

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA
COMARCA DE FLORÂNIA/RN.

MICARLA SOARES DA SILVA, brasileira, solteira, costureira, portadora do RG nº 3.025.186 SSP/RN, inscrito no CPF sob o nº 102.860.974-43, residente e domiciliado na Rua Expedicionário Sebastião Evaristo Soares, nº 108, Bairro Alto da Candelária, São Vicente/RN, CEP: 59.380-000, Fone: (84) 9.9995-9918, através de sua advogada que *in fine* assina, com endereço profissional abaixo mencionado, vem respeitosamente, a presença de Vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT

Em face de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, com o endereço eletrônico *citação.intimacao@seguradoralider.com.br* e endereço funcional à Rua Senador Dantas, 74, complemento 5, 6, 9, 14 e 15 andar, bairro Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP: 20031-201, pelos fatos e fundamentos adiantes elencados.

Rua Moisés Galvão, 125 - Centro - Currais Novos/RN
flaviamaiaadvocacia@hotmail.com

(84) 3412-1112 Fixo
(84) 99877-0162 Whatsapp



I – DA JUSTIÇA GRATUITA

01. A autor é pessoa pobre na forma da lei, não possuindo condições de arcar com as custas e despesas processuais sem prejuízo próprio e de sua família, uma vez que é pescador. O pedido tem por base o disposto no art. 98, §1º do Novo Código de Processo Civil; a Lei nº 1.060/50 e nos termos do artigo 5º, LXXIV, da Constituição Federal, os quais estabelecem as normas para concessão de assistência judiciária aos necessitados. Por tais motivos requer os benefícios da justiça gratuita.

II - DOS FATOS

02. Na oportunidade a autora dirigia A requerente sofreu acidente automobilístico em 24/07/2019, por volta das 04h50min, na RN 225 em Currais Novos/RN. Na oportunidade a autora dirigia veículo UP TAKE MCV, ano 2016, cor branca, Placa QGI 5859, registrada em nome do requerente, registrada em nome de SIMONE VALE DE AZEVEDO GUERRA.

03. Consoante Boletim de Ocorrência anexo à presente, no local e hora acima mencionados o promovente encontrava-se trafegando em sua via e ao realizar uma curva tentou desviar de alguns buracos que haviam na via, perdendo o controle do veículo e vindo a capotar. O requerente foi socorrido para o Hospital de Currais Novos/RN e em seguida foi encaminhado para o WOLFREDO GURGEL onde foi diagnosticada com FRATURA COMINUNTIVA DO CORPO VERTEBRAL DE T11, comprometendo os componentes posteriores, além de FRATURA DA ESCÁPULA DIREITA COM DESVIO e DERRAME PLEURAL BILATERAL.

04. Diante do quadro apresentado verifica-se que este grave acidente provocou as seguintes sequelas: **CID 10 – S 330 Ruptura Traumática do Disco Vertebral Lombar**. Assim sendo, conforme se depreende do laudo médico anexo a presente peça vestibular, o autor apresenta sequelas motoras e cognitiva grave e de natureza permanente. Portanto, o acidente provocou lesões definitivas ao



requerente, as quais resultaram em sequelas permanentes e irreversíveis, conforme atesta inúmeros laudos médicos e demais documentos, necessitando de tratamentos médicos.

05. O requerente, então, deu entrada administrativamente para receber a indenização referente ao seguro DPVAT, tendo recebido a quantia de R\$ 2.531,25 (dois mil, quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), conforme se extrai da consulta anexa a presente. Desta forma, considerando-se que a Lei nº 6.194/74, com as alterações trazidas pela lei 11.482/2007, estabelece a quantia de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) para quem apresenta lesões da natureza que o requerente possui, este faz jus ao valor remanescente de R\$ 10.968,75 (dez mil, novecentos e sessenta e oito reais e setenta e cinco centavos).

06. Diante do exposto, não há outra alternativa, senão recorrer a via judicial, a fim de que o requerente possa obter o pagamento do montante que lhe é devido, referente ao valor do seguro DPVAT. Saliente-se que esta quantia deverá ser atualizada monetariamente a partir do ajuizamento da ação sem prejuízo dos juros legais devidos, resgatando, assim, seu direito líquido e certo, tendo em vista as sequelas permanentes decorrentes do acidente, as quais ocasionaram invalidez permanente total.

III – DO DIREITO

07. A ação de cobrança de seguro obrigatório – DPVAT - é matéria disciplinada por legislação especial, a saber o decreto lei 73/66 e a lei 6194/74, com as modificações introduzidas pela lei 8.441/92.

08. O artigo 7º da lei 6194/74, com a nova redação que lhe foi dada pela lei 81.441/92, determina que *o seguro será pago por qualquer das seguradoras conveniadas, independentemente de estar o seguro realizado ou não, vencido ou não.*



09. Desta forma, a questão da legitimidade passiva de qualquer das Seguradoras que integram o convênio DPVAT é pacífica, inclusive na Jurisprudência, como se vê da ementa do julgado do Colendo STJ, adiante transcrito:

RECURSO ESPECIAL – AÇÃO DE COBRANÇA – SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT – VEÍCULO CAUSADOR DO ACIDENTE IDENTIFICADO – 1. "Qualquer seguradora responde pelo pagamento da indenização em virtude do seguro obrigatório, pouco importando que o veículo esteja a descoberto, eis que a responsabilidade em tal caso decorre do próprio sistema legal de proteção, ainda que esteja o veículo identificado, tanto que a Lei comanda que a seguradora que comprovar o pagamento da indenização pode haver do responsável o que efetivamente pagou" (RESP nº 68.146/SP, 3ª Turma, da minha relatoria, DJ de 17/08/98). 2. Recurso Especial conhecido e provido. (STJ - RESP 325300 – ES – 3ª T. – Rel. p/o Ac. Min. Carlos Alberto Menezes Direito – DJU 01.07.2002).

10. Atesta-se que há muito tempo as Seguradoras vêm pagando, quando da liquidação dos sinistros que envolvem o seguro obrigatório DPVAT, valor inferior ao fixado na lei que rege o tema, como ocorreu no caso em tela, sob a justificativa de que o fazem com base em resolução da SUSEP.

11. Ao proceder desta forma, desobedecendo ao Princípio da Hierarquia das leis, as Seguradoras acabam por infringir a Lei, reduzindo o valor da indenização por força de resolução, ou seja, lesando os beneficiários do Seguro.



12. Com a alteração trazida pela Lei nº 11.482/2007, modificou-se a Lei nº 6.194/74, sendo determinadas as quantias a serem pagas para cada cobertura (morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares). Desta forma, estabeleceu-se que a cobertura para a Invalidez Permanente Total, decorrente das lesões das estruturas cervicais que cursem com prejuízos funcionais não compensáveis, de qualquer ordem, como no caso em comento, deve ser na quantia de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

13. Saliente-se que a invalidez permanente, com a nova regulamentação, está dividida em invalidez permanente total ou parcial, sendo que a parcial pode ser completa ou incompleta. O dispositivo legal estabelece os valores (Lei nº 11.945/2009 (MP nº 451/2008) de cada indenização como sendo os seguintes:

Invalidez permanente total:

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores: R\$ 13.500,00;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés: R\$ 13.500,00;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior: R\$ 13.500,00;
- Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral: R\$ 13.500,00;
- Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou anatômica: R\$ 13.500,00; e
- Lesões de órgãos e estruturas cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-



peritoneais **cursando com prejuízos funcionais não compensáveis,** de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de **qualquer outra espécie,** desde que haja comprometimento de função vital: **R\$ 13.500,00.**

Invalidez permanente parcial completa:

- Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos: R\$ 9.450,00;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores: R\$ 9.450,00;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés: R\$ 6.750,00;
- Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho: R\$ 6.750,00;
- Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar: R\$ 3.375,00;
- Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo: R\$ 3.375,00;
- Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral: R\$ 3.375,00;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão: R\$ 1.350,00;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé: R\$ 1.350,00; e
- Perda integral (retirada cirúrgica) do baço: R\$ 1.350,00.

Invalidez permanente parcial incompleta:



Para os casos de invalidez parcial incompleta se aplicarão os percentuais abaixo aos valores previstos para cada uma das hipóteses de invalidez parcial completa:

- 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa;*
- 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão;*
- 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão; e*
- 10% (dez por cento), nos casos de seqüelas residuais.*

14. Aliás, muito cômodo manter-se o valor abaixo daquele previsto em lei, pois a volumosa diferença entre o arrecadado com a cobrança do seguro e as indenizações pagas somados às reservas legais é rateado entre as Seguradoras.

15. Enfrentando a matéria, o STJ firma entendimento de que o valor a ser pago é aquele previsto na lei, dando guarida à tese da autora:

EMENTA- Civil. Seguro obrigatório (dpvat). Valor quantificado em salários mínimos. Indenização legal. Critério. Validade. Lei n. 6.194/74. Recibo. Quitação. Saldo remanescente. RELATOR Ministro Aldir Passarinho Júnior - 20 de agosto de 2002 Do voto condutor deste acórdão, colhe-se: EXMO. SR. MINISTRO ALDIR PASSARINHO JUNIOR (RELATOR): - Trata-se de recurso especial, aviado pelas letras "a" e "c" do permissivo constitucional, em que se discute sobre o valor da cobertura correspondente ao seguro obrigatório DPVAT, em razão de atropelamento fatal que vitimou esposa do autor.



Não procedem os óbices opostos pela recorrida, eis que a matéria se acha devidamente prequestionada e caracterizado o dissídio jurisprudencial.

A Colenda 2ª Seção do STJ, no julgamento do Resp n. 146.186/RJ, a ela afetado pela Egrégia 3ª Turma, decidiu, por maioria de votos, que a fixação da cobertura do DPVAT em salários mínimos não infringe a legislação citada, porquanto cuida-se de mero critério indenizatório, de cunho legal e específico dessa natureza de cobertura, sem característica de indexação inflacionária (Rel. p/ acórdão Min. Aldir Passarinho Junior, por maioria, Julg. Em 12.12.2001). Destarte, devido o pagamento da diferença postulada na exordial.

De outra parte, a jurisprudência também do STJ inclinou-se em considerar como não representativo de quitação total o recibo dado em caráter geral, para afastar um direito que é assegurado por força de lei ao credor, caso do DPVAT, consoante a regra do art. 3º, letra "a", da Lei n. 6.194/74. Nesse sentido: "SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS - INDENIZAÇÃO POR MORTE - FIXAÇÃO EM SALÁRIOS-MÍNIMOS - LEI 6.194, ART. 3. - RECIBO DE QUITAÇÃO - RECEBIMENTO DE VALOR INFERIOR AO LEGALMENTE ESTIPULADO - DIREITO A COMPLEMENTAÇÃO.



I - Pacífica a jurisprudência desta Corte no sentido de que o art. 3º, da Lei 6.194/1974, não fora revogado pelas Leis 6.205/1975 e 6.423/1977, porquanto, ao adotar o salário-mínimo como padrão para fixar a indenização devida, não o tem como fator de correção monetária, que estas leis buscam afastar.

II - Igualmente consolidado o entendimento de que o recibo de quitação passado de forma geral, mas relativo a obtenção de parte do direito legalmente assegurado, não traduz renúncia a este direito e, muito menos, extinção da obrigação. Precedente do STJ.

III - Recurso especial conhecido pela divergência e provido."

(3ª Turma, REsp n. 129.182/SP, Rel. Min. Waldemar Zveiter, por maioria, DJU de 30.03.1998)

"SEGURO. AUTOMÓVEL. PERDA TOTAL DO BEM. RECIBO DE QUITAÇÃO. INDENIZAÇÃO. VALOR AJUSTADO NO CONTRATO.

