



Número: **0813383-22.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO SUMÁRIO**

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

Última distribuição: **20/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 0,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
RAISSA PEREIRA LOPES (AUTOR)	ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA (ADVOGADO)
PORTO SEGURO S/A (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
9936278	04/04/2017 08:39	<u>ADM</u>	Documento de Comprovação
9936287	04/04/2017 08:39	<u>bo</u>	Documento de Comprovação
9936359	04/04/2017 08:39	<u>boletim de urgencia 2</u>	Documento de Comprovação
9936375	04/04/2017 08:39	<u>comprovante de residencia</u>	Documento de Identificação
9936423	04/04/2017 08:39	<u>boletim de urgencia 1</u>	Documento de Comprovação
9936440	04/04/2017 08:39	<u>procuração</u>	Procuração
9936460	04/04/2017 08:39	<u>prontuario cirurgico 1</u>	Documento de Comprovação
9936493	04/04/2017 08:39	<u>rg cpf</u>	Documento de Identificação

SINISTRO 3170057641 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RAISSA PEREIRA LOPES

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RECEPTORA DO SINISTRO TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO RAISSA PEREIRA LOPES

CPF/CNPJ: 11118662440

Posição em 30-03-2017 09:53:01

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
21/02/2017	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE LAJES
Endereço: PRAÇA MONCENHOR VINCENTE DE PAULA, 44, CENTRO, LAJES

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2016180000256

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 05/09/2016 12:33:33

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 31/07/2016 13:00:00

2.3 Fato: Consumado

2.4 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: S/N

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RN 129

2.9 CEP: 59.535-000

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: LAJES

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: RAÍSSA PEREIRA LOPES

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.5 Mãe: FRANCISCA PEREIRA LOPES

3.4 Pai: RAIMUNDO GUILHERME LOPES

3.7 Sexo: FEMININO

3.6 Data de Nascimento: 04/04/1995

3.9 CPF: 11118662440

3.8 RG: 002842197 - ITEP/RN

3.11 Nacionalidade:

3.10 Passaporte:

3.13 Profissão: ESTUDANTE

3.12 Naturalidade: NATAL - RN

3.15 Telefone(s): 84 996278923

3.14 E-Mail:

3.17 Número: 7

3.16 Logradouro: RUA VEREADOR MAEL QUERINO

3.19 Bairro: CENTRO

3.18 CEP: 59535000

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.20 Cidade: LAJES

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: *****00802

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: MXO9002

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: YAMAHA

7.1.8 Modelo: XTZ 125K

7.1.9 Ano do Modelo: 2006

7.1.10 Ano de Fabricação: 2005

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: VANDON FELIPE MIRANDA DE MELO

7.1.16 Vínculo com a

7.1.17 Nome do condutor:

Ocorrência:

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

QUE ESTAVA VINDO DO MUNICÍPIO DE PEDRA PRETA/RN NO DIA 31/07/2016, POR VOLTA DAS 12HS; QUE QUANDO FOI PRÓXIMO DE UMA CURVA ATRAVESSOU UM BODE NA SUA FRENTES FOI QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTO; QUE VINHA PILOTANDO A MOTO; QUE NÃO TEM CARTEIRA DE HABILITAÇÃO PARA PILOTAR MOTO; QUE ESTAVA NA MOTO DE SEU TIO, A PESSOA DE QUANHO; QUE TEVE FRATURA EXPOSTA NO BRAÇO E ALGUMAS ESCORRÊNCIAS; QUE SABE QUE PARA PILOTAR MOTO SEM HABILITAÇÃO É PROIBIDO POR LEI, MAS A POPULAÇÃO ANDA ASSIM MESMO; QUE A MOTO EM QUE ESTAVA POSSUI A PLACA NXO 9002 E JÁ FOI CARACTERIZADA EM CAMPO PRÓPRIO.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

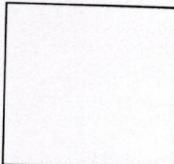
11. DECLARAÇÃO

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

Data: 05/09/2016 12:33:33

Jandir da Silva Júnior
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 207.402-8

