURADORA	40- Nº DO BILHETE	41- SÉRIE
37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNAE DA EMPRESA	44- CSOR
38- ( ) ACI. TRABALHO TRAJETO			
45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO			
46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47- COD. ORGAO EMISSOR	
48- DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF		52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>Paulo Ney Campos</i> <i>CPF: 242.951.724-72</i> <i>COREN 33.269</i>	
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		

HRDMI / SESAP  
CONFERI CI O ORIGINAL  
Pamamirim-RN  
Mat. 207.573.8





## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA		REGULAÇÃO		OBS
ORTOPEDIA		RETORNO		
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO		
		166570		
DATA	HORA	CATEGORIA	GIH	
13/08/2019	12:43			
PACIENTE			DATA DE NASCIMENTO	
HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA			23/10/1984	
ESTADO CIVIL		PROFISSAO		
SOLTEIRA		AGRICULTORA		
ENDEREÇO (RUA, Nº)				
SITIO MANOEL PAZ, 10				
MUNICIPIO	BAIRRO	UF	CEP	
GOIANINHA	ZONA RURAL	RN	59173000	
LOCAL DE TRABALHO			TELEFONE	
FILIAÇÃO				
LUZIA DOS SANTOS OLIVEIRA		FRANCISCO ROMILDO DE OLIVEIRA		
RESPONSÁVEL			TELEFONE	
MARILEIDE FERREIRA TIBURCIO			998100870	
ENDEREÇO				
O MESMO				
DIAGNOSTICO PROVISORIO				
DIAGNOSTICO DEFINITIVO				

DATA DE ADMISSÃO 13-08-19

ALTA 24-08-19

OBITO

## HISTORIA CLINICA

\* TAT CLINIC INF. RUA

1) CIRURGIAS MÚLTIPAS  
(01/08/2012)  
2) POLI TRAUMATIZADO  
(01/08/2013)  
3) X-PROC. CLÍNICO  
03/08/2019  
4) PROC. CIRÚRGICO  
5) LBBQ. 225225  
6) 27 BBO. 225276  
7) 5 DIAS  
8) CID T-131

HRDML / SESAP  
CONFERI C/O ORIGINAL  
Pamunirim-RN  
24/08/2019  
Jettson Rudyard Bezerra Lopes







## PEDIDO DE PARECER

C.O. II - L-06

Unidade Solicitante: _____	Município: _____
Paciente: <u>HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA</u>	Prontuário: _____
Motivo da Consulta: <u>Paciente pós-operatório de fratura de Antebraço, apresentando infecção no sítio operatório; Em uso de antibiótico + clindam. Solicito Avaliação</u>	
Dr. Gustavo Souza Ortopedia / Traumatologia Médico CRM/RN 7794 TEST. 16198	<u>7794</u> CRM <u>17/08/19</u> Data
Encaminhado à especialidade: <u>CCIH - Infecção</u>	Município: _____
Consulta marcada para a Unidade: _____	Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia _____

## RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante: _____	Município: _____
Paciente: <u>Hozana dos S Oliveira</u>	Prontuário: _____
(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões) <u>Cirurgia há 20 dias</u> <u>Não foi feito debridamento / limpeza</u> <u>Sugiro limpeza cirúrgica e coleta de material profundo para cultura</u>	
Diagnóstico: _____	CID: _____
Médico: <u>20/08/19</u>	CRM: _____ Data: _____
Retornar à clínica solicitante: _____	Unidade: _____
Para o (a) Dr. (a): _____	às _____ horas do dia _____

HRDML / SESAP  
CONFERRIDO ORIGINAR  
CONFERRIDO ORIGINAR  
Pamamirim-PA



Mãe: Luciana dos Santos Oliveira  
CPF: 076.844.18434 - SUS: 14028090952102411 - 98729.926



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 09

NOME:

Marina dos Santos Oliveira

IDADE:

23/10/84

COR:

Parda

SEXO:

F

ESTADO CIVIL:

Solteira

NATURALIDADE:

Goianinha

PROFISSÃO:

Agricultora

PROCEDÊNCIA:

Ord/Ref

ENDEREÇO:

Sítio Manoel da Silva

BAIRRO:

Zona Rural

CIDADE:

Goianinha

DATA:

31/08/19

HORA:

07:09

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐

REGULAR ☐

COM DISPNEIA ☐

CHOCADO ☐

COMATOSO ☐

C/ HEMORRAGIA ☐

EM CONVULSÃO ☐

POLITRAUMATIZADO ☐

AGITADO ☐

OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM ☐

NÃO ☐

PUPILAS

A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)

B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

C) PRESSÃO ARTERIAL

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

TEMP.

RESPIRAÇÃO

PULSO

T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Atropo

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

HRDML / SESAN

CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO

Parnamirim - RN, 31/08/2019

Reduza 2019





# 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

*La bacis Ap*  
*Curado : infecção no fo.*

*Hausemann Moraes*  
*Ortopedista*  
*CRM 5314 - S BOT 12213*

*Interna*  
*tratar tipo e clintemais*

*Rogério Santos*  
*Ortopedia e Traumatologia*  
*Ass. do Responsável*

## DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>ortopedi</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/>
ENTREGUE A FAMÍLIA <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	<p><i>Hausemann Moraes</i>  <i>Ortopedista</i>  <i>CRM 5314 - S BOT 12213</i></p> <p>MÉDICO (Carimbo)</p>	
<p>CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)</p>		





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

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

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2- CNES		
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA	4- CNES 3515168		
Identificação do Paciente			
5- PACIENTE HOZANA DOS SANTOS OLIVEIRA	6- NUMERO DO PRONTUÁRIO 166570		
7- CARTÃO NACIONAL/SUS 704 8090 9541 0447	8- DATA DE NASCIMENTO 23/10/1984	9- SEXO FEMININO	10- RAÇA/COR PARDA
11- NOME DA MAE LUZIA DOS SANTOS OLIVEIRA	12- TELEFONE DE CONTATO 998100870		
13- NOME DO RESPONSÁVEL MARILEIDE FERREIRA TIBURCIO	14- TELEFONE DE CONTATO		
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) SITIO MANOEL PAZ, 10			
16- MUNICÍPIO GOIANINHA	17- BAIRRO ZONA RURAL	18- UF RN	19- CEP 59173000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com fraturas de  
ALTOBULO (ESQ)

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO

23- DIAGNÓSTICO INICIAL  
FRAT. ACETABULO S 73.0

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
ESTABILIZAÇÃO DE ACETABULO

29- CLÍNICA  
ORTOPEDIA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
() CNS ( ) CPF

31- DOCUMENTO  
32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
JOSIVAN F. NUNES

34- DATA DA SOLICITAÇÃO  
35- ASSINATURA  
36- Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

37- ( ) AC. TRÁNSITO  
38- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO

39- CNPJ DA SEGURADORA  
40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE  
42- CNPJ DA EMPRESA  
43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR  
45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

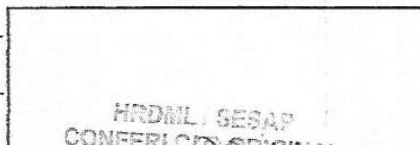
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
47- COD. ORGAO EMISSOR  
52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO  
49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF  
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO  
51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)









GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA

PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

0051

NOME: Rosana Zs Santos OLIVEIRA

IDADE: 23/05/1994 COR: Parda SEXO: F ESTADO CIVIL: Solteira

NATURALIDADE: Recife/PE PROFISSÃO: Agrônoma PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: Rua 12 - 01 - C/ta BAIRRO: União

CIDADE: Recife/PE DATA: 28-10-19 HORA: 17:56

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐

C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

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

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

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA):

Queda em escada @ no 09º andar, construtora do W.G. Pm.  
com lesão cervical

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL fratura - lesão no ombro @