- 'Consolidado o entendimento de que o recibo de quitação passado de forma geral, mas relativo a obtenção de parte do direito legalmente assegurado, não traduz renúncia a este direito e, muito menos, extinção da obrigação'. Precedente do STJ.

- Tratando-se de perda total do veículo, é devida na integralidade a quantia ajustada na apólice (art. 1.462 do Código Civil), independentemente



de seu valor médio vigente no mercado. Precedente da Segunda Seção. Recurso especial não conhecido." (4ª Turma, REsp n. 195.492/RJ, Rel. Min. Barros Monteiro, unânime, DJU de 21.08.2000)

"DIREITO CIVIL. SEGURO EM GRUPO. PRESCRIÇÃO ANUA. TERMO A QUO DO PRAZO. RECIBO DE QUITAÇÃO. IRRELEVÂNCIA. PRECEDENTES. RECURSO PROVIDO.

I - O recibo firmado pelo segurado dando plena e geral quitação à seguradora não tem o condão de inviabilizar a pretensão à diferença devida.

*II - No prazo prescricional da ação que envolve contrato de seguro, segundo entendimento do Tribunal, o termo **a quo** não é a data do acidente, mas aquela em que o segurado teve ciência inequívoca da sua invalidez e da extensão da incapacidade de que restou acometido."*

(4ª Turma, REsp n. 257.596/SP, Rel. Min. Sálvio de Figueiredo Teixeira, unânime, DJU de 16.10.2000)

Ante o exposto, conheço do recurso especial e dou-lhe provimento, para restabelecer a sentença de 1º grau, prolatada pelo MM. Juiz Francisco Geaquinto (fls. 42/44). É como voto."

16. O mesmo entendimento é encontrado nos Tribunais Estaduais:



CIVIL – INDENIZAÇÃO – SEGURO OBRIGATÓRIO DE VEÍCULO – DPVAT – DATA DO SINISTRO ANTERIOR À LEI Nº 8.441/92 – VEÍCULO IDENTIFICADO – DESNECESSIDADE DO DUT E DA PROVA DO RECOLHIMENTO DO PRÊMIO – PREVALECE A LEI DE REGÊNCIA PARA O VALOR INDENIZATÓRIO – 1. A postulação da indenização securitária do seguro obrigatório – Dpvat, deve guardar e obedecer as exigências de comprovação do fato e do direito à sua percepção, contidas nas normas legais pertinentes e da época do sinistro. Se ocorrido antes da vigência da Lei nº 8.441, de 13 de julho de 1992, as alterações introduzidas por esta na Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, não lhe alcançam. 1.1. De qualquer forma, mesmo que o veículo envolvido no acidente tivesse sido identificado, nem uma e nem outra daquelas Leis exigiam ou exigem a apresentação da prova do recolhimento do valor do prêmio do seguro obrigatório – Dpvat ou a apresentação dos respectivos dut's, por parte da vítima ou seu beneficiário, como condição para o pagamento da indenização. 2. Se as resoluções do cns nºs. 56/2001 e 35/2000 estabelecem, como valor indenizatório – R\$ 6.754,01 – Que conflita com o fixado na letra 'a' do art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, ou seja – "40 (quarenta) vezes o valor do maior salário-mínimo vigente no país – No caso de morte", o princípio da



hierarquia das normas legais manda prevalecer o que nesta última se contém. 3. Recursos conhecidos, provendo-se em parte recurso do autor e improvendo o recurso da ré, ficando parcialmente reformada a r. Sentença recorrida. (TJDF – ACJ 20010111045278 – DF – 2ª T.R.J.E. – Rel. Des. Benito Augusto Tiezzi – DJU 27.05.2002 – p. 51)

AÇÃO DE COBRANÇA – SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT – PROVA – VALOR DA INDENIZAÇÃO – SALÁRIO MÍNIMO – O recibo de "quitação geral, plena e irrevogável" em que conste especificamente a importância objeto do pagamento, exonera o devedor somente das quantias expressamente mencionadas no instrumento, ressaltando-se ao credor o direito de buscar perante o aparato jurisdicional verbas a que tenha direito e que, de fato, não recebeu. O valor da indenização relativa ao seguro DPVAT, em caso de morte, é devido no patamar de 40 (quarenta) salários mínimos, em conformidade com o artigo 3º da Lei 6.194/74. A Lei nº 6.205/75 não revogou o critério de fixação de indenização em salários mínimos estabelecido pela Lei 6.194/74, pois não se constitui o salário mínimo em fator de correção monetária, servindo apenas como base do quantum a ser indenizado. (TAMG – AP 0339728-4 – Uberlândia – 1ª C.Cív. – Rel. Juiz Silas Vieira – J. 28.06.2001).



17. O Colegiado Recursal dos Juizados Especiais de Mato Grosso tem posição definida acerca da matéria:

2ª Turma Recursal - Recurso nº: 283/02 - CAPITAL (Juizado Especial Cível do Bairro Porto) - Recorrente: Bradesco Seguros S.A. - Recorridos: Francolino Xavier de Oliveira e Ana Alves de Oliveira - Relator: Exmo. Sr. Dr. Carlos Alberto Alves da Rocha.

SEGURO OBRIGATÓRIO - INDENIZAÇÃO - DOCUMENTOS NECESSÁRIOS - VALOR - FIXAÇÃO - RESOLUÇÃO - CONDENAÇÃO - RECURSO IMPROVIDO. -Para o recebimento do denominado seguro obrigatório basta a juntada dos documentos descritos na letra "a", do art. 3º, da Lei nº 6.194/74.

A condenação obediente a lei que estipula o valor indenizável equivalente a determinada quantidade de salário mínimo não é inconstitucional, mormente se fixada em valor certo.

O valor do seguro fixado por lei não pode ser alterado por resolução do Conselho Nacional de Seguros Privados. ACORDAM, em Segunda Turma Recursal dos Juizados Especiais do Estado de Mato Grosso, por unanimidade negar provimento ao recurso.



18. Após análise da legislação e jurisprudência expostas, torna-se evidente que se faz necessário o pagamento de uma indenização adequada ao requerente, em função da debilidade permanente causada pelo acidente sofrido.

IV - DO PEDIDO

19. Por todo o exposto, pelo que faz jus o requerente, solicita à Vossa Excelência se digne em:

a) **QUE CONCEDA A JUSTIÇA GRATUITA**, com base no que dispõe a Lei nº 1.060/50 com alterações da Lei 7.510/86, além do art. 5º da Constituição Federal e artigo 98, § 1º do Novo Código de Processo Civil, por não ter condições de arcar com custas e demais despesas processuais sem detrimento das necessidades básicas do lar;

b) Ordenar a CITAÇÃO da REQUERIDA no endereço eletrônico inicialmente indicado, em consonância com o art. 246, inciso V do NCPC, quanto à presente ação, bem como por via postal (SEDEX) – visando maior economia e celeridade processual, para que, perante esse Juízo, apresente a defesa que tiver, dentro do prazo legal, sob pena de confissão quanto à matéria de fato ou pena de revelia, **com designação de data para Audiência de Conciliação** (art. 319, VII, do Novo Código de Processo Civil); devendo ao final, ser julgada PROCEDENTE a presente Ação, sendo a mesma condenada nos seguintes termos:

c) Julgar **PROCEDENTE** a presente ação, condenando a requerida a pagar o Seguro Obrigatório DPVAT, no valor total de R\$ 10.968,75 (dez mil, novecentos e sessenta e oito reais e setenta e cinco centavos), acrescido dos juros legais à taxa de 1% ao mês, tudo corrigido monetariamente, tendo em vista que o autor apresenta lesões decorrentes do sinistro, conforme se extrai de laudos médicos e demais documentos anexados a presente (Lei nº 6.194/1974, com nova redação dada pela Lei nº 11.482/2007);



d) A condenação final em todos os termos pedidos, tudo acrescido de correção monetária, juros, custas e despesas processuais, além dos honorários advocatícios, e demais cominações previstas em lei, como assevera e legislação consolidada.

O requerente provará o alegado por meio de todas as provas em direito admitidas.

Dá-se à presente causa o valor de R\$ 10.968,75 (dez mil, novecentos centavos).

Nestes Termos,
Pede deferimento.

Currais Novos/RN, 29 de janeiro de 2020.

FLÁVIA MAIA FERNANDES
ADVOGADA – OAB/RN 8403





PREFEITURA MUNICIPAL DE CURRAIS NOVOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CURRAIS NOVOS/RN

98

Boletim de Atendimento de Urgência Nº 38.044

Data de Entrada: 24/07/2019	Hora de Entrada: 0h:50
Nome: Mariana Soares da Silva	Data de Nasc.: 11/06/1995 Id: 244
Sexo: [] Masc. [x] Estado Civil:	Tel.: (84) 99995-9918
Fem.	
Endereço: R. Veredara Brigida Rodrigues, 133	
Bairro: Centro	Cidade: São Vicente
UBS:	SUS: 704 2052 0979 3984

Anamnese:					
Sinais Vitais:	PA: x mmHg	T: °C	FC: bpm	Pulso:	
	Sat. O ₂ %	HGT:			
Alergia a Medicamentos:					
Comorbidades:	[] HAS	[] DM	[] IC	[] IRC	
Outros:					
Classificação de Risco:	[] Vermelha	[] Amarela	[] Verde	[] Azul	

Exame Clínico:	lct y tampa de capetamento do cano, apresentando dores na coluna e membros inferiores, sem sinais de apendicite Rx de Coluna Total sem evidências de fratura
Diagnóstico Clínico:	S.F.O. 9.1 S.O. - P. BV normal 100 - 120/70-100 - P. BV hidroeletrólito S.O. - 1 FA 7 200, BV Voltare - 1 Amp Dipirona 1 Amp 7 200, BV
Conduta:	

Dr. Franco Márcio
MÉDICO
CRM-RN - 8483

Médico - Carimbo

Destino do Paciente:

[] Internação [] Alta [] óbito

[] referenciado para:

Retirou-se: [] A pedido [] À revelia



28/08/2019

ATESTADO MÉDICO

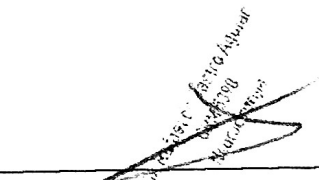
Atesto que o segurado MAIA SORAIS
do sua

Foi examinado nesta unidade às - horas, necessi-
tando de - (-) dias de afastamento
do trabalho, por motivo de moléstia classificada no C.I.D. com nº 5330

-, a partir desta data.

vítima de acidente - vítima de
trauma RA DUS MESULOR

23/08/2019
LOCALIDADE E DATA


Dr. Rafael de Castro Aguiar
Neurologia e Neurocirurgia
CRM - 5390

NOTA Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86
do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/03/67 e
será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento
do trabalho





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE CURRAIS NOVOS
Endereço: RUA RIO GRANDE DO NORTE, 216, STA MARIA GORETE, CURRAIS NOVOS

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019097001188
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 29/10/2019 10:46:53
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 29/07/2019 04:00:00
2.3 Fato: Consumado
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Rural
2.8 Número: SRN
2.10 Complemento:
2.12 Bairro: NÃO INFORMADO
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida
2.4 Flagrante: Não
2.7 Logradouro: RN 225
2.9 CEP:
2.11 Ponto de Referência:
2.13 Cidade: CURRAIS NOVOS

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: MICARLA SOARES DA SILVA
3.3 Nome Social:
3.5 Etnia: Sem Informação
3.7 Sexo: FEMININO
3.9 CPF: 10286097443
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: DO LAR
3.15 Telefone(s): 84 99959918
3.17 Número: 133
3.19 Bairro: ALTO DA CANDELARIA
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.23 Cidade: SÃO VICENTE