Interessado



Polegar direito

Atendimento: 2074028 - JANDIR DA SILVA CORTEZ JUNIOR
Impresso por: 2074028 - JANDIR DA SILVA CORTEZ JUNIOR em 05/09/2016 12:33:37

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Protocolo: J2016180000256 - Código de autenticação: 8ba8a6244f77e32e098e2383d10adf2d

Página 11



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

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>Tauane Pereira</i>	6 - N° DO PROTOCOLO			
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>10/08/1998</i>	9 - SEXO <i>MASCULINO</i>	10 - CNES <i>1</i>	11 - FEMININO <i>2</i>

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO
---------------------------------	--------------------------

12 - ENDEREÇO (RUA, N°)	13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP
-------------------------	----------------	-------------	---------	----------

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Fratura exposta do úmero</i>

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Instabilidade da fratura</i>

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Exames de imagem</i>

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Gota de urina</i>	21 - CID INICIAL <i>Osteomíite</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
--------------------------------------------------	---------------------------------------	---------------------	------------------------

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Osteomíite</i>	26 - LEITO / CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Dr. Ricardo Emmanuel Monteiro</i>
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			29 - DT SOLICITAÇÃO <i>31/07/16</i>
			30 - CNS / CPF <i>31012423</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
----------------------------------------------------------------	--	--	--

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - N° DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL		Descrição... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - () GRAVE	45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO			
-------------	--	--	--

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - N° DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	CONF. N.º 201607310837303540000009391737
48 - CNS / CPF	52	NATAL, 31/07/2016 MAT. N.º 151888 SAME
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	ASSINATURA

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



Identificação

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 31/07/2016 Alta: _____ / _____ / _____
Nome: Rayane Pereira Wipy Naturalidade: Untitled RN
Idade: 21 Sexo: () Masculino () Feminino Data de Nascimento: 09/09/1995
RG: 003.812157 Estado Civil: solteira Nível de Instrução: _____
Filiação: Pai: Raymundo Guilherme Wipy
Mãe: Ramseyce Pereira Wipy
Endereço: R. Vilalba Quirino, 11 Cidade: Lajes RN
Telefone: 996428510 () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: _____ Outros telefones: _____
Composição familiar: Primo, cunhado e parentes
Outras informações: Faz uso de () Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos Nenhuma

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: trabalhando Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPs () SAD
Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa _____

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares () Trazido pelo SAMU
() Socorrido em via pública () Outros meios _____
() Encaminhado: Hospital de origem: LHSP - Lajes

Critérios para Acompanhante

Possui requesitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____

Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental

Responsável pelo paciente: Maria Rayane Pereira

Parentesco: Mãe Telefone: _____

Endereço do Responsável: Av. Vilalba Quirino, 11

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Pronto atendimento de 24 horas, internado de quinta
à quinta (mãe) e sábado e domingo

Solicitamos fluxo de documentos
internado COSTRUT e Clínica

Óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs. _____

Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____

Orientações/Encaminhamentos: 01408136 - visita ao leito a demanda
feita cada vez para: FCE Pereira (mãe), Clólio Dantas

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

Assistente Social
Assistente Social com as
CRESS-RN 918

INÍCIO DE CIRURGIA: 20:10

CIRURGÃO: Dr. Bruno

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

TIPO DE CIRURGIA: TTT cirurgia de Fratura exposta
de imuno esquerdo

TÉRMINO DE CIRURGIA: 21:20

SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO (X)

Nº DA SONDA: —

SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (X)

Nº DA SONDA: —

EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (X)

RX:

SIM () NÃO ()

RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO (X)

TIPO: —

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (X)

TIPO: —

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO (X)

FEITO FICHA: SIM ()

NÃO (X)

MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO (X)

ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM ()

NÃO (X)

FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO (X)

DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO (X)

COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM () NÃO (X)

QUANTIDADE: 10

GAZES CONFERIDAS: SIM () NÃO ()

QUANTIDADE: 33

CAIXA CIRÚRGICA: Banho

COMPLETA: SIM () NÃO ()

