

### QUESITOS PARA SEREM RESPONDIDO PELO PERITO

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

b) Quais as lesões ou disfunções ocorridas?

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

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

e) Nos termos do art. 3º, § 1º<sup>2</sup>, da Lei nº 6.194/1974, incluído pela Lei nº 11.945/2009, bem como da respectiva tabela anexa que acompanha esta lei, se a **invalidez permanente foi total** (repercussão na íntegra do patrimônio físico e/ou mental) ou **parcial** (repercussões em partes de membros superiores e inferiores);

f) Em caso de invalidez total, **quais os segmentos corporais atingidos, nos termos da referida tabela anexa?**

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

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

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



## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE  
RUA MERMOZ, 150, BALDO,  
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-81  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica

-TELEATENI

-Atendimento ao deficiente auditivo ou

-C

Agência Reguladora de Serviços Públicos

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gr

Agência Nacional de Ener

Ligação Gratuita de t

## DADOS DO CLIENTE

DEJACI FLORENCIO DA COSTA SILVA  
CPF: 047.116.674-07 NIS: 16161189349

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA FLAMARION LUCENA DA SILVA 2160

VILA BRASILIA/AREA URBANA  
59663-000 SERRA DO MEL RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br)

## DATA DE VENCIMENTO

21/01/2019

## TOTAL A PAGAR (R\$)

45,17

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

14/01/2019

## DATA DA APRESENTAÇÃO

14/01/2019

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

018155742

Série: U

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

EBD1.2D12.F343.83FF.8876.73A8.EF3C.1

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,20352129	6,10
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,34889364	24,42
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	9,00	0,52334047	4,71
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,19
ICMS-Parcela Subvencionada			5,51
Multa por atraso-NF 016688894 - 13/12/18			0,65
Juros por atraso-NF 016688894 - 13/12/18			0,06
Atualização IGPM-NF 016688894 - 13/12/18			0,02
Compensação DMIC 12/18			0,49
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>45,17</b>

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS		COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
35,23	18,00	6,34	35,23	0,47	0,16	35,23	2,17
							0,76

## Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh 0,16151450  
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,27688200  
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh 0,41532300

## HISTÓ

JAN 19  
DEZ 18  
NOV 18  
OUT 18  
SET 18  
AGO 18  
JUL 18  
JUN 18  
MAI 18  
ABR 18  
MAR 18  
FEV 18  
JAN 18

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$ %  
Geração de Energia 13,12 37,23  
Transmissão 1,92 5,45  
Distribuição (Cosern) 9,10 25,83  
Encargos Setoriais 1,39 3,95  
Tributos 7,26 20,61  
Perdas de Energia 2,44 6,93  
TOTAL 35,23 100

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000002011098309	CAT	13/12/2018	6.521,00	14/01/2019	6.630,00	32	1,00000	0,00	109,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 13/02/2019

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS IN

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VA APU
DIC-No.de horas sem Energia SERRA VERMELHA	0,00	nov/
FIC-No.de vezes sem Energia	0,00	
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua	0,00	
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 13,18		
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC.		

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios serra do ramalho: rua pm ivan, zona rural / canaã magazine: rua colono severiano lazarro da costa, 2018, vila brasilíiaLista completa em [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br).  
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Ponto, em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês  
nto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 30,80.  
nto é compensado quando há documentação de erro definida para as condições de atendimento.

## NÍVEIS DE T

TENSÃO NOMINAL(V)	I
220	

AUTENTICAÇÃO



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 06/11/2020 10:43:02

<https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110610430197500000059922315>

Número do documento: 20110610430197500000059922315





MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 92332 Série 00018-RN



De Simoneia de B. Rago  
ASSINATURA DO PORTADOR



# QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome José Maria de Braga  
 Loc. Nasc. Frutosa Gomes Est. RV Data 10/03/1984  
 Filiação Marcosia Gomes de Braga  
Emília Maria de Braga  
 Doc. Nº C/NA. Nº 3931-6243V 2.87-5

## ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ..... / ..... / ..... Doc. Ident. Nº .....  
 Exp. em ..... / ..... / ..... Estado .....  
 Obs.: .....  
 Data Emissão 08/02/2002 DRT Lucrecia RV



Assinatura do Funcionário  
Marcosia Gomes de Braga  
 Mat. nº .....

## ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome .....  
 Doc. ....  
 Nome .....  
 Doc. ....  
 Nome .....  
 Doc. ....  
 Est. Civil .....  
 Doc. ....  
 Est. Civil .....  
 Doc. ....  
 Nascimento .....  
 Doc. ....





## CONTRATO DE TRABALHO

AGRICOLA FAMOSA LTDA

Empregador .....

00.474.300/0006-17

CNPJ/MF .....

Rua ..... FAZENDA CRISTAL ZONA RURAL ..... SIN

Município ..... BARAUNA ..... Est. ..... RN

Esp. de estabelecimento ..... AGRICOLA

Cargo ..... TRABALHADOR RURAL

CBO n° ..... 622510

Data admissão ..... 19 de Julho de 2012

Registro n° ..... Fls/Ficha 1823

Remuneração especificada ..... R\$ 6.320,00 (seis mil e trezentos e vinte reais)

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: Jose Manoel de Braga, brasileiro(a)-  
Balneario, apicultor portador do RG nº 2-381.830, e do  
CPF nº 052.022.704-29, residente na  
RUA: Flomariane Lacerda da Silva, 2160, BAIRRO:  
Guia do Mel, cidade Monção - Rio Grande  
do Norte, nomeia e outorga poderes a Outorgada: KELLY MARIA MEDEIROS  
DO NASCIMENTO, brasileira, casada, advogada, portadora da OAB/RN  
7.469, podendo ser intimada na Rua Antonio Vieira de Sá nº 986,  
Mossoró-RN, ao qual confere amplos e gerais poderes para o foro em  
geral com a cláusula "ad Judicia", para ajuizar ação de cobrança na  
Comarca Monção -RN, podendo a outorgada, confessar,  
assinar, desistir, propor acordo, receber intimações, dar  
quitação, transigir, apresentar réplica, oposições, firmar acordo,  
receber e levantar ALVARA JUDICIAL, decorrente da presente ação,  
apresentar recurso e contra razões, junto bem como, substabelecer  
esta com ou sem reservas de poderes, podendo levantar alvará  
judicial, acompanhar todo processo até o final do julgamento,  
representado ainda os interesses do outorgante, podendo ajuizar  
apelação, ou, qualquer outro remédio jurídico competente, junto ao  
Egrégio Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte, para garantir o  
direito do outorgante, e finalmente, praticar todos os atos  
necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato.

Mossoró - Rio Grande do Norte, em 06 / 11 / 2020.

Outorgante: Jose Manoel de Braga  
• Isento de reconhecimento de Firma, em face de Lei nº 8.952, de  
13/12/1994, que dá nova redação ao art. 38 do CPC.





**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS  
COM CLAUSULA "AD EXITUM"**

Pelo presente instrumento de contrato, firmado entre as partes de um lado, doravante identificado como contratante José Maria de Braga, brasileiro(a) advogado, agricultor, portador do CPF: 052.022.704-29, residente na Rua: Filomariano Luciano da Silva, 2160, Bairro: Serra do Mel, cidade Mossoró, com os advogados: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO, brasileira, casada, advogada; WAMBERTO BALBINO SALES, brasileiro, casado, advogado, ambos podendo serem citados na Rua Antonio Vieira de Sá nº 986, Aeroporto, em Mossoró - RN, doravante identificados como contratados, a prestação dos seguintes serviços profissionais:

1- A parte contratante celebra com os contratados, a prestação de serviços advocatícios, com objetivo de ajuizar ação própria junto a Comarca de Mossoró -RN, tendo como parte demandada, a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A;

2- A parte contratante, não pagará qualquer valor aos contratados de imediato, sendo que, ao final na lide, ocorrendo procedência caberá a parte contratante, pagar aos contratados o valor correspondente à 30% (trinta por cento), sob o valor da condenação, independente da verba sucumbencial a ser arbitrada pelo Juízo da causa;

3- Em caso de insucesso da demanda, a parte contratante não desembolsará quaisquer valores aos contratados, o risco será arcado pelos advogados contratados, independente do ônus de deslocamentos, alimentação, contratação de outros advogados, dentre outras despesas até a entrega final da pretensão requerida, sendo que, o presente firma-se na cláusula "ad exitum";

4- Em caso de desistência da demanda, ou, revogação dos poderes em favor de outros outorgados, deverá a parte contratante, pagar aos contratados, o valor correspondente à 30% (TRINTA POR CENTO) sob o valor da causa;

5- Nos termos do art. 22, § 4º da Lei nº 8.906, de 04 de julho de 1994, caberá a parte contratada, requerer a expedição do competente alvará judicial, em separado ao da parte contratante, ao fim da lide.

