



Número: **0812707-69.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **04/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 3.050,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SUELIO JUSTINO DA FONSECA (AUTOR)		DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES (ADVOGADO)	
Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais (RÉU)			
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
54849053	04/04/2020 12:50	Petição Inicial	Petição Inicial
54849054	04/04/2020 12:50	1 - Inicial	Outros documentos
54849055	04/04/2020 12:50	2 - PROCURAÇÃO E CONTRATO HONORARIOS	Procuração
54849056	04/04/2020 12:50	3 - DOC PESSOAL E COMP RESIDENCIA	Documento de Identificação
54849057	04/04/2020 12:50	4 - BOLETIM OCORRENCIA	Documento de Comprovação
54849058	04/04/2020 12:50	5 - DOC MEDICA	Documento de Comprovação
54849059	04/04/2020 12:50	6 - Recebimento_Administrativo	Documento de Comprovação

Segue anexo Petição Inicial e documentos.



EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUÍZO DE DIREITO DE UMA DAS VARAS CÍVEIS ESPECIALIZADAS DA COMARCA DE NATAL, ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE, A QUEM COUBER POR DISTRIBUIÇÃO LEGAL.

SUELIO JUSTINO DA FONSECA, brasileiro, solteiro, eletricitista, sem endereço eletrônico, inscrito (a) no CPF/MF sob o n.º 028.876.724-10 residente e domiciliado (a) na Rua Dom Antônio de Almeida Lustosa, Nº 141, Planalto, Natal – RN, cep: 59.073-110, vem, por intermédio de seu advogado, legalmente habilitado (doc. anexo), que esta subscreve, perante Vossa Excelência, propor

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO

em desfavor da **PORTO SEGURO S/A**, inscrita no CNPJ sob o n.º 02.149.205/0001-69, com endereço para citação na Avenida Prudente de Moraes, n.º. 4055, Candelária, Natal/RN, CEP 59063-200, o que faz pelos fatos e fundamentos jurídicos a seguir:

1. DA JUSTIÇA GRATUITA.

Antes de adentrar nas razões que impõem à propositura da presente demanda, faz-se necessário aduzir que o (a) requerente não possui meios suficientes para custear a presente ação judicial sem prejuízo de seu sustento e da sua família, razão pela qual requer, desde já, a concessão dos benefícios da justiça gratuita no sentido de dispensar o pagamento de quaisquer custas e emolumentos no curso do procedimento e porventura em eventual recurso, consoante os ditames da Lei nº. 1.060/50, art. 5º da Carta Magna Brasileira e art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil.

2. DOS FATOS.

Rua Antônio Elias de França Neto, 1660 – Lagoa Nova – Natal-RN, Cep. 59.064-170;

e-mail: diogoguimaraes.adv@hotmail.com



O (A) demandante se envolveu em acidente de trânsito no dia 27/10/2019, por volta das 19h00min, no município de Natal - RN, conforme descrito em boletim de ocorrência anexo.

Em razão do acidente, **o promovente sofreu politraumatismo**, tratando-se, pois, de lesão de natureza grave, sendo socorrido até o Hospital Estadual Walfredo Gurgel, onde recebeu os primeiros atendimentos médicos.

Em detrimento do acidente automobilístico, ficou impedido de trabalhar e, atualmente, sente dores e limitação do membro afetado.

É sabido que para o recebimento da indenização DPVAT basta que a vítima comprove a ocorrência do acidente de veículo e o dano consequente, independentemente da existência de culpa (Lei federal n. 6.194, de 1974).

Preenchendo os requisitos para o recebimento da indenização, o (a) autor (a) encaminhou seu pedido administrativo. Juntamente com os documentos pertinentes, legalmente previstos e que são costumeiramente solicitados pela ré, o (a) requerente teve seu pedido autuado com o número de sinistro: 3200044373.

Certo do recebimento da indenização em conformidade com a gravidade de sua invalidez, a parte autora aguardou resposta da ré, tamanha fora a surpresa desta quando informada do pagamento da indenização, **NÃO POR SUA CONFIRMAÇÃO**, o que seria inevitável, mas pelo montante pago pela demandada.

De acordo com documento anexado, a ré efetuou o pagamento de valor irrisório, não condizente com a gravidade da lesão sofrida pelo (a) autor (a) e com a invalidez permanente que este (a) adquiriu, ou seja, após análise do pedido feito administrativamente, o (a) requerente recebeu o valor de R\$ R\$ 5.062,50 (cinco mil e sessenta e dois centavos e cinquenta centavos).



Tal entendimento e enquadramento apresentado como caracterizador do pagamento, não é condizente com a previsão legal e com a seriedade da lesão sofrida.

O (A) demandante permaneceu com sérias limitações desencadeadas pelas lesões ocorridas no acidente de trânsito, recebeu atendimento que constatou estas, teve acompanhamento médico, passou por procedimento cirúrgico, e mesmo assim, restou com acentuadas limitações físicas, comprometendo de forma irreversível a realização de atividades cotidianas simples, bem como o desempenho de determinadas funções que poderia almejar.

Após tratamento conservador o quadro do Autor **evolui com dor, edema e perda de flexão/extensão do membro afetado**, porém, a parte ré realiza avaliação imparcial e unilateral, sem proporcionar ao segurado aquilo que realmente lhe é devido.

O (A) segurado (a), por ora autor (a), juntou ao seu pedido administrativo, certidão de ocorrência policial relatando o acidente de trânsito, ficha de atendimento ambulatorial, documentação médica atestando as lesões e as limitações, e mesmo assim, teve como resposta da ré, um pagamento ínfimo, não compatível com a sua situação física e nem corretamente enquadrada na tabela de danos segmentares utilizada para este fim.

Dessa forma, resta claro que fora buscado através de procedimento administrativo solucionar a questão e receber a indenização correta, porém, tudo foi em vão, não havendo outra forma do demandante alcançar o seu direito a não ser com a intervenção judicial, através da correta quantificação do valor devido e consequente condenação da ré ao pagamento deste.

Diante da situação posta, o (a) Autor (a) se encontra acometido (a) por invalidez permanente parcial incompleta no membro afetado. Nesse sentido, e assim for o convencimento deste Magistrado (a), **requer que as indenizações sigam a orientação da súmula 474 e 580 do Superior Tribunal de Justiça - STJ, pleiteando os valores de forma decrescente de acordo com a gravidade da repercussão da invalidez, na modalidade de perda anatômica e/ou funcional, ou ainda, perda da mobilidade do membro que este juízo se convencer, amparado pela prova técnica/pericial.**



3. DOS DIREITOS.

3.1. Da competência jurisdicional para processar e julgar a demanda.

Constitui faculdade do (a) autor (a) escolher entre qualquer dos foros possíveis para ajuizamento da ação decorrente de acidente de veículos: o do local do acidente ou o do seu domicílio (art. 53, V, do CPC), bem como, ainda, **o do domicílio do réu (art. 46 do CPC).**

Assim já dispôs, recentemente, o Superior Tribunal de Justiça:

*CONFLITO DE COMPETÊNCIA Nº 159.803 - GO (2018/0181431-5)
RELATOR : MINISTRO LÁZARO GUIMARÃES (DESEMBARGADOR
CONVOCADO DO TRF 5ª REGIÃO) SUSCITANTE : JUÍZO DE
DIREITO DA 14ª VARA CÍVEL E AMBIENTAL DE GOIÂNIA - GO
SUSCITADO : JUÍZO DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DE SÃO
PAULO - SP INTERES. : YAMAHA MOTOR DA AMAZÔNIA LTDA
ADVOGADOS : FAUSTO MITUO TSUTSUI - SP093982 KARINA DE
SOUSA MARCONDES - SP212020 ANA CLAUDIA MOREIRA PERES E
OUTRO (S) - SP289619 INTERES. : OD MOTOS, PECAS E SERVICOS
LTDA INTERES. : WILLIAM LEYSER O DWYER INTERES. :
CAROLINE LOUISE LEYSER O DWYER ADVOGADOS : THIAGO
BRAGA FUJIOKA - GO028232 FLÁVIO MONTEIRO ÁLVARES -
GO031861 NATALIA OLIVENCIA E SOUZA - GO042718 DECISÃO
Cuida-se de conflito negativo de competência suscitado por JUÍZO
DE DIREITO DA 14ª VARA CÍVEL E AMBIENTAL DE GOIÂNIA - GO e
o do d. JUÍZO DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DE SÃO PAULO - SP
nos autos de ação de execução proposta por YAMAHA MOTOR DA
AMAZÔNIA LTDA em face de OD MOTOS, PECAS E SERVICOS LTDA
e outros. A ação foi inicialmente proposta perante o d. Juízo de
Direito da 1ª Vara Cível da Comarca de São Paulo/SP, foro diversos
do eleito contratualmente, que se declarou absolutamente
incompetente para processar e julgar o feito e determinou a
remessa dos autos à Comarca de Goiânia/GO, sob a alegação de*