OBS.: —

ÓBITO: SIM () NÃO (X)

HORA: —

REALIZADO RCP: SIM ()

NÃO ()

RESPONSÁVEL PELA RCP: —

PACIENTE ENCAMINHADO: CRO () UTI () ALTA ()

EM AR AMBIENTE: SIM () NÃO ()

TRAQUEOSTOMIZADO: SIM ()

NÃO ()

ENTUBADO: SIM () NÃO (X)

PREENCHIDO AIH: SIM () NÃO ()

FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGÃO: SIM () NÃO ()

FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM () NÃO ()

OBSERVAÇÕES: Paciente admitido no turno cirúrgico

Vítima de queda de moto. Em SO mórbido

rizante com PN 1 () oximetria de pulso,

Revelzante lavagem com SF a 99%. Anti

sepsia com PVP1 aquosa

21:20 TA: 138x93 FC: 113 SPO2 98

Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Gleide Loren [6877]

Assinatura do Circulante

Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: RAISSA PEREIRA LOPES
DATA DE NASCIMENTO: 04.04.1994 IDADE: 22
REGISTRO: 1124616
DATA DE ADMISSÃO: 31.07.16 HORA: 19:30

ADMISSÃO DO PACIENTE:

CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Cirurgia ortopédica

HIDRATAÇÃO: SIM NÃO

VIA: PERIFÉRICO:

ACESSO CENTRAL:

NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE ORIENTADO VIGIL AGITADO

INCONSCIENTE:

ESTADO GERAL: BOM

REGULAR

GRAVE

SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE

M. V.

ENTUBADO

TRAQUEOSTOMIZADOR

ALÉRGICO: SIM

NÃO

HIPERTENSO: SIM NÃO

DIABÉTICO: SIM

NÃO

ASMÁTICO: SIM NÃO

DOENÇA RENAL: SIM

NÃO

OUTRAS PATOLOGIAS: _____

MEDICAÇÕES EM USO: _____

CIRURGIAS ANTERIORES: Fratura de Ponto esquerda

EXAMES COMPLEMENTARES: SIM NÃO

OBSERVAÇÃO: _____

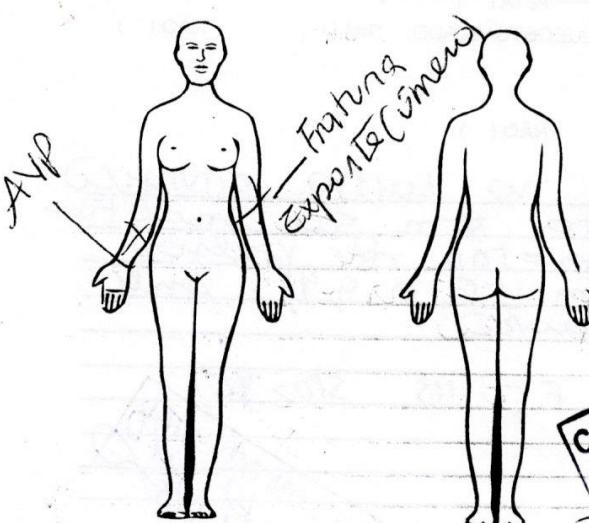
ÁREA DE TRICOTOMIA: _____

HORA: _____

ÁREA DE PUNÇÃO: _____

HORA: _____

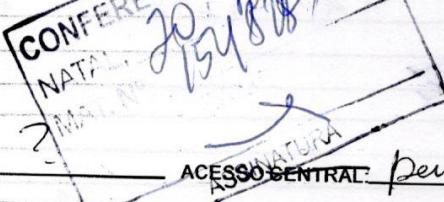
OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