3.2 Estado civil: Sem Informação
3.4 Pai: FRANCISCO SOARES VERAS
3.6 Mãe: MARIA FREITAS DA SILVA
3.8 Orientação Sexual:
3.10 Identidade de Gênero:
3.12 Data de Nascimento: 11/06/1995
3.14 RG: 003025186 - ITEP/RN
3.16 Passaporte:
3.18 Naturalidade: FLORANIA RN
3.20 E-Mail:
3.22 Logradouro: RUA: VEREADOR BRIGIDA RODRIGUES
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS VÍTIMAS)

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

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)

6.1.1 Nome Completo: MARIA FREITAS DA SILVA
6.1.2 Nome Social:
6.1.4 Etnia: Sem Informação
6.1.6 Mãe: MARIA GLORIA DE FREITAS SILVA
6.1.8 Sexo: FEMININO
6.1.10 CPF: 04829500484
6.1.12 Nacionalidade:
6.1.14 Passaporte:
6.1.16 Logradouro: VEREADORA BRIGIDA RODRIGUES
6.1.17 Número: 133
6.1.19 Bairro: ALTO DE CANDELARIA
6.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

5.1.3 Estado civil: Sem Informação
6.1.5 Identidade Gênero:
6.1.7 Orientação Sexual:
6.1.9 Pai: Sem Informação
6.1.11 Data de Nascimento: 10/05/1978
6.1.13 RG: 001711887
6.1.15 Profissão: DO LAR
6.1.18 CEP:
6.1.20 Cidade: SÃO VICENTE

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não
7.1.3 Chassi: *****27797
7.1.5 Placa: QG5859
7.1.7 Marca: VW
7.1.9 Ano do Modelo: 2017
7.1.11 Cor do veículo: BRANCA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: SIMONE VALE DE AZEVEDO GUERRA
7.1.17 Nome do condutor: SIMONE VALE DE AZEVEDO GUERRA
7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:
7.1.4 Renavam:
7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.8 Modelo: UP TAKE MCV
7.1.10 Ano de Fabricação: 2016
7.1.12 Tipo do veículo: AUTOMÓVEL
7.1.14 Número do Motor:
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

8.1 DOS FATOS

8.1.1 Histórico

EM DIA, HORA E LOCAL ANTERIORMENTE QUALIFICADOS A DECLARANTE INFORMA QUE O VEICULO TRAFEGAVA EM SUA VIA REGULAMENTAR E AO EFETUAR UMA CURVA TENTOU DESVIAR DE ALGUNS BURACOS QUE HAVIAM NA VIA; QUE A CONDUTORA DO VEICULO PERDEU O CONTROLE E CAPOTOU O VEICULO; QUE A DECLARANTE FOI SOCORRIDA PELA EQUIPE DO SAMU E LEVADA PARA O HOSPITAL DE CURRAIS NOVOS CONFORME BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGENCIA (EM ANEXO), QUE EM SEGUIDA DEVIDO A GRAVIDADE DE SUAS LESÕES, FOI TRANSFERIDA PARA O WALFREDO GURGEL EM NATAL/RN. NADA MAIS DISSE.

8.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS

Data do Complemento: 14/11/2019
Usuário: 2070944 - PAULO SÉRGIO VERAS NICÁCIO
Complemento: ONDE LER-SE 29/07/2019, LEIA-SE 24/07/2019.

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data: 29/10/2019 10:46:53

Policial

Interessado

Protocolo: J2019097001188 - Cdigo de autenticao: d749b4cc3d3e3c3d34bad4dcf132c





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190659372

Vítima: MICARLA SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 24/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MICARLA SOARES DA SILVA

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento torácico

da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **MICARLA SOARES DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **237**

Agência: **000002131-8**

Conta: **000000009248-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





FLÁVIA MAIA
ADVOCACIA

FLÁVIA MAIA FERNANDES
ADVOGADA OAB/RN 8403

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: MICARLA SOARES DA SILVA, brasileira, solteira, costureira, portadora do RG nº 003.025.186/RN e inscrito no CPF sob o nº 102.860.974-43, residente e domiciliado na Rua expedicionário Sebastião Evaristo Soares, 108, Alto da Candelária, São Vicente/RN, CEP: 59.380-000. Fone: (84) 9.9995-9918/ 9.99864-5110.

OUTORGADO: FLÁVIA MAIA FERNANDES, brasileira, divorciada, advogada inscrita na OAB/RN sob o nº 8403, MILENA GALVÃO FERREIRA DE SOUZA, brasileira, divorciada, advogada inscrita na OAB/RN sob o nº 4892, ambas com endereço profissional nesta cidade, na Rua Moisés Galvão, 125, Centro, Currais Novos- RN, CEP: 59.380-000, onde recebem intimações e comunicações deste feito.

PODERES: Com poderes das cláusulas “AD JUDICIA” “ET EXTRA”, e com poderes para confessar, transigir, desistir, fazer acordos, passar recibos, receber importâncias monetárias, requerer medidas preventivas e assecuratórias de direito, defender os interesses do outorgante em qualquer juízo, foro, instância ou tribunal inclusive Justiça Federal, repartições Públicas, federais, estaduais, municipais e autarquias, propor e variar de ações, agravar, apelar e interpor recursos livremente, praticar e assinar tudo o mais que se tome necessário em defesa de seus interesses e direitos, inclusive substabelecer este em que lhe convier, o qual dá, desde logo, por firme e valioso.

Currais Novos/RN, 20 de dezembro de 2019.

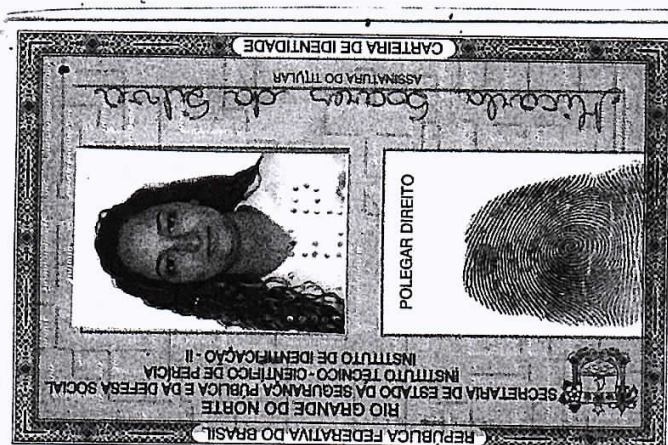


OUTORGANTE

Rua Moisés Galvão, 125 - Centro - Currais Novos/RN
flaviamaiaadvocacia@hotmail.com

(84) 3412-1112 Fixo
(84) 99877-0162 Whatsapp







CPF: 655.094 124-53

CLASSIFICAÇÃO
- B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Menezes, 150. Baldo, Natal - RN, CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Ins. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA EXPEDICIONARIO SEBASTIAO
EVARISTO SOARES 379
ALTO DA CANDELARIA/AREA URBANA
SAO VICENTE RN
59340-000

CONTA CONTRATO
0856139310
DATA DE VENCIMENTO
24/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)
130,81

MES/ANO
09/2019
DATA PRÓXIMA LEITURA
17/10/2019

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
030233822	ÚNICA	17/09/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
17/09/2018	3000968788	1483285

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL				130,81
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)	
Consumo Ativo (kWh)				
Acrescimo Bandeira VERMELHA	159,0000000	0,65953033		104,88
Contrib. Ilum. Publica Municipal				6,28
Multa por atraso-NF 027268334 - 10/07/19				13,00
Juros por atraso-NF 027268334 - 18/07/19				2,74
				-1,82

TOTAL DA FATURA

TOTAL DA FATURA										
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA FOLHA FISCAL										130,81
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)	
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA					
212125551	CAT	18/09/2018	6 315,00	17/02/2019	8 474,00	28	1,00000		159,00	
HISTÓRICO DE CONSUMO										

HISTÓRICO DE CONSUMO

MAR19	159
SET19	159
AGO19	175
JUL19	204
JUN19	205
MAY19	169
ABR19	176
	190
FEV19	160
JAN19	79
DEZ18	145
NOV18	149
OUT18	145
SET18	128

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			
	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR IMPOSTO
ICMS			
PIS	113,15	18,00	20,37
COFINS	113,15	0,85	9,62
	113,15	4,40	5,00

COMPOSIÇÃO		CONSUMO
Geração de Energia	R\$ 43,87	38,60
Transmissão	R\$ 4,12	3,84
Distribuição (Cooper)	R\$ 25,96	22,84
Perdas de Energia	R\$ 6,97	6,18
Encargos Setoriais	R\$ 5,03	5,33
Tributos	R\$ 28,40	23,32
Total	R\$ 115,35	100,00

Consumo de (Linha)	TARIFAS APLICADAS		
		R\$ 28,40	23,33
		R\$ 113,16	188

87DB E35A 58B2 3518 E518 AFDC BD1A 8885

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

ATENÇÃO: O GOVERNO INFORMA QUE VOCE POSSUI CONTAS EM ABERTO
EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES.

DATA	DEBITOS EXISTENTES	CAUSAS	CORTE
Yanco 26.06/19	Debitado 17.06/19	Valor 147,54	Yanco Debitado

Este comunicado NÃO substitui avisos de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão Judicial. Caso o devedor não tenha o fornecimento permitido por dois ciclos de falência, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios de finidos no Art. 4º, inciso III da Lei nº 11.101/2006. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

As condições para
fornecimento, nos
61.0019-1, são
serviços prestados
encontram a (dispo
consulta, em nos
atendimento e no site
www.casern.com.br

FREQÜÊNCIA DAS INTERUPÇÕES				
CONJUNTO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
CMOVOS	16/2018			
ENG	0,00	5,91	11,62	23,64
FIS	0,00	3,42	8,55	13,70
EMIS	0,00	3,48	0,00	0,00
LIMITE DIÁRIO: 12,30				

TENSÃO NOMINAL (V)	NÍVEL DE TENSÃO	
	LIMITE DE VARIAÇÃO (V) MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

ELUSO = Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 40,43





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 29/07/2019 20:36

Paciente: **MICARLA SOARES DA SILVA**

Registro: **137929**

Num. RG: **3025186** CPF: **102.860.974-43** Nascimento: **11/06/1995** 24 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **RUA VEREADORA BRÍGIDA RODRIGUES**

N.: **133**

Bairro: **CENTRO**

Cidade : **SAO VICENTE**

UF: **RN**

CEP: **59340000**

Fone: **84999599918**

Profissão: **COSTUREIRA DE PECAS SOB ENCOMA**

Mãe: **MARIA FREITAS DA SILVA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1**

Entrada: **29/07/2019 20:34** Previsão saída: **31/07/2019 11:00** Atendente: **FRANCISCAR**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Matrícula/CNS: **704205269793984**

Médico : **Dr. RAFAEL DE CASTRO AGUIAR**

CRM: **5390**

ENFERMARIA 301A

Dados do Responsável

Responsável: **MARIA FREITAS DA SILVA**

CPF: **048.295.004-84**

RG: **1711887**

Parentesco: **MÃE**

Termo de Responsabilidade

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora esta autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Autorizo a liberação da documentação do meu caso médico, através de fotografia, ou de exames gráficos ou de imagens, bem como o seu arquivamento por meio digital, papéis, fotografias ou quaisquer meios para os seguintes fins:

- Diagnóstico;
- Planejamento e Terapêutico;
- Ensino e Pesquisa.

