



Número: **0853086-57.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **18/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
PAULO EVANDRO DE LIMA (AUTOR)	JONATAS NEVES MARINHO DA COSTA (ADVOGADO)
PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13196 183	14/11/2017 16:54	<u>bo</u>	Outros documentos
13196 193	14/11/2017 16:54	<u>comp residencia</u>	Outros documentos
13196 203	14/11/2017 16:54	<u>declaracao insuficiencia</u>	Outros documentos
13196 239	14/11/2017 16:54	<u>docs medicos-ilovepdf-compressed</u>	Outros documentos
13196 282	14/11/2017 16:54	<u>procuracao</u>	Procuração
13196 303	14/11/2017 16:54	<u>rg</u>	Outros documentos
13196 316	14/11/2017 16:54	<u>Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo</u>	Outros documentos



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

POLÍCIA CIVIL

DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DA GRANDE NATAL - DPGRAN
DEAV - Delegacia Especializada em Acidentes de Veículos



Ref. Ocorrência nº 344/17

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Boletim versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO**

Data e Hora do Fato: **11/05/2017 às 17:40**

Local do Fato: **Em Via Aberta localizado(a) no(a) Rua Traieira, S/N, NOVA NATAL, Natal, estado do(a/e) Rio Grande do Norte**

COMUNICANTE

PAULO EVANDRO DE LIMA, brasileiro, casado(a), R.G. nº 791512 ITEP/RN, CPF: 671.496.344-00, Fundamental Inc., servente de pedreiro, com 50 anos e nascido aos 29/10/1966, natural de Natal --RN, filho de Euclides Victor de Lima e de Maria Marques de Lima, residente e domiciliado à(o) Rua da Rabeca, 1066, - Nova Natal - Natal-rn, NATAL-RN, telefone(s) (84) 98791-2465 (84) 98825-0191

HISTÓRICO SEGUNDO O COMUNICANTE/VÍTIMA

Informou que na data e hora citados ao atravessar a rua no local do acidente, fora atropelado pelo veículo tipo HYUNDAI/TUCSON, DE PLACA NNR-3112, DE COR PRATA, e sofreu lesões conforme BAA de número 21449/2017, oriundo do pronto socorro Clóvis Sarinho e receituário assinado pelo Dr. Getúlio Gadelaha, CRM 8284, oriundo da UPA do Pajuçara, SMS.

Disse que o responsável pelo referido acidente evadiu-se do local sem prestar socorro a vítima.

Nada mais disse.

VÍTIMA(S)

A Vítima é o(a) próprio comunicante

TESTEMUNHA(S)

As testemunhas serão apresentadas posteriormente

INFRATOR(ES)

1º Infrator: , brasileiro(a)

EXAMES REQUISITADOS

Nenhum

OBJETOS ENVOLVIDOS

Nenhum

Autoridade: Alzira Veiga de Medeiros

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Comunicante: Paulo Evandro de Lima

CONCLUSÃO/REMESSA

Registrados os dados possíveis, seja a 1ª Via do Boletim remetido para o conhecimento do(a) delegado(a) Alzira Veiga de Medeiros na e a 2ª via arquivada, para os devidos fins.

CONFERÊNCIA

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado.

Natal, 12 de Junho de 2017.

Janir Azevedo Paiva
Janir Azevedo Paiva
Policial Civil
Matrícula: 170.234-3

Maria Conceição Moura Leite - Tabelião
 Itébrio Moura Leite - Substituto

Alberto Magnus Higino de Moura - Escrivão Autorizado
Complexo de Delegacias Especializadas - Av. Ayrton Senna, 3134 - Neópolis - Natal - RN - (84) 3232-6398/

PolOffice
41a1958ab2c3c374635f13246b390f852



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Declaro para todos os fins e efeitos que, no momento, não disponho de recursos econômicos para custear quaisquer despesas processuais tanto de custas processuais, depósito recursal e honorários sem prejuízo do meu sustento e da minha família, posto que encontro-me desprovido de recursos para tal desiderado nos termos do Art. 1º da lei 7.115/83 de 29 de Agosto de 1983, da lei 1.060/50 e legislação pertinente, responsabilizando-me pelos termos dessa declaração.