Lote Número: **27386009** Fabricação: **10/2013** Validade: **03 Anos** Código: **273** Quantidade: **01 PC**
Nome Técnico: Sistema de Fixação Externa
Nome Comercial: Fixador Externo
Modelo Comercial: **FIXADOR EXTERNO DINAMICO - T. 1004/C**
Número de Registro ANVISA: **80046530009** Mat.Fabric.: **INOX E ALUM.**
Implantec Materiais Médicos & Hospitalares Ltda.
Rua Alberto Melo da Costa 125-Campinas/SP CEP:13050-713
Resp.Técnico: Elton C.Malandrin CREA-SP:5061915097/D
Armazenamento, Cuidados no Manuseio, Advertências e
Instruções de Esterilização: Ver Instrução de Uso.
"PROIBIDO REPROCESSAR - ESTERIL - ETO
Produto Médico Não-Invasivo Classe 1

27386009
IMPLANTEC
MATERIAIS MÉDICOS & HOSPITALARES LTDA

07/02/2013 0406



INSTRUMENTADO: Vernádus JALECO N°: _____

ACESSO CENTRAL: periferico

CIRCULANTE: Geral

TIPO DE ANESTESIA: GERAL RAQUI PERIDUAL

B.P.B LOCAL

OBS: _____

ANESTESISTA: Dr. Lauro Hacelmo

INÍCIO DE ANESTESIA: 20:00 h

TÉRMINO DE ANESTESIA: 21:20 h

ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: Cefazolina 2 gr ev

HORA: 20:00 h

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

PACIENTE RAISSA PEREIRA LOPES
DATA DE ENTRADA 31/07/2016 **HORA** 15:15 **Nº BAA** 195354

IDADE 22 **SEXO** - **ETNIA** -
CARTÃO SUS 700506560910954 **ESTADO** Solteiro(a)
CPF 111.186.624-40 **RG** 002.842.197 - -
NOME DA MÃE FRANCISCA PEREIRA
NOME DO PAI RAIMUNDO GUILHERME LOPES
NASCIMENTO 04/04/1994 **NATURALIDADE** Natal-RN
TELEFONE (84) 9627-8923 **PROFISSÃO** Estudante
RUA/AV. RUA VER. MAEL QUIRINO **Nº** 7
COMPLEMENTO LAJES DO CABUGI **BAIRRO** Centro
CEP 59535-000 **CIDADE** Lajes-RN
ORIGEM Outra **MOTIVO** Acidente de Trânsito / Queda de moto
ACID. DE TRABALHO Não **USUÁRIO** Nicolas

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

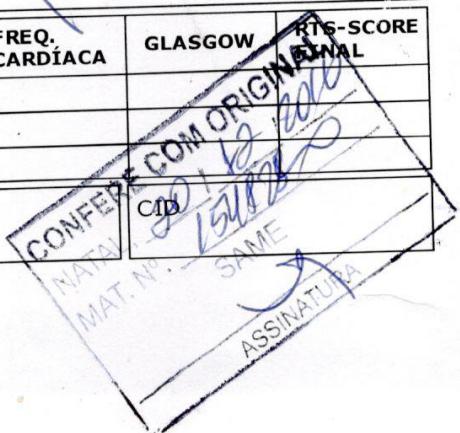
A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE

DIAGNÓSTICO INICIAL

Copyright © 2016 | Sistema Amazing | (84) 99613-4442





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

PACIENTE RAISSE PEREIRA LOPES
DATA DE ENTRADA 31/07/2016 **HORA** 15:15 **Nº BAA** 195354
IDADE 22 **SEXO** - **ETNIA** -
CARTÃO SUS 700506560910954 **ESTADO CIVIL** -
CPF 111.186.624-40 **RG** -
NOME DA MÃE FRANCISCA PEREIRA
NOME DO PAI -
NASCIMENTO 04/04/1994 **NATURALIDADE** Natal-RN
TELEFONE - **PROFISSÃO** -
RUA/AV. - **BAIRRO** Centro
COMPLEMENTO - **CIDADE** Lajes-RN
CEP 59535-000
ORIGEM Outra **MOTIVO** Consulta de urgência / Outros
ACID. DE TRABALHO Não **USUÁRIO** Nicolas

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Alívio de dor devido de trauma (pelo pé de moto) com trauma no tórax e MBS, dolor de peito e dor no lado, justamente no lado direito, não perde de consciência, sentiu dor, visão.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Dor no tórax, dor no peito
- B MBS no tórax
- C dor no lado, dor e palpável, dor sangrante ativa
- D GCS 15
- E TCC em péito e dor no lado direito já intenso.