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

Assinatura: [] Paciente ☒ Responsável

EM, 02/10/2019
Maria Freitas da Silva

Maria Freitas da Silva

Observações

PACIENTE ACOMPANHANDO AIH + BOLETIM DE PRIMEIRO ATENDIMENTO + RISCO CIRURGICO + ECG + PRESCRIÇÃO MÉDICA + PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM + EXAMES LABORATORIAIS + TC DO CRÂNIO COM LAUDO + TC DO TÓRAX COM LAUDO.

Página 1 / 2

MedicWare



Assinado eletronicamente por: FLAVIA MAIA FERNANDES - 30/01/2020 16:29:58

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013016295764400000051012663>

Número do documento: 20013016295764400000051012663

Num. 52898698 - Pág. 1



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@uol.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 29/07/2019 20:36

Dados do Paciente

Paciente: **MICARLA SOARES DA SILVA**

Registro: **137929**

Num. RG: **3025186**

CPF: **102.860.974-43**

Nascimento: **11/06/1995**

24 anos

Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **RUA VEREADORA BRÍGIDA RODRIGUES**

N.: **133**

Bairro: **CENTRO**

Cidade : **SAO VICENTE**

UF: **RN**

CEP: **59340000**

Fone: **84999599918**

Profissão: **COSTUREIRA DE PECAS SOB ENCOMA**

Mãe: **MARIA FREITAS DA SILVA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1**

Entrada: **29/07/2019 20:34**

Previsão saída: **31/07/2019 11:00**

Atendente: **FRANCISCAR**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Matrícula/CNS: **704205269793984**

Médico : **Dr. RAFAEL DE CASTRO AGUIAR**

CRM: **5390**

ENFERMARIA 301A

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

Data da Baixa: _____ No. de dias de hospitalização: _____ No. de US: _____

Doc. Apresentado: _____ Diagnostico Definitivo: _____

Procedencia:: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatório sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratórios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinario e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 29/07/2019 20:36

Dados do Paciente

Paciente: **MICARLA SOARES DA SILVA** Registro: **137929**
Num. RG: **3025186** CPF: **102.860.974-43** Nascimento: **11/06/1995** 24 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **RUA VEREADORA BRIGIDA RODRIGUES** N.: **133** Bairro: **CENTRO**
Cidade : **SAO VICENTE** UF: **RN** CEP: **59340000** Fone: **8499959991**
Profissão: **COSTUREIRA DE PECAS SOB ENCOMA** Mãe: **MARIA FREITAS DA SILVA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **29/07/2019 20:34** Previsão saída: **31/07/2019 11:00** Atendente: **FRANCISCAR**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **704205269793984**
Médico : **Dr. RAFAEL DE CASTRO AGUIAR** CRM: **5390** **ENFERMARIA 301A**

Dados do Responsável

Responsável: **MARIA FREITAS DA SILVA** CPF: **048.295.004-84** RG: **1711887**
Parentesco: **MÃE**

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) Dr. RAFAEL DE CASTRO AGUIAR, a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: S6620 TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS
2. - O(A) Dr. RAFAEL DE CASTRO AGUIAR, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização.
Preenchido pelo responsável do paciente

Assinatura: [] Paciente [X] Responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, seus benefícios, riscos e suas alternativas, respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável compreendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

HOSPITAL MEMORIAL

SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Natal/RN

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____

Dr. RAFAEL DE CASTRO AGUIAR - CRM 5390





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 29/07/2019 20:36

Dados do Paciente

Paciente: **MICARLA SOARES DA SILVA** Registro: **137929**
Num. RG: **3025186** CPF: **102.860.974-43** Nascimento: **11/06/1995** 24 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **RUA VEREADORA BRÍGIDA RODRIGUES** N.: **133** Bairro: **CENTRO**
Cidade : **SAO VICENTE** UF: **RN** CEP: **59340000** Fone: **84999599918**
Profissão: **COSTUREIRA DE PECAS SOB ENCOMA** Mãe: **MARIA FREITAS DA SILVA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **29/07/2019 20:34** Previsão saída: **31/07/2019 11:00** Atendente: **FRANCISCAR**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **704205269793984**
Médico : **Dr. RAFAEL DE CASTRO AGUIAR** CRM: **5390**

ENFERMARIA 301A

Dados do Responsável

Responsável: **MARIA FREITAS DA SILVA** CPF: **048.295.004-84** RG: **1711887**
Parentesco: **MÃE**

TERMO DE RESPONSABILIDADE PATRIMONIAL

Declaro que estou ciente da minha responsabilidade, à título de usufruto, para meu uso exclusivo, sobre os equipamentos/ materias especificados neste termo de responsabilidade, comprometendo-me a mantê-los em perfeito estado de conservação, ficando ciente que:

- 1- Se o equipamento for danificado ou inutilizado por emprego inadequado, mau uso, negligência ou extravio, o Hospital Memorial cobrará um equipamento da mesma marca ou o ressarcimento do valor equivalente.
- 2- Em caso de dano, inutilização ou extravio do equipamento deverei comunicar imediatamente ao setor competente.
- 3- Terminando os serviços, devolvarei o equipamento completo e em perfeito estado de conservação, considerando-se o tempo de uso do mesmo, ao setor competente.
- 4- Estarei sujeito a inspeções sem prévio aviso.
- 5- Segue a lista de itens inclusos no apartamento: Conjunto de armários de sete portas, Lavatório, Torneira do lavatório, Dispensadores de álcool, de sabonete, de papel toalha, Ar-condicionado, Cama, Colchão, Enxoval hospitalar, Criado-mudo, Cadeira/Poltrona, Televisão LCD, Painele para televisão LCD, Suporte de soro, Lixeira, Painele de gases, Frigobar, Cortinas, Campainha. E os itens inclusos no banheiro do apartamento: Armário de duas portas, Lavatório, Torneira do lavatório, Dispensadores de sabonete, de papel toalha, de papel higiênico, Lixeira, Espelho, Vaso sanitário, Assento de vaso sanitário, Acionador de descarga, ducha higiênica, Chuveiro, ducha de banho, Registro, Suporte de toalha, Barras de apoio, Assento para banho, Balde de roupa e Campainha de emergência.

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

Maria Freitas da Silva

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

Devolução: Atestamos que o bem foi devolvido em ____/____/____, nas seguintes condições:

- [] Em perfeito estado
[] Apresentando defeito
[] Faltando Equipamentos/Acessórios

Assinatura do responsável



Código Solicitação: 299205877

Número AIH: 241910067073-4

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MONSENHOR WOLFRED GURGEL

Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL

Central Reguladora NATAL

Data de Solicitação 29.07.2019 - 16:18:52

Data de Autorização 29/07/2019 - 18:00:33

Data de Reserva 29.07.2019

Data de Internação 30.07.2019

Data Prevista de Alta 13.12.2046

Data de Alta 05/08/2019 - 09:52:58

Motivo da Alta 1.2 ALTA MELHORADO

CNES:
2653923

CNES:
2408252

Município Executante
NATAL

Operador 82893691404ANATALIA

Operador 62725246334WENDEL

Operador 33391521449FRANCISCA

Operador 33391521449FRANCISCA

DADOS DO PACIENTE

CNS:
704205269793984

Nome do Paciente
MICARLA SOARES DA SILVA

Nome da Mãe
MARIA FREITAS DA SILVA

Sexo:
FEMININO

Data de Nascimento:
11/06/1995 (24 anos)

Tipo Logradouro:
RUA

Número:
133

País de Residência:
BRASIL

Telefone(s):
(84) 99995-9918 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:
FLORANIA - RN

Raça:
BRANCA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:
VEREADORA BRIGIDA RODRIGUES

Bairro:
ALTO DA CANDELARIA

Município de Residência:
SAO VICENTE

Complemento:

CEP:
59340-000

UF:
RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:
01055144463

CPF do Médico Executante:
04583189494

Diagnóstico Inicial - CID:
000 - CID INEXISTENTE

Nome do Médico Solicitante:
RAMON BARBALHO GUERREIRO

Nome do Médico Executante:
RAFAEL DE CASTRO AGUIAR

Status da Solicitação:
APROVADA

Caráter
11 - Urgência

Clínica:
ESPEC - CIRURGICO - NEUROCIRURGIA

Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS

Classificação de Risco
Prioridade 0 - Emergência, necessidade de atendimento imediato

Clínica Complementar:
Nenhuma

Código:
0415010012

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MÚLTIPAS, REFERINDO DORES LOMBARES E DEFICIÊNCIA MOTORA.

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
LAUDO DE TOMOGRAFIA + EX. LAB.

Condições que Justificam a Internação:
TRATAMENTO CIRÚRGICO

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____

PACIENTE

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:
29.07.2019 - 16:18:52



29/07/2019

SISREG III - Servidor de Producao

Código: 299205877

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MONSENHOR WLFREDO GURGEL (2653923)
Central Reguladora:
NATAL

Op. Solicitante:
82893691404ANATALIA
Unidade Desejada:
HOSPITAL MEMORIAL (2408252)

Data de Solicitação:
29.07.2019 - 16:18:52
Data Desejada:

DADOS DO PACIENTE

CNS:
704205269793984
Nome do Paciente
MICARLA SOARES DA SILVA
Nome da Mãe
MARIA FREITAS DA SILVA
Sexo:
FEMININO
Data de Nascimento:
11/06/1995 (24 anos)
Tipo Logradouro:
RUA
Número:
133
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):
(84) 99995-9918 (*Exibir Lista Detalhada*)

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:
FLORANIA - RN

Raça:
BRANCA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:
VEREADORA BRIGIDA RODRIGUES
Bairro:
ALTO DA CANDELARIA
Município de Residência:
SAO VICENTE

Complemento:

CEP:
59340-000
UF:
RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:
01055144463

Diagnóstico Inicial - CID:
000 - CID INEXISTENTE

Caráter
11 - Urgencia

Clínica:
ESPEC - CIRURGICO - NEUROCIRURGIA

Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS

Nome do Médico Solicitante:
RAMON BARBALHO GUERREIRO

Status da Solicitação:
PENDENTE

Classificação de Risco
Prioridade 0 - Emergência, necessidade de atendimento imediato

Clínica Complementar:
Nenhuma

Código:
0415010012

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS, REFERINDO DORES LOMBARES E DEFICIÊNCIA MOTORA./td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
LAUDO DE TOMOGRAFIA + EX. LAB.

Condições que Justificam a Internação:
TRATAMENTO CIRÚRGICO

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:

HOSPITAL MEMORIAL
SAO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____

Data da Extração dos Dados: 29/07/2019 16:54:58





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br



EVOLUÇÃO ASSISTENTE SOCIAL

Dados do Paciente

Paciente: **MICARLA SOARES DA SILVA**

Nascimento: **11/06/1995 24 anos**

Acompanhante:

Registro: **137929** Num. Internação: **1**

Data Internação: **29/07/2019 20:34:24**

Parentesco:

Endereço para Correspondência:

Endereço:

Cidade : **São Vicente**

Bairro :

Ocorrência:

Durante a visita ao leito a acompanhante informou que trauma na coluna foi ocasionado por acidente de carro.

Evolução do Prontuário:

X - Paciente/Acompanhante recebeu(ram) orientações a respeito das Normas Hospitalares.

Observações:

Acompanhada pela sra Maria Freitas da Silva.

Ciente das normas hospitalares.