Elegem as partes, para dirimir quaisquer dúvidas, e execução inclusive o presente, a comarca de Mossoró - Rio Grande do Norte.

Nada mais a constar vai o presente devidamente assinado para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Mossoró - Rio Grande do Norte, em 06/11/2020.

Contratante: José Maria de Braga

Contratado: KM Nascimento

OAB/7469

Testemunhas: \_\_\_\_\_

CPF nº \_\_\_\_\_

Testemunhas: \_\_\_\_\_

CPF nº \_\_\_\_\_

Digitalizado com CamScanner





## TERMO DE DECLARAÇÃO DE POBREZA

Jose Mario de Braga brasileiro(a), solteiro (a),  
agricultor, portador do CPF n. 052.022.704 - 29, podendo ser  
intimado (a) no (a) Rua Filomariane Lucena da Silva n. 2160 Bairro -  
Serra do Mel, Morroco -RN. Declara nos termos da Lei n.  
1.060/50, que é pobre na forma da Lei, não dispondo de meios que possibilitem a custear as  
despesas processuais na Ação de Cobrança c/c reparação de danos, na Comarca de  
Morroco -RN. Afirma ainda ser conhecedor das sanções penais, caso a presente não  
retrate a verdade dos fatos. Nada mais digno de registro, assina o presente.

Morroco -RN em 06 / 11 / 2020.

Declarante: \* Jose Mario de Braga

1ª Testemunha: Jose Bruno netre

CPF nº 094.038.894-90

Residente- RUA: Jose baliza de Souza - Serra do mel

2ª Testemunha: Paloma claudia da Silva

CPF nº 016.889.264-29

Residente- RUA: Jose baliza de Souza - Serra do mel

CP - Decreto Lei nº 2.848 de 07 de Dezembro de 1940

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil reais a cinco contos de reais, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Falso reconhecimento de firma ou letra.





**DECLARAÇÃO DE ISENTO DO IMPOSTO DE RENDA**  
**FIRMADA NA LEI Nº 7.115/83.**

Jose Maria de Braga brasileiro.(a). Morreno (a),  
empresário, portador do CPF n. 052.022.704 - 29, podendo ser  
intimado (a) no (a) Rua Edmonilson Lucena da Silva n. 2160, Bairro -  
Germa do Mel Morreno -RN. DECLARA, sob as penas da  
lei que é isento de declarar imposto de renda, não dispõe de qualquer meio financeira  
que lhe possibilite pagar custas e demais emolumentos judiciais. Firma a presente  
declaração nos termos- conforme previsto na Lei 7.115/83. Estou ciente das sanções  
administrativas, penais e cíveis, nos termos do art. 299 do CPB. Nada mais a constar  
lavro o presente para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Morreno -RN, em 06/11/2020.

Declarante: Jose Maria de Braga

CP - Decreto Lei nº 2.848 de 07 de Dezembro de 1940

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Falso reconhecimento de firma ou letra.



## DAI - Declaração Anual de Isento

Por Assessoria de Comunicação  
Social — publicado 26/02/2016 10h54, última  
modificação 28/06/2019 10h29

**Informamos que a Declaração Anual de Isento (DAI) da Secretaria da Receita Federal do Brasil foi instituída com o objetivo de manter atualizado o Cadastro de Pessoas Físicas (CPF).**

**Com a edição da Instituição Normativa RFB nº 864/2008, de 25 de julho de 2008, deixou de existir a Declaração Anual de Isento, a partir do ano de 2008.**

**A isenção poderá ser comprovada mediante declaração escrita e assinada pelo próprio interessado, conforme previsto na Lei 7.115/83.**

Ciente:

Kelly Maria de Braga





Presidência da República  
Casa Civil  
Subchefia para Assuntos Jurídicos  
LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

*Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e da outras providências.*

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:**

**Art. . 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.**

**Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.**

**Art. . 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.**

**Art. . 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.**

**Art. . 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.**

**Art. . 5º - Revogam-se as disposições em contrário.**

**Brasília, em 29 de agosto de 1983; 162º da Independência e 95º da República.**

**JOÃO FIGUEIREDO**  
**Ibrahim Arbi-Ackel**  
**Hélio Beltrão**

*Este texto não substitui o publicado no DOU de 30.8.1983.*

Ciente: João Maria de Braga





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DA POLÍCIA PÚBLICA  
INSTITUTO TÉCNICO IDENTIFICADÓRIO DE POLÍCIA  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

*Jose maria de braga*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2.381.830 DATA DE EMISSÃO 23.05.2002

Nome: José Maria de Braga

Nome: Mauricio Januario de Braga

Nome: Zenilda Maria de Braga

NATURALIDADE: Frutuoso Gomes-RN DATA DE NASCIMENTO: 10.03.1984

Cert. Nas. Nº 393 Liv. A-5 Fls. 243v

Cart. Frutuoso Gomes-RN

CPF: 052.022.704-29

Dir. José João Fernandes

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas  
Número de inscrição:

**052.022.704-29**

Nome: JOSE MARIA DE BRAGA

Nascimento: 10/03/1984

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

Emissão: Janeiro/2002

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR: JOSE MARIA DE BRAGA

DATA DE NASCIMENTO: 10/03/1984 Nº INSCRIÇÃO: 0216 6175 1686 ZONA: 058 SEÇÃO: 0023

MUNICÍPIO / UF: SERRA DO MEL/RN DATA DE EMISSÃO: 15/02/2016

JUIZ ELEITORAL: *Flávia Zenilda de Menezes*

DES. MARIA ZENILDA DE BRAGA

VÁLIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

*Jose maria de braga*

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VÁLIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL







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 ESPECIALIZADA EM FALSIFICAÇÕES E DEFRAUDAÇÕES DE MOSSORÓ  
Endereço: AV. PRESIDENTE DUTRA, S/N, ALTO DE SÃO MANOEL, MOSSORÓ

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J2018067001306

1.3 Tipo: COMUNICAÇÃO

1.2 Data de Expedição: 07/12/2018 11.02.20

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 14/10/2018 12.00.00

2.3 Fato: Consumado

2.2 Autoria: Conhecida

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.4 Flagrante: Não

2.6 Tipo do local: Outro

2.8 Número: --

2.7 Logradouro: NA LOMBADA DO COLÉGIO, SAÍDA DE SERRA DO MEL PRA MOSSORÓ

2.10 Complemento:

2.9 CEP:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS

2.11 Ponto de Referência:

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.13 Cidade: SERRA DO MEL

**3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)**

3.1 Nome Completo: JOOSÉ MARIA DE BRAGA

3.3 Nome Social:

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.5 Etnia: Sem Informação

3.4 Pai: MAURICIO JANOÁRIO DE BRAGA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.6 Mãe: ZENILDA MARIA DE BRAGA

3.9 CPF:

3.8 Orientação Sexual:

3.11 Nacionalidade:

3.10 Identidade de Gênero:

3.13 Profissão: AGRICULTOR

3.12 Data de Nascimento: 10/03/1984

3.15 Telefone(s): 84 986207263

3.14 RG: 2381830 - ITEP/RN

3.17 Número: 2160

3.16 Passaporte:

3.19 Bairro: VILA BRASÍLIA

3.18 Naturalidade: FRUTUOSO GOMES/RN

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.20 E-Mail:

3.23 Cidade: SERRA DO MEL

3.22 Logradouro: FLAMARION LUCENA DA SILVA

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)**

3.24 CEP:

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

**5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S)**

5.1.1 Nome Completo: RONALDO

5.1.3 Nome Social:

5.1.2 Alcunha:

5.1.5 Estado civil:

5.1.4 Pai:

5.1.7 Etnia:

5.1.6 Mãe:

5.1.9 Data de Nascimento:

5.1.8 Identidade de Gênero:

5.1.11 RG: Não informado

5.1.10 Orientação Sexual:

5.1.13 Profissão:

5.1.12 Sexo: NÃO IDENTIFICADO / SEM INFORMAÇÃO

5.1.15 Passaporte:

5.1.14 CPF:

5.1.17 Características:

5.1.16 Nacionalidade:

5.1.18 Logradouro: TRABALHA NA CRECHE DE MOSSORÓ

5.1.19 Número:

5.1.20 CEP:

5.1.21 Bairro:

5.1.22 Cidade:

5.1.23 Estado:

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

6.1.1 Nome Completo: DEIJACI FLORENCIO DA COSTA SILVA

6.1.2 Nome Social:

5.1.3 Estado civil: Sem Informação

6.1.4 Etnia: Sem Informação

6.1.5 Identidade Gênero:

6.1.6 Mãe: MARIA DAS DORES FLORENCIO DA COSTA

6.1.7 Orientação Sexual:

6.1.8 Sexo: FEMININO

6.1.9 Pai: Sem Informação

6.1.10 CPF: 04711667407

6.1.11 Data de Nascimento: 13/03/1972

6.1.12 Nacionalidade:

6.1.13 RG: 1802784

6.1.14 Passaporte:

6.1.15 Profissão: DO LAR

6.1.16 Logradouro: MORA COM A VÍTIMA

6.1.17 Número: --

6.1.18 CEP:

6.1.19 Bairro: --

6.1.20 Cidade: SERRA DO MEL

6.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

6.2.1 Nome Completo: JOSE COSME DA COSTA MARANHÃO

6.2.2 Nome Social:

5.2.3 Estado civil: Sem Informação

6.2.4 Etnia: Sem Informação

6.2.5 Identidade Gênero:

6.2.6 Mãe: MARIA DO SOCORRO DE LIMA MARANHÃO

6.2.7 Orientação Sexual:

6.2.8 Sexo: MASCULINO

6.2.9 Pai: Sem Informação

6.2.10 CPF: 70190550449

6.2.11 Data de Nascimento: 14/10/1966

6.2.12 Nacionalidade:

6.2.13 RG: 1004174

6.2.14 Passaporte:

6.2.15 Profissão: AGRICULTOR(A)

6.2.16 Logradouro: RUA PM IVAN

6.2.17 Número: 34

6.2.18 CEP:

6.2.19 Bairro: VILA BRASÍLIA

6.2.20 Cidade: SERRA DO MEL

6.2.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

**7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**



7.1.1 Segurado: Não  
7.1.3 Chassi: \*\*\*\*\*96332  
7.1.5 Placa: MZK5304  
7.1.7 Marca: HONDA  
7.1.9 Ano do Modelo: 2010  
7.1.11 Cor do veículo: PRETA  
7.1.13 Nota Fiscal:  
7.1.15 Nome do proprietário: LUIZ NAZARENO DA COSTA  
7.1.17 Nome do condutor:  
7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:  
7.1.4 Renavam:  
7.1.6 Estado:  
7.1.8 Modelo: CG 125 FAN ES  
7.1.10 Ano de Fabricação: 2010  
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA  
7.1.14 Número do Motor:  
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

## 8. DADOS DA OCORRÊNCIA

### 9. DOS FATOS

#### 9.1 Histórico

COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA RELATAR QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO VINHA NA VILA BRASÍLIA DA SERRA DO MEL EM SUA MOTOCICLETA E COLIDIU COM A MOTOCICLETA DE RONALDO; QUE EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE TEVE UMA FRATURA EM SEU BRAÇO DIREITO CONFORME CONSTA O LAUDO MÉDICO NO PRIMEIRO ANEXO DESSE BO, TENDO REALIZADO CIRURGIA NO HOSPITAL DEOCLÉCIO EM PARNAMIRIM/RN

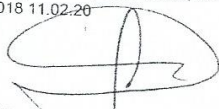
#### 9.2 Informações do CIOSP

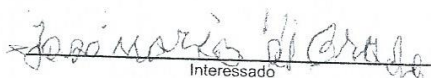
### 10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

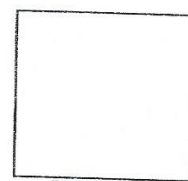
#### 11. DECLARAÇÃO

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

Data 07/12/2018 11:02:20

  
Policial

  
Interessado



Polegar direito

Atendimento: 2072289 - NISKUER BARBOSA DE ALMEIDA

Impresso por: 207.288-2 - JOSÉ VIEIRA DE CASTRO em 07/12/2018 11:03:20

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETRAN - RN**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**  
Nº 010108809509

VIA 1 COD RENAVAM 216773847 RNTRO EXERCÍCIO 2013

NOME LUIZ MAZARENO DA COSTA

CPF/CNPJ 273.765.834-91 PLACA MZK5384

PLACA ANT/UF MZK5304/RN CHASSI 9C2J04120AR096332

ESPECIE TIPO PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/MARCA/PLT/AVEL GASOLINA COMBUSTIVEL

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN ES ANO/FAB 2010 ANO/MOC 2010

CAP/ROT/CIL 90V/124 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA 8 VENC COTA ÚNICA 10/04/2013 VENC/COTAS 1º PAGO 2º PAGO 3º PAGO

PRAZO PRAZ. 2843 3X R\$ PARCELAMENTO/COTAS \*\*\*\*\*

PREMIUM TARIFARIO (R\$) 107 (R\$) 11 PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO, TAXAS DETRAN-PAGE \*\*\* LPVAT-PAGO

MOTOR: JC4E2A096332 OBSERVAÇÕES

NOSSORO/RN 20/09/2013

VALIDO

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PERSONAIS CAUSADOS POR VEICULOS**  
**VEICULOS DE MOTORES DE VARIAS CATEGORIAS QUE POSSUAM LICENÇA DE PESSOAS**  
**TRANSPORTADORA OU MAQUINARIA DE PESSOAS**

**RN Nº 010108809509 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

EXERCÍCIO 2013 DATA EMISSÃO 20/08/2013

VIA 1 CPF/CNPJ 273.765.834-91 PLACA MZK5384

RENAVAM 216773847 MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN ES

ANO/FAB 2010 CATEG. 9 CHASSI 9C2J04120AR096332

**BILHETE DE SEGURO DPVAT**

FMS (R\$) 107 (R\$) 11 CUSTO DO SEGURO (R\$) 11

CUSTO DO BILHETE (R\$) 107 (R\$) 11 CUSTO DO SEGURO (R\$) 11

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

**Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT-S/A**  
CNPJ: 09.248.608/0001-04

AGO-2012

## SINISTRO 3190202920 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** JOSE MARIA DE BRAGA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE**

**INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial Natal-RN

**BENEFICIÁRIO** JOSE MARIA DE BRAGA

**CPF/CNPJ:** 05202270429

**Posição em 06-11-2020 09:33:33**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, pois não recebemos a documentação complementar que foi solicitada em nossa última correspondência.

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
02/06/2020	PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO	
06/12/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	
11/07/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	
19/03/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	
19/03/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	





<b>ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:</b>	
<b>ANAMNESE</b>	
<b>EXAME FÍSICO</b>	
<b>IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA</b>	
<b>EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****</b>	<b>LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS</b>
<b>OUTROS</b>	
<b>CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)</b>	<b>ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span><b>Assinatura e Carimbo do Responsável</b></span> <span><b>Assinatura e Carimbo do Responsável</b></span> </div>	

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
<b>Aberiuira Ocular (AO)</b>	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem no comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 2)	2
Olhos se abrem por estímulo doloroso	1
Olhos não se abrem.	0
<b>Melhor resposta verbal (MVR)</b>	
Orientado (Resposta decorrente e apropriada às perguntas sobre seu nome, idade, onde está, está a par do dia e da noite)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (sem relação, mas sem trocas conversacionais)	3
Sons ininteligíveis. (Gemeos sem articular palavras)	2
Ausente.	1
<b>Melhor resposta motora (MRM)</b>	
Obedece a ordens verbais. ( Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirado inspecções à dor.	4
Reflexo flexo à dor (Desproteção).	3
Reflexo extensor à dor (Desertrabação).	2
Isotonia.	1

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS"		
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO	
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15	n.4
	9-12	n.3
	6-8	n.2
	4-5	n.1
	3	n.0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	16-20	n.4
	>20	n.3
	9-14	n.2
	1-8	n.1
	0	n.0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90	n.4
	70-89	n.3
	50-69	n.2
	1-49	n.1
	0	n.0

\*Escala de Trauma Revisada (RT): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Seeco W.J. Copes, et al: A revision of the Trauma score. J. Trauma 24(6) 624, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE.  
(ATLS 2005)\*

03 - Ob grave (necessidade de  
intubação imediata)  
08 - 3o moderado;  
14 - 1o leve

1974287444

Assessment of coma and impaired  
consciousness. A practical scale. Lance  
1974;2:127-131

A escala proposta aplica-se a doentes conscientes que  
colaboram com testes superiores a 3 pontos. Na Escala Qualitativa  
social-se os doentes em classificações de intensidade de sua dor  
de acordo com as seguintes definições:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4





15.708703123610393

ORTOP



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

nome: ZENILDA MARIA DE BRAGA

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

OME:

JOSÉ MARIA DE BRAGA

IDADE:

20/03/1984

COR:

SEXO:

M

ESTADO CIVIL:

SOLTEIRO

NATURALIDADE:

PARANAMIRIM

PROFISSÃO:

ADRIANA

PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO:

R. FLORENTINO LUCENA SILVA

BAIRRO:

CENTRO

DATA:

26/10/2018

HORA:

17:26

### CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐

REGULAR ☐

COM DISPNEIA ☐

CHOCADO ☐

COMATOSO ☐

C/ HEMORRAGIA ☐

EM CONVULSÃO ☐

POLITRAUMATIZADO ☐

AGITADO ☐

OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM ☐

NÃO ☐

PUPILAS,

A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)

B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

C) PRESSÃO ARTERIAL

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

TEMP.