OUTRAS OBSERVAÇÕES

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDIACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS): _____

M (MEDICAÇÃO EM USO): _____

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): _____

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS): _____

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): _____

V (PASSADO VACINAL): _____

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

*Ex: Cervical S1/2/3/4/5/6/7
Tórax AP
Braço C S1/2/3/4/5/6/7
Outros 3/4/5/6/7*

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Ex: Fuso B AP /Lateral

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

*Ex: de tórax sem alteração
relevoquados no braço
Fratura exposta de M7-E.
Od. Alta C6*

Rodrigo Alexandre V. Viana
Cirurgia Geral/Ortopédica
CRM-RN 5238

Gustavo T. L. Santos
Cirurgião
CRM-RN 6606

CONFERE COM ORIGINAL
DATA: 16/07/2020
Assinatura: *Assinatura*

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1:

Ortopédico

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

*Gustavo T. L. Santos
Cirurgião
CRM-RN 6606*

MÉDICO (CARIMBO)

O preenchimento do boleto de atendimento produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais idênticos e protege o profissional de saúde, contribua para a melhoria da assistência no HMWG.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	
ANAMNÉSE	
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: 7/10/16 HORA: 16:00		
SAÍDA:	DATA: / / HORA:		
Decisão Médica <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/>	Transferido para:	
ÓBITO:	DATA: / /	HORA:	
Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
Médico (Carimbo)			

DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:		
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / / HORA:		
SAÍDA:	DATA: / / HORA:		
Decisão Médica <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/>	Transferido para:	
ÓBITO:	DATA: / /	HORA:	
Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

ALGORITMO P/ SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1- AVALE A ASPIRINOSA DE UMA PÍLULA. 2- PEGA A AJUDA DE UMA PESSOA E LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITALS (E PEGA UM DESFIBRILADOR IDEAL). 3- ABARA VIA AEREA. 4- AVALE A RESPIRAÇÃO A VIDA, OUVIR, SENTIR, SE AUSCULTAR. 5- AVALE A PULSAÇÃO. 6- DEPÓSITO BOLSA VIALA, MASSARÁ. 7- AVALE PULSO CAROTÍDEO, OU FERULAR (BRANQUIA) EM LACTENTE. 7- SE FOR SUO 8- DEPÓSITO DE BOLSA VIALA, MASSARÁ. 9- RITMO CHOCATEL. 10- RITMO OCULTO. 11- RITMO CHOCATEL. 12- FAREI RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VITIMA SE MELHORE. 13- COLOQUE A VITIMA NA MESA. 14- POSICIONE DE PEGI (ESTERILIZAÇÃO).

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

ZADO 1: atômico

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

future exports imp

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

CONDUÇA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Four brothers,
brothers separate the
strains.

As centos Gruny
Keflin 2g IV QD
SE 2,9% 1000ml IV alerta

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Dr. Ricardo Emanuel M. Monteiro
Ortopedista e Traumatologista
CRVRA 5287 - TEUT 12425

Assinatura e Carimbo do Responsável

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 2018/02/20
MAT. N° 123456789
SANTOS
Assinatura e Carimbo do

~~Assinatura e Currículo do Responsável~~

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, e não 3.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde correntemente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, onde está, o porquê, a data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas. (Fala história, mas sem troca conversacional.)	3
Sons ininteligíveis. (Gemendo sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inespecífica a dor.	4
Padrão flexor à dor (Decorticação).	3
Padrão extensor à dor (Descerebração).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
	13 - 150 = 4
	9 - 120 = 3
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	6 - 80 = 2
	4 - 50 = 1
	30 = 0
	10 - 290 = 4
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	>290 = 3
	6 - 90 = 2
	1 - 50 = 1
	00 = 0
	> 900 = 4
PRESSÃO ARTERIAL SISTOLICA	76-899 = 3
	50-570 = 2
	1-490 = 1
	00 = 0

****Escala de Trauma Revisada (RS):** Bom indica de sobrevida para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.I. Copes, et al; A revision of the Trauma score. J. Trauma 29(5) 624, 1989.