301A

CONDUTA HOSPITALAR

- Não sentar ou deitar na cama do paciente (risco de infecção hospitalar);
- O acompanhante/ou visitante não deve usar roupas impróprias (transparentes, justas, decotes e shorts). Procurar usar roupas confortáveis e adequadas ao espaço público;
- Não trazer ou deixar objetos de valores nas dependências das enfermarias, pois o hospital não se responsabiliza pela perda ou roubo destes;
- Não fumar nas dependências do hospital, haja visto o risco à saúde, medida esta amparada pela Lei Federal 9294/96;
- Não colocar objetos em cima do leito do paciente;
- Não é permitida a entrada de alimentos de fora nas enfermarias para impedir a proliferação de insetos e evitar a infecção hospitalar, a equipe de nutrição planeja uma alimentação adequada ao estado de saúde do paciente;
- Faça silêncio nas enfermarias. A tranquilidade no ambiente hospitalar é importante para a recuperação dos pacientes;
- É necessário lavar as mãos antes de entrar no quarto, antes e após prestar cuidados ao paciente e após o uso do sanitário;
- No caso de dúvidas em relação aos cuidados com o paciente (administração de medicamentos, troca de soro, curativos, etc) procurar a equipe de enfermagem;
- Para evitar riscos à saúde do paciente pedimos aos acompanhantes que permaneçam nas respectivas enfermarias. Portanto, evite circular nas enfermarias bem como saídas do hospital;

JESSICA ALEXANDRE DE ARAUJO
CRESS - 4624

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____



Assinado eletronicamente por: FLAVIA MAIA FERNANDES - 30/01/2020 16:29:58

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013016295764400000051012663>

Número do documento: 20013016295764400000051012663

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: MICARLA SOARES DA SILVA

Data do Procedimento: 30/07/19

Registro: 137929 IH: 1

Diagnóstico pré operatório: S220 FRATURA DE VÉRTEBRA TORÁCICA | FRATURA DA COLUNA TORÁCICA SOE
M431 ESPONDILOLISTESE

Código do procedimento

0408030283

0408030534

0408030852

0403010250

Cirurgia realizada

ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR CINCO NIVEIS. INCLUI

RESSECCAO DE ELEMENTO VERTEBRAL POSTERIOR / POSTERO-LATERAL

TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR

TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA LIQUORICA RAQUIDIANA

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: CLEITON VIEIRA PEREIRA

1° RAFAEL DE CASTRO AGUIAR

CRM

5199

5390

Anestesiologista: GILVAN DE CARVALHO

1904

Grau de Contaminação: Limp

Profilaxia Antimicrobiana:

Anatomopatológico: Não

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

- 08 PARAFUSOS PEDICULARES POLIAXIAIS
- 08 BLOQUEADORES
- 02 HASTES
- 01 CROSS-LINK

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

Posicionamento, antissepsia, campos. Incisão reta toracolombar mediana; dissecação e exposição da fáscia lombar e multifido. Afastador autoestático. Exposição dos espaços T9 a L1 e lâminas de T9 a L1. Com auxílio de radioscopia, realizado o posicionamento dos parafusos pediculares poliaxiais (08) em T9, T10, T12 e L1, bilateralmente; posicionamento das hastes (02) e estabilização com bloqueadores (08); Ressecção dos elementos vertebrais posteriores de T10 a T12 e correção da fistula liquorica raquiana lombar; correção da deformidade cifótica da coluna toracolombar; realizada artrodese intertransversais com enxerto autólogo. Hemostasia e posicionamento de dreno de sucção à vácuo no subcutâneo lombar. Síntese por planos e curativo estéril. Ao CRO

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

CRM: 5199 - CLEITON VIEIRA PEREIRA

30/07/2019 13:01:21





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

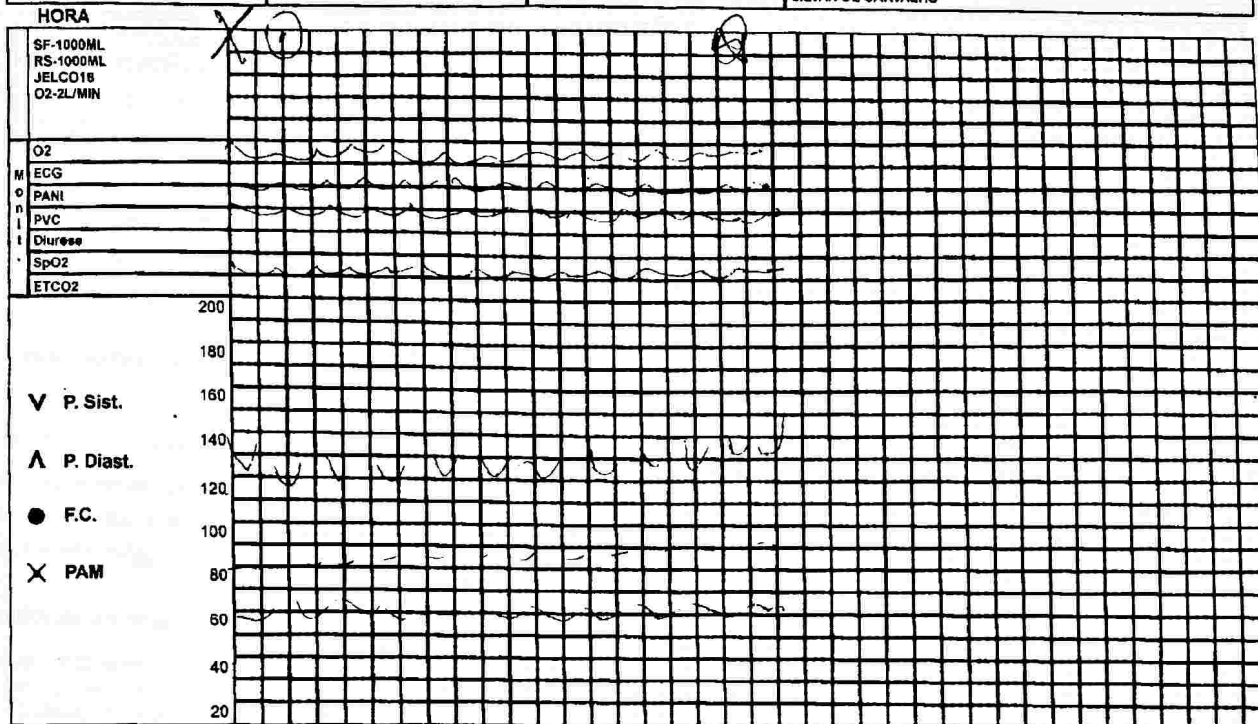
Dados do Paciente

Paciente: MICARLA SOARES DA SILVA

MICARLA SOARES DA SILVA 7929

IH: 1

Cirurgia Realizada		Data	
ARTRODESE LOMBAR+LAMINECTOMIA+CORREÇÃO DE DEFORMIDADE		30.07.2019	
Cirurgião	1º Auxiliar	2º Auxiliar	Anestesiologistas
DR CLEITON			GILVAN DE CARVALHO



Exames Laboratoriais

pH		
PaCO2		
HCO3		
CO		
EB2		
PaO2		
SHbO2		
Hb		
Hc		
Na		
K		
Ca		
Glicose		
DROGAS		
FENTANIL	500MG	01
MIDAZOLAN	15MG	01
NEOCAINA	0,5%	
DIMORF	0,2MG	
SUFENTANIL	10MCG	
ROCURONIO	50MG	
ATRACURIO	25MG	02
PROPOVAN	1%	01
EFEORINA	50MG	01
ARAMIN	10MG	
CEFAZOLINA	1G	02
DIPIRONA	1G	02
DRAMIN	3MG	
DEXAMETASONA	10MG	01
RANITIDINA	50MG	01
ONDASETRONA	8MG	01
NEOCAINA	0,5%	
ISOBARICA	0,5X	
CETOPROFENO	100mg	
SEVORANE		70
TILATIL 40		01
ABD		06
TRANSAMIN		03
TRAMAL		01

TÉCNICA ANESTÉSICA: GERAL ENDOVENOSA+INALATÓRIA+RESPIRAÇÃO CONTROLADA

BLOQUEIO:

LOCAL DA PUNÇÃO:

NÍVEL ANESTESIA:

BLOQUEIO MOTOR: g

POSICÃO: Antes: D DORSAL

APARELHO:

TÉCNICA: ABERTO

INTUBAÇÃO/OXIGENAÇÃO: ORAL

TRAUMÁTICA NAO

SONDA: OROTRAQUEAL

CUFF: SIM

INDUÇÃO:

MANUTENÇÃO:

CONDIÇÃO FINAL: BOAS

REFLEXOS: OK

TIPO:

LATÊNCIA:

LIQUOR:

Depois: D VENTRAL

V.T.: 500

F.R.: 12

Nº 7,5

V.M.:

P.L.T.:

HOSPITAL MEMORIAL

CONSCIÊNCIA: OK

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
ECG, PNI, OXÍMETRO, CAPNÓGRAFO
SF-100ML

CONFERE COM ORIGINAL
EM, ___/___/___

BALANÇO

- Regenerol - 01 b15
- Nicotina - 03

Gilvan de Carvalho
Anestesiologista
CRM 1914

Gilvan de Carvalho
Anestesiologista
CRM 1914

DURAÇÃO: 03:00

INÍCIO: 13:00

FINAL: 16:00



Assinado eletronicamente por: FLAVIA MAIA FERNANDES - 30/01/2020 16:29:58

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013016295764400000051012663

Número do documento: 20013016295764400000051012663



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: **137929** IH: **1** Paciente: **MICARLA SOARES DA SILVA**
Nascimento: **11/06/1995** **24** anos Internação: **29/07/2019 20:34:24** Leito: **ENFERMARIA 301A**

ANTES DO ATO CIRÚRGICO

30/07/2019 12:39:28 - COREN - 662098 - MARIA ELIZABETE B PEREIRA

Observações:

CLIENTE ADMITIDO(A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO DE ARTRODESE DE COLUNA, CONSCIENTE, ORIENTADA (O), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, PUNÇIONADO(A) COM CATETER VENOSO Nº EM MS VIABILIZANDO SF0,9% E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Doença pré-existente: NÃO

Há reserva sanguínea: SIM Prótese: NÃO Jóias: NÃO Membro e lado da cirurgia: COLUNA

Exame Laboratorial: SIM Risco Cirúrgico: SIM Raio X: PRÊ:

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): NÃO

Outros Exames: TC DO CRANIO E TORAX

Assinatura Responsável

Maria Elizabete Borges Pereira

SRPA

COREN - 819960 - SARA BORGES LOPES DA SILVA

Nível consciência: CONSCIENTE

Oxigenoterapia: CATETER NASAL

Acesso venoso: SIM Diurese: SIM Acianótico: NÃO Pálido: NÃO Sudorese: NÃO Tremores: NÃO

Hipotensão: NÃO Raio X de Controle: SIM-QTD: 2

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE POI DE ARTRODESE, CONSCIENTE RESPIRANDO EM AR CATETER NASAL, NA HVP. VIABILIZANDO SF0,9%, COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO, COM DRENO DE SUCCÃO JA ABERTO DIURESE POR SVD+ COLETOR FECHADO, COM RX PÓS DE CONTROLE, ANEXO AO PRONTUARIO EXAMES, SEGUE ACOMPANHADO ATÉ O LEITO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM.
VERIFICADO SSVV: PA= 120X60 MMHG, FC= 87 BPM, T= °C, SPO2= 98 %

Assinatura Responsável

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____



Assinado eletronicamente por: FLAVIA MAIA FERNANDES - 30/01/2020 16:29:58

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013016295764400000051012663>

Número do documento: 20013016295764400000051012663



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Data: 31/07/2019 07:46

Dados do Paciente

Registro: **137929** IH: **1** Paciente: **MICARLA SOARES DA SILVA**
Nascimento: **11/06/1995** **24 anos** Internação: **29/07/2019 20:34:24** Leito: **ENFERMARIA 301A**