que "a livre escolha desvinculada de qualquer parâmetro, realizada unilateralmente pela parte elaboradora do contrato, seja por conveniência pessoal ou por suposta ineficiência do foro competente, não pode prevalecer, devendo ser admitido, excepcionalmente, a declinação da competência de ofício, mitigando-se a Súmula 33 do C. STJ" (na fl. 97). Recebidos os autos, o d. Juízo de Direito da 14ª Vara Cível e Ambiental da Comarca de Goiânia/GO, foro de eleição, suscitou o conflito negativo de competência, pois, no seu entender, a cláusula de eleição de foro "somente pode ser afastada se constatada abusividade, o que não é o caso dos autos, vez que não vislumbro qualquer hipossuficiência das partes, haja vista que a exequente e a 1ª (primeira) executada são 02 (duas) pessoas jurídicas, e não há nenhuma incidência de relação consumerista, pelo contrário, a relação das partes é estritamente civil, decorrente de contrato e relacionamento comercial oneroso, do qual esta não é destinatária final" (na fl. 1.116). O Ministério Público Federal opina pela competência do Juízo de Direito da 1ª Vara Cível da Comarca de São Paulo/SP. É o relatório. Passo a decidir. A hipótese ora analisada é de competência territorial, por via de regra relativa e o d. Juízo suscitado não destacou eventual peculiaridade do caso concreto que permita excepcionar a regra e possibilitar o declínio de ofício da competência. Nesse contexto, a competência só pode ser alterada caso a parte ré apresente exceção de incompetência, após a regular citação, não sendo possível, assim, sua declinação de ofício, nos moldes da súmula 33/STJ, in verbis: "A incompetência relativa não pode ser declarada de ofício". A propósito, confirmam-se os seguintes precedentes: CONFLITO DE COMPETÊNCIA. AÇÃO DE COBRANÇA. ACIDENTE DE VEÍCULOS. SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT. SÚMULA 33/STJ. 1. "A incompetência relativa não pode ser declarada de ofício" (Súmula n. 33/STJ). 2. Constitui faculdade do autor escolher entre qualquer dos foros possíveis para ajuizamento



*da ação decorrente de acidente de veículos: o do local do acidente ou o do seu domicílio (parágrafo único do art. 100 do CPC); **bem como, ainda, o do domicílio do réu (art. 94 do CPC).***

***Precedentes.** 3. Conflito conhecido para declarar competente o Juízo suscitado. (CC 110.236/MS, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 25/05/2011, DJe 02/06/2011) Ante o exposto, conheço do conflito para declarar a competência do Juízo de Direito da 1ª Vara Cível da Comarca de São Paulo/SP. Publique-se. Brasília, 24 de setembro de 2018. MINISTRO LÁZARO GUIMARÃES (DESEMBARGADOR CONVOCADO DO TRF 5ª REGIÃO) Relator (STJ - CC: 159803 GO 2018/0181431-5, Relator: Ministro LÁZARO GUIMARÃES (DESEMBARGADOR CONVOCADO DO TRF 5ª REGIÃO), Data de Publicação: DJ 26/09/2018).*

A súmula do STJ assim elenca: "Súmula 540 - Na ação de cobrança do seguro DPVAT, constitui faculdade do autor escolher entre os foros do seu domicílio, do local do acidente ou ainda do domicílio do réu. (Súmula 540, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 10/06/2015, DJe 15/06/2015)".

Desta feita, aliando-se ainda pela Lei da Organização Judiciária do RN é competente para processar e julgar a demanda: a 19ª, 20ª, 23ª, 24ª e 25ª Vara Cível desta Comarca, por distribuição legal.

3.2. Da legitimidade passiva.

A súmula 42, da Resolução 11 – TJRN, de 27 de março de 2019, assim estipula: "Súmula 42: **Qualquer seguradora conveniada ao sistema de Seguro DPVAT é parte legítima para figurar no polo passivo da demanda** que pleiteia indenização em decorrência de acidente de trânsito.". (grifo meu)

3.3. Da aplicação da Lei nº. 6.194/74 e suas alterações posteriores.



Diante do que será exposto não restará dúvida do direito do (a) Promovente de receber a indenização do seguro obrigatório DPVAT uma vez que ocorreu debilidade permanente na função do membro inferior direito causado por acidente automobilístico, conforme documentação anexa.

O segurado deve ser beneficiado por motivo de todas as sequelas que sofreu, passando a receber uma quantia justa, nem exorbitante, nem inferior aos traumas a que passou.

Além do mais, ninguém está preparado para a ocorrência de um sinistro, o Seguro Obrigatório DPVAT visa justamente amenizar as despesas financeiras que o vitimado irá despende; que em um caso de invalidez permanente, nunca cessarão.

A legislação vigente: art. 3º da lei nº. 6.194/74, estabelece que os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar, conforme se vê abaixo:

Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

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

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

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

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste



artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

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

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 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, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

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, fazendo jus a parte autora ao 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.

Note Excelência que a prova documental (documentação médica hospitalar e boletim de ocorrência) foi devidamente juntada aos autos comprovando o direito do (a) autor (a) ao recebimento da indenização pleiteada.

Desta forma é claro notar que: “*O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente*” e mediante a entrega dos seguintes documentos: “*registro da ocorrência no órgão policial competente*” – art. 5º, § 1, a, da Lei 6.194/74.

Percebe-se que a lei não diz se o Boletim de Ocorrência deve ser comunicado ou não, exige-se apenas o Boletim de Ocorrência OU Certidão de Ocorrência sendo, portanto, ônus da Seguradora fazer prova de que as informações contidas no Boletim de Ocorrência, ou na Certidão de Ocorrência, não são verdadeiras, se assim porventura alegar.

Além do Boletim de Ocorrência, outros documentos juntados pela parte autora, corrobora a veracidade das declarações expostas no referido documento. Portanto, o conjunto probatório, atesta o fato como verdadeiro.

Por conseguinte, é dever da Seguradora Requerida, cumprir com o determinado pelo inciso II do artigo 373 do Código de Processo Civil e comprovar a existência de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito autoral.

Em razão do acima exposto, demonstrado o nexos causal existente entre o acidente automobilístico e a lesão de caráter permanente na vítima, impõe-se o dever de indenizar.

3.4. Da audiência de conciliação ou mediação após a prova pericial. Aplicação do art. 139, VI do Código de Processo Civil.

Nos termos do art. 319, VII do CPC, opta a parte autora pela realização de audiência de conciliação e mediação.



Entretanto, Excelência, imprescindível para o resultado da demanda a ocorrência de prova pericial, de modo a conferir maior efetividade do direito tutelado, bem como auxiliar o livre convencimento motivado deste juízo.

Assim dispôs o art. 139, VI do CPC:

Art. 139. O juiz dirigirá o processo conforme as disposições deste Código, incumbindo-lhe:

*VI - dilatar os prazos processuais e **alterar a ordem de produção dos meios de prova, adequando-os às necessidades do conflito de modo a conferir maior efetividade à tutela do direito**; (grifo meu).*

Nesse sentido, requer que seja designada audiência conciliatória, porém que seja aprazada após a juntada do laudo pericial que, desde já se requer.

4. DOS PEDIDOS.

Por todo exposto, requer a Vossa Excelência:

- a) que sejam concedidos **os benefícios da justiça gratuita** nos termos da Lei n. 1.060/50 e suas devidas alterações, bem como art. 98 e seguintes do CPC por ser o (a) autor (a) pobre nos termos da Lei e não possui condições financeiras favoráveis para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do seu próprio sustento e da sua família;
- b) que determine **a citação inicial do Requerido**, no endereço constante na folha de rosto da presente exordial para, caso pretendam, contestar a presente ação, no prazo legal, sob pena de incorrer nos efeitos da revelia, concedendo ao final, a procedência integral dos pedidos;
- c) nos termos do art. 319, VII do CPC, **opta** a parte autora pela realização de audiência de conciliação e mediação, **porém que seja aprazada após a juntada do laudo pericial** que,

Rua Antônio Elias de França Neto, 1660 – Lagoa Nova – Natal-RN, Cep. 59.064-170;
e-mail: diogoguimaraes.adv@hotmail.com



desde já se requer, em homenagem aos princípios da celeridade e economia processual, uma vez que a modulação e alteração da ordem de produção dos meios de prova se mostra imprescindível na presente ação (art. 139, VI do CPC), de modo a conferir maior efetividade do direito tutelado, bem como auxiliar o livre convencimento motivado deste juízo;

d) em razão do acometimento pela parte autora de invalidez permanente parcial incompleta no (s) membro (s) afetado (s), requer a condenação da empresa requerida ao pagamento do seguro DPVAT, em favor do (a) requerente, no valor correspondente **ao grau de invalidez atestado** pelo *Expert* nomeado por este juízo, observando as orientações das súmulas **474 e 580 do Superior Tribunal de Justiça - STJ, pleiteando os valores de forma decrescente (75% > 50% > 25% > 10%) de acordo com a gravidade da repercussão da invalidez, na modalidade de perda anatômica e/ou funcional, ou ainda, perda da mobilidade do (s) membro (s) que este juízo se convencer, amparado pela prova técnica/pericial**, devendo incidir na condenação os devidos acréscimos de juros legais e correção monetária, abatendo-se o valor recebido administrativamente, julgando-se, por fim, a ação **TOTALMENTE PROCEDENTE**;

e) que seja condenado ainda, o requerido, ao pagamento das **custas processuais e honorários advocatícios**, estes no patamar de 20% (vinte por cento) do valor da causa;

f) que, em caso de procedência do pedido, **pugna pelo pagamento dos Honorários Advocatícios Contratuais (contrato particular anexo)**, em companhia dos honorários de sucumbência pagos pelo promovido, sendo confeccionado alvará judicial - conjuntamente - em favor do advogado: Diogo Henrique Bezerra Guimarães - OAB/RN 9329, para levantamento dos valores.

Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em Direito admitidas, sem exclusão de nenhum que se fizer necessário ao deslinde da demanda.

Dá-se à causa o valor de R\$ 3.050,00 (três mil e cinquenta reais).

Nestes termos,

Rua Antônio Elias de França Neto, 1660 – Lagoa Nova – Natal-RN, Cep. 59.064-170;

e-mail: diogoguimaraes.adv@hotmail.com



pede e espera deferimento.
Natal/RN, 18 de março de 2020.

DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES
OAB/RN 9329

QUESITOS A SEREM RESPONDIDOS PELO (A) SR. (A) PERITO (A):

1. Houve lesão à integridade física da parte autora em virtude do acidente de trânsito. Quais as lesões remanescentes na mesma após o acidente?
2. Queira o Sr. Perito esclarecer se as lesões são de caráter temporário ou definitivo.
3. Houve perda da força, mobilidade, flexibilidade ou outra limitação em virtude da lesão sofrida no acidente? Favor especificar as mesmas.

Rua Antônio Elias de França Neto, 1660 – Lagoa Nova – Natal-RN, Cep. 59.064-170;
e-mail: diogoguimaraes.adv@hotmail.com



4. Das lesões identificadas, quais foram às consequências traumáticas e funcionais dos órgãos/membros afetados.

5. De acordo com a tabela anexa da Lei 11.945/2009, qual o percentual da perda funcional da parte autora em face da (s) lesão (es) ocasionada (s) em decorrência do sinistro?



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

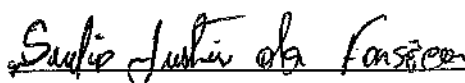
OUTORGANTE:

Nome:	SUELIO JUSTINO FONSECA		
Nacionalidade:	BRASILEIRO	Estado Civil:	SOLTEIRO
Profissão:	ELETRICISTA	CPF nº.	028.876.724-10
Endereço com CEP	Rua Dom Antônio de Almeida Lustosa, Nº 141, Planalto Natal – RN, cep: 59.073-110		

OUTORGADO: DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARÃES, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº. 9329, endereço eletrônico: diogoguimaraes.adv@hotmail.com, com endereço profissional na Rua Antônio Elias de França Neto – 1600 – Ed. Maurício Caminha, Unidade II, Lagoa Nova, Cep. 59.064-170 - Natal/RN.

PODERES: Das cláusulas “**AD JUDICIA**” e “**EXTRA**” para o foro em geral, defender todos os direitos e interesses do (a) outorgante, podendo transigir, desistir, fazer acordos, discordar, concordar, declarar hipossuficiência financeira, requerer justiça gratuita, passar recibos, dar e receber quitação, levantar e sacar alvarás, apresentar, juntar e desembargar documentos, papéis, recibos e guias, requerer desistência da ação, interpor e seguir recursos administrativos e judiciais até Superior Instância e finalmente praticar e requerer todos os demais atos necessários ao fiel e cabal desempenho do presente mandato, inclusive substabelecer no todo ou em parte, com ou sem reservas de poderes.

Natal/RN, 16 de DEZEMBRO do ano 2019.


OUTORGANTE

Rua Antônio Elias de França Neto, 1660 – Lagoa Nova – Natal-RN, Cep. 59.064-170;
e-mail: diogoguimaraes.adv@hotmail.com



CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS SEGURO DPVAT

Pelo presente instrumento, as partes abaixo qualificadas, contratam a prestação de assistência advocatícia, na forma e para os fins adiante estipulados:

1. PARTES: **DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº. 9329, endereço eletrônico: diogoguimaraes.adv@hotmail.com, com endereço profissional na Rua Antônio Elias de França Neto - 1600 - Ed. Mauricio Caminha, Unidade II, Lagoa Nova, Cep. 59.064-170 - Natal/RN, denominada **CONTRATADO**, e por outro lado:

Nome:	SUELIO JUSTINO FONSECA		
Nacionalidade:	BRASILEIRO	Estado Civil:	SOLTEIRO
Profissão:	ELETRICISTA	CPF nº.	028.876.724-10
Endereço com CEP	Rua Dom Antônio de Almeida Lustosa, Nº 141, Planalto Natal - RN, cep: 59.073-110		

aqui denominado(a) **CONTRATANTE**.

2. FINALIDADE DO CONTRATO: O(A) **CONTRATANTE** contrata os serviços profissionais do **CONTRATADO**, para que este requeira administrativamente e, caso haja necessidade; também ajuíze ação de cobrança referente à indenização de seguro DPVAT, junto ao Juizado Especial Cível ou Justiça Estadual.

3. DESEMPENHO DO MANDATO: O **CONTRATADO** postulará, em todas as instâncias, inclusive administrativas, através de recursos adequados, para o fiel cumprimento do mandato outorgado pelo(a) **CONTRATANTE**.

4. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS:

4.1 Pela propositura do requerimento administrativo e demanda judicial, o/a **CONTRATANTE** pagará ao **CONTRATADO**, a título de honorários advocatícios, o valor de:

a) **20% (VINTE POR CENTO)** sobre todos os valores líquidos recebidos **administrativamente**, majorando-se o percentual para **30% (TRINTA POR CENTO)**, em caso de interposição de recurso administrativo;

b) **20% (VINTE POR CENTO)** sobre todos os valores líquidos recebidos **judicialmente**, majorando-se o percentual para **30% (TRINTA POR CENTO)**, em caso de interposição de recurso para instância superior;

c) O/A **CONTRATANTE** autoriza, expressamente, o desconto dos valores aqui contratados quando da expedição do Alvará Judicial ou ordem de pagamento decorrente da ação proposta.

5. DESISTÊNCIA E CONTUMÁCIA:

5.1 No caso de desistência do processo antes da sentença ou ausência injustificada a perícia médica ou audiência, o contratante se compromete a pagar a título de honorários advocatícios, pelo trabalho já então realizado, a **importância fixa de um salário mínimo vigente à época, salvo se for reajuzar o processo com mesmo patrocínio. Em todo caso deverá o contratante arcar com as custas judiciais fixadas pelo abandono da causa.**

5.2 A verba oriunda da parte adversa, pelo princípio da sucumbência, reverterá ao **CONTRATADO**.

5.3 No caso de desistência do processo após prolação de sentença, o (a) contratante fica obrigado a pagar os honorários advocatícios na sua integralidade.

6. Agindo o (a) **CONTRATANTE** de forma dolosa ou culposa em face do **CONTRATADO**, restará facultado a este, rescindir o contrato, substabelecendo sem reserva de iguais e se exonerando de todas as obrigações.

7. CLÁUSULA DE RISCO: em caso de insucesso da ação proposta, o/a **CONTRATANTE** não desembolsará quaisquer valores ao **CONTRATADO**, inclusive os gastos havidos com a demanda.

Assim, em 16 de **DEZEMBRO** / 2019 elegem o Foro da comarca de Natal/RN e assinam o presente instrumento em duas vias, para que possa produzir seus legais efeitos.


CONTRATANTE


CONTRATADO



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 001.625.745 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/03/2010

NOME SUELIO JUSTINO DA FONSECA

FILIAÇÃO FELICIANO ALVES DA FONSECA
MARIA CLEIDE JUSTINA DA FONSECA

NATURALIDADE SANTA CRUZ RN DATA DE NASCIMENTO 19/06/1979

DOC. ORIGEM CERT. DE NASCIMENTO L-0004 F-7 RG-6423
SANTA CRUZ RN-2 CARTÓRIO

CPF 028.876.724-10

3a. VIA

Assinatura
ASSINATURA DO DIRETOR
LEONARDO BEZERRA DE S. GUIMARAES
Diretor-Geral

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO


POLEGAR DIREITO

Suelio Justino da Fonseca

ASSINATURA DO TITULAR



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



COSERN
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mermoz, 150, Baldo, Natal - RN. CEP 59025-280
CNPJ 08.324.198/0001-81 | Ins. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL

DADOS DO CLIENTE
ROSEMBERG BEZERRA SANTOS
CPF: 877 789 104-06
CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DOM ANTONIO DE ALMEIDA LUSTOSA
141 CS-
PLANALTO/ÁREA URBANA
NATAL RN
59073-110

Nº DA NOTA FISCAL	DATA DE EMISSÃO
030850867	24/09/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
01/10/2019	25/10/2019

DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
01/10/2019	25/10/2019

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	107,0000000	70,59
Acréscimo Bandeira VERMELHA	0,65953033	5,58
Contrib. lum. Pública Municipal		8,75
Multa por atraso-NF 028210794 - 26/06/19		1,41
Juros por atraso-NF 028210794 - 26/03/19		0,02
TOTAL DA FATURA		86,32