RESPIRAÇÃO

PULSO

T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Acidente de trânsito com fratura  
em ambas as pernas

EXAME FÍSICO

CONFERE COM ORIGINAL  
Assinatura do Servidor

### SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura exp. antebraço D.





## EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

## CONDUTA

Ass. do Responsável

## DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <u>ORTOTOMIA</u>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/>
ENTREGUE À FAMÍLIA <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>		
<p><u>Rogério Santos</u> Ortopedia e Traumatologia CRM/RN 1226-SBOT 1341</p> <p>MÉDICO (Carimbo)</p>		
<p>CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)</p>		



**SUS**

Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar  
Nº 4055 / 2018

COD. 262308 999

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

citante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

cutante: O solicitante ou:

CNES:

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

ne: **98437 JOSE MARIA DE BRAGA** 34

Prontuário:

S: 708703123610393

Nascimento: 10/03/1984 Sexo: Masculino

Cor: SEM INFORMACAO

se: ZENILDA MARIA DE BRAGA

Pai:

98437 0303

lereço: 10a RUA FLAMNARION LUCENA DA SILVA, 2160 - SERRA DO MEL - SERRA DO MEL Fone: 86207263 /

ncípio: SERRA DO MEL

Código Municipal IBGE: 241335

UF: RN

CEP: 59663-000

**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**

NCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

EDA DE motocicleta COM TRAUMA EM ANTEBRAÇO DIREITO HA CERCA DE 10 DIAS  
EGB, DOR, DEFORMIDADE, LIMITAÇÃO FUNCIONAL, BOA PERFUSÃO SEM DEFICIT NEUROLÓGICO

NDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

ATAMENTO CIRURGICO

SULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

: FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO

**agnóstico Principal e Procedimento Solicitado:**

2.3 FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO\*408020423. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS O

ofissional Solicitante / Assistente:

AMON MARCELLO DE MACEDO TEIXEIRA

Ramon Marcelo M. Teixeira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 5148 / RN

Data da Solicitação 24/10/2018

**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 Trajetado CNPJ da Empresa: CNAE da Emp.: CBOR:

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

**AUTORIZAÇÃO**

rofissional Autorizador: Órgão Emissor:

ocumento: ( ) CNS ( ) CPF nº

ata da Autorização: / / Assinatura/Carimbo:

Nº Autorização da AIH:

CONFERE COM ORIGINAL

Servidor





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: JOSÉ MARIA DE BRAGA Idade: 35 D/N: 10/03/1984  
Pront.: 163945 Município: SERRA DO NEGRU Procedência: X Interno ( ) Externo  
Data da cirurgia: 27/10/18 Hora Admissão: Bloco: Sala: : Hora Saída: : Peso: :  
Alergias: X Não ( ) Sim : Comorbidades: ( ) HAS ( ) DM ( ) Outras :  
Uso de medicações: X Não ( ) Sim : Jejum: ( ) Não X Sim  
SSW Admissão: PA: : mmHg Pulso: : bpm FL: : rpm FC: : bpm SpO2: : % T: : °C

Enfermeiro(a): TATIANA Instrumentador (a): ALINE VIDAL Circulante: LUCIANA

Cirurgia: TTT CIRCULATÓRIO ANTERIOR DO DIZETO Especialidade: OCTUPEDIA Sala: 01  
Hora Início: 14:20 Hora Término: 15:40 Tipo de cirurgia: (X) Eletiva ( ) Urgência ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada  
1º Cirurgião: Dr. PEDRO MELO Aux.: Dr. P. MAGNO Residente: :

Anestesia: ( ) Local ( ) Sedação ( ) Geral TOT: (X) Bloqueio ( ) Raquidiana Ag.nº : ( ) Peridural ( ) c/cateter ( ) s/cateter  
Ag.nº : Cateter nº: : Início: : Garrote: ( ) Smarch ( ) Pneumático Início: 14:30 Término: 15:40 = 1:10  
Anestesiológico: Dr. PAULO DUARTE

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

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.	POSIÇÃO	COXIM	MMSS
FC	80	62	62	Bpm	<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	Cabeça	Anatômicos
Pulso	80	62	62	Bpm	<input type="checkbox"/> Ventral	Pescoço	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
Oximetria	98	98	98	%	<input type="checkbox"/> Lateral	Tórax	Fletidos
Capnografia	-	-	-	%	<input type="checkbox"/> Litotômica	Lombar	MMII
PA	116/60	116/46	100/47	mmHg	<input type="checkbox"/> Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
					<input type="checkbox"/> Canivete		Abduzidos
					<input type="checkbox"/> Proclive		Fletidos

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

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

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)	_____

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO		
( ) Sim (X) Não ( ) Metal ( ) Descartável		
Local:		
DEGERMAÇÃO		TRICOTOMIA
(X) Sim ( ) Não		(X) Sim ( ) Não
Local:	Solução:	Local: 1.3.1

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos: <u>:</u>
Tela: <u>:</u>
Cateter: <u>:</u>
Ostomia: <u>:</u>
Fio de KC: <u>:</u> Parafuso - tipo: <u>ORTICAIS</u>
Placa - Tipo: <u>DEP 8 F. 3.5</u>
Outros: <u>:</u>

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: <u>35 + básica + p. COORDADE</u> Quant. Material: <u>:</u>
Val.: <u>0313113</u> Contagem de gaze e compressa: <input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Sim







HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA  
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO  
**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

( ) Hemoconcentrado \_\_\_\_\_ Unid.  
( ) Albumina \_\_\_\_\_ Unid.

**HEMOTRANSFUSÃO:**  
( ) Plasma \_\_\_\_\_ Unid.  
( ) Expansor plasmático \_\_\_\_\_ Unid.

( ) Plaquetas \_\_\_\_\_ Unid.

REFARFIMA 200 mg h: 14:40  
h: \_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_

**MEDICAÇÕES UTILIZADAS**

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

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

( ) Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml  
( ) Soro Glicosado: \_\_\_\_\_ ml

**HIDRATAÇÃO VENOSA**  
( ) Soro Ringer Simples: \_\_\_\_\_ ml  
( ) Soro Ringer Lactato: 1500 ml

Quantidade total de volume administrado: \_\_\_\_\_

☒ Não ( ) Sim **Peça:**

**ANATOMO PATOLÓGICO**

Swab para cultura: \_\_\_\_\_

Peça para sepultamento: ☒ Não ( ) Sim  
Líquido: \_\_\_\_\_

**CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES**  
FO de aspecto: ☒ limpo ( ) d/ exsudato ( ) Contaminada ( ) Aparelho gessado ☒ Bandagens ( ) Talas ( ) Outros:

**INTERCORRÊNCIAS:** 15:40 TERMINO DO PROCEDIMENTO SEM INTERCORRÊNCIAS  
PE DEBUE ADS EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM.

