



Número: **0809680-83.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **25ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição: **18/12/2018**

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
<b>GILMARIO FERREIRA LUZ (AUTOR)</b>	<b>ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA (ADVOGADO)</b>
<b>PORTO SEGURO S/A (RÉU)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
96283 40	14/03/2017 08:52	<a href="#">bo</a>	Documento de Comprovação
96283 69	14/03/2017 08:52	<a href="#">boletim de urgencia 1</a>	Documento de Comprovação
96283 92	14/03/2017 08:52	<a href="#">boletim de urgencia 2</a>	Documento de Comprovação
96283 96	14/03/2017 08:52	<a href="#">comprovante</a>	Documento de Comprovação
96284 75	14/03/2017 08:52	<a href="#">doc pessoais</a>	Documento de Identificação
96284 45	14/03/2017 08:52	<a href="#">procuração</a>	Procuração
10699 673	31/05/2017 15:37	<a href="#">Despacho</a>	Despacho



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA-GERAL DE POLÍCIA CIVIL – (DEGEPOL)  
DIRETORIA DE POLÍCIA DA GRANDE NATAL – (DPGRAN)  
**DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MACAÍBA**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº4891/2016-DPM

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO

LOCAL: NAS PROXIMIDADES DA ROTATÓRIA ENTRE AS RODOVIAS BR-226 E BR-304, MACAÍBA/RN

Data e hora do fato: EM 29/08/2016, POR VOLTA DAS 17:45 HORAS

-----  
COMUNICANTE: GILMARIO FERREIRA LUZ

Filiação: NILTON SIZENANDO LUZ E NANCY DOS SANTOS FERREIRA

Documento: RG Nº1175343315-SSP/BA Nascimento: 20/03/1981

Profissão: COBRADOR INTERNO Naturalidade: AURELINO LEAL/BA

Endereço: RUA GOIÁS, Nº195, ROSA DOS VENTOS\_PARNAMIRIM/RN

Telefone:(84)99187-3329

Vítima: O DECLARANTE

Filiação:

Documento:

Nascimento: Naturalidade:

Profissão:

Endereço:

TEL:(84)

Acusado: À ESCLARECER

Naturalidade:

DATA DE NASCIMENTO:

Endereço:

Profissão:

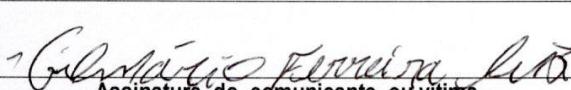
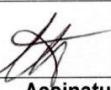
Ponto de referência:

**HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA:**

O DECLARANTE COMPARCEU ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLICIA ONDE INFORMOU QUE NA DATA E LOCAL EM QUESTÃO TRAFEGAVA EM UMA MOTOCICLETA PROCEDENTE DE NATAL (VIA MANGABEIRA), QUANDO BRUSCAMENTE UM VEÍCULO ATRAVESSOU A SUA FRENTA, O DECLARANTE NÃO TENDO COMO DESVIAR-SE A TEMPO COLIDIU COM ESTE VEÍCULO, UM GM ÔNIX DE COR BRANCA CONDUZIDO PELO SENHOR SILVAN, ESTE ÚLTIMO PAROU PARA PRESTAR SOCORRO, PERMANECENDO NO LOCAL ATÉ O TRANSPORTE DA VÍTIMA PARA O HOSPITAL. A VITIMA FOI CONDUZIDA PELO SAMU, SENDO TRANSPORTADO ATÉ O HOSPITAL REGIONAL DOUTOR DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA EM PARNAMIRIM, CONFORME BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº69-2016, O DECLARANTE QUANDO DO ACIDENTE SOFRIDO, CONDUZIA UMA MOTOCICLETA DA MARCA HONDA, MODELO CG 125 FAN ES, DE COR PRETA, ANO 2009/2009, PLACA NNN-9825/RN, CHASSI Nº9C2JC41209R108926, RENAVAM Nº00157357538, MOTOCICLETA LICENCIADA EM NOME DE MARIA GOMES DA SILVA SOUZA. PORTANTO SOLICITA O DECLARANTE EM FUNÇÃO DO ACIDENTE SOFRIDO, ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

OBS: O DECLARANTE ACIMA, É RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE ATO.