De acordo com os seguintes adjetivos:				
SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

02 02-2000

03 - 08=grave (necessidade de intubação imediata):

09- 3= moderado;

14-13-love

* Referência: TEASDA

Assessment of coma and consciousness. A practical guide

** A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjectivos:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: *Raissa Pereira Lopes*

NACIONALIDADE: *brasileira* ESTADO CIVIL: *solteira*

PROFISSÃO: *Estudante*

IDENTIDADE: *002.842.197* CPF: *111.185.624-40*

ENDEREÇO: *Rua Sátor Elio de Souza, 10*

BAIRRO: *alto da Maternidade* CIDADE: *Baye/RN*

TELEFONE: *(84) 99627-8923*

OUTORGADOS: ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.925, NÚSIA LEILA FERNANDES DE OLIVEIRA, brasileira, casada, inscrito na OAB/RN sob o nº13.561, LARISSA DE OLIVEIRA MAIA, brasileira, solteira, inscrito na OAB/RN sob o nº nº13.421 com escritório profissional na Rua Edgar Dantas, nº454, "C", Santos Reis, Parnamirim/RN.

PODERES: A quem concedo (ermos) amplos, limpos e ilimitados poderes, para em conjunto ou separadamente, no foro em geral, perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, propor em quaisquer medidas preliminares preventivas ou asseguratórias dos nossos direitos e interesses, ingressar judicialmente com ação de cobrança do Seguro DPVAT, requerer e receber junto ao CPRE, complemento do BOLETIM ACIDENTE DE TRANSITO, usando, para tantos os poderes da cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA" e mais os especiais para transpor (em) compromissos, fazer acordo, receber (em), dar (em) quitação, representarmos juntos as repartições públicas, Estaduais, Municipais, Federa e autárquicas e sociedades de Economia Mista, praticando todos ao atos de representação e defesa extrajudiciais, perante quaisquer pessoas físicas em geral, e, finalmente, praticar (em) todos ao atos que se tornem mister para o fiel e completo desempenho deste mandato, inclusive interpor (em) total ou parcialmente, com ou sem reservas de poderes, o que tudo darei (ermos) por bom firme e valioso.

CONTRATO: Fica CONTRATADO, desde já, que os devidos honorários advocatícios serão na base de 20% (vinte por cento) sobre o valor bruto a receber (no caso de indenização e outros recebimentos congêneres), os quais, quando for o caso, serão descontados em favor do constituído (art. 22 §4 da Lei 8.906/94), com expedição do respectivo Alvará pelo juízo da ação, constando a soma dos honorários sucumbenciais e os contratuais, tudo em favor do outorgado que o requerer e conforme pacto através do presente instrumento, sendo que, quando houver prestações continuadas (benefícios mensais previdenciários, pensão alimentícia e congêneres), serão pagos, além os honorários sobre atrasados, também sobre os valores recebidos durante os 12 (doze) meses seguintes. Nas ações que não visem qualquer recebimento em espécie, os honorários serão os constantes da tabela da OAB/Estado de onde for ajuizada a Ação. Assim, fica configurado CONTRATO DE ADESÃO, formalizado para qualquer eventualidade futura.



Parnamirim, RN 17 de Janeiro de 2017

Raissa Pereira Lopes

OUTORGANTE

Rua Edgar Dantas, nº454, "C", Santos Reis, Parnamirim/RN, CEP – 59.076-000.
Email:bcitamaia@hotmail.com





Sistema
Único
de
Saúde

PROVIDOR RESPONSÁVEL (PSA)

ANDRE BARBOSA

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA - CNES 3515168
PARNAMIRIM - RN
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 306/ ORT