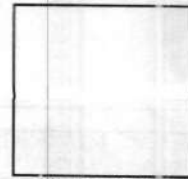
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
8384765	CAT	26-06-2019	48.630,00	24-09-2019	48.737,00	76	1,00000		107,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

DATA	BASE DE	%	VALOR DO
SET 19	107		





Polegar direito

Atendimento: 1539000 - VANUSA CRUZ BRANDÃO

Impresso por: 1539000 - VANUSA CRUZ BRANDÃO em 27/10/2019 23:28:48

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 55880 /2019

Admissão: 27/10/2019 19:43:40

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **149360 - SUELIO JUSTINO DA FONSECA** (40 a 9 m 26 d)

Nascimento: 01/01/1979 Natural: SANTA CRUZ, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: CPF: Prof:

Mãe: MARIA GLEIDE JUSTINO DA FONSECA

Pai: FELICIANO ALVES

Logradouro: AGRESTINA, 30

CEP: 59073270

Bairro: PLANALTO

Cidade: NATAL

Telefone: 84 88722193

Compl:

Motivo: ATROPELAMENTO POR CARRO

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 27/10/2019 19:41:27

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: ATROPELAMENTO/ TRAUMA EM MMII+ALCOLIZADO

Hora: _____

Paciente deu entrada no serviço por meios próprios relatando atropelamento não sabe a quanto tempo. Nega perda de consciência, vômitos, náuseas, dor torácica e abdominal. Relata dor em MMII. Apresenta-se extremamente agitada. Nega uso de álcool e outras drogas.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A VAP s/ cervicalgia
- B ~~taquipneico~~, agitado, pouco colaborativo ao exame
- C FC: 144
- D ECG: 74, pupilas bem mióticas
- E Escala de consciência MMII

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdome: Plano, flácido, s/ distensões
peritoneal
Pelve: s/ alterações

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Fratura do 2º e 3º dedos da mão direita
*Gerado via SX por GISONILDO PEREIRA. Impresso em 27 de Outubro de 2019.

Fratura do 2º e 3º dedos da mão direita

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 59017-5/2019



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)		
A		
B		
C		
D		
E		
A(ALERGIAS) <u>Nega</u>		
M(MEDICAÇÃO EM USO) <u>Nega</u>		
P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)		
L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)		
A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)		
V (PASSADO VACINAL)		
EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)		LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
<u>Rx de tórax AP</u> <u>Rx de pelve AP</u> <u>Rx de joelho E e D</u> <u>Rx de punho E e D</u>		<u>Rx de p. de EAP e obl. qua</u> <u>Rx de mão de EAP e obl. qua</u> <u>Ap e perfil</u> <u>Ap e perfil</u>
CONDUTA PRIMÁRIA(MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)		OUTROS
<u>Rx 1) SFO, 9% 500ml, EV, alerta</u> <u>2) Dipirona 50mg - O2AMP</u> <u>4 AMP, EV, alerta</u> <u>3) Voltaren 75mg - O2AMP, IM, alerta</u> <u>Radiografia de tórax E e D</u> <u>denúncia de hemopneumotórax</u> <u>4) Realizada antibioticoterapia</u> <u>e analgesia, seguida de anes-</u> <u>tesia com ilioceânica sem vaso.</u> <u>Feita</u> <u>curativa com gesso</u> <u>e curativo.</u>		<u>19:53h</u> <u>ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL</u> <u>ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL</u>
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1	HORA:	DATA:
<u>ORTOPEDIA</u>		<u>24/10/19</u>
ESPECIALISTA 2	HORA:	DATA:
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 DR. JOÃO MACHADO
CNPJ: 08.241.754/0108-84
Av. Alexandrino de Alencar, 1700, Tirol, Natal/RN - CEP: 59.015-350

FICHA DE EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

NOME: SUELIO JUSTINO DA FONSECA
ENFERMARIA: ANEXO

LEITO: 11

IDADE: 40

DATA	EVOLUÇÃO
06/11/19	<p>* ADMISSÃO HOSPITALAR</p> <p>ADMITO O PACIENTE SUPRACITADO, PROVENIENTE DO HMUG, ONDE FOI INTERNADO EM 24/10/19 POR FRATURA DE 5º METATARSO ESQUERDO, 5º FALANGE PROXIMAL DA MÃO ESQUERDA E 5º METACARPO DIREITO, DECORRENTE DE ATRÓPELAMENTO POR UM AUTOMÓVEL.</p> <p>NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS NEGA HAS E DM REFERE ETILISMO E TABAGISMO</p> <p>EX. FÍSICO: EGB, EUDÉICO, (CNA), HIDRATADO, AFEBRIL E ORIENTADO</p> <p>AR: MUCOSAS SIMÉTRICAS S/RA SAT O₂ = 98% (A.A); FR = 18 TPM AC: RCP EM 2º, 3º, 4º, 5º, SEM SUPRCS FC = 64 BPM; TA = 130 x 90</p> <p>ABD: MIAO EXAMINADO</p> <p>MEI: MIAO C/ TALASSEMI MID: EDEMA + EQUIMOSE EM PE DIR</p> <p>MMSS: MIAO C/ IMOBILIZAÇÃO</p> <p>HD: FRATURA DE 5º METATARSO ESQ " 5º FALANGE PROXIMAL DA MÃO ESQ. " 5º METACARPO DIR</p> <p>CD: LABORATÓRIO ANALGESIA AGUARDA X ORTOPÉDIA (APTO A PRINCÍPIO)</p>

DR. CESAR C. DOS ANJOS
Clínica Médica
CRM 4458



HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL
Comissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 10260 /2019

Prontuário 1190333

Paciente: 149360 - SUELIO JUSTINO DA FONSECA

Cartão SUS:

CPF:

Dt Naso: 01/01/1979

Idade: 40 anos 9 meses 26 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA GLEIDE JUSTINO DA FONSECA

Nome do pai: FELICIANO ALVES

Rua/Av: AGRESTINA

Complemento:

Nº: 30

Bairro: PLANALTO

CEP: 59073270

Cidade: NATAL

Telefone: 84 88722193 84 88722193

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1011

Responsável: SUELIO JUSTINO DA FONSECA -

Usuário: GILBERTO DA SILVA CARLOS

Admissão: 27/10/2019 22:56:49

Alta: 19/11/19

Obito:

Dias de permanência

DIAGNÓSTICO INICIAL: S92.3 - FRATURA DE OSSOS DO METATARSO
408050462 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 13/11/19
MAG 12/11/19

NATAL, 27 de Outubro de 2019.

VISADO
Data: 21/11/19
Alama

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou _____CNES: 2653923
CNES: _____**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**Nome: **149360 SUELIO JUSTINO DA FONSECA**

CNS: _____

Nascimento: 01/01/1979

Sexo: Masculino

Prontuário: _____

Cor: PARDA

Mãe: MARIA GLEIDE JUSTINO DA FONSECA

Pai: FELICIANO ALVES

Endereço: RUA AGRESTINA, 30 - PLANALTO - NATAL

Município: NATAL

Código Municipal IBGE: _____

240810 UF: RN

Fone: 88722193 /

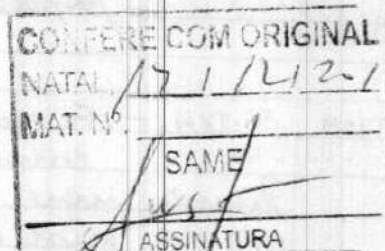
CEP: 59073-270

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 30402 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

FRATURA DO PE ESQ (QUINTO METATARSO) E FRATURA DA MÃO DIREITA (QUINTO METACARPO) APÓS ATROPELAMENTO, S.I.C.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
RISCO DE COMPLICAÇÃORESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
SEMILOGIA E RAIOS X

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S92.3 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO*408050462. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS M

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

NÃO SE APLICA;3

Informações importantes sobre as condições do paciente:

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

Profissional Solicitante / Assistente:

RICARDO ARAUJO

CRM: 5001 / RN

Data da Solicitação 27/10/2019

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5001 / RN 11-95**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 Trajeto

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DR. JOÃO MACHADO
CNPJ: 08.241.754/0108-64
Av. Alexandrino de Alencar, 1700, Tirol, Natal/RN - CEP: 59.015-350

FICHA DE EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

NOME: Suelio Justino da Fonseca
ENFERMARIA: _____ LEITO: 11

IDADE: 40 anos

DATA	EVOLUÇÃO
15/11/19	2º DIA por: - Ex. falanges e metatarsos. - Etulismo + Talalgismo. Paciente evoluindo estável. Sem queixas. Apêndice preservado Ex.: NDA Conduta: - Aguardar cirurgia ortopédica - Apto
16/11/19	3º DIA - Ex. falanges e metatarsos Etulismo + Talalgismo Paciente segue estável e queixas de dor em MID, o qual é por natureza a imobilizar por conta própria cd: Duro analgésico Apto à cirurgia