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: GERAL ENDOVENOSA + INALATORIA

Anestesiologista: DRº GILVAN

Tipo: ARTRODESE DE COLUNA

Cirurgião: DRº RAFAEL

Instrumentador: ANA PESSOA

Circulante: LECIA + RENAN

Tipo curativo: LIMPO

Tem material para biópsia/cultura: NAO

Inf.sanguínea: NÃO

Monitoração correta: SIM

Placa de bisturi: SIM

Antibiótico profilático?: CEFAZOLINA 2G

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

PACIENTE ADMITIDA EM SALA CIRURGICA, PUNCINADA COM JELCO Nº18 NO MSD, REALIZADO CATETERISMO VESICAL COM SONDA Nº 14 COM DRESE RESENTE PELA ENFERMEIRA RAISSA, ENTUBADA COM TUBO INDRORQUIAL Nº8 ARAMADO, MNITRIZADA EM SALA, CIRURGIA SEM INTERCORRENCIAS, ENCAMINADA AO SPRA CONCIENTE E ORIENTADA, EM O2 AMBIENTE, COM DRENO PORTVAC Nº3.2, SVD, HVP, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Pontencial de Contaminação: Limpa

LECIA DA SILVA FERREIRA
Técnico(a) COREN - 1242099

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____



Assinado eletronicamente por: FLAVIA MAIA FERNANDES - 30/01/2020 16:29:58

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013016295764400000051012663>

Número do documento: 20013016295764400000051012663



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84) 3133-4200 - Fax: (84) 3102-1200
hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **MICARLA SOARES DA SILVA**

Registro: **137929**

IH: **1**

Nascimento: **11/06/1995** **24 anos** Data Internação: **29/07/2019 20:34:24**

Leito: **ENFERMARIA 301A**

Turno: **Noturno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **PRE ARTRODESE**

Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **NEGA**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

EUPNEICA

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs:

Intestinais: **PRESENTE**

Aspectos:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs:

Sinais Vitais

Temperatura: **36 °C**

Saturação O2: **99%**

Respiração: **18 RPM**

Pressão Arterial: **120x80**

Frequência Cardíaca: **85**

Acesso Venoso

Dieta

Central

VO

FHV

BOA ACEITAÇÃO

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Curativo:

Medicações:

S/ PRESCRIÇÃO MÉDICA

Intercorrência:

PACIENTE ADMITIDA NESTE SETOR PARA SUBMETER-SE A CIRURGIA DE ARTRODESE. CONSCIENTE E ORIENTADA. O2 AMBIENTE. NEGA COMORBIDADES. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

SÃO FRANCISCO

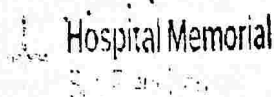
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228

hmemorial@veloxmail.com.br

UNIDADE DE ENFERMAGEM - UNIDADE ENFE

Dados do Paciente

Paciente: **MICARLA SOARES DA SILVA**

Registro: **137929** Nº Internação

Nascimento: **11/06/1995 24 anos** Data Internação: **29/07/2019 20:34:24** Leito: **ENFERMARIA 301A**

OBSERVAÇÕES GERAIS

ENCAMINHO PACIENTE AO CENTRO CIRURGICO LEVANDO PRONTUÁRIO CONTENDO: 08 FOLHAS DE RNM, EXAMES LABORATORIAIS, ECG, LAUDO TC TORAX, LAUDO TC CRANIO.

30/07/2019
COREN - 522483

RAFAELA ARAUJO C

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN

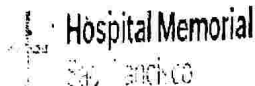
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____



Assinado eletronicamente por: FLAVIA MAIA FERNANDES - 30/01/2020 16:29:58

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013016295764400000051012663>

Número do documento: 20013016295764400000051012663



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **MICARLA SOARES DA SILVA**

Registro: **137929** IH: **1**

Nascimento: **11/06/1995** **24 anos** Data Internação: **29/07/2019 20:34:24**

Leito: **ENFERMARIA 301A**

Turno: **Diurno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **PÓS ARTRODESE DE COLUNA CERVICAL**

Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **NEGA**

Sinais Vitais

Oxigenioterapia

Temperatura: **36,9 °C**

Saturação O2: **98%%**

Respiração: **17 RPM**

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: **110x70**

Frequência Cardíaca: **76**

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.:

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Correção:

Correção:

Tipo:

Correção:

Correção:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

REALIZADO CURATIVO PELA EQUIPE DO CCIH.

Medicações:

ADM MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

AS 14:00HS PACIENTE APRESENTOU NAUSEA FOI ADM METOCLOPRAMIDA 5MG/ML CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. ENFERMEIRO DO SETOR CIENTE.

Intercorrência:

PACIENTE DE 24 ANOS EM O2 AMBIENTE, CONSCIENTE E ORIENTADA, AFERIDO SSVV SEM ANORMALIDADES, DIURESE ESPONTANEA, PRESENTE DIETAS VO COM BOA ACEITAÇÃO, FOI HIGIENIZADA NO LEITO, FEITO TROCAS DE LENÇÕES DE CAMA+VESTES PESSOAIS+TROCAS DE FRALDAS, SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE ALTA HOSPITALAR AGUARDANDO TRANSPORTE.

AS 14:00HS PACIENTE PERDEU ACESSO VENOSO PERIFERICO FOI REPUNCONADA EM MSD COM JELCO 22, FOI USADO 2 JELCO 22.

AS 16:20HS PACIENTE SAIU DE ALTA HOSPITALAR ACOMPANHADA DE MAQUEIRO MAIS FAMILIAR LEVANDO SEUS PERTENCENES E COM ORIENTAÇÃO MÉDICA.

Edvania

COREN: 1088550 - EDVANIA PEREIRA

01/08/2019 16:00:16

HOSPITAL MEMORIAL
SAO FRANCISCO
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, _____



Assinado eletronicamente por: FLAVIA MAIA FERNANDES - 30/01/2020 16:29:58

<https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013016295764400000051012663>

Número do documento: 20013016295764400000051012663

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **MICARLA SOARES DA SILVA**

Registro: **137929** IH: **1**

Nascimento: **11/06/1995** **24 anos** Data Internação: **29/07/2019 20:34:24**

Leito: **ENFERMARIA 301A**

Turno: **Diurno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **PÓS ARTRODESE DE COLUNA CERVICAL**

Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **NEGA**

Sinais Vitais

Oxigenioterapia

Temperatura: **36,9 °C**

Saturação O2: **98%%**

Respiração: **17 RPM**

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: **110x70**

Frequência Cardíaca: **76**

Acesso Venoso

Dieta

Eliminações Fisiológicas

Periférico

VO

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.:

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Drenos

Correção:

Correção:

Data:

Correção:

Correção:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

REALIZADO CURATIVO PELA EQUIPE DO CCIH.

Medicações:

ADM MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

AS 14:00HS PACIENTE APRESENTOU NAUSEA FOI ADM METOCLOPRAMIDA 5MG/ML CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. ENFERMEIRO DO SETOR CIENTE.

Intercorrência:

PACIENTE DE 24 ANOS EM O2 AMBIENTE, CONSCIENTE E ORIENTADA, AFERIDO SSVV SEM ANORMALIDADES, DIURESE ESPONTANEA PRESENTE, DIETAS VO COM BOA ACEITAÇÃO, FOI HIGIENIZADA NO LEITO, FEITO TROCAS DE LENÇÕES DE CAMA+VESTES PESSOAIS+TROCAS DE FRALDAS, SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____

Flávia



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **MICARLA SOARES DA SILVA**

Registro: 137929

IH: 1

Nascimento: **11/06/1995** 24 anos Data Internação: **29/07/2019 20:34:24** Leito: **ENFERMARIA 301A**Turno: Diurno

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: PÓS ARTRODESE DE COLUNA CERVICAL

Isolamento de contato:

Estado Geral: BomColoração da Pele: NormocoradoNível de Consciência: Consciente/OrientadoAlergias Medicamentosas: NEGA

Oxigenioterapia

Sinais Vitais

Temperatura: 36,9 °CSaturação O2: 98%%Respiração: 17 RPMEm O2 AmbientePressão Arterial: 110x70Frequência Cardíaca: 76

Acesso Venoso

Dieta

PeriféricoVO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.:

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Correção:

Correção:

Tipo:

Correção:

Correção:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

REALIZADO CURATIVO PELA EQUIPE DO CCIH.

Medicações:

ADM MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.AS 14:00HS PACIENTE APRESENTOU NAUSEA FOI ADM METOCLOPRAMIDA 5MG/ML CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. ENFERMEIRO DO SETOR CIENTE.

Intercorrência:

PACIENTE DE 24 ANOS EM O2 AMBIENTE, CONSCIENTE E ORIENTADA, AFERIDO SSVV SEM ANORMALIDADES, DIURESE ESPONTÂNEA PRESENTE, DIETAS VO COM BOA ACEITAÇÃO, FOI HIGIENIZADA NO LEITO, FEITO TROCAS DE LENÇÕES DE CAMA+VESTES PESSOAIS+TROCAS DE FRALDAS, SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____

Edvania

COREN: 1088550 - EDVANIA PEREIRA
01/08/2019 16:00 16

Página 1 de 1





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **MICARLA SOARES DA SILVA**

Registro: **137929**

IH: **1**

Nascimento: **11/06/1995** 24 anos Data Internação: **29/07/2019 20:34:24**

Leito: **ENFERMARIA 301A**

Turno: **Noturno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **1º DPO ARTRODESE**

Isolamento de contato: **Não**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **NEGA**

Sinais Vitais

Oxigenioterapia

Temperatura: **36,9 °C**

Saturação O2: **98%%**

Respiração: **17 RPM**

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: **110x70**

Frequência Cardíaca: **76**

AR AMBIENTE

Acesso Venoso

Dieta

Eliminações Fisiológicas

Periférico

VO

Diurese: **ESPONTÂNEA**

MSD 31/07/19

Obs.:

Intestinais: **AUSENTE**

HGT

Aspectos:

Correção:

Correção:

Drenos

Correção:

Correção:

Data:

Correção:

Correção:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

ADMINISTRADO MEDICAÇÃO CPM.

AS 6:00HS RENOVOU EQUIPO DE MACRO, POIS O ANTERIOR ESTAVA COM DEFEITO.

Intercorrência:

ÀS 19:00HS RECEBI PACIENTE OVEM 24 ANOS, CONSCIENTE ORIENTADA, EM O2 AMBIENTE, AFERIDO SSVV SEM ANORMALIDADES. ACEITOU DIETA OFERTADA NO HORARIO, SEM QUEIXAS ATÉ O PRESENTE MOMENTO, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. PASSADO PELA EQUIPE DO PLANTÃO ANTERIOR Q FOI RETIRADO SVD + DRENO.

HOSPITAL MEMORIAL
SAO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - 50131/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____

Cristiane Nicácio Alves
Cristiane Nicácio Alves
COREN: 850307

COREN: 850307 - CRISTIANE NICACIO ALVES
01/08/2019 03:02:26





Hospital Memorial de Natal
AV JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **MICARLA SOARES DA SILVA**

Registro: **137929** IH: **1**

Nascimento: **11/06/1995** 24 anos Data Internação: **29/07/2019 20:34:24**

Leito: **ENFERMARIA 301A**

Turno: **Tarde**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **1º DPO ARTRODESE**

Isolamento de contato: **Não**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **NEGA**

Sinais Vitais

Temperatura: **36,5 °C**

Saturação O2: **98% %**

Respiração: **19 RPM**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial:

120x70

Frequência Cardíaca: **90**

AR AMBIENTE

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

VQ

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **SVD**

MSD

Obs.: **15:00 200ML**

HGT

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

Correção:

Correção:

Drenos

Correção:

Correção:

Data:

Correção:

Correção:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.: **15:00H 250ML**

Curativo:

Medicações:

ADMINISTRADO MEDICAÇÃO CPM.

