



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
13196183	14/11/2017 16:54	bo	Outros documentos
13196193	14/11/2017 16:54	comp residencia	Outros documentos
13196203	14/11/2017 16:54	declaracao insuficiencia	Outros documentos
13196239	14/11/2017 16:54	docs medicos-ilovepdf-compressed	Outros documentos
13196282	14/11/2017 16:54	procuracao	Procuração
13196303	14/11/2017 16:54	rg	Outros documentos
13196316	14/11/2017 16:54	Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo	Outros documentos



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, brasileira, 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
Policia Civil
Matrícula: 170.234-3

- 12 JUN 2017
- ☐ Maria Conceição Moura Leite - Tabelão
 - ☐ Itárbio Moura Leite - Substituto
 - ☐ Alberto Magnus Figueira de Moura - Escrevente Autorizado

Complexo de Delegacias Especializadas - Av. Ayrton Senna, 3134 - Neópolis - Natal - RN - (84) 3232-6398/

PolOffice

41a1958ab2c3c374635f13246b390f852



ANV-084513
AUTENTICAÇÃO
JONATAS NEVES MARINHO DA COSTA
12 JUN 2017
17111416500240400000012441960



Companhia Energética de Pernambuco S.A.
Rua Marmoz, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59026-250
CNPJ 08.324.186/0001-51 | Insc. Est. 20.055.198-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
WALQUIRIA FRANCELINO DE OLIVEIRA DE LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DA RABECA 1086 C/J NOVA NATAL

CPF: 663.548.894-49

LAGOA AZUL/ÁREA URBANA
NATAL RN
59138-400

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO
7011123150

MÊS/ANO
03/2017

DATA DE VENCIMENTO
15/03/2017

DATA PRÓXIMA LEITURA
07/04/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

75,30

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
000258210	UNICA	08/03/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
08/03/2017	30110/5873	759286

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	121,00000000	0,53856782	65,16
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,69
Contribuição Iluminação Pública			7,43
Multa por atraso - RF 000258243 - 05/01/17			1,24
Juros por atraso - RF 000258243 - 05/01/17			0,78

TOTAL DA FATURA

75,30

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
2131055640	CAT	06-02-2017	4.889,00	06-03-2017	5.010,00	30	1,0000		121,00

PERÍODO DE CONSUMO	INFORMAÇÕES DE TENDÊNCIAS	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
MAR 17 121		GERAÇÃO DE ENERGIA R\$ 22,24 33,76%
FEV 17 115		TRANSMISSÃO R\$ 1,23 1,87%
JAN 17 115		DISTRIBUIÇÃO (COSERN) R\$ 14,92 22,66%
DEZ 16 118		PERDAS DE ENERGIA R\$ 3,66 5,56%
NOV 16 255		ENCARGOS SETORIAIS R\$ 7,53 11,44%
OUT 16 30		TRIBUTOS R\$ 16,27 24,71%
SET 16		TOTAL R\$ 66,85 100%
AGO 16		
JUL 16		
JUN 16		
MAI 16		
ABR 16		
MAR 16		

Consumo Ativo (kWh)

0,405.88000

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta fatura deve ser feito somente em espécie. Na data da fatura a bandeira amarela e a bandeira vermelha. Mais informações em www.inec.gov.br. Pagamento em atraso gera Multa CNP (R\$ 414,00) e Juros Sim (Lei 10.455-28/04/02), no próximo mês. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. O cliente é compensado quando há descompensação do prazo definido para o período de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o cancelamento do contrato pode ocorrer após 2 ciclos de fornecimento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

ATENÇÃO! A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ATRASO

Consulte o status do pagamento da(s) conta(s) de energia (R\$)

Vencido	Exatidão	Valor	Vencido	Exatidão	Valor
130,37	08/03/17	70,87			

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e benefícios se encontram à disposição, para consulta, em nossos sites de atendimento e no site www.cosern.com.br.

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débito anterior nem constitui abrandamento de débitos.