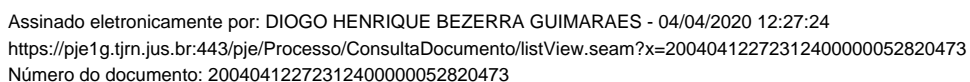
Thais Smaung
Médica
RM/RN 7371

Drª Daliane S. Pereira
Médica
CRM 8868



SUÉLIO JUSTINO DA FONSECA

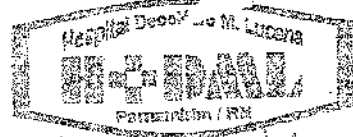
DATA	EVOLUÇÃO
13/11/19	Evangelina
13/20	<p>5º DIA - 1ª consulta clínica</p> <p>Paciente jovem, com queixa de dor e fadiga</p> <p>Exame físico: normal. Não há sinais</p> <p>Beb, saudável, corado, hidratado, consciente</p> <p>AC: 57 quilos</p> <p>HTA: 110/70 mmHg de TAP</p> <p>Consumo: normal</p> <p>Acumula exames</p> <p>Dra. Emanuelle Tereza das Neves</p> <p>Médica</p> <p>CRM/RN 8097</p>
	<p>CONFERE COM ORIGINAL</p> <p>NATAL 13/12/2019</p> <p>MAT. Nº</p> <p>SAME</p> <p>WCF</p> <p>SINATURA</p>



DATA	EVOLUÇÃO
02/04/19 - PDH -	Adm. deo wadjuco 2x10 - fx 5x mutatao (E), 5x fumaça pumny (E) e 5x mutatao (E) - aduik oomo - Etuano + Tobasano Pauk su quuxo. Pa Oq. Fe ⊕. Eub, voo, wdatod. t.p sicut. mmii siduma. w. apto pl ex. ontopiduo. fguando uxemo oom omo 08/04/19 - 2x DHT - Pauk su quuxo. Pa Oq. Fe ⊕. Eub, voo, wdatod. t.p sicut. mmii siduma w. apto pl ex. ontopiduo. lob qm: 11: 12,4 luec: 1,400 Pg: 293,000 calv: B4 u: 5 u: 0,8 wa: 105 K: 4,1. CT: 175 TOL: 121 TGO: 35 TAP: 142 TAP. qay.
09/04/19	3x DHT - Pauk su quuxo. Pa Oq. Fe ⊕. Eub, voo, wdatod. t.p sicut. mmii siduma w. apto pl ex. ontopiduo. lob 08/11: 10,142 K: 4,3 TGO: 32 TAP: 91
10/04/19 - 4x DHT - Pauk su quuxo. Pa Oq. Fe ⊕.	Eub, voo, wdatod. t.p sicut. mmii siduma w. apto pl ex. ontopiduo.
11/04/19 - 5x DHT - Pauk su quuxo. Pa Oq. Fe ⊕.	Eub, voo, wdatod. t.p sicut. mmii siduma w. apto pl ex. ontopiduo.
11.11.19 N HCE - 12f	
12/04/19 - 6x DHT - Pauk su quuxo. Pa Oq. Fe ⊕.	Eub, voo, wdatod. t.p sicut. mmii siduma w. apto pl ex. ontopiduo.
13/04/19 - 7x DHT - Pauk su quuxo. Pa Oq. Fe ⊕.	Eub, voo, wdatod. t.p sicut. mmii siduma w. apto pl ex. ontopiduo.
14/04/19 - 8x DHT - Pauk su quuxo. Pa Oq. Fe ⊕.	Eub, voo, wdatod. t.p sicut. mmii siduma w. apto pl ex. ontopiduo.
14/04/19 - 9x DHT - Pauk su quuxo. Pa Oq. Fe ⊕.	Eub, voo, wdatod. t.p sicut. mmii siduma w. apto pl ex. ontopiduo.
14/04/19 - 10x DHT - Pauk su quuxo. Pa Oq. Fe ⊕.	Eub, voo, wdatod. t.p sicut. mmii siduma w. apto pl ex. ontopiduo.
14/04/19 - 11x DHT - Pauk su quuxo. Pa Oq. Fe ⊕.	Eub, voo, wdatod. t.p sicut. mmii siduma w. apto pl ex. ontopiduo.
14/04/19 - 12x DHT - Pauk su quuxo. Pa Oq. Fe ⊕.	Eub, voo, wdatod. t.p sicut. mmii siduma w. apto pl ex. ontopiduo.
14/04/19 - 13x DHT - Pauk su quuxo. Pa Oq. Fe ⊕.	Eub, voo, wdatod. t.p sicut. mmii siduma w. apto pl ex. ontopiduo.
14/04/19 - 14x DHT - Pauk su quuxo. Pa Oq. Fe ⊕.	Eub, voo, wdatod. t.p sicut. mmii siduma w. apto pl ex. ontopiduo.
14/04/19 - 15x DHT - Pauk su quuxo. Pa Oq. Fe ⊕.	Eub, voo, wdatod. t.p sicut. mmii siduma w. apto pl ex. ontopiduo.
14/04/19 - 16x DHT - Pauk su quuxo. Pa Oq. Fe ⊕.	Eub, voo, wdatod. t.p sicut. mmii siduma w. apto pl ex. ontopiduo.
14/04/19 - 17x DHT - Pauk su quuxo. Pa Oq. Fe ⊕.	Eub, voo, wdatod. t.p sicut. mmii siduma w. apto pl ex. ontopiduo.
14/04/19 - 18x DHT - Pauk su quuxo. Pa Oq. Fe ⊕.	Eub, voo, wdatod. t.p sicut. mmii siduma w. apto pl ex. ontopiduo.
14/04/19 - 19x DHT - Pauk su quuxo. Pa Oq. Fe ⊕.	Eub, voo, wdatod. t.p sicut. mmii siduma w. apto pl ex. ontopiduo.
14/04/19 - 20x DHT - Pauk su quuxo. Pa Oq. Fe ⊕.	Eub, voo, wdatod. t.p sicut. mmii siduma w. apto pl ex. ontopiduo.
14/04/19 - 21x DHT - Pauk su quuxo. Pa Oq. Fe ⊕.	Eub, voo, wdatod. t.p sicut. mmii siduma w. apto pl ex. ontopiduo.
14/04/19 - 22x DHT - Pauk su quuxo. Pa Oq. Fe ⊕.	Eub, voo, wdatod. t.p sicut. mmii siduma w. apto pl ex. ontopiduo.
14/04/19 - 23x DHT - Pauk su quuxo. Pa Oq. Fe ⊕.	Eub, voo, wdatod. t.p sicut. mmii siduma w. apto pl ex. ontopiduo.
14/04/19 - 24x DHT - Pauk su quuxo. Pa Oq. Fe ⊕.	Eub, voo, wdatod. t.p sicut. mmii siduma w. apto pl ex. ontopiduo.
14/04/19 - 25x DHT - Pauk su quuxo. Pa Oq. Fe ⊕.	Eub, voo, wdatod. t.p sicut. mmii siduma w. apto pl ex. ontopiduo.
14/04/19 - 26x DHT - Pauk su quuxo. Pa Oq. Fe ⊕.	Eub, voo, wdatod. t.p sicut. mmii siduma w. apto pl ex. ontopiduo.
14/04/19 - 27x DHT - Pauk su quuxo. Pa Oq. Fe ⊕.	Eub, voo, wdatod. t.p sicut. mmii siduma w. apto pl ex. ontopiduo.
14/04/19 - 28x DHT - Pauk su quuxo. Pa Oq. Fe ⊕.	Eub, voo, wdatod. t.p sicut. mmii siduma w. apto pl ex. ontopiduo.
14/04/19 - 29x DHT - Pauk su quuxo. Pa Oq. Fe ⊕.	Eub, voo, wdatod. t.p sicut. mmii siduma w. apto pl ex. ontopiduo.
14/04/19 - 30x DHT - Pauk su quuxo. Pa Oq. Fe ⊕.	Eub, voo, wdatod. t.p sicut. mmii siduma w. apto pl ex. ontopiduo.







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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: Suelio Justino de Sousa
ID: 19/06/1979 COR: branco SEXO: masculino ESTADO CIVIL: solteiro
PROFISSÃO: Policial PROCEDÊNCIA: Trabalho
BAIRRO: 6555
DATA: 19/11/2019 HORA: 14h

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

LEGADO CENTE DE TRABALHO ☐ NÃO ☐ PRECISENÇA RESPIRATORIA ☐

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

TEMP. ☐ RESPIRAÇÃO ☐ PULSO ☐

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente n.º 11
mas D/E + PC 2

EXAME FÍSICO

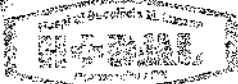
SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

10/11/2019
10/11/2019
10/11/2019





409713

Número do documento

Data de realização

Local da operação

Eixo

Membro

Operatório

Paciente

Tipo de fratura

FRATURA DE AUSTINO DA PERSECA

Mecanismo

Anestesia

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Tipo de operação

22/11/19

Diagnóstico pós-operatório

DR. GEAN GUARNIERE

DR. HAUSEMANN MORAIS

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

FRATURA (5ª MTC) DIREITO HÁ MAIS DE 30 DIAS

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SEQUELA DE FRATURA (5ª MTC) DIR.