MACAÍBA/RN; 01 DE NOVEMBRO DE 2016.

 Assinatura do comunicante ou vítima.	APC: 	MAT: 194320-0 Assinatura e Matrícula do Policial
---	--	---



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 69/SAMU

128

SERVIDOR RESPONSÁVEL (PSA)

CONCEIÇÃO

MATRÍCULA

DATA

29/08/2016 19:13

Hora

DADOS DO PACIENTE

PACIENTE

GILMARIO FERREIRA LUZ

NACIONALIDADE

BRASILEIRO

ESCOLARIDADE

ENS FUND. INCOMP

NOME DA MÃE

NANCI DOS SANTOS FERREIRA

CPF

049 631 764 40

ENDEREÇO

RUA GOIAS 195

BAIRRO

ROSA DOS VENTOS

RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE

DATA DE NASCIMENTO

20/03/1981

ESTADO CIVIL

SOLTEIRO

IDADE

35

PROFISSÃO

MOTORISTA

NOME DO PAI

NILTON SIZENANDO LUZ

RG

ORG. EXP.

UF

CARTÃO DO SUS

709 2072 2904 1534

COMPLEMENTO

TRAZIDO POR SAMU

UF

RN

CEP

59150-000

PARENTESCO

FEMININO

MASCULINO

RAÇA/COR

TELEFONE

99873329

VISTO  
NHVE/HRDM

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FORMA DE ENCAMINHAMENTO

( ) Regulado ( ) SAMU ( ) Demanda Espontânea

MOTIVO

QUEIXA PRINCIPAL

FLUXOGRAMA

DOENÇAS PREEXISTENTES

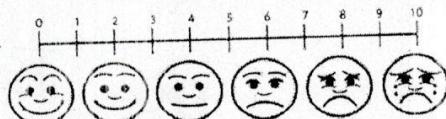
PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ SSV: 140 SSV: 100 FC: 70 FR: 20 T: \_\_\_\_\_ SO2: 99 PA: \_\_\_\_\_ GLICEMIA: \_\_\_\_\_

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

DESCRIMINADOR

ALERGIAS

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR:



PRIORIDADE

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

ACOLHIMENTO  
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SALA VERMELHA  
 URGÊNCIA  
 ORTOPEDIA  
 CONSULTA MÉDICA  
 BUCOMAXILO  
 PEQUENA CIRURGIA  
 ACIDENTE DE TRABALHO  
 VIOLENCIA DOMÉSTICA  
 QUEDA  
 OUTROS

DATA	HORA
Abertura Ocular	Espontânea À voz À dor Nenhuma
Resposta Verbal	Orientada Confusa Palavras inapropriadas Palavras incoerentes Nenhuma
Resposta Motora	Pedece comandos Localiza dor Movimento de retirada Flexão anormal Extensão anormal Nenhuma

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente vítima de colisão com moto há 1h 60 minutos. Negó perda de consciência, nega episódios erécticos, nega TCE, nega edema e geadas medicamento. Entava em uso de cocaína. Relata ferir em tórax e joelhos.

EXAME FÍSICO

A: vias urinárias perfeitas, com color cérucel, sem cianose  
B: MVT, ritméticas, sem VS. FR: 19 bpm  
C: RGR em 27, BNF, sem repre. FC: 84 bpm  
Abaixos: plena, flácida, EHG + instalação. Pélvis sem níveis de frust  
D: Consciente, ECG, 73 batidas, nupiles instalação e foto respeitante  
E: Lesões óssea em pernas flácida

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

TRAUMA FNF S/EF/HC

Dr. Victor Matheus  
Médico  
CRM-RN 1111



Hospital

Nº prontuário

Nome do paciente

Guilherme Ferreira Bez

Data operação

10/09/16

Enf.