Ass: [Assinatura] Coren: 322-643

**CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO**

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

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

Hora: 15:45 Data: 29/10/18 Nível de consciência: ☒ Acordado ( ) Sonolento ( ) Narcose ☒ Orientado  
( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Choro **Vias aéreas:** ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) cânula de Guedel ( ) Cateter O<sub>2</sub> ☒ O<sub>2</sub> Ambiente  
Mobilização MMII: ☒ Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade **Mobilização MMSS:** ☒ Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade  
Venoclise: ( ) Não ☒ Sim Tipo: AVP Local: \_\_\_\_\_ Sondas: ( ) Gástrica ( ) Enteral ( ) Vesical  
Drenos: ( ) Sucção ( ) Torácico ( ) Penrose ( ) Kherr Ostomias: ( ) Sim ☒ Não Especifique: \_\_\_\_\_  
Irrigação vesical contínua: ( ) Retorno satisfatório ( ) Retorno Insuficiente ( ) Coágulos

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

**INTERCORRÊNCIAS NA URPA** ( ) Náuseas ( ) Vômitos ( ) Sangramento ( ) Dor ( ) Bexigoma ( ) Alteração PA ( ) Alteração FC  
Relate: \_\_\_\_\_

**SINAIS VITAIS**

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	—	90	—	—	99	2/5
30'	—	87	—	—	98	2/5
60'	—	91	—	—	99	2/5
Alta						

**Líquidos administrados na URPA:**

Soro glicosado: \_\_\_\_\_ ml  
Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml  
Ringer: \_\_\_\_\_ ml  
Irrigação vesical contínua: \_\_\_\_\_ ml

**Medicações administradas URPA:**

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

**Eliminações:**

	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:** PACIENTE EVOLUINDO PARA BAIXO X.

Ass: [Assinatura] Coren: 50406











Hospital

Nome do paciente

Nº prontuário

Data da operação

Enf.

Leito

Operador

1º auxiliar

Instrumentador

Auxiliar

3º auxiliar

Anestesista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Tipo de operação

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Ocorridos durante a operação

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

PACIENTE SOB AUSENCIA, ASEPSIA  
CAMPOS, INCISÕES POSTERIORES, DISSECÇÃO  
RESSECÇÃO, PLACA DCP COM 08 FURROS DO  
RADIO, 07 PARAFUSOS CORTICAIS, PLACA COM  
05 FURROS NA ULNHA E 04 PARAFUSOS CORTI-  
CAIS. SUTURADO POR PLACAS, CURATIVO

Dr. Carlos Wagner P. da Carmo  
Ortopedista - Traumatologia  
Perito em Traumatologia  
CRM-2106 - TEOT 5981  
CPF: 188.304.804-44

CONFERE COM ORIGINAL

Servidor





## Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria		Leito		Nº prontuário	
Nome		Idade		Sexo		Cor	
Data		Pressão arterial		Pulso		Respiração	
Tipo sanguíneo		Hematias		Hemoglobina		Hematócrito	
		Urina		Glicemia		Uréia	
Ap. respiratório		Asma		Bronquite			
Ap. circulatório		Eletrocardiograma					
Ap. digestivo		Dentes		Pescoço		Ap. urinário	
Estado mental		Atarácicos		Corticoides		Alergia	
Diagnóstico pré-operatório		Estado físico		Risco			
Anestesias anteriores							
Medicação pré-anestésica		Aplicada às		Efeito			
Agentes Anestésicos							
Líquidos							
Opar							
Anest.							
P Pulso							
O Resp.							
IMBOLOS							
E							
NOTAÇÕES							
POSIÇÃO							
Medicamentos							
Técnica							
Procedimento							
Cirurgiões							
Anestesistas							
Observações							
Total no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias							





BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 28355 /2018

Admissão: 14/10/2018 13:42:18

of

**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE**Paciente: **24487** - JOSE MARIA DE BRAGA (34 a 7 m 4 d)

**Nascimento:** 10/03/1984

Natural: FRUTUOSO GOMES.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 708703123610393

CPF: 05202270429

Prof:

Mãe: ZENILDA MARIA DE BRAGA

Pai: MAURICIO JANUARIO DE BRAGA

Logradouro: FLAMARION LUCENA DA SILVA, 21600

CEP: 59663000

Bairro: VILA BRASILIA

Cidade: SERRA DO MEL

Telephone: 84.986207263 84 986207263

Compl:

**Motivo**(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

**Tipo:** REGULADO

**Origem: AMBULANCIA OUTRO**

\*Empresa:

[illegible]

**HISTÓRIA - EXAME FÍSICO**

Queixas: TRAUMA EM RADIO DIR AGORA APOS COLISAO MOTO X MOTO SEM CAPACETE

Hora: :

Queda de modo osso colado  
com outras partes, apresentando  
fracturas de osso branco dentro  
(fracturas). Proeminente da fenda do

Solicito Rx de Anticídios - D  
para o tratamento do

Diagn. Inicial:

Elio Alves de Almeida

**PRESCRIÇÃO:**

PRESCRIÇÃO:	CRM	VIA 190	HORÁRIO	ASSINT.
<p><i>Volpary - Frey - Jm</i></p> <p><i>Ello Sales de Almeida</i> CRM/RN 1905</p> <p>HOSPITAL REGIONAL LANCISIO MAMA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SANEAMENTO 10/12/18 <i>Neuza Caputo</i> SANEAMENTO <i>mp 69.328-6</i></p>			<p><i>14.00</i></p> <p><i>11.486</i></p>	

\*Saída: - ☐ Decisão médica; ☐ Outro Serviço; ☐ Evasão; ☐ Óbito ☐ Interna: CID \_\_\_\_\_

Proc.

Data: / / 18. H<sup>rs</sup>: : Ass. Médico:

\*Gerado via SX por KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA. Impresso em 14 de Outubro de 2018.



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 06/11/2020 10:43:08

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110610430759300000059922329>

Número do documento: 20110610430759300000059922329

Num. 62481121 - Pág. 2

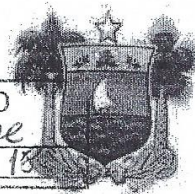




SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **55261** /2018 FATURADO  
Admissão: **24/10/2018 10:14:19**

EM 24/10/18



**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE**

Paciente: **98437 - JOSE MARIA DE BRAGA** (34 a 7 m 14 d)  
Nascimento: 10/03/1984 Natural: FRUTUOSO GOMES. BRASIL

Sexo: M Cor: SEM  
INFORMACAO

CNS: 708703123610393

CPF: 05202270429

Prof:

Mãe: ZENILDA MARIA DE BRAGA

Pai:

Logradouro: FLAMNARION LUCENA DA SILVA, 2160

CEP: 59663000

Bairro: SERRA DO MEL

Cidade: SERRA DO MEL

Telefone: 84 .86207263

Compl: CENTRO

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA  
Origem: AMBUL. INTERIOR

Tipo: REFERENCIADO  
\*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 24/10/2018 10:10:03				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

**HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA**

Queixas: QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA - TRAUMA EM MSD

TROUXE RX

Hora: \_\_\_\_\_

*Relato em primeira mão de vítima  
de trauma no tórax há 10 dias  
sendo paciente em estado grave  
com toda avaliação*

**EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)**

A  
B  
C  
D  
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

\*Saída: -

CONFERE COM ORIGINAL  
DATA: 24/10/18  
MAT. Nº. 55261  
ASSINATURA



EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)		
A		
B		
C		
D		
E		
A(ALERGIAS) _____		
M(MEDICAÇÃO EM USO) _____		
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	
CONDUTA PRIMARIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS	OUTROS	
	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	
<b>ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE</b>		
ESPECIALISTA 1	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3	HORA:	DATA:
<b>DESTINO DO PACIENTE:</b>		
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: DATA / / HORA		
SAÍDA: ( ) DECISÃO MÉDICA ( ) REVELIA ( ) TRANSFERIDO PARA:		
OBITO: DATA / / HORA		
ENTREGUE À FAMÍLIA ( ) COM ATESTADO ( ) S.V.O ( ) ITEP		





5 - AVALIE REPERTECÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 5 - SE APRIENHA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA), 6 - AVALIE PULSO CARÓTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE). 7 - SE PULSO AUSNTE, INICIE COMPRESSÕES TORÁXICAS, 100MMIN (PROPORÇÃO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DEA. 8 - DEA DISPONÍVEL • ANALISE O PRIMO E PRIMO CIRCULARES