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - túnel e trajeto - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA.
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA.
3. CAMPOS ESTÉREIS.
4. REDUÇÃO INCRUENTA + FIXAÇÃO COM FIOS DE CERCAGEM, SOB ESCÓPIA.
5. TALA-LUVA DIR
6. CRO
7. RX CONTROLE

Assinado eletronicamente por

Data de realização

Assinado eletronicamente por

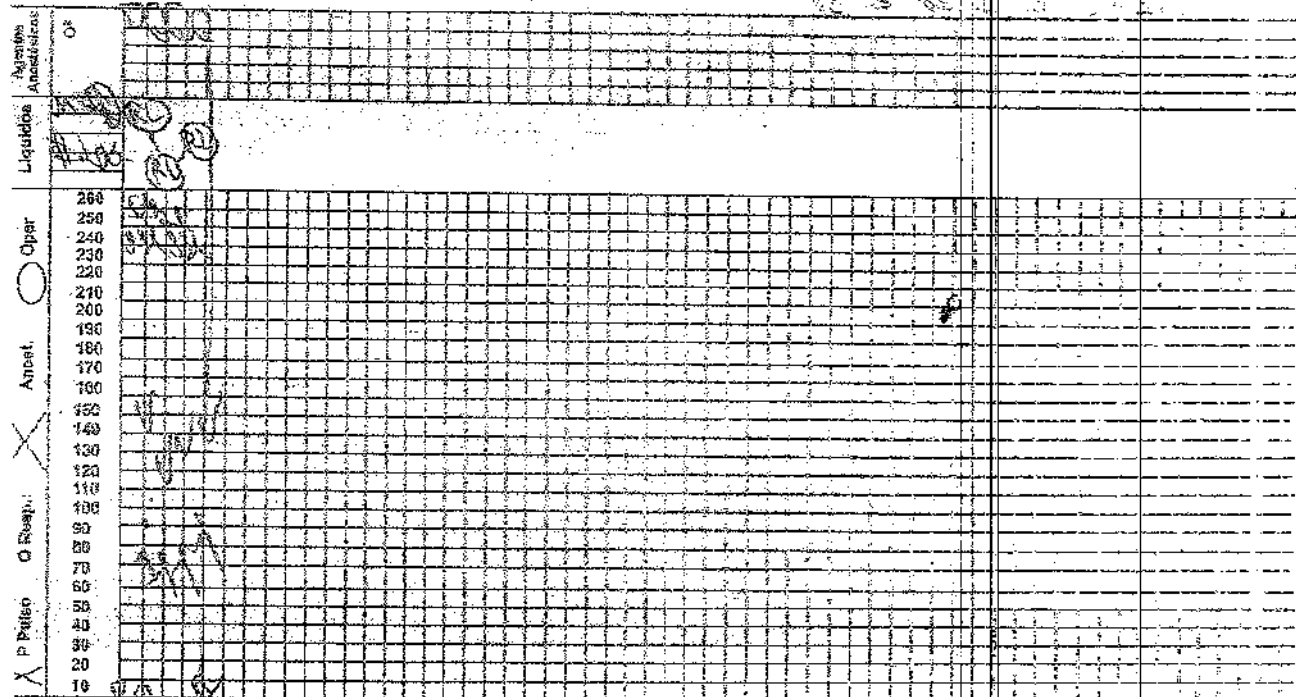
22/11/19

Assinado eletronicamente por

36921-4

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital	A. A. D. M. L.				Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Nome	SUELIA CRISTINA DA MOURA				Medic	Sexo	Cor
Data	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura	Outros
Tipo sanguíneo	Hemáticas	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Urina		
	Urina	V.P.M.					
Ap. respiratório					Pneum	Brônquias	
Ap. circulatório	D.A.L.T.				Electrocardiograma		
Ap. digestivo					Dor	Reflexo	
Estado mental	L.A.R.				Alimentar	Defecação	
Síndromes pré-operatórias	C.A. V.A.S.				Estado	Outros	
Lesões anteriores	L.A.R.						
Medicação pré-anestésica					Aplicada		



ANOTAÇÕES	<p>1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.</p>	
POSICÃO	D.O. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.	
gerais	D.O. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.	
tonica	D.O. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.	
peração	D.O. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.	
visões	D.O. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.	
testesistas	D.O. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.	
reservações	D.O. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.	
notar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias	Partes seqüentes	



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital D ML		Enfermaria		Leito	Nº prontuário	
Nome Guelio Justino da Fonseca		Idade		Sexo	Cor	
Data 26/11/2019	Pressão arterial 130/90	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros
Tipo sanguíneo	Hemátias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia	
Urina						
Ap. respiratório						
Ap. circulatório						
Ap. digestivo						
Estado mental lúcido						
Diagnóstico pré-operatório Fratura do 5º metacarpo						
Anestésicos anteriores						
Medicação pré-anestésica						

Agulhas Anestésicas	0	
Líquidos		
Oper.		
Anest.		
Q. Resp.		
P. Pulso		

SÍMBOLOS	ELG, PANI, SPO2
ANOTAÇÕES	
POSIÇÃO	O
Agentes	Propofol 1mg/kg + Sufentanil 0,5mcg/kg + Dexametasona 10mg + Ondansetrona 4mg
Técnica	Propofol anestesia
Operação	H. c. c. de base do 5º
Cirurgiões	Carolina Fernandes + Médico Anestesiologista
Anestesiistas	Valer





Nome do paciente: <u>Luciano Brito de Faria</u>		Nº do prontuário: _____
Data da cirurgia: <u>26/11/2019</u>	Local: _____	
Operador: <u>Dr. Marcos Guimarães</u>	Assistente: <u>Fernando</u>	
Precedente: <u>7</u>	3ª cirurgia	
Antecedentes: <u>10 anos</u>	Tempo de evolução: _____	
Diagnóstico pré-operatório: <u>fratura da base do 5º MM II (seguir)</u>		
Tempo de operação: <u>42 dias</u>		
Tipo de operação: <u>tratamento cirúrgico de redução de fratura da base do 5º</u>		
Diagnóstico pós-operatório: _____		
Relatório imediato do patologista: _____		
Exame radiológico no ato: _____		
Acidentes durante a operação: _____		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Isolação - tração - redução - fixação - sutura - material empregado - aspecto - views

Realizada no 5º MM II artroscopia e
manobra (colares) de redução
cirúrgica lateral da base do 5º MM II. O paciente
foi posicionado de decúbito lateral, com o
braço do membro operado fixado ao lado do
torso. Realizada a fratura da base do 5º
MM II com o auxílio de 1,5 mm de pinos de
Kirschner e fio de cerclagem.
Após a redução, realizado o bloqueio
de base de Smith na base do 5º MM II e
a fixação após o procedimento.

Dr. Marcos Guimarães
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN: 4125

27/11/2019

100 - 46921-4



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: DIAGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES Idade: 40 D/N: 29/08/19
 Procedência: ☒ Interno () Externo
 Hora Admissão: 14:45 Hora Saída: 15:00 Peso: 70
 Cor: branco Correlações: ☒ HAS ☒ DM ☐ Outras: Não
 Jejum: ☒ Não ☐ Sim De 08h às 12h
 Sinais vitais: 120 mmHg Pulso: 70 bpm FC: 70 bpm SpO₂: 98 % T: 36,5 °C
 Enfermeiro(a): Luciana Instrumentado(a): Graciela Circulante: Carla
 Cirurgia: Tratamento de fratura de fêmur do membro inferior direito Sala: 01
 Hora Início: 14:45 Hora Término: 15:00 Tipo de cirurgia: ☒ Eletiva ☐ Urgência ☐ Limpa ☐ Contaminada ☐ Infectada
 Cirurgião: Dr. Roberto Aux.: Dr. Roberto Residente: Dr. Roberto
 Anestesia: ☐ Local ☐ Sedação ☐ Geral TOT: Dr. Roberto ☒ Bloqueio ☐ Raquidiana Ag. nº 01 ☐ Peridural ☐ c/cateter ☐ s/cateter
 Ag. nº 01 Cateter nº 01 Início: 14:45 Garrote: ☒ Sphincter ☐ Pneumático Início: 14:45 Término: 15:00
 Anestesiologista: Dr. Roberto

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input checked="" type="checkbox"/> Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input checked="" type="checkbox"/> Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Descolorado	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Arteriovenoso	<input checked="" type="checkbox"/> Estimul. Nerv.
<input checked="" type="checkbox"/> Sinais vitais	<input checked="" type="checkbox"/> Sinais vitais	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input checked="" type="checkbox"/> Difusor
<input checked="" type="checkbox"/> Sinais vitais	<input checked="" type="checkbox"/> Sinais vitais	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SVE	<input checked="" type="checkbox"/> SW
<input checked="" type="checkbox"/> Sinais vitais	<input checked="" type="checkbox"/> Sinais vitais	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input checked="" type="checkbox"/> Defecador
<input checked="" type="checkbox"/> Sinais vitais	<input checked="" type="checkbox"/> Sinais vitais	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Ostomia	
<input checked="" type="checkbox"/> Sinais vitais	<input checked="" type="checkbox"/> Sinais vitais	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Drenos	
<input checked="" type="checkbox"/> Sinais vitais	<input checked="" type="checkbox"/> Sinais vitais	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gástrico	
<input checked="" type="checkbox"/> Sinais vitais	<input checked="" type="checkbox"/> Sinais vitais	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Tracção	
<input checked="" type="checkbox"/> Sinais vitais	<input checked="" type="checkbox"/> Sinais vitais	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Tala	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>55</u>	<u>55</u>	<u>55</u>	Bpm
Pulso	<u>55</u>	<u>55</u>	<u>55</u>	Bpm
Oximetria	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>	%
Capnografia	<u>40</u>	<u>40</u>	<u>40</u>	mmHg
PA	<u>120/80</u>	<u>120/80</u>	<u>120/80</u>	mmHg