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 desiderato 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

Paulo Evandro de Lima

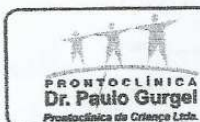
AUTOR: Paulo Evandro de Lima

CPF: 671 496.344.00

Paulo Eduardo 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 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>Paulo Eduardo de Lima</i>		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS <i>898003437303742</i>	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>29/10/1966</i>	9 - SEXO MASCULINO	10 - FEMININO
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Maria Jurema de Lima</i>		12 - TELEFONE DE CONTATO <i>(84) 988250191</i>	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº) <i>R: da Rubrica nº 1066</i>		14 - CEP <i>59060-299</i>	
15 - MUNICÍPIO <i>Natal</i>	16 - BAIRRO <i>Cent. Nova Natal</i>	17 - UF <i>RN</i>	18 - CEP
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>fractura com fratura de pelve</i>			
20 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>fractura</i>			
21 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>130 + 120</i>			
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>fractura de pelve</i>	23 - CID INICIAL	24 - CID SECUNDÁRIO	25 - LAUDOS ASSOCIADOS
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>fractura</i>	27 - LEITO / CLÍNICA	28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>030801009</i>	31 - DT SOLICITAÇÃO	32 - CNS / CPF	33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	35 - CNPJ DA SEGURADORA	36 - Nº DO BILHETE	37 - BÔNUS
38 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ	40 -	41 -
42 - () ACID. TRABALHO TRAJETO	43 - CID PRINCIPAL	44 - DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL.	
45 - CID SECUNDÁRIO	46 - () GRAVE	47 - () GRAVÍSSIMA	
AUTORIZAÇÃO			
48 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	49 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	
51 - DT AUTORIZ.	52 - DT AUTORIZ.		
53 - CNS / CPF	54 -		
55 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	56 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		

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 - RAIOS-X

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

Paulo Brandão Lima

LAUDO MÉDICO

Paciente Sr., com lesão complexa
em joelho, fratura afundamento de
fóssos tibial.

Realizado tratamento cirúrgico
em 22.5.17.

Necessite de acompanhamento
clínico.

CID 582

Atendimento

Dr. Danilo C. de Lima Jr.
Ortopedia e Traumatologia
RUA 7050 - TEL: 7207 - 11073

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 retropulsão significativa do seu muro posterior

Demais corpos vertebrais toracolumbares 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
RECEITUÁRIO

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

Declaro para os devidos fins que o
paciente Paulo Eduardo de Lencas nasceu
a fisioterapia a julho/2011, com diagnóstico
clínico de fratura de plastrão tibial, mexendo
do local, diminuindo a dor do joelho, progressão
vermelha no M.E. e diminuição da propriocepção.
Apresentou sinais vitais com ajuda de
ultrassom. Atualmente o paciente melhora
o quadro motor e continua o tratamento
na fisioterapia.

Local: _____
Data: 21.08.12

Dr. Magno Moreno
Fisioterapeuta
CRM 35367 F
CRM 35367 F



ProntoNeuro
Imagens Médicas

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

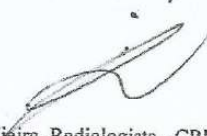
- Exame realizado com cortes axiais de 3 mm de espessura, sem injeção do meio de contraste venoso.

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 250855	DATA: 21/05/17 HS:
TIPO DE INTERNAMENTO:	<input checked="" type="checkbox"/> CIRÚRGICO () CLÍNICO () PEDIÁTRICO	
ACOMODADO: Ona.	LEITO:	CONVÊNIO SUS
MATRICULA 7067097	3775 9920	VALIDADE
ASS. DO RESPONSÁVEL PELO INTERNAMENTO: Ouidi		

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME: Paulo Brandão de Lima	SEXO: () M () F
DATA DE NASCIMENTO: 29/10/1966 RG: 791512	CPF: 671.496.344-00
FILIAÇÃO MÃE: Mario Marques de Lima.	
PAI: Brucides Victor de Lima.	
ENDEREÇO: Rua da Rocha.	Nº 1066
BAIRRO: Anjoa Azul	CIDADE: Natal
ESTADO: RN	CEP: 59138-400
RESPONSÁVEL:	PARENTESCO:
FONE: 84 99879-1580	FONE: 84 98756-5308

SUMÁRIO DE ALTA	
TIPO DE ALTA: () MÉDICA () ADMINISTRATIVA () A PEDIDO () EVASÃO () ÓBITO	
DATA: / / 2017 HORA:	ASS: RESPONSÁVEL DO SETOR:

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO
<p>PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA CNPJ: 09.417.742/0001-91 Confere com o Original Data: 21/08/2017 <u>Damara Barreto</u></p> <p>CARIMBO E ASS. DO MÉDICO</p>



Prontoclinica Dr. Paulo Gurgel
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

MÉDICO: Dr. Jean L.