9 - RITMO NÃO CHOCÁVEL • DETECOR MONITORA

ELEMENTOS DA ESCALA A DE COMA E GLASGOW	
Abertura dos olhos (AO)	4
Clonico se abtem espontaneamente.	3
Outros se abtem no comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assimilar melhor a. se não.)	2
Outros se abtem por estímulo doloroso	1
Outros não se abtem.	0
Melhor resposta verbal (MRV)	4
Outros não se abtem.	3
Comando e resposta verbal (CVR)	2
Outros não se abtem.	1
Comando (resposta às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	1
Palavras ininteligíveis (palavras isoladas, mas sem frases compreensíveis)	0
Som ininteligível. (Gemeidos sem palavras compreensíveis)	0
Assente.	0
Melhor resposta motora (MRM)	4
Obedece a ordens verbais. (Parceles simples quando não é ordenado.)	3
Localiza membros doloroso.	2
Movimentos inapropriados e des.	1
Reflexo de Moro e do Decortaggio.	0
Reflexo extensor e do Decortaggio.	0
Sem resposta motora.	0

DISCRIMINADOR		ESCALA DE COMA		FREQUENCIA RESPIRATORIA		PRESSÃO ARTERIAL	
13,50	4	6-10	3	10-20	4	> 80	3
12,50	3	4-6	2	6-10	3	50-70	2
11,50	2	4-6	1	6-10	2	40-50	1
10,50	1	4-6	0	6-10	1	30-40	0
9,50	0	4-6	0	6-10	0	20-30	0
8,50	0	4-6	0	6-10	0	10-20	0
7,50	0	4-6	0	6-10	0	0-10	0
6,50	0	4-6	0	6-10	0	0-10	0
5,50	0	4-6	0	6-10	0	0-10	0
4,50	0	4-6	0	6-10	0	0-10	0
3,50	0	4-6	0	6-10	0	0-10	0
2,50	0	4-6	0	6-10	0	0-10	0
1,50	0	4-6	0	6-10	0	0-10	0
0,50	0	4-6	0	6-10	0	0-10	0

J. Trauma 29(5) 624, 1988.

[illegible]

<b>ANAMNESE</b> ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:		<b>EXAME FÍSICO</b> IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
<b>LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS</b> OUTROS		<b>EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***</b>	
<b>ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM</b>		<b>CONDLTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)</b>	
<b>Assinatura e Carimbo do Responsável</b>		<b>Assinatura e Carimbo do Responsável</b>	

5 - AVALIAR RESPOSTA DO VEH. UIVAR, SENTIR. 6 - SE ABREVA, APRIQUE 2 VENTILADORES DE RESGATE (DISPOSITIVO BO SA, VALVA, MÁSCARA). 7 - SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSÕES TORÇÕES, 10 MIN. PROPORÇÃO 30:2. ATE A CHEGADA DO DEB. 8 - DEB. DISPONÍVEL. ANÁLISE O RITMO. 9 - RITMO CHOCAVEL. APRIQUE 3 CHOQUE 360 (200 V) DE 500 Hz. BRASCO. E RENDECE MCP. 10 - RITMO NÃO CHOCAVEL. RENDECE RCP 2/3. 11 - AVALIE O RITMO A CADA 5 CICLOS. 12 - NÃO MCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR. OU CASO A VÍTIMA SE MEXA. 13 - COLÓQUE A ENFOSCA DO REF. E REABRIR AVALIAR



SUS-708703123610393

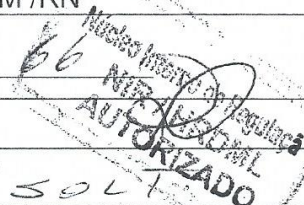
ORTOP



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

MOR: ZENILDA MARIA DE BRAGA

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº



NOME: JOSÉ MARIA DE BRAGA

IDADE: 20/03/1984 COR: SEXO: M ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: PAVÃOZINHA PROFISSÃO: ARIETE PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: R. FLORIANO LUCENA SILVA BAIRRO: CENTRO

CIDADE: SERRA DO MEL DATA: 26/10/2018 HORA: 11:26

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

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

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

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.
-------	------------	-------	------

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA) *fratura esp. antebraço D*

EXAME FÍSICO



SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL *Fratura esp. antebraço D*





# EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

## CONDUTA

Ass. do Responsável

## DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <u>ORTOPEDIA</u>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/>
ENTREGUE À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
<u>Rogério Santos</u> Ortopedia e Traumatologia CRM/RN 1226-SBOT 1341 MÉDICO (Carimbo)		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



**SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar  
Nº 4055 / 2018

COD 262308 999

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

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

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

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**Nome: **98437 JOSE MARIA DE BRAGA** 34

Prontuário: \_\_\_\_\_

CNS: 708703123610393

Nascimento: 10/03/1984 Sexo: Masculino

Cor: SEM INFORMACAO

Mãe: ZENILDA MARIA DE BRAGA

Pai: \_\_\_\_\_

Endereço: 10a RUA FLAMNARION LUCENA DA SILVA, 2160 - SERRA DO MEL - SERRA DO MEL Fone: 86207263 / **98415 0303**

Município: SERRA DO MEL

Código Municipal IBGE: 241335

UF: RN

CEP: 59663-000

**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

QUEDA DE motocicleta COM TRAUMA EM ANTEBRAÇO DIREITO HA CERCA DE 10 DIAS  
AE: EGB, DOR, DEFORMIDADE, LIMITAÇÃO FUNCIONAL, BOA PERFUSÃO SEM DEFICIT NEUROLÓGICO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

TRATAMENTO CIRURGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX: FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO

**Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:**

S52.3 FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO\*408020423. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS O

Profissional Solicitante / Assistente:

RAMON MARCELLO DE MACEDO TEIXEIRA

Ramon Marcello M. Teixeira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN - 5148

CRM:

5148 / RN

Data da Solicitação 24/10/2018

**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 CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_ CNAE da Emp.: \_\_\_\_\_ CBOR: \_\_\_\_\_

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

**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

Documento: ( ) CNS ( ) CPF nº \_\_\_\_\_

Data da Autorização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_

**Nº Autorização da AIH:**096921-0  
CONFERE COM ORIGINAL  
Servidor  
S. Baulo





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: <u>JOSÉ MARIA DE BRAGA</u>		Idade: <u>35</u> D/N: <u>10/03/1984</u>		
Pront.: <u>163945</u> Município: <u>SERRA DO NEP</u>		Procedência: <input checked="" type="checkbox"/> Interno ( ) Externo		
Data da cirurgia: <u>27/10/18</u> Hora Admissão: Bloco: Sala: Hora Saída: Peso:				
Alergias: <input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Sim Comorbidades: ( ) HAS ( ) DM ( ) Outras				
Uso de medicações: <input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Sim Jejum: ( ) Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim				
SSW Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm FL: rpm FC: bpm SpO2: % T: °C				
Enfermeiro(a): <u>TATIANA</u> Instrumentador (a): <u>ALINE VIDAL</u> Circulante: <u>LUCIANA</u>				
Cirurgia: <u>TTT CIRCUNCISAO ANTESZACO DIZEITO</u> Especialidade: <u>ODONTOLOGIA</u> Sala: <u>01</u>				
Hora Início: <u>14:20</u> Hora Término: <u>15:40</u> Tipo de cirurgia: (x) Eletiva ( ) Urgência ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada				
1º Cirurgião: <u>DOUTOR PEDRO MELO</u> Aux.: <u>DOUTOR MAGNO</u> Residente:				
Anestesia: ( ) Local ( ) Sedação ( ) Geral TOT: (x) Bloqueio ( ) Raquidiana Ag.nº ( ) Peridural ( ) c/cateter ( ) s/cateter				
Ag.nº Cateter nº: Início: Garrote: ( ) Smarch ( ) Pneumático Início: <u>14:30</u> Término: <u>15:40</u> = <u>1:10</u>				
Anestesiologista: <u>DOUTOR PAULO DUARTE</u>				
<b>NEUROMUSCULAR</b>	<b>PELE/HIGIENE</b>	<b>CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO</b>	<b>DISPOSITIVOS</b>	<b>MONITORIZAÇÃO</b>
<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 type="checkbox"/> Letárgico	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Íntegra	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Diprifusor
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input type="checkbox"/> C/lesões	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<input type="checkbox"/> t/ dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input type="checkbox"/> Eupnéia	<input type="checkbox"/> Cistostomia	
<input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno:	
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input type="checkbox"/> Dispositivo O <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input type="checkbox"/> Manchas		<input type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> Amputações	<input type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input type="checkbox"/> Talas	
<b>SINAIS VITAIS</b>	<b>POSICÃO</b>	<b>COXIM</b>	<b>MMSS</b>	
FC	<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	Cabeça	Anatômicos	
Pulso	<input type="checkbox"/> Ventral	Pescoço	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos	
Oximetria	<input type="checkbox"/> Lateral	Tórax	Fletidos	
Capnografia	<input type="checkbox"/> Litotômica	Lombar	<b>MMII</b>	
PA	<input type="checkbox"/> Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos	
	<input type="checkbox"/> Canivete		Abduzidos	
	<input type="checkbox"/> Proclive		Fletidos	
<b>ACESSO VENOSO</b>		<b>PLACA DO BISTURI ELÉTRICO</b>		
<input type="checkbox"/> Punção Arterial		( ) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Metal ( ) Descartável		
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica <u>veio</u>		Local:		
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Central		<b>DEGERMAÇÃO</b>		
<input type="checkbox"/> Dissecção venosa		(x) Sim ( ) Não		
Local:		Local: <u>M. 5 J</u>		
Cateter:		<b>TRICOTOMIA</b>		
<b>SONDAGEM GÁSTRICA</b>		(x) Sim ( ) Não		
<input type="checkbox"/> SNG nº		Local:		
Retorno:		<b>IMPLANTE CIRÚRGICO</b>		
<b>CATETERISMO VESICAL</b>		Drenos:		
<input type="checkbox"/> SVF nº <input type="checkbox"/> SVA nº		Tela:		
Diurese:		Cateter:		
Profissional responsável:		Ostomia:		
<b>EXAMES SOLICITADOS</b>		Fio de KC:		
( ) Hemograma		Parafuso - tipo: <u>COITICAIS</u>		
( ) Gásometria		Placa - Tipo: <u>Dep 8 f. 3.5</u>		
( ) Coagulograma		Outros:		
( ) Outros		<b>ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO</b>		
( ) Tipagem Sanguínea		Caixa cirúrgica: <u>35 + básica + p.c. 4002</u> Quant. Material:		
( ) Glicosimetria:		Val.: <u>00131138</u> Contagem de gaze e compressa: <input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Sim		
( ) Radioscopia (Raio X)				