HRDML/SESAP  
CONFIRMAÇÃO  
Parnamirim, RN  
28/10/19





**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**

- INTERNA PARA OUTRA UNIDADE

Jesse de Moura L. Neto  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 27118

Ass. do Responsável

**DESTINO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/> 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)



**SUS**

*E. Campos P. (Rudyard)* 403  
Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar  
Nº 18622 / 2019

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou: \_\_\_\_\_

CNES: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**Nome: **136264 ROZANA DOS SANTOS OLIVEIRA***Id: 350*

Prontuário: \_\_\_\_\_

CNS: 704809095410447

Nascimento: 23/10/1984

Sexo: Feminino

Cor: PARDA

Mãe: LUZIA DOS SANTOS DE OLIVEIRA

Pai: FRANCISCO ROMUALDO DE OLIVEIRA

Endereço: RUA MANOEL PAZ, 1 - GOIANINHA - GOIANINHA

Fone: 998100870 / 9948145

Município: GOIANINHA

Código Municipal IBGE: 240420

UF: RN

CEP: 59173-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

☒ PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM QUADRIL E  
MENTO EM JOELHO E

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

FRATURA-LUXAÇÃO CENTRAL DE QUADRIL E

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX + TC

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S32.4 FRATURA DO ACETABULO\*408040254. TRATAMENTO CIRURGICO DE ASSOCIACAO FRATURA / LUXACAO / FRATURA

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

ACETABULO, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes☐ Hipertensão☐ Obesidade☐ Faz Antibioticoterapia☐ Lesão por pressão ☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

KLEIDSON ANTONIO DE ARAUJO BASTOS

CRM: 4421 / RN

Data da Solicitação 24/07/2019

**PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**☐ Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: \_\_\_\_\_

Nº do bilhete: \_\_\_\_\_

Série: \_\_\_\_\_

☐ Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_

CNAE da Emp.: \_\_\_\_\_

CBOR: \_\_\_\_\_

☐ Acidente de Trabalho TrajetoVínculo com previdência: ☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado**AUTORIZAÇÃO**

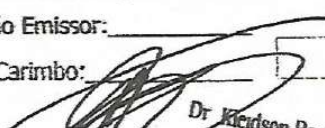

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

Número da Autorização: \_\_\_\_\_

Data da Autorização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_

  
Dr. Kleudson Bastos  
HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL  
CONFÉRILO/S ORIGINAL  
R. Manóel Paz, 1 - Goianinha - RN  
59173-000





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

LAUDO PARA  
SOLICITAÇÃO DE AIIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE PSCS/HMWL	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE LUCIANA DOS SANTOS OLIVEIRA	6 - Nº DO PROTOCOLO					
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO 23/10/1984	9 - SEXO 2	MASCULINO	1	FEMININO	2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL LUCIA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	11 - TELEFONE DE CONTATO					
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)						
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP			

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente com história de acidente motor-ciclistico com trauma em quadril e joelho.	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Procedimento cirúrgico.	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Rastreio físico.	

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura baciais de	21 - CID INICIAL S73.0	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Pneumotomia	25 - LEITO / CLÍNICA 01011111	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 29 - DT SOLICITAÇÃO 24 JUL 2019 30 - CNS / CPF L. GEAN CARVALHO F. DANTAS 31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) CPF: 000.000.000-00

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL		DESCRIÇÃO ... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ( )	44 - ( ) GRAVE 45 - ( ) GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIIH)
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
48 - CNS / CPF	52	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

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







Nome do paciente		Nº prontuário	
Luziana dos Santos Oliveira			
Data operação	Enf.		
Operador	1º auxiliar		
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador	
Anestesista	Tipo de anestesia		
Diagnóstico pré-operatório			
Fract. - distal de rádio e ulna (E) + lesão max. e			
Tipo de operação			
Red. de fract. do carpal (E) de m. carpal			
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

#### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Anestesia

Via de acesso ao quadril (E) posterolateral.