ACESSO VENOSO	POSICÃO	COXIM	ANEST.
<input checked="" type="checkbox"/> Ponto Arterial	<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anest. mior.
<input checked="" type="checkbox"/> Ponto Venoso Periférico	<input checked="" type="checkbox"/> Ventral	<input checked="" type="checkbox"/> Pescoço	<input checked="" type="checkbox"/> Anest. mior.
<input checked="" type="checkbox"/> Ponto Venoso Central	<input checked="" type="checkbox"/> Lateral	<input checked="" type="checkbox"/> Torax	<input checked="" type="checkbox"/> Anest. mior.
<input checked="" type="checkbox"/> Ponto Venoso	<input checked="" type="checkbox"/> Litotômica	<input checked="" type="checkbox"/> Lombar	<input checked="" type="checkbox"/> Anest. mior.
	<input checked="" type="checkbox"/> Trendelenburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anest. mior.
	<input checked="" type="checkbox"/> Canivete		<input checked="" type="checkbox"/> Anest. mior.
	<input checked="" type="checkbox"/> Proclive		<input checked="" type="checkbox"/> Anest. mior.

CONDAGEM GÁSTRICA	PLACA DO DISTÚRIO ELÉTRICO	TRACÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> SNG nº <u>01</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Placa () Metal () Desarmado	<input checked="" type="checkbox"/> Tracção
<input checked="" type="checkbox"/> Retorno: <u>01</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Tracção	<input checked="" type="checkbox"/> Tracção
<input checked="" type="checkbox"/> SVA nº <u>01</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Tracção	<input checked="" type="checkbox"/> Tracção
<input checked="" type="checkbox"/> SVA nº <u>01</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Tracção	<input checked="" type="checkbox"/> Tracção
<input checked="" type="checkbox"/> Diurese: <u>01</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Tracção	<input checked="" type="checkbox"/> Tracção
<input checked="" type="checkbox"/> Profissional responsável: <u>Dr. Roberto</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Tracção	<input checked="" type="checkbox"/> Tracção

EXAMES SOLICITADOS:	IMPLANTE CIRÚRGICO	ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
<input checked="" type="checkbox"/> Hemograma	<input checked="" type="checkbox"/> Drenos:	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa cirúrgica: <u>01</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Coagulograma	<input checked="" type="checkbox"/> Tala:	<input checked="" type="checkbox"/> Vals: <u>01</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input checked="" type="checkbox"/> Cateter:	<input checked="" type="checkbox"/> Contagem de gaze e compressas: <u>01</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	<input checked="" type="checkbox"/> Ostomia:	
	<input checked="" type="checkbox"/> Fio de KC:	
	<input checked="" type="checkbox"/> Peça - Tipo:	
	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:	



EVOLUÇÃO DE ENTERRAMENTO - CENTRO CIRÚRGICO

MEMOTRANSFUSÃO:

() Hemoco concentrado _____ Unid. () Plasma _____ Unid. () Plaquetas _____ Unid.
() Albumina _____ Unid. () Expansor plasmático _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h: _____
h: _____
h: _____

MIGRAÇÃO VENOSA

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

ANÁLISES PATOLÓGICAS

() Não () Sim Papanicolaou: _____
Swab para cultura: _____
Ureia: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FD de aspecto: limpo () exsudato () Contaminado () Antrelho resado () Bandagens () Curativos () Curativos

INTERCORRÊNCIAS:

Ass: S. J. N. Costa Coord. S. J. N. Costa

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Narcole () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () ambiente curativo () Oclusivo () Compressivo () Solu. de colostomia () Outro: _____
Diurese: () espontânea () Normal () Nematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: cl

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

Hora: 16:45 Data: 22/11/19 Nível de consciência: () Acordado () Sonolento () Narcole () Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Ceteter O₂ Amb. ante
Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMIS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Ventilação: () Não () Sim Tipo: AVP Local: MSE Sonda: () Gastro () Entero () Vesic
Drainos: () Sugão () Torácico () Penrose () Whee Ombros () Sim () Não Espectro
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno repulente () Coágulos
Curativo: () Oclusivo () Descoberto () limpo () Solu. Mobilização () ECG () Curativo () Curativo

INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Edema () Prurido () Outro

Relato: _____

SINAIS VITAIS

Hora	TC	P	PA	FR	Sat%	Dor
Admissão		<u>68</u>			<u>98</u>	
30'		<u>70</u>			<u>98</u>	
60'						
Alta						

Medicamentos administrados na URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações

Diurese	Retorno Gástr.	Drainagem	Resumo de

Recebido de SO _____
Desprezado _____
URPA _____

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: Pixé não querias, foi encaminhado para
Clínica ortopédica.

Ass: Marília Coord: _____
CORFUP



REVOLUÇÃO DE THERMAGRAM - CENTRO CIRÚRGICO

HEAT TRANSFER:

() Hemoco concentrado _____ Unid.
() Plasma _____ Unid.
() Albumina _____ Unid.
() Plaquetas _____ Unid.

RECOMENDACIONES UTILIZADAS

Side location: amertice

HIDRATAÇÃO VENOSA

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

ANÁLISIS PATOLÓGICO

5. MBO / Sim Pekar
Pusat 200 September 1984, MBO

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

[illegible]

Core:

DECLARAÇÃO DO PACIENTE EM TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível da consciência: (X) Consciente () Inconsciente () Narcoze () Coma () Mgil () Agitado
Respiratório: () Irritado () Exubado () Cânula de Guedel (X) ambiente Curativo () Oclusivo () Compressivo () Boia de
colostomia () Outro: _____
Diurese: () Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico - Castimo após a cirurgia: _____

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

Hora: 7:30 Data: 26/11/19 Nível de consciência: () Acordado () Sonolento () Inerte () Orientado
 () Desorientado () Agitado () Choque Vias aéreas: () Intubado () Exubado () Canela de Suedel () Cateter O₂ 40% Ambiente
 Atividade MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade
 Reflexos: () Vivos () Sem Tônus: 4.0 Local: 1.5E Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesica:
 Urina: () Escuro () Turvo () Puro () pH: 5.0 () Normal () Anormal () Sem () Não Especificar
 Integridade vesical contínua: () Intato () Intato () Retorno Insuficiente () Coágulos
 Curva: () Normal () Desviado () Limpas () Sinais: () Condição: () SCS () Oxímetro () PA

Document: Der / Belgien

100

2000-01-01

Liquidez administrativa no UPA-2.

Nome	TC	P	PA	FR	Sat %	Dor	
Admissão		64			98	Alta	Soro glicosado: ml
30'		68			95		Soro fisiológico: ml
60'							Ringer: ml
Atual							Irrigação vesical contínua: ml

Modificaciones administrativas USPA:

Discussion

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura		Diurese	Retorno Gás.	Oxigenação	Retorno à Integridade
					Recibito da SO				
					Desprezado				
					CAPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:	Paciente, admitido no	Unidade de	Unidade de
com queixas de Encefalite	20.0		

Assessment of	Core:
---------------	-------





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Diogo Henrique Bezerra Guimarães **Idade:** 40a **D/N:** 19/06/79
Município: Aracaju **Procedência:** () Interno () Externo
Hora Admissão: 08:00 **Sala:** 03 **Mora Saída:** 12:00 **Peso:** 70kg
Unidade: Urgência **Comorbidades:** () HAS () DM () Outras Não
Alérgico a: () Não () Sim Não **Religião:** () Não () Sim Não
SVV Admissão: PA **mmHg Pulso:** 95 **bpm FI:** 95 **bpm FC:** 95 **bpm SpO₂:** 98 **% T:** 22
Infermeiro(a): Luciane **Instrumentado(a):** Supino **Circulante:** Rebeca
Irurgia: Ex. em 4 do 5º metacarpo (E) **Especialidade:** Ortopedia **Sala:** 03
Hora início: 08:00 **Hora Término:** 12:00 **tipo de cirurgia:** () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1ª Cirurgião: Dr. Cavalcanti **Aux:** Dr. Flaminio **Residente:** Dr. Rony
Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: () Bloqueio (X) Requiliana Ag. nº 1 () Peridural () C/cateter () S/cateter
Ag. nº: 1 **Cateter nº:** 1 **Início:** 08:20 **Gariote () S/march () Pneumático Início:** 08:30 **Término:** 12:00
Anestesiologista: Dr. Rony