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

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

( ) Hemoconcentrado \_\_\_\_\_ Unid.  
( ) Albumina \_\_\_\_\_ Unid.

**HEMOTRANSFUSÃO:**  
( ) Plasma \_\_\_\_\_ Unid.  
( ) Expansor plasmático \_\_\_\_\_ Unid.

( ) Plaquetas \_\_\_\_\_ Unid.

cefazolina 2g IV h: 14:40  
h: \_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_

**MEDICAÇÕES UTILIZADAS**

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

( ) Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml  
( ) Soro Glicosado: \_\_\_\_\_ ml

**HIDRATAÇÃO VENOSA**  
( ) Soro Ringer Simples: \_\_\_\_\_ ml  
( ) Soro Ringer Lactato: 1500 ml

Quantidade total de volume administrado: \_\_\_\_\_

☒ Não ( ) Sim **Peça:**

**ANATOMO PATOLÓGICO**

Swab para cultura: \_\_\_\_\_

Peça para sepultamento: ☒ Não ( ) Sim

Líquido: \_\_\_\_\_

**CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES**  
FO de aspecto: ☒ limpo ( ) c/ exsudato ( ) Contaminada ( ) Aparelho gessado ☒ Bandagens ( ) Talas ( ) Outros:

**INTERCORRÊNCIAS:** 15:40 TERMINO DO PROCEDIMENTO  
PE DEQUE ADS EVITADOS DA ENFERMAGEM. SEM INTERCORRÊNCIAS

Ass: [Assinatura] Coren: 322-643

**CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO**

Nível de consciência: ☒ Consciente ( ) Inconsciente ☒ Narcose ( ) Coma ( ) Vigil ( ) Agitado  
Respiratório: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ☒ O<sub>2</sub> ambiente **Curativo:** ☒ Oclusivo ( ) Compressivo ( ) Bolsa de colostomia ( ) Outro: \_\_\_\_\_  
Diurese: ( ) Espontânea ( ) Normal ( ) Hematúria ( ) Irrigação Vesical ( ) Oligúrico **Destino após a cirurgia:** EL0

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

Hora: 15:45 Data: 29/10/18 Nível de consciência: ☒ Acordado ( ) Sonolento ( ) Narcose ☒ Orientado  
( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Choro **Vias aéreas:** ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) cânula de Guedel ( ) Cateter O<sub>2</sub> ☒ O<sub>2</sub> Ambiente  
Mobilização MMII: ☒ Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade **Mobilização MMSS:** ☒ Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade  
Venoclise: ( ) Não ☒ Sim Tipo: AVP Local: \_\_\_\_\_ Sondas: ( ) Gástrica ( ) Enteral ( ) Vesical  
Drenos: ( ) Sucção ( ) Torácico ( ) Penrose ( ) Kherr Ostomias: ( ) Sim ☒ Não Especifique: \_\_\_\_\_  
Irrigação vesical contínua: ( ) Retorno satisfatório ( ) Retorno Insuficiente ( ) Coágulos

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

**INTERCORRÊNCIAS NA URPA** ( ) Náuseas ( ) Vômitos ( ) Sangramento ( ) Dor ( ) Bexigoma ( ) Alteração PA ( ) Alteração FC  
Relate: \_\_\_\_\_

**SINAIS VITAIS**

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	—	<u>90</u>	—	—	<u>99</u>	<u>NAO</u>
30'	—	<u>87</u>	—	—	<u>98</u>	<u>NAO</u>
60'	—	<u>91</u>	—	—	<u>99</u>	<u>NAO</u>
Alta						

**Líquidos administrados na URPA:**

Soro glicosado: \_\_\_\_\_ ml  
Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml  
Ringer: \_\_\_\_\_ ml  
Irrigação vesical contínua: \_\_\_\_\_ ml

**Medicações administradas URPA:**

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

**Eliminações:**

	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:** PACIENTE EVOLUINDO PARA BAIXO X.

Ass: Sayonara Coren: 504067







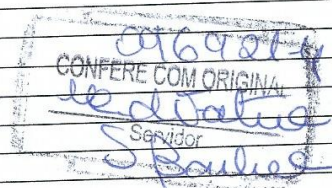
Hospital		Nº prontuário
Nome do paciente <b>JOSE MARIA DE BRAGA</b>		
Data operação <b>29/10/18</b>	Enf.	Leito
Operador <b>DEDIR MACHO</b>	1º auxiliar <b>CARLOS MAGNO</b>	Instrumentador <b>ALICE</b>
2º auxiliar <b>PAULO DUARTE</b>	3º auxiliar	Tipo de anestesia <b>BL. PLEXO BRAQUIAL</b>
Anestesista		
Diagnóstico pré-operatório <b>FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRACO DIREITO</b>		
Tipo de operação <b>TTO CIRURGICO COM FIXAÇÃO INTERNA</b>		
Diagnóstico pós-operatório		
Relatório imediato do patologista		
Exame radiológico no ato		
Acidente durante a operação		

#### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

PACIENTE SOB AUSENCIA, ASEPSIA  
CAMPOS, INCISÕES POSTERIORES, DISSECAÇÃO  
REDUÇÕES, PLACA DCP COM OS FURROS DO  
RADIO, 04 PARAFUSOS CORTICAIS, PLACA COM  
OS FURROS NA ULNA E 04 PARAFUSOS CORTI-  
CAIS. SUTURADO POR PLACAS, CURATIVO

  
Dr. Carlos Magno P. de Carmo  
Ortopedista - Traumatologia  
Perito em Traumatologia  
CRM 2406 - TEOT 5981  
CPF: 188.304.804-44





Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

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

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

JOSE MARIA DE BRAGA

6- NUMERO DO PRONTUÁRIO

163945

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

708 7031 2361 0393

8- DATA DE NASCIMENTO

10/03/1984

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/COR

11- NOME DA MAE

ZENILDA MARIA DE BRAGA

12- TELEFONE DE CONTATO

98620-7263

13- NOME DO RESPONSÁVEL

DEJACI FLORENCIO (ESPOSA)

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA FLAMARION LUCENA DA SILVA, 2160

16- MUNICÍPIO

SERRA DO MEL

17- BAIRRO

VILA BRASILIA

18- UF

RN

19- CEP

59663-000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fratura do antebraço direito

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Aime

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

Exame Rx + RX

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

S32.4

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

fratura do antebraço direito

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

Dr. Carlos Augusto N. P. de  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgião do Membro Superior  
CRM/RN 7093 / TEO 1513

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- ( ) AC. TRANSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SERIE

37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- ( ) ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGAO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

59663-000  
CONFERE COM ORIGINAL  
Secretaria  
S. Paulo







PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA DO MEL/RN  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UNIDADE MISTA DR. SILVIO ROMERO DE LUCENA

RECEITUÁRIO

Ao HRTM.