Hemostase

Redução aberta de fratura com fixação a placa + parafusos - 3.5

Limpeza da ferida + sutura por planos.

Curativo

01/08/19

Hausemann Moraes  
Ortopedista  
CRM 5314 - S BOT 12213

1	CIURGICAS MÚLTIPLAS
	(P45010012)
1	POLITRAUMATIZADO
	(P4500013)
1	PROC. CLÍNICO
	(P4500014)
1	PROC. CIRÚRGICO
	0408040297
1	CBO. 22525
1	CBO. 22520
1	8. DIAS
1	CID 5.324

HODML / SESAP

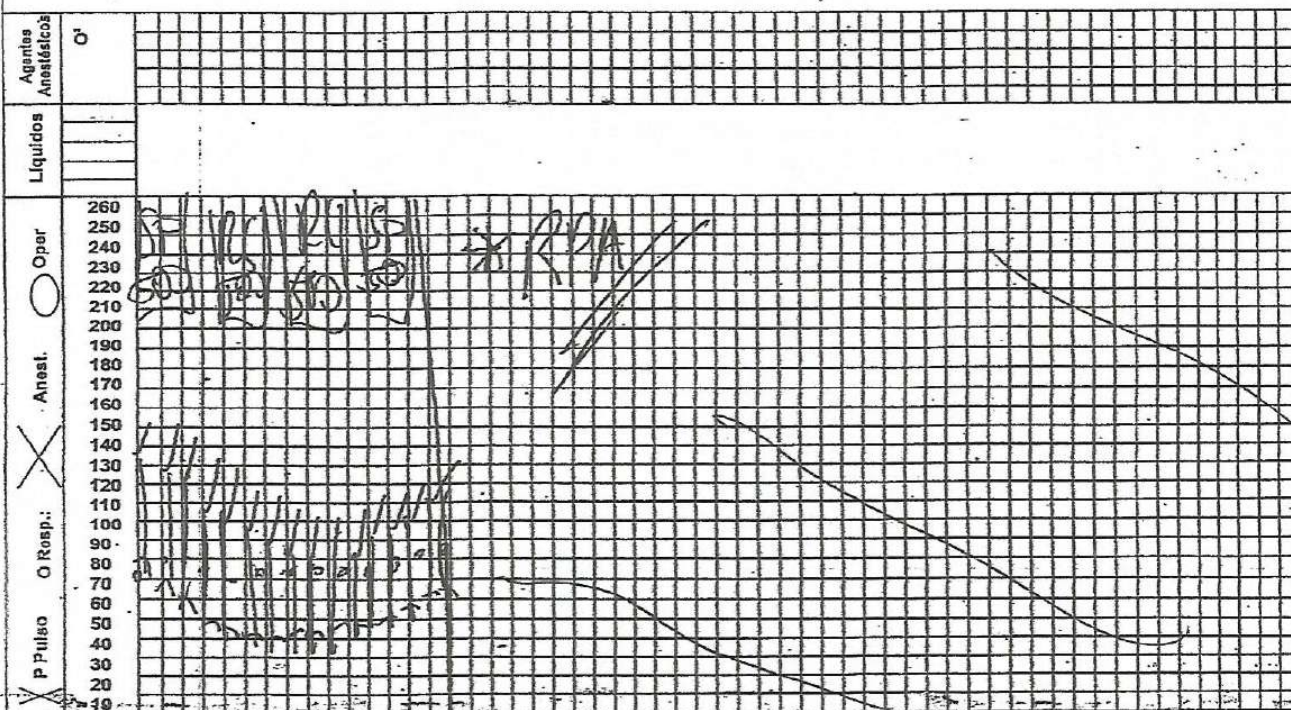
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL  
28/12/19





# Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria		Leito	Nº prontuário	
Nome		Idade		Sexo	Cor	
Data	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros
Tipo sanguíneo	Hematematias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia	
Ap. respiratório		Asma		Bronquite		
Ap. circulatório		Eletrcardiograma				
Ap. digestivo		Dentes	Pescoço	Ap. urinário		
Estado mental		Atarácicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores	
Diagnóstico pré-operatório				Estado físico		Risco
Anestesias anteriores						
Medicação pré-anestésica			Aplicada às	Efeito		



SÍMBOLOS	
ANOTAÇÕES	
POSICÃO	DDH
Agentes	Bupivacaína 0,5% + Fentanil 0,1% + Propofol 1,5%
Técnica	RAJIA + PEGADO
Operação	FRATURA DE ACETABULO
Cirurgiões	DR. HAUSEMAN / DR. FABIO
Anestesiologista	Adriano Maia







HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA  
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: HOZANA DA SILVA OLIVEIRA Idade: 34 D/N: 23/10/84  
Pront.: 3665-30 Município: \_\_\_\_\_ Procedência: ( ) Interno ( ) Externo  
Data da cirurgia: 21/01/19 Hora Admissão: Bloco: \_\_\_\_\_ Sala: \_\_\_\_\_ Hora Saída: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
Alergias: ( ) Não ( ) Sim Comorbidades: ( ) HAS ( ) DM ( ) Outras negas  
Uso de medicações: ( ) Não ( ) Sim Jejum: ( ) Não ( ) Sim  
SSVV Admissão: PA: \_\_\_\_\_ mmHg Pulso: \_\_\_\_\_ bpm FI: \_\_\_\_\_ rpm FC: \_\_\_\_\_ bpm SpO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ % T: \_\_\_\_\_ °C

Enfermeiro(a): Leandro Instrumentado (a): Glória Circulante: Marina e Oyelmi

Cirurgia: prolapso met de rectocele E Especialidade: Obstetrícia Sala: 03  
Hora Início: 08:30 Hora Término: 09:15 Tipo de cirurgia: ( ) Eletiva ( ) Urgência ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada  
1ª Cirurgiã: Marizete Aux: Al Fabio Freire Residente: \_\_\_\_\_

Anestesia: ( ) Local ( ) Sedação ( ) Geral TOT: \_\_\_\_\_ ( ) Bloqueio ( ) Raquidiana Ag.º 16 ( ) Peridural ( ) Cateter ( ) s/cateter  
Ag.º \_\_\_\_\_ Cateter nº: \_\_\_\_\_ Início: 08:15 Garrote: ( ) Smarch ( ) Pneumático Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_  
Anestesiologista: Dr. Allen

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

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>117</u>	<u>70</u>	<u>101</u>	Bpm
Pulso	<u>115</u>	<u>70</u>	<u>101</u>	Bpm
Oximetria	<u>98</u>	<u>97</u>	<u>98</u>	%
Capnografia	-	-	-	%
PA	<u>147x78</u>	<u>93x52</u>	<u>110x58</u>	mmHg

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

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

SONDAGEM GÁSTRICA
<input type="checkbox"/> SNG nº _____
Retorno: _____
CATETERISMO VESICAL
<input type="checkbox"/> SVF nº <u>14</u>
<input type="checkbox"/> SVA nº _____
Diurese: <u>presente</u>
Profissional responsável: <u>Dr. Ana Paula</u>

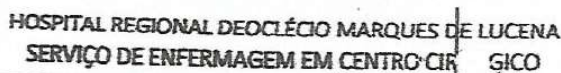
EXAMES SOLICITADOS:
<input type="checkbox"/> Hemograma
<input type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/> Coagulograma
<input type="checkbox"/> Outros

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
( ) Sim ( ) Não ( ) Metal ( ) Descartável
Local: <u>unidade</u>
DEGERMAÇÃO
( ) Sim ( ) Não
Local: <u>M+P</u> Solução: <u>Chlorhex</u> Local: _____

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos: _____
Tela: _____
Cateter: _____
Ostomia: _____
Fio de KC: _____ Parafuso - tipo: _____
Placa - Tipo: <u>resistente 03 P</u>
Outros: _____