PACIENTE: Paulo Evandro de Lima SETOR: 1º andar LEITO: 3044

DIAGNOSTICO MÉDICO: plato tibial (S) IDADE: 50 anos

PROCEDÊNCIA: ☒ DOMICILIAR () HOSPITALAR: QUAL: _____

ALERGIAS: Nega DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: _____

EVOLUÇÃO: 21/05/17 HORÁRIO: 21h

ASPECTO GERAL

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

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

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

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

() HV _____
BI _____
☒ ATB _____

PELE

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

APARELHO CARDIOPULMONAR

☒ EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNÉICO _____
() BRADIPNEICO () TIRAGEM: _____
() RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
() TAQUICÁRDICO ☒ NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO _____

OBSERVAÇÕES: # Admissão: Nega Tumor
Atropelamento há 1 semana
R x e exames de

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 _____ DIAS _____
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN

☒ FLACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO _____
() DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO _____
() TIMPÂNICO () MACIÇO () RUÍDOS HIDROAÉREOS _____

LOCOMOÇÃO

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

DIETA

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

Thaynara Jéssica A. Santos
Enfermeira
COREN-RN 101599

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO: 22/05/17 HORÁRIO: 12h

ASPECTO GERAL

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

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

☒ AVP: NSS _____
() AVC: _____
() Jelco: _____
() Scalp.: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

☒ HV _____
() BI _____
☒ ATB metoprolol _____

VENTILAÇÃO

☒ O2 AMB () MV _____ % () HOOD: _____
() ENTUBADO TOT Nº _____
OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE

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

EVACUAÇÃO

() ESPONTÂNEA _____

PELE

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

APARELHO CARDIOPULMONAR

☒ EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
() BRADIPNEICO () TIRAGEM: _____
() RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
() TAQUICÁRDICO ☒ NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

() ESTÍMULO: _____

☒ AUSENTE _____ DIAS

ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO**ABDOMEN**

☒ FLACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
() DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
() TIMPÂNICO () MACIÇO () RUÍDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

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

DIETA

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

OBSERVAÇÕES: Sem queixas.

Assinatura do Enfermeiro
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO

22/05/17

HORÁRIO:

21:05

ASPECTO GERAL

☒ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
() ATIVO ☒ REATIVO () HIPOATIVO
() HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
() COMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

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

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

☒ HV _____
() BI _____
() ATB antibiótico

PELE

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

APARELHO CARDIOPULMONAR

☒ EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
() BRADIPNEICO () TIRAGEM: _____
() RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
() TAQUICÁRDICO ☒ NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES: 22/05/17
5/4**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 banheiro DIAS
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO**ABDOMEN**

☒ FLACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
() DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
() TIMPÂNICO () MACIÇO () RUÍDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

() DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
☒ SOBRE MACA no leito () MULETA

DIETA

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

Kassya W. S. de Souza
Enfermeira
COREN-PA 24248

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

15. Confirmar preparo da pele com clorexidine degermante e tópica ☒ Sim () não
16. 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 disponíveis
19. ☒ Confirmar bisturi elétrico e placas instalados corretamente

INTRA-OPERATORIO

Posicionamento: ☒ Dorsal () lateral direita () lateral esquerda () litotomia
() Fowler () semi-fowler () Semi-ginecológico () ventral () Trendelenburg () Sims
Monitorização cardíaca: ☒ sim () não PNI/Manguito em: 150 Placa neutra: Local: gatoquimico
Passado faixa de smarch: Não ☒ sim, em: 418 Início 13:30 Término _____
Anti-sepsia: Clorexidina: () Degermante () Aquosa () Alcoolica
PVPI: ☒ Degermante ☒ Tópico ☒ Alcool 70%