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 18G	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input checked="" type="checkbox"/> Integridade	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotenso	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input checked="" type="checkbox"/> Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertenso	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipercardíaco	<input checked="" type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input checked="" type="checkbox"/> Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratado	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input checked="" type="checkbox"/> Estrut. Nerv.
<input checked="" type="checkbox"/> Tachicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Tachicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input checked="" type="checkbox"/> Doppler
<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input checked="" type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Colestomia	<input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador
<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesiado	<input checked="" type="checkbox"/> Anestesiado	<input checked="" type="checkbox"/> Anestesiado	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno: <u>Não</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesiado	<input checked="" type="checkbox"/> Anestesiado	<input checked="" type="checkbox"/> Anestesiado	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesiado	<input checked="" type="checkbox"/> Anestesiado	<input checked="" type="checkbox"/> Anestesiado	<input checked="" type="checkbox"/> Tração	
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesiado	<input checked="" type="checkbox"/> Anestesiado	<input checked="" type="checkbox"/> Anestesiado	<input checked="" type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>95</u>	<u>90</u>	<u>85</u>	Bpm
Pulso	<u>95</u>	<u>90</u>	<u>85</u>	Bpm
Oximetria	<u>95</u>	<u>96</u>	<u>98</u>	%
Capnografia				%
PA	<u>116/74/70</u>	<u>110/64/60</u>	<u>101/50/50</u>	mmHg

ACESSO VENOSO
<input checked="" type="checkbox"/> Função Arterial
<input checked="" type="checkbox"/> Função Venosa Periférica
<input checked="" type="checkbox"/> Função Venosa Central
<input checked="" type="checkbox"/> Função Central
<input checked="" type="checkbox"/> Local
<input checked="" type="checkbox"/> Cateter

SONDAGEM GÁSTRICA
<input checked="" type="checkbox"/> SNG nº
<input checked="" type="checkbox"/> Retorno:
<input checked="" type="checkbox"/> SVF nº
<input checked="" type="checkbox"/> SVA nº
<input checked="" type="checkbox"/> Diurese:
<input checked="" type="checkbox"/> Profissional responsável:

EXAMES SOLICITADOS:	
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input type="checkbox"/> Glicosimetria:
<input type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	_____

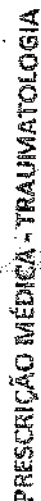
POSICÃO	ORDEM	APRAX
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anestésicos
<input checked="" type="checkbox"/> Ventral	<input checked="" type="checkbox"/> Pescoço	<input checked="" type="checkbox"/> Anestésicos
<input checked="" type="checkbox"/> Lateral	<input checked="" type="checkbox"/> Torax	<input checked="" type="checkbox"/> Flêxidos
<input checked="" type="checkbox"/> Litotômica	<input checked="" type="checkbox"/> Lombar	<input checked="" type="checkbox"/> Flêxidos
<input checked="" type="checkbox"/> Trendelenburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anestésicos
<input checked="" type="checkbox"/> Canivete		<input checked="" type="checkbox"/> Anestésicos
<input checked="" type="checkbox"/> Proclive		<input checked="" type="checkbox"/> Flêxidos

PLACA DO SISTEMA ELÉTRICO
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Metal () Desatenuável
<input checked="" type="checkbox"/> SNG
<input checked="" type="checkbox"/> SNG nº
<input checked="" type="checkbox"/> Local MTE
<input checked="" type="checkbox"/> Solução () Sim () Não

IMPLANTE CIRÚRGICO
<input checked="" type="checkbox"/> Drenos:
<input checked="" type="checkbox"/> Tala:
<input checked="" type="checkbox"/> Cateter:
<input checked="" type="checkbox"/> Ostomia:
<input checked="" type="checkbox"/> fio de KC 02, 1/16, 1/5
<input checked="" type="checkbox"/> Placa - Tipo:
<input checked="" type="checkbox"/> Outros:

Outros:		
ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO		
Caixa cirúrgica:	Bow + Kelly	Quant. Material: _____
Val. 12/12	Contagem de gaze e compressas:	() Não () Sim





ORTOPEDIA!

COLLEGE

PACIENTE: SUELO JUSTINO DA FONSECA DATA: 27.11.19

PACIENTE: SUELO JUSTINO DA FONSECA

DATA:27.11.19

1	DIETA LIVRE
2	SF 0,9% 3000 ML, EV, 24H
3	HEPARINA 5000UI, SC, 12/12H OU CLEVANE 40MG, SC, 1X/DIA (SE FALTAR HEPARINA)
4	OMEPRAZOL 40MG- VO, 1X/DIA
5	CETITAZIDIMA 1G + 100 ML DE SF 0,9% IV DE 12/12H
6	DIFERONA 1G + ABD, EV, 8/8H
7	TRAMAL 50MG + SF 0,9%, EV, 8/8H
8	PLASIL 10MG+ ABD, EV, 8/8H SN
9	CAPTUPRIL 25MG, VO, SE PA 180X110MMHG
10	HALDOL OU NEOZINE 0,8 GT, SE AGITAÇÃO OU INSÔNIA
11	ÓLIO MINERAL 20 ML, VO, 1X/DIA
12	MEDICINA DE DUCHENO 8/8H
13	DIAPYRAM 05 MG - 01 COMP.VO, 1X/DIA À NOITE
14	WWV

在 1990 年 11 月 1 日以前

1947

IX MAIOR: POB. PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS

RECEIVED BY THE OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL

261142

PAI P II - SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SEQUELA DE TRAUMA CAUSADO EM CITE, TRANSCORRIDA SEM ANOMALIAS DE VIG. PRESENCIA.





Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL PADRE MARCELO MARRASO CUNHA

Executante: O solicitante

CNPJ: 2653923

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: LAZARI BUENO JUSTINO DA FONSECA

CNS: 7050079 / 11015 / 11015 / 11015

Sexo: Masculino

Mãe: MARIA GLEIDE JUSTINO DA FONSECA

Pai: FELICIANO ALVES

Endereço: RUA AGRESTINA, 30 - PLANALTO - NATAL

Município: NATAL

Código Municipal IBGE:

240810 UF: RN

Profissão:

Car: FARDAS

Fone: 553722193

CEP: 59073-270

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 30402 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

FRATURA DO PÉ ESQ. (QUINTO METATARSO) E FRATURA DA MÃO DIREITA (QUINTO METACARPO) APÓS ATROPELAMENTO, S.I.C.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

RISCO DE COMPLICAÇÃO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
EXAMES DE RAIO X

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S92.3 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO*408050462 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS M

Previsão de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

NÃO SE APLICA

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão

☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

RICARDO ARAUJO

CRM: 5001 / RN

Data de Solicitação: 27/10/2019

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 Empresa:

CBOR:

() Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

Notificação de Boas Práticas
Nº 1.100.11
AUTORIZADO

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5001 / RN 11.93



HELIO JUSTINO DA FONSECA (M)
DX 31-October-2019 11:15:12

1

HELIO JUSTINO DA FONSECA
959 M
MEMBROS INFERIORES
PI AP

HOSPITAL MONSIEUR WILFREDO GURGEL
CR 85
31-October-2019 11:15:12

DX
littleendianexplicit
images: 1/1
Series: 1

W: 15104 MM: 14132

1

www.microdicom.com



JUELIO JUSTINO DA FONSECA [M]
DX 31-October-2019 11:16:08

1

JUELIO JUSTINO DA FONSECA
989 M
VEMBRAS INFERIORES
COLHO AD

HOSPITAL MORRIS - DR WALTER DO BURGEL
CR 85
31-October-2019 11:16:08

DX
L1111eindienapliciti
Imagem: 1/1
Series: 2

Id: 15466 Qx: 22859

1

www.microdicom.com





CLÍNICA

OCTAVA ROSADO

Lauro Mello

Suelio Junior do Nascimento 40 anos

Data do Ref: 27/10/19

Paciente sofreu acidente automobilístico que resultou em fratura de pé e mão (direito e esquerdo). Queixa cirúrgica.

Aludindo refusa dor em mão e pé em perda de peso de noventa em 30%.

T92 / T93

Aludindo refusa

Tiago Andrade Rodrigues
Ortopedia e Traumatologia

Data: 16/12/19

MOSSORÓ:	SERRA DO MEL:	ASSÚ:	PARNAMIRIM	NATAL:
Rua Juvenal Lammartins, 119 Centro Fones: (84) 3315-6900 / 3315-6901	Rua Manoel Severina Lúcio da Silva, 284 Vila Brasil Fone: (84) 9.6324-1592	Av. Senador Nelo Cavaco, 1304 Centro Fone: (84) 9.9839-0438	Av. Bella Parnamirim, 380 Vila Nova Fone: (84) 9.9624-2021	Av. Presidente Médica, 256 Igarapé - Zona Norte Fone: (84) 9.9839-0260





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, 27 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200044373

Vítima: SUELIO JUSTINO DA FONSECA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SUELIO JUSTINO DA FONSECA

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\$ 5.062,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer
um dentre os outros dedos da mão 10%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%
Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: SUELIO JUSTINO DA FONSECA

Valor: R\$ 5.062,50

Banco: 237

Agência: 000002114-8

Conta: 0000066406-5

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.