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Quant. Material: _____





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

( ) Hemocentrado Unid. ( ) Plasma Unid. ( ) Plaquetas Unid.  
( ) Albumina Unid. ( ) Expansor plasmático Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h: Variação Anestésica h:  
h: h:  
h: h:

HIDRATAÇÃO VENOSA

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

ANATOMO PATOLÓGICO

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

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

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

INTERCORRÊNCIAS: Procedimento em intercorrência

Ass: Carolina Coren: 22497

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: (X) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Narcose ( ) Coma ( ) Vigil ( ) Agitado  
Respiratório: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) O<sub>2</sub> ambiente Curativo: (X) Oclusivo ( ) Compressivo ( ) Bolsa  
colostomia ( ) Outro:  
Diurese: Espontânea Normal ( ) Hematúria (X) Irrigação Vesical ( ) Oligúrico Destino após a cirurgia: CRD

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

Hora: 22:30 Data: 01/08/19 Nível de consciência: (X) Acordado (X) Sonolento ( ) Narcose (X) Orientado  
( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Choro Vias aéreas: ( ) Intubado (X) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) Cateter O<sub>2</sub> (X) O<sub>2</sub> Ambio  
Mobilização MMII: ( ) Normal (X) Diminuída ( ) Sem mobilidade Mobilização MMSS: (X) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade  
Venoclise: ( ) Não (X) Sim Tipo: AVP Local: USG Sondas: ( ) Gástrica ( ) Enteral (X) Vesical  
Drenos: ( ) Sução ( ) Torácico ( ) Penrose ( ) Kherr Ostomias: ( ) Sim ( ) Não Especifique: —  
Irrigação vesical contínua: ( ) Retorno satisfatório ( ) Retorno Insuficiente ( ) Coágulos  
Curativo: (X) Oclusivo ( ) Descoberto (X) Limpo ( ) Sujo Monitorização: ( ) ECG (X) Oxímetro (X) PA

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

Relate:

SINAIS VITAIS

Hora	TC	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	X	96	100/60	22	100	X
30'	X	—	—	—	—	X
60'	X	98	100/60	22	100	X
Alta	X	100	100/60	22	100	X

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: 500 ml  
Soro Fisiológico: 500 ml  
Ringer: 500 ml  
Irrigação vesical contínua: — ml

Medicações administradas URPA:

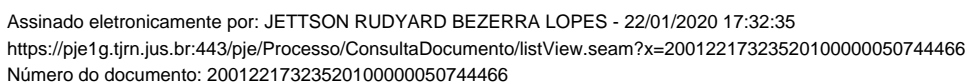
Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

	Diurese	Retorno Gast.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO				
Desprezado URPA	<u>500ml clara</u>			