Leito

Operador

Dr. Elson Mendo

1º auxiliar

Maurício

2º auxiliar

Dr. Edson

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

FX Plata tibial lateral EFE Suturas 3

Tipo de operação

Ressecção cura + fixação de placa  
de escoramento

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

## DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Let cura DDP 300 mm ressecção
- 2) Ressecção + autotransplante do tecido + gencis
- 3) Colocação do colpo articular + gencis
- 4) Retirada curto de corte (ciclo)
- 5) Fixação articular - tibial proximal em placa
- 6) Drenagem (placa)
- 7) Fazendo levantamento do afundamento do placa lateral - Fazendo o EFE em sutura paralela
- 8) Escoramento placa em L tibial. Período parafusos pl instrumentos
- 9) Checando em escópico
- 10) Lissagem e EFE
- 11) Sutura PR Floss
- 12) curativo estéril
- 13) Let curativo e EFE de uterina

Dr. Rodrigo Cebral  
Ortopedista  
CRM 8046 / 3807 14529

<input checked="" type="checkbox"/> CIRURGIAS MÚLTIPLES (0415010012)
<input checked="" type="checkbox"/> POLITRAUMATIZADO (0415030013)
<input checked="" type="checkbox"/> PROC. CLÍNICO
<input checked="" type="checkbox"/> PROC. CIRÚRGICO 0408050557
<input checked="" type="checkbox"/> CBO. 225225
<input checked="" type="checkbox"/> CBO. 225270
<input checked="" type="checkbox"/> 14 DIAS
<input checked="" type="checkbox"/> CID 580.1



*m/3*

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO**

Nome: Edmarino Ferreira Bez Idade: 35a D/N: 20/09/16  
Pront.: 145186 Município: Panambi Procedência:  Interno  Externo  
Data da cirurgia: 10/09/16 Hora Admissão: Bloco: 08 Sala: 20 Hora Saída: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
Alergias:  Não  Sim Comorbidades:  HAS  DM  Outras \_\_\_\_\_  
Uso de medicações:  Não  Sim Aspirina + Jejum:  Não  Sim  
SSVV Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm Fl: rpm FC: bpm SpO<sub>2</sub>: % T: °C  
Enfermeiro(a): Wellane Instrumentado (a): Cáncer Circulante: Sanguínea + Venosa

Cirurgia: ITC cirúrgico de fratura de platô tibial Especialidade: Ortopédica Sala: 03  
Hora Início: 10:50 Hora Término: 11:50 Tipo de cirurgia:  Eletiva  Urgência  Limpa  Contaminada  Infectada  
1º Cirurgião: DR. ANTONIO Aux.: DR. SONSES Residente: \_\_\_\_\_

Anestesia:  Local  Sedação  Geral TOT: 100 Bic. queio:  Raquidiana Ag.º 27 Peridural  c/cateter  s/cateter  
Ag.º 27 Cateter nº: 1028 Início: 10:28 Garrote:  Smarch Pneumático Início: 10:28 Término: 11:50  
Anestesiologista: DR. JACKSON

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

SINAIS VITais	Ínicio	Meio	Fim	Unid.
FC	100	70	72	Bpm
Pulso	100	68	72	Bpm
Oximetria	98	97	99	%
Capnografia				%
PA	140/70	100/60	121/69	mmHg

**ACESSO VENOSO**

Punção Arterial
Punção Venosa Periférica
Punção Venosa Central
Dissecção venosa
Local:
Cateter:

**SONDAGEM GÁSTRICA**

SNG nº
Retorno:

**CATETERISMO VESICAL**

SVF nº	SVA nº
Diurese:	

Profissional responsável:

**EXAMES SOLICITADOS:**

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

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

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<input checked="" type="checkbox"/> Metal	<input type="checkbox"/> Descartável
Local:	<u>OPERAÇÃO DIRETA</u>
DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Local:	Solução: <u>Clorhexidina</u> Local:

IMPLANTE CIRÚRGICO	
Drenos:	
Tela:	
Cateter:	
Ostomia:	
Fio de KC:	Parafuso - tipo: <u>02</u>
Placa - Tipo:	<u>DAS 3 Furos</u>
Outros:	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
Caixa cirúrgica:	<u>45 + BASTIUN</u> Quant. Material:
Val.:	<u>NG. 01</u> Contagem de gaze e compressa: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim



Sistema Único de Saúde  
Sistema Único de Saúde

LAUDÓ PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

2- CNES

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE OCÉLIO MARQUES DE LUCENA

Identificação do Paciente

4- CNES

3515168

5- PACIENTE

GILMARIO FERREIRA LUZ

7- CARTÃO NACIONAL SUS  
709207229041534

8- DATA DE NASCIMENTO

20/03/1981

9- SEXO

MASCULINO

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

145186

VISTO  
NHVE/HRDM/L

10- RACA/COR

PARDA

11- NOME DA MAE

NANCY DOS SANTOS FERREIRA

12- TELEFONE DE CONTATO

99873329

13- NOME DO RESPONSÁVEL

AUDINETE NASCIMENTO DOS SANTOS

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, N°)

RUA - GOIAS N° 195

17- BAIRRO

ROSA DOS VENTOS

18- UF

RN

19- CEP

59150000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FT platô (E)

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTQ/ cirurgia

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

Rx / Enan fisi

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

21/01/2014

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

36- ( ) AC. TRÂNSITO

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- N° DO BILHETE

41- SÉRIE

38- ( ) ACI. TRABALHO TRAJETO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

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

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

Assinatura



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA  
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO
		145186
DATA	HORA	CATEGORIA
30/08/2016	9:59	GIH
PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO	
GILMARIO FERREIRA LUZ	20/03/1981	
ESTADO CIVIL	PROFISSAO	
SOLTEIRO	MOTORISTA	
ENDERECO (RUA, Nº)		
RUA - GOIAS Nº 195		
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF
PARNAÍMIRIM	ROSA DOS VENTOS	RN
LOCAL DE TRABALHO	CEP	
	59150000	
	TELEFONE	
FILIAÇÃO		
NANCI DOS SANTOS FERREIRA	NILTON SUZENANDO LUZ	
RESPONSÁVEL	TELEFONE	
AUDINETE NASCIMENTO DOS SANTOS	99873329	
ENDERECO		
O MESMO		
DIAGNOSTICO PROVISÓRIO		
DIAGNOSTICO DEFINITIVO		
DATA DE ADMISSÃO	ALTA	11.09.16
		OBITO
HISTÓRIA CLÍNICA		
<p>F+ plato (e) tg aripe.</p> <p><i>11/09/16</i> <i>80784</i></p>		



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

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

HEMOTRANSFUSÃO:

( ) Hemoconcentrado \_\_\_\_\_ Unid.  
( ) Álbumina \_\_\_\_\_ Unid.

( ) Plasma \_\_\_\_\_ Unid.  
( ) Expansor plasmático \_\_\_\_\_ Unid.

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

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

Reabilitada 500mg h: 1044  
Dexametasona 5mg h: 1144  
Cetazolina 250mg h: 1144

Tratamento 500mg h: 1144  
Dipirona 500mg h: 1044

Cetazolina 250mg h: 1144  
I \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_  
I \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_

HIDRATAÇÃO VENOSA

( ) Soro Fisiológico: 1 \_\_\_\_\_ ml  
( ) Soro Glicosado: \_\_\_\_\_ ml

( ) Soro Ringer Simples: \_\_\_\_\_ ml  
( ) Soro Ringer Lactato: 1 \_\_\_\_\_ ml

Quantidade total de volume administrado: 1.500 ml

ANÁTOMO PATOLÓGICO

( ) Não ( ) Sim Peça:  
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: MEDICAÇÕES PREPARADAS E ADMINISTRADAS PELO ANESTESISTA  
PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERCORRÊNCIAS.