Sendo a expressão da verdade, firmo a presente declaração, sob as penas da lei.

Natal, 25 de Outubro de 20 14

xPaulo Evandro de Lima
AUTOR: Paulo Evandro de Lima
CPF: 671.496.344.00

Paulo Evaristo de Lima



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH**

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNACÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE <i>Vanuella com m de lima</i>		6 - N° DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS <i>898 0034 37303742</i>		8 - DATA DE NASCIMENTO <i>29/10/1966</i>	
9 - SEXO		MASCULINO 1 FEMININO 2	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Maria Júlia Lima de Lima</i>		11 - TELEFONE DE CONTATO <i>(84) 988250191</i>	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°) <i>R: da Frederico nº 1066</i>		13 - MUNICÍPIO <i>Natal</i>	
14 - BAIRRO <i>Centro</i>		15 - UF <i>RN</i>	
16 - CEP <i>986202996</i>		17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Doenças de pele</i>	
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Prova de vida</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>PCP</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>TVM de pele</i>		21 - CID INICIAL <i>T00</i>	
22 - CID SECUNDÁRIO		23 - LAUDOS ASSOCIADOS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>PCP</i>		26 - LEITO / CLÍNICA	
27 - CARATER DA INTERNAÇÃO		28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>03080100</i>		30 - DT SOLICITAÇÃO <i>1/1/2018</i>	
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) <i>Centro de Medicina de Atenção à Família - CRM/RN 580</i>		32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	
33 - CNPJ DA SEGURADORA		34 - N° DO BILHETE	
35 - BÔNUS		36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	
37 - CNPJ		38 -	
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO		40 -	
41 - CID PRINCIPAL		42 - CID SECUNDÁRIO	
43 - ()		44 - () GRAVE	
45 - () GRAVÍSSIMA		46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	
47 - DT AUTORIZ.		48 - CNS / CPF	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	
51 - DT AUTORIZ.		52	
53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		54 - N° DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	

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 a luz dos valores éticos e humanitários.



ULTRASSONOGRAFIA
OTORRINO
ORTOPEDIA
UROLOGIA

PLANTÃO 24 HORAS
CIRURGIAS - CLÍNICO GERAL
PEDIATRIA
LABORATÓRIO DE ANÁLISES
PRONTO-SOCORRO - RAIO-X

Rua Monte Sinal, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordestão Ponta Negra) - Natal/RN

Paulo Brandão Lima

LAUDO MÉDICO

Paciente Sra. com lesão complexa
em joelho tratamento aprofundamento de
flato fibro.
Realizado tratamento anárgico
em 22.5.17.
Meusste de acompanhamento
clínico.

CID 582

Alívio



22/5/17

Natal.



Nome : Sr(a). PAULO EVANDRO DE LIMA
Data : 31/08/2017 Atendimento : 041 - 0023526 Unidade : CLIN - NATAL

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS COLUNAS TORÁCICA E LOMBAR

Técnica: Foram realizadas sequências multiplanares ponderadas em T1 e T2, algumas com técnica para supressão do sinal da gordura, sem a injeção EV de contraste paramagnético.

História Clínica: fratura de T2

Relatório:

Discreta escoliose com curvatura à direita

Fratura aguda provavelmente osteopenica/pós traumática de L1 (50%), sem retrópulsão significativa do seu muro posterior

Demais corpos vertebrais toracolombares com morfologia e características de sinal normais. Presença de osteófitos marginais em corpos vertebrais.

Redução da intensidade de sinal em T2 dos discos intervertebrais com perda de altura em L5-S1, devido a degeneração discal.