Infusões:

SFO, 9% _____ ml R. Lactato: _____ ml R. Simples 4000 ml SG5% _____ ml
Drenos: () Penrose nº _____ () Porto-vac nº _____ () Tórax nº _____
Sinais vitais: PA: 102x63 mmHg FC: 68 bpm Sat: 98 % T: _____ °C Hora: _____
Anestesia: Início 13:30 Término 14:35 () Geral Inalatório () Geral Venosa () Sedação () Local () Peridural ()
Raqui ☒ Bloqueio: _____
IOT: ☒ Não () sim - Cânula nº _____ IOT aramado: ☒ não () sim nº _____
AVP: () não ☒ sim 156, Jelco nº 2-2 por 2 Piscado
Cateter O2: ☒ não () sim SNG: ☒ NÃO () SIM Nº _____ SVD ☒ NÃO () SIM Nº _____
Ferida operatória: Curativo limpo e seco
Cultura: _____ Anát. Patológico: ☒ Não () Sim _____ Unid _____

Material Explantado:

Material Explantado: _____ Intercorrência _____
Técnica do Enfermeiro: _____
Técnica do Anestesiologista: _____

ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

Confirmar se a contagem de compressas, instrumentais e agulhas foi realizada ☒ sim () não
Caso a cirurgia realizada não tenha sido a proposta, _____
Medicações administradas (anotar horários) _____

OPME: () NÃO ☒ SIM, qual 1 placa de 5 curvas OCP, 2 parafusos n° 40
1 n° 45 vertical n° 3.5 e 1 parafuso 1 parafuso n° 65
1 n° 70 espinha de n° 4.5

Anotações de Enfermagem e Intercorrências

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

CIRURGIÃO: Guilherme ASSISTENTE: _____ ANESTESIOLOGISTA: Priscila
INSTRUMENTADORA: Isadora CIRCULANTE: Sergio ENFERMEIRA: Edlene



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE Pavlo Evandro de S. Lima
 APTO.: _____ Nº 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		

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT.
22/05/17	13:20	Ptê encaminhado ao ce pob uaca, com cienk e orientado. O2 ambiente, dextro 200 em anexo RM + laudo + exames laboratoriais	Salvador-CE São Mônica de Fátima SOPHIA 001.169.869
22/05/17	15:30	Ptê retornou do ce pob uaca, com e orientado, O2 ambiente e dextro em HUP.	
22/05	20h	Adm. diários. 2g + ABX + Tomoxon 20mg + DBS	20-20-20
22/05	22h	Adm. clonidina 15 EV	20-20-20
	24h	Adm. dipirona 300V	20-20-20
	04h	Adm. dipirona 2g	20-20-20
23.05.17	8h	Adm. dipirona, 2g + Tilacel de 20mg EV	20-20-20
	09h	Pct. soter de alto chapl folhas brancas todas as seus pertences, com anexo ao seu mort. domes lab. + FEG + F. de pelicula de RX + 04 folhas de RM	20-20-20 20-20-20

DESCRICAÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

PRONTUÁRIO CLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel

Gandê ME. Assupie / antissepie PVPI. Curativo
estéril. Inexist. lateral sob Joelho E. dissecção foi feita
visualizada fratura definitivamente do platô tibial
realizada artrotomia. Evitando lesão meniscal
lesão de MENISCOPOSTERIOR a nível. Redução de fratura
e estabilizada com 2 parafusos + lâmina e 1 placa
DCP 3,5 com 3 parafusos. Boa redução a fluoroscopia
(OSTEOMINTESE PLATÔ TIBIAL → TRATAMENTO CIRÚRGICO DE
LESÃO COMPLEXA DE JOELHO). Anter. pla. branco.
curativo estéril. Enfaixamento fôres. Retirada de
gaze.