PACOTE ENFERMAGEM URPA Ass: \_\_\_\_\_ Coren: (22XXXX)

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 ( ) Hematuria ( ) Irrigação Vesical ( ) Oligúrico Destino após a cirurgia: ( ) CRPA

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

Hora: 124 Data: 10/09/16 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: ( ) Local: ( ) Sondas: ( ) Gástrica ( ) Enteral ( ) Vesical

Drenos: ( ) Succión ( ) Torácico ( ) Penrose ( ) Kherr Ostomias: ( ) Sim ( ) Não Específique:

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

Líquidos administrados na URPA:

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	-	78	120/80	69	100	-
30'						
60'						
Alta						

Soro glicosado: \_\_\_\_\_ ml

Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml

Ringer: \_\_\_\_\_ ml

Irrigação vesical contínua: \_\_\_\_\_ ml

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

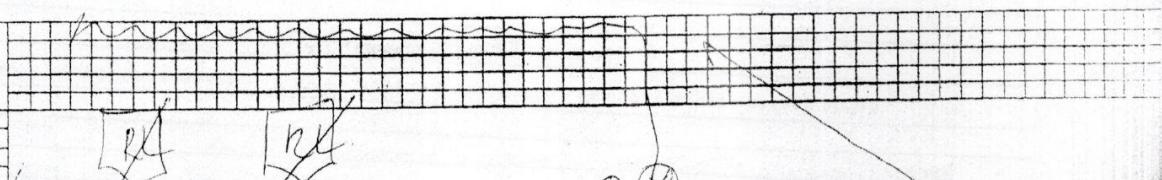
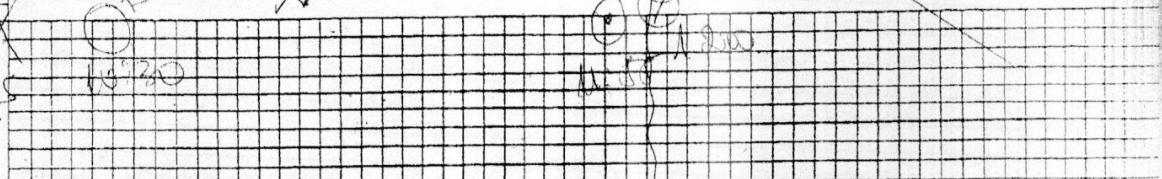
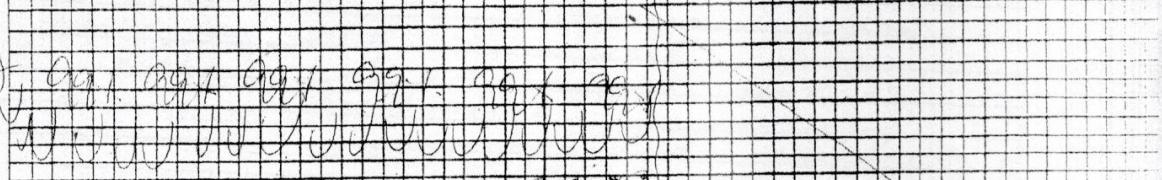
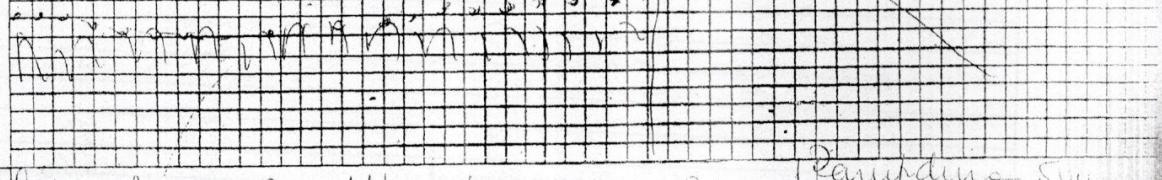
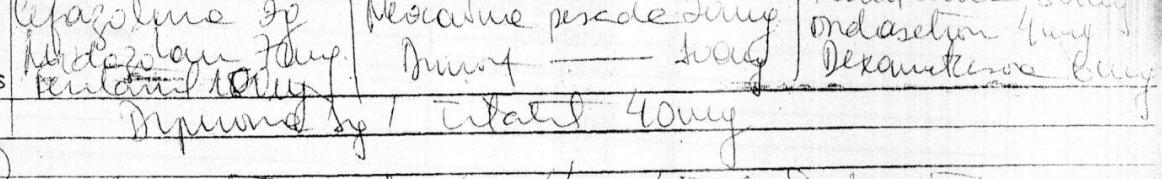
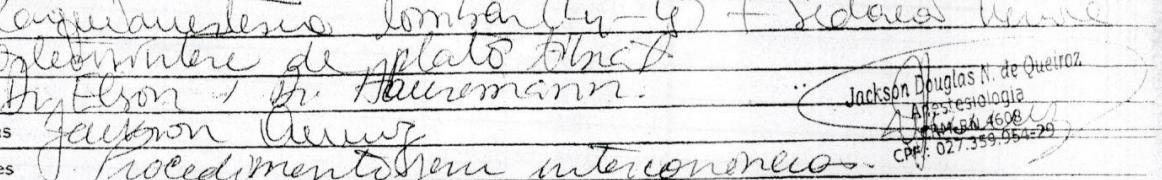
Eliminações:

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

Evolução de Enfermagem/INTERCORRÊNCIAS: *extensão da cirurgia ortopédica*

Ass: \_\_\_\_\_ Coren: \_\_\_\_\_

## Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Nome <u>Gilmário</u>				
Idade		Sexo <u>M</u>	Cor	
Data <u>10/09/16</u>	Pressão arterial	P脉搏	Respiração	Temperatura
Tipo sanguíneo	Hematíes	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia
	Urina			
Ap. respiratório <u>Expedito</u>				Asma <u>Negra</u> Bronquite
Ap. circulatório <u>Ritmo regular</u>				Eletrocardiograma
Ap. digestivo <u>N.D.N.</u>		Dentes	Pescoço	Ap. urinário
Estado mental <u>lúcido, consciente</u>		Ataracicos	Corticoides	Alergia <u>Negra</u> Hipotensores
Diagnóstico pré-operatório <u>fractura plato tibial</u>				Estado físico <u>ATP I</u> Risco
Anestesias anteriores				
Medicação pré-anestésica		Aplicada às		Efeito
<p>Agentes Anestésicos <u>O</u></p>  <p>Líquidos</p> <p>Oper.</p> <p>Anest.</p> <p>Resp.</p> <p>P Pulso</p> <p>260 250 240 230 220 210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10</p>     				
SÍMBOLOS	<u>Cefazoline 2g</u>		<u>Metoclopramida 20mg</u>	
ANOTAÇÕES	<u>Metoclopramida 20mg</u>		<u>Metoclopramida 20mg</u>	
POSIÇÃO	<u>Dipirona 5g / Etanol 40mg</u>			
Agentes				
Técnica	<u>Ranqueanesthesia lombária (L) + Sedação leve</u>			
Operação	<u>Exploratória de plato tibial</u>			
Cirurgiões	<u>Dr. Elson e Dr. Hauremann</u>			
Anestesistas	<u>Jackson Cesar</u>			
Observações	<u>Procedimento bem interconectado</u>			
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias				
Perda sanguínea				