Hérnia discal posterior subligamentar em L1-L2 com migração caudal, que apaga a gordura epidural anterior, comprimindo suavemente a face anterior do saco dural, sem evidências compressivas sobre as raízes descendentes correspondentes

Hérnia discal posterior subligamentar em L2-L3 com migração cranial, que apaga a gordura epidural anterior, comprimindo suavemente a face anterior do saco dural, sem evidências compressivas sobre as raízes descendentes correspondentes

Hérnia discal posterior em L5-S1, que apaga a gordura epidural anterior, comprimindo suavemente a face anterior do saco dural e as raízes descendentes correspondentes e se projeta nos forames neurais, contactando com as raízes emergentes correspondentes.

Alterações degenerativas hipertróficas das facetas articulares interapofisárias de L1-L2 a L5-S1.

Pedículos e lâminas com aspecto preservado.

Frouxidão do ligamento amarelo em L1-L2 a L4-L5 (degenerativo).

Canal vertebral e forames neurais com dimensões preservadas.

Cone medular com topografia, morfologia e características de sinal normais.

Musculatura paravertebral com trofismo e sinal preservados.

Edema/sobrecarga mecânica nos ligamentos interespinhosos de L3-L4 a L5-S1



POLICLÍNICA NORTE
PREFEITURA DO NATAL anopoli, 3/N
Cidade Alta, Natal/Pebeli
RECEITUÁRIO 16/05/2020

Unidade de Saúde: _____
Nome: _____ Registro nº _____
Clínica: _____ Enfermeira: _____

Deixou para os decretos que gerou
o projeto Prolab. Esse projeto de Laws trazia
a fisioterapia e faleceu, com os decretos
chicos de fatores de plástico, vidro, paredes
do Brasil, diminuindo 30% do falecimento, fizeram
mudanças no MIEG e diminuiram de proporcionalmente.
Aproximadamente 30% falecimento com fatores de
vidro. Atualmente o projeto inclui
o gesto motor que continua a fatoramento
neste setor.

Local: _____

Dr. Magno Moreno
Fisioterapeuta
CRM 2567-F
CREFIDO CRM/CRO



- Tomografia computadorizada helicoidal
- Eletroencefalograma digital
- Ressonância magnética nuclear
- Eletroneuromiografia
- Mapeamento cerebral
- Densitometria Óssea
- Radiologia Geral
- Urografia excretora
- Mammografia digital

Paciente: 34175 - PAULO EVANDRO DE LIMA
Local de Entrega: PRONTO NEURO ZONA NORTE
Convênio: PART. ZONA NORTE
Médico Solicitante:

Atendimento: 117-9548
Data de Nascimento: 29/10/1966
Sexo: Masculino
Data de Realização: 19/05/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO

TÉCNICA:

- Exame realizado com cortes axiais de 3 mm de espessura, sem injeção do meio de contraste venoso.

RELATÓRIO:

- Fratura completa do planalto tibial lateral, com pequeno infradesnívelamento.
- Pele e tecido celular subcutâneo sem alterações.
- Demais estruturas ósseas íntegras, com discretos osteófitos marginais incipientes.
- Estruturas musculares com morfologia e coeficientes de atenuação preservados.
- Estruturas tendíneas com aspecto normal.
- Pequeno derrame articular.
- Ausência de massas no segmento analisado.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Fratura completa do planalto tibial lateral, com pequeno infradesnívelamento.
- Pequeno derrame articular.



Dra. Renata Mendes Vieira, Radiologista - CRM: RN / 7169

UNIDADES: TIROL: Rua Antônio Albuquerque, 968, Tirol // ZONA NORTE: Rua Porto da Folha, 2003, Igapó // PARNAMIRIM: Rua Otávio Gomes de Castro, 76, Centro

CONTATOS: Telefone: (84) 3342-7755 // Site: www.prontoneuro.com.br

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo. Já que as patologias são evolutivas e podem modificar-se de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.



REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH:	Nº ATENDIMENTO	250865	DATA:	20/08/2017	HS:
TIPO DE INTERNAMENTO:	<input checked="" type="checkbox"/> CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO				
ACOMODAÇÃO:	Ons.	LEITO:	CONVÊNIO SUS		
MATRÍCULA 306 3097 3775 9920 VALIDADE					
ASS. DO RESPONSÁVEL PELO INTERNAMENTO: <u>Oliveira</u>					

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: <u>Paulo Oliveira da Silva</u>		SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
DATA DE NASCIMENTO: <u>29/10/1966</u>		RG: <u>491512</u> CPF: <u>671.496.346-03</u>
FILIAÇÃO MÃE: <u>Maria Marques da Silva</u>		
PAI: <u>Eduardo Vítor da Silva</u>		
ENDERECO:	<u>Rua da Ribeira</u>	Nº: <u>1066</u>
BAIRRO:	<u>Monteiro</u>	CIDADE: <u>Natal</u>
ESTADO:	<u>RN</u>	CEP: <u>59138-400</u>
RESPONSÁVEL:	PARENTESCO:	
FONE: <u>(84) 99849-1580</u>	FONE: <u>(84) 98756-5308</u>	

SUMÁRIO DE ALTA

TIPO DE ALTA:	<input type="checkbox"/> MÉDICA	<input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVA	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> EVASÃO	<input type="checkbox"/> OBITÓ
DATA:	<u>/ / 2017</u>	HORA:	ASS:RESPONSÁVEL DO SETOR:		

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

PRONTOCLÍNICA DA CRIANÇA LTDA
CNPJ: 09.417.742/0001-91
Confere com o Original
Data: 21/08/2017
Damáres Barreto

CARIMBO E ASS. DO MÉDICO



Pronto-clínica Dr. Paulo Gurgel
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

PACIENTE: Paulo Evangelista de Lima SETOR: 1º andar LEITO: 2644
DIAGNÓSTICO MÉDICO: Plata tibial (6) IDADE: 56 anos

PROCEDÊNCIA: DOMICILIAR () HOSPITALAR: QUAL:
ALERGIAS: Nenhum DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES:

EVOLUÇÃO 21/05/17 HORÁRIO: 12h

ASPECTO GERAL

CONSCIENTE ORIENTADO () ALGO ORIENTADO _____
 ATIVO CREATIVO () HIPOATIVO
 HIPERTÔNICO HIPOTÔNICO
 COMATOSO SEDADO () ANASARCA () EDEMA

VENTILAÇÃO

O2 AMB () MV _____ % () HOOD: _____
() ENTUBADO TOT N° _____
OBS: _____

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

() AVP: _____
() AVC: _____
() Jelco: _____
() Scalp: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE
 ESPONTÂNEA () SVA A CADA: _____
() HEMATÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
() POLIÚRIA () SVD _____
ASPERCETO/CARACTERÍSTICA: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

() HV _____
BI _____
() ATB _____

EVACUAÇÃO

ESPONTÂNEA
() ESTÍMULO: _____
() AUSENTES _____ DIAS
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

PELE

() HIDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA
() INORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE
() EXTREMIDADE FRIAS NORMOTÉRMICA
() HIPOTERMIA: _____
() HIPERTERMIA: _____
() DRENO Lócal: _____
Característica do líquido: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMÉ
 FLACIDO () GLOBO () SEMI GLOBO
() DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
() TÍMPANICO () MACÍCO () RUIDOS HIDROAÉREOS

APARELHO CARDIOPULMONAR

EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
() BRADIPNEICO () TIRAGEM: _____
() RUIDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
() TAQUICÁRDICO () NORMOCÁRDICO () BRADICARDICO

LOCOMOÇÃO

() DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
() SOBRE MACA MULETA

DIETA

() AO SEIO () ORAL/COPINHO () GTM
() SOG/SNG _____
() RESÍDUO GÁSTRICO: _____
 ZERO () VOMITO _____ vezes

OBSERVAÇÕES: # Admissão: Nenhum trato
Atenção: 60g de líquido
Rx e exames ob

Thaynara Jennifer A. Santos

Enfermeira

CÓDIGO CRÉDITO: 1001250

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 22/05/17 HORÁRIO: 12h

ASPECTO GERAL

CONSCIENTE ORIENTADO () ALGO ORIENTADO _____
 ATIVO CREATIVO () HIPOATIVO
 HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
 COMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