Intercorrência:

PACIENTE ADULTA 24 ANOS, CONSCIENTE ORIENTADA, EM O2 AMBIENTE, AFERIDO SSVV SEM ANORMALIDADES, ACEITOU DIETA, OFERTADA NO HORARIO, SEM QUEIXAS ATÉ O PRESENTE MOMENTO, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. AS 15:00H FORAM RETIRADOS, DRENO+SVD CPM. AS 15:30H PACIENTE PERDEU ACESSO, FOI REPUNÇIONADA EM MSD COM EXITO, COM JELCO N 22.

SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, _____

Danrley Silva de Souza
TECNICO 001.333.827. TE

COREN: 1333827 - DANRLEY SILVA DE SOUZA
31/07/2019 15:04:54



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Registro: 137929 IH: 1

Paciente: MICARLA SOARES DA SILVA

Nascimento: 11/06/1995 24 anos Data Internação: 29/07/2019 20:34:24 Leito: ENFERMARIA 301A

Turno: Manhã

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: 1DPO ARTRODESE

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorado

Alergias Medicamentosas: NEGA

Sinais Vitais

Temperatura: 36,6 °C Saturação O2: 98% Respiração: 20 RPM

Pressão Arterial: 110x70 Frequência Cardíaca: 104

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

VO

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Isolamento de contato: Não

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Oxigêniooterapia

Em O2 Ambiente

Eliminações Fisiológicas

Diurese: SVD

Obs.: 12H: 1000ML

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.: 06H: DESP. 100ML

Curativo:

CURATIVO REALIZADO PELA EQUIPE.

Medicações:

ADM. CONFORME PRESCRITO.

Intercorrência:

AS 07HS. RECEBO PCT. DE 24 CONCIENTE ORIENTADA, RESPIRANDO SOB O2 AMBIENTE, ACEITOU DIETA OFERTADA, AFERIDO SSVV SEM ANORMALIDADES. HIGIENIZADA NO LEITO, TROCADO ROUPA DE CAMA E PESSOAL, REALIZADO MUDANÇA DE DECÚBITO + MASSAGEM DE CONFORTO, ENCONTRA-SE COM SVD + DRENO DE SUÇÃO. PCT. SEGUE SEM QUEIXAS EM OBSERVAÇÃO SOB CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, AGUARDANDO VISITA E AVALIAÇÃO DO SEU MÉDICO ASSISTENTE.

SAO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____

COREN: 993937 - DIEGO TEIXEIRA DANTAS

31/07/2019 10:58:16





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **MICARLA SOARES DA SILVA**

Registro: **137929** IH: **1**

Nascimento: **11/06/1995** **24 anos** Data Internação: **29/07/2019 20:34:24**

Leito: **ENFERMARIA 301A**

Turno: **Noturno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **POI ARTRODESE**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Alergias Medicamentosas: **NEGA**

Sinais Vitais:

Temperatura: **36,8 °C**

Saturação O2: **97% %**

Respiração: **20 RPM**

Pressão Arterial: **120x80**

Frequência Cardíaca: **98**

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

VO

MSD

ACEITA

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

EUPNEICA

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **SVD**

Obs.: **06H: 1000ML**

Intestinais: **PRESENTE**

Aspectos:

Drenos

Data: **31/07/2019 06:00**

Tipo: **sucção**

Local:

Aspecto: **sanguinolento**

Obs.: **06H: DESP. 100ML**

Curativo:

LIMPO E SECO

Medicações:

ADM MEDICAÇÕES CPM:

Intercorrência:

S/ QUEIXAS

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____

COREN: 1153651 - LUANA PATRÍCIA RODRIGUES L DE OLIVEIRA
30/07/2019 20:14:36



Assinado eletronicamente por: FLAVIA MAIA FERNANDES - 30/01/2020 16:29:58

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013016295764400000051012663>

Número do documento: 20013016295764400000051012663



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

**ANOTAÇÃO
TÉCNICO DE
ENFERMAGEM**

Data: 29/07/19 Setor: Polígrafo Leito: 28 Registro: 136363 Idade: 24 Sexo: F
Nome: Mariana Soares da Silva
Diagnóstico: _____
☐ Precaução: _____ ☐ Alergias: _____

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	M	T	N
Consciente	✓	✓	
Comatoso			
Sedado			
Sonolento			
Vigil			
Orientado			
Desorientado			
OXIGENIOTERAPIA	M	T	N
Ar ambiente	✓	✓	
Máscara de Venturi			
Nebulização			
Traqueostomia/tubo endotraqueal			
Ventilação mecânica invasiva			
DIETOTERAPIA	M	T	N
Oral	✓	✓	
Jejum			
Sonda gástrica			
Sonda enteral			
Gastrostomia/jejunostomia			
ACESSO VENOSO	M	T	N
Acesso periférico		✓	
Acesso central			
Dissecção venosa			
Cateter hemodiálise			
Trocar sistema: ____/____/____			

CONTROLE DE INFUSÃO	M	T	N
Hidratação venosa: _____			
Droga vasoativa: _____			
Sedação: _____			
Outros (especificar): _____			
Vazão (ml/h)			
ELIMINAÇÃO VESICAL	M	T	N
Espontânea/fralda	✓	✓	
Dispositivo urinário			
Sonda vesical de alívio			
Sonda vesical de demora			
Cistostomia			
ELIMINAÇÃO INTESTINAL	M	T	N
Espontânea/fralda	✓	✓	
Colostomia/ileostomia			
DÉBITOS	M	T	N
SNG/SNE			
Dreno			
SVD			
Outros			
CUIDADOS REALIZADOS	M	T	N
Banho (leito/WC)	✓		
Higiene oral			
Mudança de decúbito			
Aspiração de vias aéreas			
Troca de curativo			

CONTROLES							
HORA	PA	FC	FR	T	SpO2	HGT	Assinatura/COREN
9h	130/90	80	-	36°	-	-	Vanessa Viana dos S. Souza COREN/RN 636.582-7F
17h	110/80	88	-	36°	-	-	





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 37678 /2019
Admissão: 24/07/2019 23:32:36

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 136363 - MICARLA SOARES DA SILVA (24 a 1 m 13 d)

Nascimento: 11/06/1995

Natural: FLORANIA.BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: 704205269793984

CPF: 10286097443

Prof:

Mãe: MARIA FREITAS DA SILVA

Pai: FRANCISCA SOARES VERAS

Logradouro: VEREADOR BRITO BRIGIDAS RODRIGUES, 133

CEP: 59340000

Bairro: SAO VICENTE

Cidade: SAO VICENTE

Telefone: 84 99959918

Compl:

Motivo: CARRO CAPOTAMENTO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS: REG. DRA JESSICA					Classificação: 24/07/2019 23:26:31				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: DOR TORACICA APOS CAPOTAMENTO

Hora: 3:30h da manhã de hoje, em passageira do banco de trás, sem cinto. Foi arremessada do veículo e não lembro do ocorrido. Queixa de dor torácica, dor de cabeça e lombalgia. Não trauma abdominal - pulmão.

Trazida por natureza municipal sem imobilização. Feito trauma e decubitos no hospital de origem. Trauma de enforcamento x escápula e vertebral.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A WAP sem cerníctia

B Tórax: estável, doloroso à palpação em dorso. AP (+) bilatinal

C Estável hemodinamicamente, pulsos amplos

D GCS 15

E Escaneamento abnormais em MMII e MMSE.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdomen flácido e indolor
Reflexo estomacal

FOTOGRAFIA/HMWG

Data 25/07/19 Hora 01:09

Técnico: Juceli B.

Exame: Trauma e alergia

Médico: Flávia

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

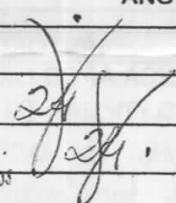
*Gerado via SX por UZIMAR PEREIRA VALE. Impresso em 24 de Julho de 2019.



Assinado eletronicamente por: FLAVIA MAIA FERNANDES - 30/01/2020 16:29:59

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013016295914700000051012666

Número do documento: 20013016295914700000051012666

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)	
A	
B	
C	
D	
E	
A(ALÉRGICAS) <u>Negativa</u>	
M(MEDICAÇÃO EM USO) <u>Aspirina</u>	
P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) <u>Negativa</u>	
L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)	
A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)	
V (PASSADO VACINAL) <u>VAT 7 meses</u>	
EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<u>Alta</u> <u>Tramadol 100mg - 1 amp + 100mg 90,9% EV</u> <u>Dipiridone 02 amp + ABD EV</u> <u>Em tempo: TC sem evidências</u> <u>de fraturas ósseas, hemorria ou pneumotórax</u> <u>(tração do membro de Currais Novos). Amputado</u> <u>aparente de escápula.</u>	
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE	
ESPECIALISTA 1 <u>NOR</u>	HORA: <u>23:50</u> DATA: <u>24.07.19</u>
ESPECIALISTA 2 <u>Ortopedia</u>	HORA: <u>23:50</u> DATA: <u>24.07.19</u>
ESPECIALISTA 3	HORA: DATA:
DESTINO DO PACIENTE:	
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:	DATA / / HORA
SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:	
OBITO: DATA / / HORA	
ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP	





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

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Miranda Soares da Silva Idade: _____ N° Reg.: _____
Serviço: _____ Enfª.: _____ Leito: _____

AO SERVIÇO: Cardiologia

MOTIVO DA CONSULTA: - (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

Paciente vítima de acidente automobilístico.
OI TUM e Fraturas na tábua torácica
segue em programação cirúrgica
Sob alto risco cirúrgico
Grato.

Natal/RN, 25 de 07 de 19

PAULO RODOVALHO
MÉDICO
CRM/RN 8031

Médico que solicita o parecer

PARECER: 25/07/19 Cardio

Paciente com cardiopatia pré-existente
ou qualquer outra

Uso de HAS com hidroclorotiazida,
betapressor ou elixir

Uso de antiagregantes ou anticoagulantes
ECG: RS, normal

PA: 100 x 70 mmHg, normal

Condição: Risco fraco I
Cuidados habituais

Isabela Sacilotto Villa
Cardiologia
CRM: 4858

Natal/RN, _____ de _____ de _____

Médico que emite o parecer



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

PRMV015_R7 - Impressão da Prescrição Médica

%001zÉIC!-
%001zÉIC!-
90101136363MŠ
MŠ

Página 1 de 1

29/07/2019 07:48

Paciente: 136363 - MICARLA SOARES DA SILVA

FIA: 4-6914/2019

Idade: 24 ano(s) 1 mes(es) e 18 dia(s)

Prescrição Nº: 4

Hospital / Unidade: WG - POLINHO

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1187249

Peso:

Data Internação: 25/07/2019 02:44

Início Validade: 29/07/2019 07:46 até 29/07/2019 18:59

Quarto / Leito: 1 - 28

Médico Resp.: 672-PAULO EDUARDO FERNANDES

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

29/07/2019 07:47:26 - #NCR - 5º DIH TRM (FTX T11 - ASIA E)

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL, SEM NOVAS QUEIXAS

G15, SEM SINAIS FOCAIS

AFEBRIL, EUPNEICA

CD: AG PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ELETIVO (AGENDADO PARA AMANHÃ NO HOSP MEMORIAL)

Dr. Cleiton V. Pereira
NEUROCIRURGIA
CRM - 5199

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO

1 - ZERO

Obs.: APÓS 00:00h (PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
AMANHÃ NO HOSP MEMORIAL)

2 - BRANDA LAXANTE

3

SOLUÇÃO

3 - SOLUÇÃO DE

a - SORO FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 0,9% 500 ML
SIST. F

Tempo: 23,81h

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

SND

IV Contínuo 28gota/min

2.000

ML

1º 2º 3º 4º

MEDICAMENTO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

4 - TRAMADOL 50MG

1

COM

VO

6h/6h

X

18

24

06

5 - DÍPIRONA SÓDICA 500MG/ML 2 ML

1

AMP

IV

6h/6h

X

18

24

06

Obs.: fixo

Diluição: 8ml SF0,9%

6 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML

1

AMP

IV

8h/8h

S/N sn

Obs.: se náusea ou vômito

S IN

7 - OMEPRAZOL 40 MG (1FA+10ML DIL.)