## EXAMES COMPLEMENTARES

LABORATORIAL  RADIOLÓGICO  ECO  TOMOGRAFIA  URG  OUTROS

## CONDUTA MÉDICA PARA REGULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO - NIR

CLÍNICA MÉDICA  CLÍNICA PSICIATRICA  CLÍNICA ORTOPÉDICA  PEDIATRIA/NEONATO  
 CLÍNICA OBSTÉTRICA  CLÍNICA GERAL  UTI  OUTROS

## DIAGNÓSTICO

Foto

DCATO TCB/AC

## CONDUTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA

## ABERTURA DE HORÁRIO / CHECAGEM

1. Solicita parecer de Intpedia  
 Dr. Victor Matheus  
 Médico   
 CRM/RN-7126

Rx do Joelho E&P  
 AP e PERFIL

DIAGNÓSTICO  
 DE ENFERM  
 ASA  
 TOS  
 IXPONKAMENTO

TPO JOELHO

HOSPITALIZADA

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

ORTOPÉDICA

ENF P.1 DOUTOR

2013  
 07/07/2013  
 10:00  
 MORTONI M. B  
 CONSULTA DE  
 ORTOPÉDICA

 ALTA DÉTO EVASÃO SVA  IM  DECLARAÇÃO

SOLICITADO ENTREGAR  
 NO SERVIÇO DE

## SINISTRO 3170046466 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** GILMARIO FERREIRA LUZ

**COBERTURA** Invalidez

**SEGURADORA RECEPTORA DO SINISTRO** TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

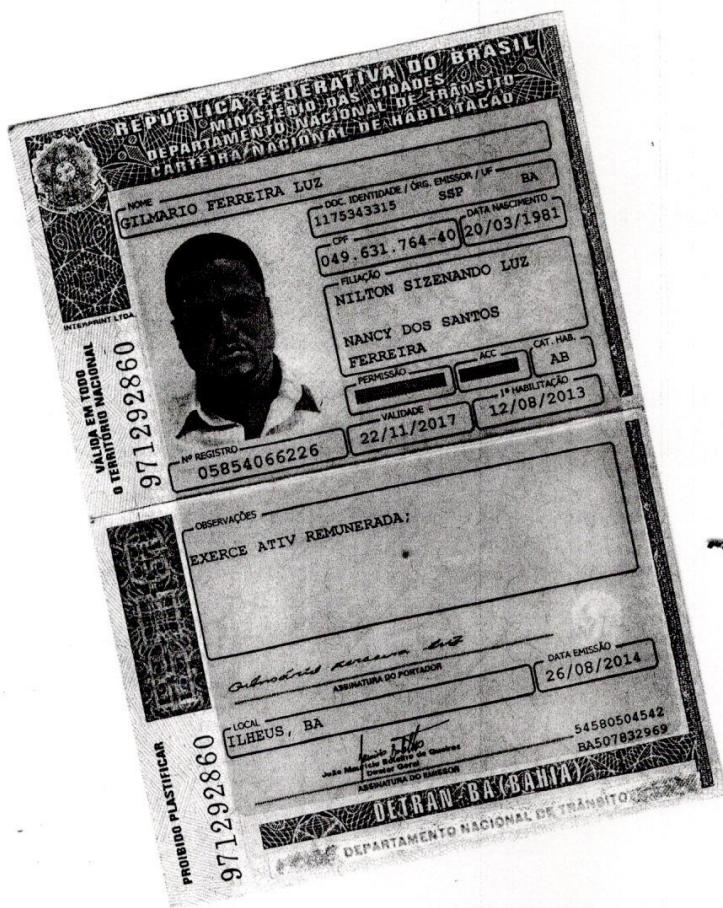
**BENEFICIÁRIO** GILMARIO FERREIRA LUZ

**CPF/CNPJ:** 04963176440

**Posição em 08-03-2017 11:15:17**

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
31/01/2017	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: *gilmaro Ferreira Jún*