VENTILAÇÃO

O2 AMB () MV _____ % () HOOD: _____
() ENTUBADO TOT N° _____
OBS: _____

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

() AVP: 1553
() AVC: _____
() Jelco: _____
() Scalp: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE Nenhum
 ESPONTÂNEA () SVA A CADA: _____
() HEMATÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
() POLIÚRIA () SVD _____
ASPERCETO/CARACTERÍSTICA: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

() HV _____
() BI _____
() ATB metformina

EVACUAÇÃO

() ESPONTÂNEA

PELE
 HIDRATADA RESSECADA ICTÉRICA
 NORMOCORADA HIPOCORADA CIANOSE
 EXTREMIDADE FRIAS NORMOTÉRMICA
 HIPOTERMIA: _____
 HIPERTERMIA: _____
 DRENO Local: _____
 Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR
 EUPNEICO DISPNEIDO TAQUIPNÉICO
 BRADIPNEICO TIRAGEM: _____
 RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
 TAQUICÁRDICO NORMOCÁRDICO BRADICARDICO

OBSERVAÇÕES: *Sem graus.* _____

ESTÍMULO: _____
 AUSENTE _____ DIAS
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMÉ
 FLACIDO GLOBO SEMI GLOBO
 DISTENDIDO DOR A PALPAÇÃO
 TÍMPANICO MACIÇO RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

DEAMBULANDO CADEIRA DE RODAS
 SOBRE MACA MULETA

DIETA

AO SEIO ORAL/COPINHO GTM
 SOG/SNG _____
 RESÍDUO GÁSTRICO: _____
 ZERO VOMITO _____ vezes

Ata Clínica - Pós-Operatório
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

ASPECTO GERAL
 CONSCIENTE ORIENTADO ALGO ORIENTADO _____
 ATIVO REATIVO HIPOTÍTICO
 HIPERTÔNICO HIPOTÔNICO
 COMATOSO SEDADO JANASARCA EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)
 AVP: _____
 AVC: _____
 Jelco: _____
 Scalp.: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB
 HV _____
 BI _____
 ATB *Carisoprodol*

PELE
 HIDRATADA RESSECADA ICTÉRICA
 NORMOCORADA HIPOCORADA CIANOSE
 EXTREMIDADE FRIAS NORMOTÉRMICA
 HIPOTERMIA: _____
 HIPERTERMIA: _____
 DRENO Local: _____
 Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR
 EUPNEICO DISPNEIDO TAQUIPNÉICO
 BRADIPNEICO TIRAGEM: _____
 RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
 TAQUICÁRDICO NORMOCÁRDICO BRADICARDICO

OBSERVAÇÕES: *210/04*
5/6 _____

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

HORÁRIO

VENTILAÇÃO
 O2 AMB MV _____ % HOOD: _____
 ENTUBADO TOT Nº _____
 OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE
 ESPONTÂNEA SVA A CADA: _____
 HEMATÚRIA OLIGÚRIA ANÚRIA
 POLIÚRIA SVD _____
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

ESPONTÂNEA
 ESTÍMULO: _____
 AUSENTE *no Hospital* DIAS
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMÉ
 FLACIDO GLOBO SEMI GLOBO
 DISTENDIDO DOR A PALPAÇÃO
 TÍMPANICO MACIÇO RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

DEAMBULANDO CADEIRA DE RODAS
 SOBRE MACA MULETA

DIETA

AO SEIO ORAL/COPINHO GTM
 SOG/SNG _____
 RESÍDUO GÁSTRICO: _____
 ZERO VOMITO _____ vezes

Kassy W. S. de Souza

Enfermeira

COPREN: 24248

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

- * ... confirma preparo da pele com clorexidine degermante e tópica sim não
15. Confirmar antibiótico profilático administrado sim não aplicável
16. Paciente em posição adequada sim não

EQUIPE DE ENFERMAGEM

17. Confirmar se a disponibilidade dos materiais e equipamentos solicitados para cirurgia
18. Confirmar com a equipe médica se os exames necessários estão disponível
19. Confirma bisturi elétrico e placas instalados corretamente