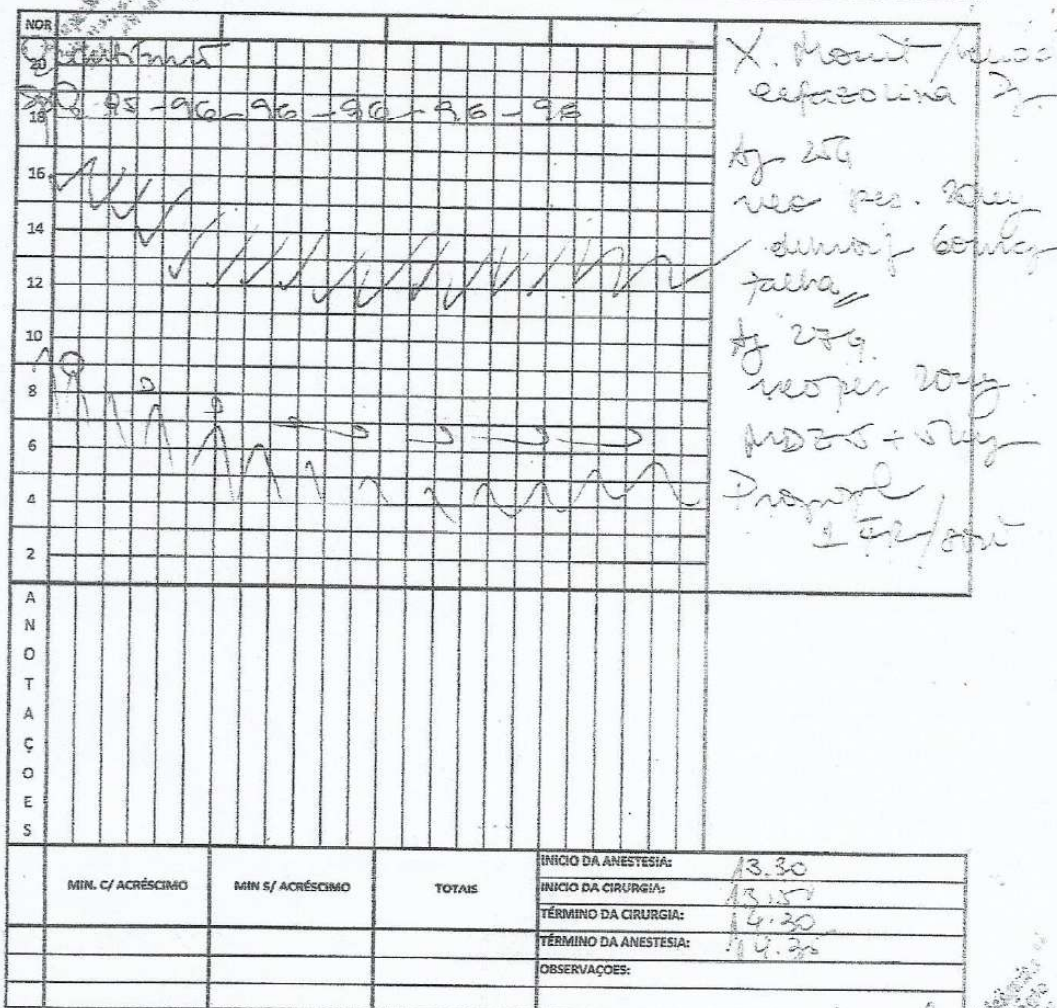
ASSINATURA OU CARIMBO DO MÉDICO: _____

BOLETIM DE ANESTESIA:

ANESTESIA TIPO:

Regional + Sedação

TECNICA:



100-37461-1000

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE	Paulo Evandro de Lima
REGISTRO	

CONVENIENT:

APTO/ENF. 204-A

DATA: 24/05/15

[illegible]

IRC-FARMÁCIA

RECIBO

DÉBITOS

SERINGA 01	
SERINGA 03 cc	
SERINGA 05 cc	
SERINGA 10 cc	
SERINGA 20 cc	127
EQUIPO MICROGOTAS	
EQUIPO P/ BI	
EQUIPO P/ SANGUE	
JELCO Nº	
SCALP Nº	
POLIFIX	
LUVAS PROCEDIMENTO	
LUVAS ESTER. Nº	
GASES PCT	
ESPARADRAPO	
MICROPORÉ	
PVPi	
ETER	
ALCOOL 70%ml	
ALGUDÃO BOLA	
AGULHA DESC. 3038	
CREPOM Nº	
ALGODÃO ORTOP.	
CEPACOL ml	
POMADA	
SONDA DE FOLEY	
SONDA URETRAL	
SONDA NASO	
COLETOR FECHADO	
COLETOR ABERTO	
LAMINA BISTURI	
ELETRODO	
IMASC. DESCAT	
SORO FÍSIO. 0,9%	
FITA HGT	