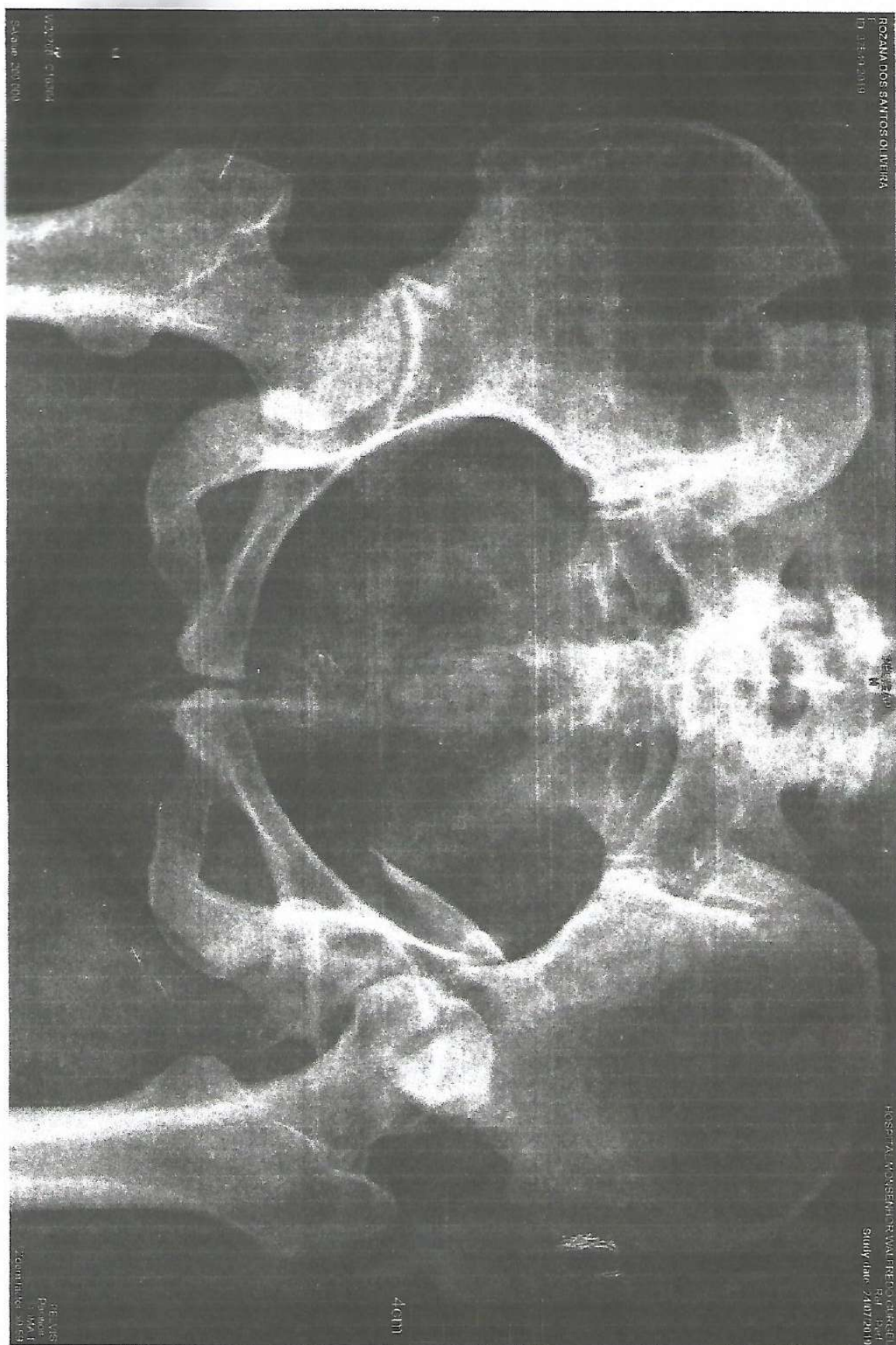
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: POI de 11h e 15h do abdômen, m  
23:30 Enfermeiro atendido para Rd de controle a Espirita

Ass: Carolina Coren: 22497





ROZANA DOS SANTOS OLIVEIRA, : DX from 24/07/2019







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



Paciente: HOSANA DOS SANTOS OLIVEIRA  
Data: 31/07/2019

### TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA BACIA

#### **TÉCNICA:**

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

#### **RELATÓRIO:**

Fratura cominutiva acetabular com desvio dos fragmentos ósseos associado a luxação pósterio-superior da cabeça femoral à esquerda.

Demais estruturas ósseas de formato habitual, sem sinais de fraturas.

Articulação coxofemoral direita de contornos regulares.

Articulações sacroilíacas e sínfise púbica conservadas.

Laudo gerado: 31/07/2019 16:49. Para baixar uma cópia, acesse <https://validar.wbstrad.com.br/>, utilize data/hora e a chave: yySeUowW.

*Marcel Dantas de Sousa*

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

Rua Dr. Sadi Mendes, S/N - Santos Reis - Pamamirim/RN - (84) 3844-6491

Pág. 1 de 1