ENTRA OPERATORIO

INTERA. 000110

Posicionamento: Dorsal () lateral direita () Lateral esquerda () litotomia
() Fowler () semi-fowler () Semi-ginecológica () decúbito lateral

Monitorização cardíaca: () sim () não PNI/Manguito em: 150 Placa neutra: Local: gastroenterológico
Passado faixa de smarch: Não () sim, em: MI 8 Início 13:30 Termino
Anti-sensia: Clorazepato: () sim, em:

Anti-sepsia: Clorexidina: () Degermante () Aquosa () Alcólica

PVPI: () Desgermante () Tópico () Álcool

Infusões: **Alcool 70%**

SFO,9% HLR (lactate) pCO_2 pO_2 pH

Drenos: / Barriles: / ml R.Lactato: _____ ml R.Simples: 4000 ml SG5

Drenos: () Penrose nº _____ () Porto-vac nº _____ () Tórax nº _____

Sinais vitais: PA 100/60

Anestesia: Inicio 13:30 Termino 14:35 () Geral Inhalatório () Geral

Raqui (X) Bloqueio: _____

OT: () Não () sim – Cânula nº _____ IOT aramado: () não () sim nº _____

AVP: () não () sim **MSE**, se não nº **3** é feito por **SC** **Parte 1**

Cateter O2: () não () sim SNG: () NÃO () SIM N°

Cultura: _____ Anát Patológico: A-VN-6-13:

Material Explantado: Allat. Patológico

192 - 911 - 1

Intercorrência _____

PERMÍTENOS UNA PREGUNTA: ¿QUÉ ES UNA TAREA DE ESTUDIO?

TAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

confirmar se a contagem de compressas, instru-

caso a cirurgia realizada não tenha sido a propos-

OPME: () NÃO () SIM, qual é a base de 5 gatos DCP, 2. para fêmeas $n=40$
 $n=345$ contabil $n=3.5$ e 3. para a 1. para gatos $n=65$
 $n=70$ espécies de $n=45$

Anotações de Enfermagem e Intervenções - 3

Início da cirurgia: 13:35 Termino da cirurgia: 14:30

CIRURGIAO: Gonçalves ASSISTENTE: ANESTESIOLOGISTA: Principe
INSTRUMENTADORA: Spomiglio CIRCULANTE: Sampaio ENFERMEIRA: Edine



PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurge

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE Pablo Evansbro de Lima
APTO.: _____ N° REGIST. _____
CONVEN. SUS

USO DE:	DATA / H	USO DE:	DATA
BOMBA DE INF.	DIL	ECG	
NEBULIZADOR	Nº	OXIG./UMIDIF.	
ASPIRADOR	DIL	BERÇO AQUECIDO	
CURATIVO		FOTOTERAPIA	
		INCUBADORA	



DESCRICAO DO ATO CIRURGICO

PROTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel
Gande M.E. Assusse (ant. secessio PVP). Lempos
este nis. Incisal lateral sob Joelho E. disseccao rot. hanc
visualizada nature abducentia de placas fibrosas
realizada antrotomia. Excluindo lesao perineal
realizada MENSCORRATIA of Wall. Reductio de rotam
e fixada com 2 parafusos + 1 anel + 1 placca
DCP 3,5 com 3 parafusos. Boa reducção a fluoroscopia
(OSTEOMÍNESE PLATEADA) → TRATAMENTO CERCA DE 24
LESÃO COMPLEXA DE JOELHO). Ótimo resultado.
curativo este nis. Enquadramento fortes. Retirada de
gancos.