1

FR

IV

24h/24h

06

Obs.: 01 amp + 10 ml abd ev pela manhã

8 - SIMETICONA 75MG/ML 10 ML

35

GTS

VO

8h/8h

X

22

06

9 - OLEO MINERAL 100 ML

20

ML

VO

24h/24h

06

10 - DICLOFENACO DE SÓDIO 75MG/3 ML

1

AMP

IM

12h/12h

18

06

CUIDADOS

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

11 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

6h/6h

Obs.: + OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA RIGOROSA

12 - REPOUSO NO LEITO

CONTÍNUO

Dr. Cleiton V. Pereira
NEUROCIRURGIA
CRM - 5199

CLEITON VIEIRA PEREIRA

CRM-5199/RN

Legenda: (A), alterado - (S) suspenso - (S/N) se necessário. Item em **negrito** e sublinhado é de Alto Risco

29/07/2019 07:48



Assinado eletronicamente por: FLAVIA MAIA FERNANDES - 30/01/2020 16:29:59

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013016295914700000051012666>

Número do documento: 20013016295914700000051012666

Num. 52898701 - Pág. 4



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

**ANOTAÇÃO
TÉCNICO DE
ENFERMAGEM**

Data: 29/07/19 Setor: Polígrafo Leito: 28 Registro: 136363 Idade: 24 Sexo: F

Nome: Micenna Soares da Silva

Diagnóstico: _____

☐ Precaução: _____

☐ Alergias: _____

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	M	T	N
Consciente	✓	✓	
Comatoso			
Sedado			
Sonolento			
Vigil			
Orientado			
Desorientado			
OXIGENIOTERAPIA	M	T	N
Ar ambiente	✓	✓	
Máscara de Venturi			
Nebulização			
Traqueostomia/tubo endotraqueal			
Ventilação mecânica invasiva			
DIETOTERAPIA	M	T	N
Oral	✓	✓	
Jejum			
Sonda gástrica			
Sonda enteral			
Gastrostomia/jejunostomia			
ACESSO VENOSO	M	T	N
Acesso periférico		✓	
Acesso central			
Dissecção venosa			
Cateter hemodiálise			
Trocar sistema: _____			

CONTROLE DE INFUSÃO	M	T	N
Hidratação venosa: _____			
Droga vasoativa: _____			
Sedação: _____			
Outros (especificar): _____			
Vazão (ml/h)			
ELIMINAÇÃO VESICAL	M	T	N
Espontânea/fralda	✓	✓	
Dispositivo urinário			
Sonda vesical de alívio			
Sonda vesical de demora			
Cistostomia			
ELIMINAÇÃO INTESTINAL	M	T	N
Espontânea/fralda	✓	✓	
Colostomia/ileostomia			
DÉBITOS	M	T	N
SNG/SNE			
Dreno			
SVD			
Outros			
CUIDADOS REALIZADOS	M	T	N
Banho (leito/WC)	✓		
Higiene oral			
Mudança de decúbito			
Aspiração de vias aéreas			
Troca de curativo			

CONTROLES							
HORA	PA	FC	FR	T	SpO2	HGT	Assinatura/COREN
9h	130/190	80	-	36°	-	-	Vanessa Viana dos S. Souza COREN/RN 636.582-7F
17h	110/180	88	-	36°	-	-	




AFIRMAÇÃO

Afirmamos para os devidos fins que o (a) paciente, _____

Micaela Soares da Silva, 24 anos, foi atendido
pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192/RN) Currais
Novos/RN, no dia 23.07.19, no endereço RN 226

_____. Paciente
vítima de Capotamento

Currais Novos, 29 de Outubro de 2019.


Cinthia Menezes S. Galvão
COREN-RN 330.612-ENF

Enfermeira de plantão/Coordenadora de Enfermagem



Nome: MICARLA SOARES DA SILVA

Nasc.: 11/06/1995

Médico: Dr. Leonardo Pufal

Convênio: PARTICULAR

Idade: 24 anos

Registro: 13906

Proced.: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

TÉCNICA

Exame realizado em aparelho de 01 canal, sem uso de meio de contraste.

RELATÓRIO

Fossa posterior sem alterações detectáveis ao método.

Quarto ventrículo mediano e com dimensões normais.

Sistema ventricular supratentorial simétrico, com topografia, configuração e dimensões anatômicas.

As cisternas da base, as cissuras silvianas e os sulcos corticais não apresentam anormalidades.

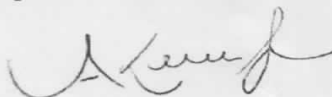
Ausência de fratura craniana, coleção extra-axial intracraniana ou alteração de densidade que indique lesão do parênquima cerebral.

Observa-se apenas discreto edema dos planos superficiais da região temporal direita.

IMPRESSÃO DIAGNOSTICA:

Discreto edema dos planos superficiais da região temporal direita.

Laudado em 24/07/2019 por :



Dr. Ademir Lucas Junior
CRMPR 32848

Pag.
1

Rua Cipriano Galvão 103 Manuel Salustino
Currais Novos - Rio Grande do Norte
Telefone: (84) 3431-1881



Nome: MICARLA SOARES DA SILVA

Nasc.: 11/06/1995

Médico: Dr. Leonardo Pufal

Convênio:

Idade: 24 anos

Registro: 13907

Proced.: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX

TÉCNICA

Exame realizado em aparelho de 01 canal, sem uso de meio de contraste.

RELATÓRIO

Fratura cominutiva do corpo vertebral de T11, comprometendo os componentes posteriores, promovendo abaulamento posterior que se insinua no canal vertebral por cerca de 0,9 cm.

Fratura da escápula direita com pequeno desvio.

Estruturas vasculares do mediastino com topografia e calibre habitual.

Não se observam linfonodomegalias no mediastino.

Traquéia e brônquios pré-segmentares permeáveis.

Pequeno derrame pleural bilateral, com pequeno foco gasoso à direita.

Aparente pneumotórax laminar à direita.

Opacidades parenquimatosas e em vidro fosco esparsas nos campos posteriores, provavelmente áreas de contusão pulmonar, no contexto atual.

IMPRESSÃO DIAGNOSTICA:

Fratura cominutiva do corpo vertebral de T11, comprometendo os componentes posteriores, promovendo abaulamento posterior que se insinua no canal vertebral por cerca de 0,9 cm.

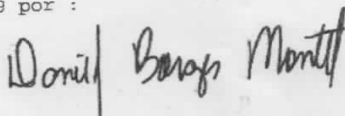
Fratura da escápula direita com pequeno desvio.

Pequeno derrame pleural bilateral, com pequeno foco gasoso à direita.

Aparente pneumotórax laminar à direita.

Opacidades parenquimatosas e em vidro fosco esparsas nos campos posteriores, provavelmente áreas de contusão pulmonar, no contexto atual.

Laudado em 24/07/2019 por :



Dr. Daniel Borges Montel
CRMSP 160019

Pag.
1

Rua Cipriano Galvão 103 Manuel Salustino
Currais Novos - Rio Grande do Norte
Telefone: (84) 3431-1881





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Vara Única da Comarca de Florânia
Praça Tenente Coronel Fernando Campos, 103, Centro, FLORÂNIA - RN - CEP: 59335-000

Processo: 0800035-03.2020.8.20.5139

Ação: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: MICARLA SOARES DA SILVA

RÉU: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO

Defiro a gratuidade judiciária.

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, ante a necessidade da realização de perícia, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação. (CPC, art. 139, VI e Enunciado n. 35 da ENFAM).

Assim, cite-se e intime-se a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial.



Outrossim, necessário verificar, através de perícia, a existência de sequela, sua natureza e grau, bem como se decorre de acidente automobilístico.

Registro a existência de convênio firmado entre o TJRN e a Seguradora Líder, objetivando a realização de perícias médicas judiciais em ações envolvendo o seguro obrigatório DPVAT, independentemente de qual seja a seguradora demandada.

Segundo o referido convênio, cumpre ao magistrado a indicação de perito de sua confiança, bem como à Seguradora Líder o custeio da perícia a um valor fixo de R\$200,00 (duzentos reais).

Desta feita, com fulcro no art. 156, §1º, do CPC, nomeio perito o ortopedista Dr. Fábio Farias Romualdo de Oliveira, o qual atende na rua Antônio Madruga, 1945, casa 01, Capim Macio, Natal/RN, tel.: (84) 4009-8100/99928-9926, e-mail: fabioromualdo@me.com.

Assim, determino a expedição de ofício ao núcleo de perícias para solicitar a realização da perícia acima descrita, bem como a intimação do médico nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico.

Intime-se a parte ré para no prazo de 10 (dez) dias, a contar do decurso do prazo de contestação, depositar em conta judicial o valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor.

Formulo os seguintes quesitos:



1- Quais as lesões sofridas pelo autor?

2- As lesões decorreram de acidente de veículo?

3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente?

4- Totalmente ou em parte?

5 – Em que percentual?

6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica?

7- A incapacidade é temporária ou permanente?

8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica?

9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta?

10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média(50%), leve (25%) ou residual(10% ou menos)?



Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação. A parte autora já teve tal oportunidade na inicial. Os quesitos devem ser apresentados em duas vias para serem entregues em secretaria, além da via de protocolo do advogado, sendo uma via para ficar no processo e outra via para ser remetida ao perito.

Após apresentado o laudo, intinem-se as partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 10 (dez) dias e informarem se têm interesse em audiência de conciliação, bem como expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais.

Solicitada por ambas as partes audiência de conciliação, a secretaria apraze a audiência. Se somente uma parte ou nenhuma requerer a realização de audiência de conciliação, e cumpridas as diligências acima determinadas, tragam-me conclusos para sentença.

P. I.

FLORÂNIA/RN, data do sistema.

PEDRO PAULO FALCAO JUNIOR

Juiz(a) de Direito

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)



PETIÇÃO EM ANEXO.



**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DA VARA ÚNICA DA
COMARCA DE FLORÂNIA/RN.**

PROCESSO: 0800035-03.2020.820.5139

REQUERENTE: MICARLA SOARES DA SILVA

REQUERIDO: SEGURADORA DPVAT.

MICARLA SOARES DA SILVA, amplamente qualificado nos autos do processo supra mencionado, por meio de sua advogada e procuradora que esta subscreve, vem respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, **REQUERER** a **EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO** da parte requerida, conforme despacho proferido (ID 52909981). Diante disto, requer o devido prosseguimento do feito.

Nestes Termos,
Pede deferimento.

Currais Novos/RN, 12 de maio de 2020.

FLÁVIA MAIA FERNANDES
ADVOGADA – OAB/RN 8403

Rua Moisés Galvão, 125 - Centro - Currais Novos/RN
flaviamaiaadvocacia@hotmail.com

(84) 3412-1112 Fixo
(84) 99877-0162 Whatsapp