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Paulo Antonio de Lima Nº REGISTRO 250855
DATA 22/05/17 IDADE 51 LEITO: _____ MÉDICO: Dr. Osvaldo Sara

ADMISSÃO DO CENTRO CIRURGICO

JEIUM COMPLETO INCLUINDO AGUA? ☒ 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: Nega Tudo
Exames: ☒ Labor () Raio x () USG () TC () RM () Risco cirúrgico Outros: _____
Encaminhado: () Deambulando () Cadeira de Rodas ☒ Maca ☒ consciente () Inconsciente ☒ Orientado ()
Desorientado

Anotações de Enfermagem : _____

Conferido informação acima por: Suzana Maria Barbosa de Almeida Admitido na sala: 01 Hora: _____
COPIAR 1022397

ETAPA I: PRÉ -INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta Fratura de plavô lateral

1. Equipe completa presente ☒ Sim () Não
2. ☒ Paciente com identificação e cirurgia confirmada
3. Termo de consentimento ☒ Cirúrgico () hemoterapico () 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



PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

NOME: Paulo Evandro de Lima

REG.:

MÉDICO:

CONVENIO: SUS

DIA	HORAS	PRESSAO ARTERIAL	RESPIRACAO	TEMPERATURA	PULSO	DIETA	VOMITO	DIURESE	EVACUACAO	ASSINATURA
21/05/17	08h	130 x 80	-	-	-	-	-	-	-	Aline
22/05/17	06h	130 x 80	-	-	-	-	-	-	-	Aline
22/05/17	12:00	90 x 60	-	35°C.	-	-	-	-	-	Marcia
22/05/17	18:00	120 x 80	-	35,8°C.	-	-	-	-	-	Marcia
23/05/17	08h	120 x 80	-	35,9°C.	-	-	-	-	-	Marcia
23/05/17	06h	120 x 80	-	36,1°C.	-	-	-	-	-	Jouane

FIQUE ATENTO A SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS EM ESPECIAL A CRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS. DENUNCIE! PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E NOTIFIQUE

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****	LABORATÓRIO
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><i>Falta tubo</i></p> <p><i>no nariz</i></p>	
<div>CONFERE COM ORIGINAL NATAL 30/05/17 MAT Nº. S.A.M.E. Assinatura e Carimbo do Responsável</div>	

DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: <i>Ortopedia</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"/>	

Médico (Carimbo) *Dr. Fernando de A. Filho*
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5447

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

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"/>	

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

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 21449 /2017
Admissão: 11/05/2017 20:52:01

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Idade: 19839 - PAULO EVANDRO DE LIMA (50 a 6 m 13 d)
Nascimento: 29/10/1966 Natural: NATAL.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 643003437303742 CPF: 67149634400 Prof:
Mãe: MARIA MARQUES DE LIMA Pai: EUCLIDES VICTOR DE LIMA
Logradouro: DA RABECA, 1066
CEP: 59138400 Bairro: LAGOA AZUL Cidade: NATAL
Telefone: 84.988250191 Compl:

ATROPELAMENTO POR CARRO
FAMÍLIA

Tipo: REFERENCIADO
*Empresa:

Discriminador:	Classificação: 11/05/2017 20:48:41									
P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	R		

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Quem foi vítima de atropelamento/ trauma em mie

Paulo com ferimentos de pele e fratura
Quem deu que foi atropelado
Dr. Gentil Fernandes de A. Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM/RN 364

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

OBSERVAÇÕES:

Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

15/05/17

Odair

HISTÓRICO INICIAL - CID

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Paulo Evandro de Lima, portador(a) da
cédula de identidade RG 791512, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº.
641-496.344.00, 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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

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

POLEGAR DIREITO

Paulo Elanardo de Souza

ASSISTENTE DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

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 O

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)