ASSINATURA QU CARIMBO DO MEDICO

BOLETIM DE ANESTESIA-

ANESTESIA TIPO: Regional + Sedativo

TECHNICAL

NOR	S. G. 1995-96-97-98-99-95-98												X. Mont. 1995 efedrina 2g
18													tg 26
16													res po. 26 duraç 60mz faixa
14													
12													
10													
8													
6													
4													
2													
A N O T A C O E S													
MIN. C/ ACRÉSCIMO	MIN S/ ACRÉSCIMO	TOTAIS	INÍCIO DA ANESTESIA:	13.30									
			INÍCIO DA CIRURGIA:	13.37									
			TERMINO DA CIRURGIA:	14.30									
			TERMINO DA ANESTESIA:	14.35									
			OBSERVAÇÕES:										



PRONTO-CLÍNICA E MATERNIDADE
Dr. Paulo Gurgel

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Paulo Góesmo de Lima Nº REGISTRO 250855
DATA 22/05/17 IDADE 51 LEITO: _____ MÉDICO: Dra. Omaira Para

ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO ÁGUA? ()SIM ()NÃO PESO: _____ Kg Altura: _____ cm

RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: ()SIM ()NÃO

ALERGIAS: ()NÃO ()SIM: _____

DOENÇAS PREGRESSAS: ()DM ()HAS ()TABAGISMO ()HIV ()Hep B ()Hep C ()Arritmias ()DPOC ()AVC ()
Marcapasso ()Outros: _____

Medicações de uso frequente: negra tucos

Exames: ()Labor ()Raio x ()USG ()TC ()RNM ()Risco cirúrgico Outros: _____

Encaminhado: ()Deambulando ()Cadeira de Rodas ()Maca ()consciente ()inconsciente ()Orientado ()
Desorientado

Anotações de Enfermagem: _____

Conferido informação acima por: _____

Admitido na sala: 01 Hora: _____

ETAPA I: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta: Fratura de plato ilíaco

1. Equipe completa presente ()Sim ()Não
2. () Paciente com identificação e cirurgia confirmada
3. Termo de consentimento ()Cirúrgico ()hemoterápico ()não, caso não esteja assinado contatar o médico.
4. Local da intervenção marcado corretamente ()sim ()não ()não aplicável
5. ()Bisturi elétrico disponível e testado
6. ()Aspirador cirúrgico disponível e testado
7. ()mesa cirúrgica testada
8. Hemoderivados solicitados e reservados ()sim ()não ()não aplicável
9. Paciente tem alergia conhecida ()sim ()não
10. Aparelho de anestesia testado ()sim ()não
11. Esterilizações dos instrumentais com indicadores ()sim ()não
12. Aparelho de artroscopia ()SIM ()Não

ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

13. ()Confirma nome do paciente, local da intervenção e cirurgia proposta



PRONTOCLINICAL
Dr. Paulo Gurgel

NOME: Walter

Guigui
Guilherme
Guilherme de Lima

REG.: MÉDICO.: CONVENIO.: 303

CONTROLE HÍDRICO E T.P.R.

Aprile

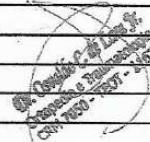
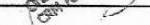
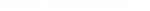
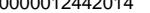
DIA	HORAS	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PULSO	DIÉTIA	VÔMITO	DIURESE	EVACUAÇÃO	ASSINATURA
20/05/17	0h	140x80	—	—	—	—	—	—	—	—
20/05/17	06h	140x80	—	—	—	—	—	—	—	—
20/05/17	12:00	120x60	—	35°C	—	—	—	—	—	—
21/05/17	18:00	120x60	—	35,8°C	—	—	—	—	—	—
22/05/17	22h	120x80	—	35,9°C	—	—	—	—	—	—
23/05/17	06h	120x60	—	36,1°C	—	—	—	—	—	—
										João Pedro Assistente