MATRÍCULA

DATA
10/10/2016

HORA
5:43

IDENTITE
AISSA PEREIRA LOPES

DATA DE NASCIMENTO

04/04/1995

IDADE
22

RELIGIÃO
CATÓLICA

MASCULINO

FEMININO

ACIONALIDADE

RASILEIRA

ESCOLARIDADE

ENSINO MÉDIO

NAME DA MÃE

FRANCISCA PEREIRA LOPES

CPF
11186624-40

ENDEREÇO

RUA VEREADOR MAEL QUERINO, 7

MUNICÍPIO

LAJES

PROFISSÃO
ESTUDANTE

NOME DO PAI

RAIMUNDO GUILHERME LOPES

UF
RN

CARTÃO DO SUS

700506560910954

COMPLEMENTO

UF

RN

PARENTESCO

MÃE

CEP
59.535-000

TELEFONE
999632-7831

PROFISSÃO

CENTRO

PROVIDOR OU ACOMPANHANTE

FRANCISCA PEREIRA

FORMA DE ENCAMINHAMENTO

() Regulado () SAMU () Demanda Espontânea

QUEIXA PRINCIPAL

FLUXOGRAMA

QUEIXAS PREEXISTENTES

PESO:

ALTURA:

SSV:

FC:

FR:

T:

SO2:

PA:

COREN

DATA

HORA

DESCRIMINADOR

ALERGIAS

ACOLHIMENTO

COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SALA VERMELHA

URGÊNCIA

ORTOPEDIA

CONSULTA MÉDICA

BUCOMAXILO

PEQUENA CIRURGIA

ACIDENTE DE TRABALHO

VIOLENCIA DOMÉSTICA

QUEDA

OUTROS

Abertura Ocular	Spontânea	4
	A voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Orientada		5
Confusa		4
Resposta Verbal	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Pede comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1



PRIORIDADE

() AZUL () VERDE () AMARELO () LARANJA () VERMELHO

HISTÓRIA CLÍNICA

EXAME FÍSICO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA



Sistema
Único de
Saúde

Ministé
rio da
Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉIO MARQUES DE LUCENA - CNES 3515168
PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 37 - ORT

SERVIDOR RESPONSÁVEL (PSA)

GÉZIA

MATRÍCULA

DATA
19/09/2016

HORA
10:08

PACIENTE
RAISSA PEREIRA LOPES

NACIONALIDADE
BRASILEIRA
ESCOLARIDADE
ENSINO MÉDIO

NOME DA MÃE
FRANCISCA PEREIRA LOPES

CPF
111186624-40

ENDEREÇO

RUA VEREADOR MAEL QUERINO, 7

BAIRRO

CENTRO

RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE

FRANCISCA PEREIRA

DATA DE NASCIMENTO
04/04/1995
ESTADO CIVIL
SOLTEIRA

IDADE
21

RELIGIÃO
CATÓLICA

RG
002842197
ORG EXP.
ITEP

PROFISSÃO
ESTUDANTE

NOME DO PAI

RAIMUNDO GUILHERME LOPES

UF
RN
CARTÃO DO SUS
700506560910954
COMPLEMENTO

UF

RN

CEP

59.535-000

PARENTESCO

TELEFONE

MÃE

MASCULINO
FEMININO
RACA/COR
PARDA
TELEFONE
99627-8923

DADOS DO PACIENTE

FEMININO
RACA/COR
PARDA
TELEFONE
999632-7831

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FORMA DE ENCAMINHAMENTO
() Regulado () SAMU () Demanda Espontânea

MOTIVO

QUEIKA PRINCIPAL

DESCRIMINADOR

FLUXOGRAMA

ALERGIAS

DOENÇAS PREEXISTENTES

PESO: _____ ALTURA: _____ SSV: _____ FC: _____ FR: _____ T: _____ S02: _____ PA: _____ GLICEMIA: _____

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

COREN DATA HORA



PRIORIDADE

() AZUL () VERDE () AMARELO () LARANJA () VERMELHO

HISTÓRIA CLÍNICA

EXAME FÍSICO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Setor 1

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

RAISSA PEREIRA LOPES

145406

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RACA/COR

700 5065 6091 0954

04/04/1995

FEMININO

BRANCA

11- NOME DA MAE

12- TELEFONE DE CONTATO

FRANCISCA PEREIRA LOPES

99627-8923

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

FRANCISCA PEREIRA (MAE)