NACIONALIDADE: *brasileiro* ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO:

IDENTIDADE: *1175343315* CPF: *049.631.764-40*

ENDEREÇO: *R. Goiás 195*

BAIRRO: *Rosa dos Ventos*

CIDADE: *Parnamirim/RN*

TELEFONE: *99187-3329*

**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 nº13.421com escritório profissional na Rua Edgar Dantas, nº454, "C", Santos Reis, Parnamirim/RN. Email: [Oliveiramaiaadvogados@outlook.com](mailto:Oliveiramaiaadvogados@outlook.com) ; [bcitamaia@hotmail.com](mailto:bcitamaia@hotmail.com)

**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, oque 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 do Estado** onde for ajuizada a Ação. Assim, fica configurado **CONTRATO DE ADESÃO**, formalizado, para **qualquer** eventualidade futura.

Parnamirim, *RN 02 de Janeiro de 2024*

*Gilmaro Ferreira Jún*

OUTORGANTE



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE

2<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL

Processo nº: 0809680-83.2017.8.20.5001

Espécie: PROCEDIMENTO SUMÁRIO (22)

AUTOR: GILMARIO FERREIRA LUZ

RÉU: PORTO SEGURO S/A

DESPACHO

1. Defiro o pedido de Justiça Gratuita, de acordo com o art. 99, §3º do NCPC.
2. Encaminhem-se os autos ao CEJUSC – Centro Judiciário de Solução de Conflitos, para a realização da competente audiência de conciliação/mediação e perícia médica, cuja data e hora será designado por aquele centro especializado, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, nos termos do que dispõe o art. 334, *caput*, do NCPC.
3. Para realização da perícia, formularei os seguintes quesitos: 1- Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre? 2 – Qual(is) a(s) região(ões) corporal(is) ou função(ões) orgânica(s) encontra(m)-se acometida(s)? 3 – Essas lesões causaram apenas disfunções temporárias ou ocasionaram dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)? 4- O dano anatômico ou funcional compromete a íntegra (total) ou apenas parte (parcial) do segmento orgânicos ou corporal atingindo? 5- O comprometimento de um ou mais segmentos corporais da vítima se deu de forma completa ou incompleta? 6- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão para o exercício das funções habituais do segmento orgânicos ou corporal atingindo é intensa (75%), média (50%), leve (25%) ou residual(10%)?
4. Cite-se e intime-se a parte Ré, informando-a de que: a) o prazo para contestação (de quinze dias úteis) será contado a partir da realização da audiência; b) a ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial; c) a citação será acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos que a instruíram.
5. Fiquem as partes cientes de que o comparecimento na audiência é obrigatório (pessoalmente ou por intermédio de representante, por meio de procuração específica, com outorga de poderes para negociar e transigir), sendo que, a ausência injustificada é considerada ato atentatório à dignidade da justiça, sendo sancionada com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou

do valor da causa, devendo as partes estarem acompanhadas de seus advogados. Advirta-se à parte autora que deverá comparecer à perícia, munida da documentação pertinente ao sinistro (raios-x, TC, RNM, exames laboratoriais).

6. Em seguida, decorrido o prazo para contestação, intime-se a parte autora para que no prazo de 15 (quinze) dias úteis apresente manifestação (oportunidade em que: I – havendo revelia, deverá informar se quer produzir outras provas ou se deseja o julgamento antecipado; II – havendo contestação, deverá se manifestar em réplica, inclusive com contrariedade e apresentação de provas relacionadas a eventuais questões incidentais; III – em sendo formulada reconvenção com a contestação ou no seu prazo, deverá a parte autora apresentar resposta à reconvenção).
7. Providencie-se.

Natal/RN, 30 de maio de 2017.

PAULO SÉRGIO DA SILVA LIMA

Juiz de Direito

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