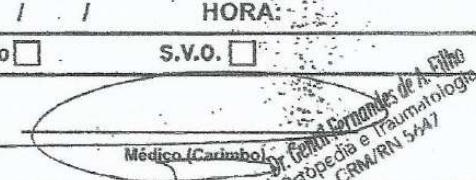


PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgei

EVOLUÇÃO MEDICA

PACIENTE: Fausto Leme REGISTRO N°
APTO.: _____ CONVENIO SUP
MÉDICO: Osvaldo

DATA / HORA	DESCRIÇÃO MEDICA
22.5.17	<u>Ortopedia</u> <u>Realizada sutura "plato" fibral,</u> <u>sem intervenções</u>
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	LABORATÓRIO
DUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><i>Talg. 1/30 10/05/11</i></p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>CONFERE COM ORIGINAL</p> <p>NATAL, 30/05/11</p> <p>MAT. N°.</p> <p>SAME</p> <p>Assinatura e Carimbo do Responsável</p> <p><i>Assinatura</i></p> </div>	
Assinatura e Carimbo do Responsável	
DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: <i>Oncogueto</i>	DATA: / / HORA: / : /
SAÍDA:	DATA: / / HORA: / : /
Decisão Médica <input checked="" 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"/>
 <i>Destacar nessa fita e entregar ao paciente após a sua liberação</i>	
DESTACAR	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"/>



**SESP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SAÚNHO**

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 21449 /2017
Admissão: 11/05/2017 20:52:01



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Permitente: 19839 - PAULO EVANDRO DE LIMA (50 a 6 m 13 d) 
Nascimento: 29/10/1966 Natural: NATAL.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 6-3003437303742 CPF: 67149634400 Prof:
Mãe: MARIA MARQUES DE LIMA Pai: EUCLIDES VICTOR DE LIMA
Logradouro: DA RABECA, 1066
CEP: 59138400 Bairro: LAGOA AZUL Cidade: NATAL
Tel: 84.988250191 Compl:

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Q: vítima de atropelamento/ trauma em m/

ESTICO INICIAL - CID

por FRANCISCO DE ASSIS MORAIS QUIROZ. Impresso em 11 de Maio de 2017.



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Paulo Evandro de Lima, portador(a) da
cédula de identidade RG 491512, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº.
671-496.344.00, residente e domiciliado (a) no endereço
Rua: Rabea, 1066 Nova Natal - Natal RN
;

OUTORGADO: JONATAS NEVES MARINHO DA COSTA, RG 07010121 37, CPF:
816.001.435-04, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/BA sob o nº
25.893, com endereços profissionais na Av. Almirante Alexandrino de Alencar,
nº. 750, Alecrim, CEP 59031-350, Natal - Rio Grande do Norte.

PODERES: Para o foro em geral e repartições públicas; na forma do art. 38 do Código de
Processo Civil e art. 5º, § 2º, da Lei nº 8906, de 4 de julho de 1994, com cláusula "ad extra" e
"ad judicia", bem como PODERES ESPECÍFICOS para: receber citação, confessar, reconhecer
a procedência do pedido, transigir, desistir, receber valores e alvarás, receber, sacar e
endossar cheques nominativos, dar quitação, celebrar acordos e firmar compromisso,
podendo praticar atos em qualquer juízo ou fora dele, em qualquer instância ou tribunal,
inclusive repartições públicas administrativas e municipais, estaduais e federais como autor
ou réu, em conjunto ou isoladamente, independentemente da ordem de nomeação,
podendo ainda substabelecer esta, com ou sem iguais poderes e tudo mais praticar para o
fiel cumprimento deste mandato por prazo indeterminado.

Natal, 25 de Outubro de 2017.

Paulo Evandro de Lima

OUTORGANTE



Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: JONATAS NEVES MARINHO DA COSTA
<https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=1711141652365390000012442072>
Número do documento: 1711141652365390000012442072

Num. 13196303 - Pág. 1



()

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170487248 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA PAULO EVANDRO DE LIMA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO PAULO EVANDRO DE LIMA

CPF/CNPJ: 67149634400

Posição em 13-11-2017 10:19:19

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
-------------------	----------------------	------------------	-------------

19/09/2017	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50
------------	--------------	----------	--------------

ACESSIBILIDADE



[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](#)



[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](#)

A A A



COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas [\(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](#)

Documentos Invalidez Permanente [\(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](#)

Documento Morte [\(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](#)

Dicas Indispensáveis [\(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](#)

PAGUE SEGURO

Como Pagar [\(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](#)

Consulta a Pagamentos Efetuados [\(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\)](#)

Informações Gerais [\(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)