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA VEREADOR MEL QUIRINO 7

16- MUNICÍPIO

17- BAIRRO

18- UF

19- CEP

LAJES

CENTRO

RN

59535-000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Função Urinária

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

M. - Agravos

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

S. - R2

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento Solicitado

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

*Manoel Correia Neto
888-049
Cirurgião Traumatologista*

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- N° DO BILHETE

41- SÉRIE

36- () AC. TRÂNSITO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

38- () ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NAO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

*Manoel Correia Neto
888-049
Cirurgião Traumatologista*

LABORATORIAL

EXAMES COMPLEMENTARES

RADICOLÓGICO

ECO

TOMOGRAFIA

USG

OUTROS

CÍNICA MÉDICA
 CÍNICA GESTÉTRICA

CONSULTA MÉDICA PARA REGULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO - NIR

CÍNICA PSIQUIÁTRICA
 CÍNICA GERAL

CÍNICA ORTOPÉDICA

PEDIATRA/NEO
 OUTROS

DIAGNÓSTICO

CONDUTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA

ABERTURA DE HÓRÁRIO / CHECAGEM

- bimtro + mtrm sus
- a x mnm = D2

Manoel Correia Neto
Ortopedia-Traumatologia
CRM: 849



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

certo

errado

SOLICITADO INTERNAMENTE
NO SERVIÇO DE



Hospital

Setembro

Nome do paciente

Russa Pereira Lopes

Nº prontuário

14540 C

Data operação 26/09/16

Enf.

Leito

Operador Dr. Carlos Maia

1º auxiliar

Dr. Jucel

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista Dr. Andrei

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Fratura do úmero distal e (dissecção)

Descrição da operação

transferimento cirúrgico p/ fratura do úmero

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 - viceras

1. Anestesia
2. Autosepse + cempos
3. Incisão em região posterior do úmero e
4. Exposição da fratura, liberação das bordas.
5. Redução da fratura + fixação com placa + parafuso
6. Fechamento da ferida por planos.
7. Tumulos + bolso

1) CIRURGIAS MÚLTIPLES

(0415010012)

1) POLITRAUMATIZADO

(0115030013)

1) PROC. CLÍNICO

1) PROC. CIRÚRGICO

0415000003

Procedimento Especial

0408060360

1) CBO. 225225

1) CBO. 225270

1) DIAS

1) CID S42.3

JOÃO JERÔNIMO BARRETO
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM 3300 - TOT 6462

CONF. COPIA ORIGINAL
08/09/2018
M
08/09/2018

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia				Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Hospital						
Nome					Idade	
Endereço					Sexo	
Data	Pressão arterial	P脉搏	Respiração	Temperatura	Peso	Outros
Tipo sanguíneo	Hematíes	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Ureia	
	Urina					
Ap. respiratório					Asma	
Ap. circulatório					Eletrocardiograma	
Ap. digestivo				Dentes	Pescoco	Ap. urinário
Estado mental				Ataracicos	Corticoides	Alergia
Diagnóstico pré-operatório						Hipotensores
Anestesias anteriores					Estado físico	Risco
Medicação pré-anestésica					Aplicada às	Efeito
Agentes anestésicos	O ₂					
Líquidos	500	500	500			
Opac.	260	250	240			
Opac.	230	220	210			
Opac.	200	190	180			
Opac.	170	160	150			
Opac.	140	130	120			
Opac.	110	100	90			
Opac.	80	70	60			
Opac.	50	40	30			
Opac.	20	10	5			
Opac.	5	2	1			
SÍMBOLOS						
E						
ANOTAÇÕES						
POSIÇÃO						
Agentes anestésicos: Nitroux, Ental 500, Nitropel 1800, Raramine 300.						
Técnica: Infusão de Raramine 300.						
Operação: Tumor de 10x10 cm.						
Cirurgiões: Dr. José, Dr. José, Dr. José.						
Anestesiistas: André Felipe Rodrigues						
Observações: Anestesiologista CRM-RN 8560						
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias						
Perda sanguínea						