Paciente José Maria  
de Braga, 35 anos,  
Apresenta fratura de  
antebraço D, decorrente  
de batida (moto/moto)

CD: SRL - 1000ml - IV.

- Tramul - 100mg +  
100ml - 5% 9% - IV.

14/10/18.

Antônia Oliveira  
Médica  
CRM 101.1847

Rua Severino Lázaro da Costa, S/N - Vila Brasília - Serra do Mel - RN  
CEP: 59.330-000 - CNPJ: 10.876.864/0001-13 - Fone: 84 3334-0238



**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE**

Paciente: **24487** - JOSE MARIA DE BRAGA (34 a 7 m 4 d)

Nascimento: 10/03/1984

Natural: FRUTUOSO GOMES.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 708703123610393

CPF: 05202270429

Prof:

Mãe: ZENILDA MARIA DE BRAGA

Pai: MAURICIO JANUARIO DE BRAGA

Logradouro: FLAMARION LUCENA DA SILVA, 21600

CEP: 59663000

Bairro: VILA BRASILIA

Cidade: SERRA DO MEL

Telefone: 84.986207263 84 986207263

Compl:

**Motivo**(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

**Tipo:** REGULADO

**Origem:** AMBULANCIA OUTRO

\*Empresa:

[illegible]

## HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: TRAUMA EM RADIO DIR AGORA APOS COLISAO MOTO X MOTO SEM CAPACETE

Hora: :

Queda de modo osso colado  
com o outro, apresentando  
fracturas de parte braco direita  
(fracturas). Proximidade da ferida ab-  
nal.

Solicitado. R<sub>2</sub> de Outubro - D  
para o tratamento do

Diagn. Inicial:

**PRESCRIÇÃO:**

Elia Sales de Almeida  
CRM 1905

PRESCRIÇÃO:

Elio Sales de Almeida  
CRM/RN 1905

## VIA 1905 HORÁRIO

**ASSINT.**

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

~~SAME MOSSORÓ~~

SAME/AROUND

mpat. 64.228-0

\*Saída: - ( ) Decisão médica; ( ) Outro Serviço; ( ) Evasão; ( ) Óbito ( ) Interna: **CID**

Proc.

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/18. **Hr:** \_\_\_\_:\_\_\_\_ **Ass. Médico:** \_\_\_\_\_

\*Gerado via SX por KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA. Impresso em 14 de Outubro de 2018.



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 06/11/2020 10:43:09

<https://pie1q.tirn.ius.br:443/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110610430901000000059922330>

Número do documento: 20110610430901000000059922330

Num. 62481122 - Pág. 2



ORTOPEDIA 14:19

- Rx MB D: Fr. rádio + ulna (distal).
- EP: +m axw puma
- Amw m cbr
- evento necessário de cirurgia

DR. Gilson Queiroz  
CRM 6231  
Ortopedia e Traumatologia  
TJOT - 14590

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MARI  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
SOME MOSSORO  
SOME/ARQUIVO  
10.12.18  
Neuma Galdino  
mp. 69.528.6





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

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

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2- CNES	
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA		4- CNES 3515168	
Identificação do Paciente			
5- PACIENTE JOSE MARIA DE BRAGA		6- NUMERO DO PRONTUÁRIO 163945	
7- CARTAO NACIONAL/SUS 708 7031 2361 0393	8- DATA DE NASCIMENTO 10/03/1984	9- SEXO MASCULINO	10- RAÇA/COR
11- NOME DA MAE ZENILDA MARIA DE BRAGA		12- TELEFONE DE CONTATO 98620-7263	
13- NOME DO RESPONSÁVEL DEJACI FLORENCIO (ESPOSA)		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA FLAMARION LUCENA DA SILVA, 2160			
16- MUNICIPIO SERRA DO MEL	17- BAIRRO VILA BRASILIA	18- UF RN	19- CEP 59663-000
Justificativa de Internação			
20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS fratura do antebraço direito			
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Acima			
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Exame Rx + RX			
23- DIAGNOSTICO INICIAL 552.4	24- CID 10 PRINCIPAL	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
Procedimento Solicitado			
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO fratura do antebraço direito		28- CODIGO DO PROCEDIMENTO	
29- CLINICA Dr. Carlos Augusto N. de Ortopedia e Traumatologia CRM/RN 7093 / TEO 513	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. Carlos Augusto N. de Ortopedia e Traumatologia CRM/RN 7093 / TEO 513	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)			
36- ( ) AC. TRÁNSITO	39- CNPJ DA SEGURADORA	40- Nº DO BILHETE	41- SERIE
37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNAE DA EMPRESA	44- CBOR
38- ( ) ACI. TRABALHO TRAJETO			
45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO			
Autorização			
46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47- COD. ORGÃO EMISSOR	52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48- DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		



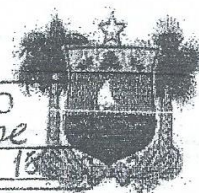




SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 55261 / 2018 ATURADO  
Admissão: 24/10/2018 10:14:19

EM 24/10/18



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 98437 - JOSE MARIA DE BRAGA (34 a 7 m 14 d)

Nascimento: 10/03/1984 Natural: FRUTUOSO GOMES. BRASIL

Sexo: M Cor: SEM  
INFORMACAO

CNS: 708703123610393

CPF: 05202270429

Prof:

Mãe: ZENILDA MARIA DE BRAGA

Pai:

Logradouro: FLAMNARIUM LUCENA DA SILVA, 2160

CEP: 59663000

Bairro: SERRA DO MEL

Cidade: SERRA DO MEL

Telefone: 84 .86207263

Compl: CENTRO

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

\*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 24/10/2018 10:10:03

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA - TRAUMA EM MSD

TROUXE RX

Hora: \_\_\_\_\_

*Relato de sintomas de trauma  
de tanto tempo há mais de 10 dias  
sendo piorando em cada semana  
com uma bola vermelha*

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	
B	
C	
D	
E	

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

\*Saída: -

CONFIRMAÇÃO ORIGINAL  
DATA: 15/10/18  
MAT. Nº: 15/10/18  
ASSINATURA: [assinatura]





ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2

ANÁLISE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐A Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐S.V.O. ☐L.T.E.P. ☐

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐A Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐S.V.O. ☐L.T.E.P. ☐

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

Médico (Carimbo)  
 Ramon Marcelo M. Teixeira  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM/RN - 5148



EXAME FÍSICO (SELECIONÁRIO)	
A	
B	
C	
D	
E	
A(ALERGIAS) _____	
M(MEDICAÇÃO EM USO) _____	
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
	OUTROS
CONDUTA PRIMARIA@MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
<b>ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE</b>	
ESPECIALISTA 1	HORA: _____ DATA: _____
ESPECIALISTA 2	HORA: _____ DATA: _____
ESPECIALISTA 3	HORA: _____ DATA: _____
<b>DESTINO DO PACIENTE:</b>	
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: _____ DATA / / HORA	
SAÍDA: ( ) DECISÃO MÉDICA ( ) REVELIA ( ) TRANSFERIDO PARA: _____	
ÓBITO: DATA / / HORA	
ENTREGUE À FAMÍLIA ( ) COM ATESTADO ( ) S.V.O ( ) ITEP	





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró  
Alameda das Carinaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

[Seguro obrigatório - DPVAT]

PROCESSO Nº 0817844-08.2020.8.20.5106

### DESPACHO

Vistos em correição.

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC/15), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139, VI do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15(quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 15 dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida(CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para os colimados fins.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo comum de 15(quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.





Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz(CPC, art. 178, II), dê-se vista ao Representante do Ministério Público, pelo prazo de 05(cinco) dias.

Adotadas as supraexpostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 6 de novembro de 2020

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

Juíza de Direito





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró  
Alameda das Carinaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

[Seguro obrigatório - DPVAT]

PROCESSO Nº 0817844-08.2020.8.20.5106

### DESPACHO

Vistos em correição.

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC/15), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139, VI do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15(quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 15 dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida(CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para os colimados fins.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo comum de 15(quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.





Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz(CPC, art. 178, II), dê-se vista ao Representante do Ministério Público, pelo prazo de 05(cinco) dias.

Adotadas as supraexpostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 6 de novembro de 2020

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

Juíza de Direito

