



Número: **0803225-10.2019.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **26/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUAN ANTONIO MAIA ALVES (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39795710	26/02/2019 17:13	LUAN ANTONIO MAIA ALVES	Documento de Comprovação
39795769	26/02/2019 17:13	OutrosDocsMedicos-part 1	Documento de Comprovação
39795803	26/02/2019 17:13	OutrosDocsMedicos-part 2	Documento de Comprovação
39795844	26/02/2019 17:13	OutrosDocsMedicos-part 3	Documento de Comprovação
39795877	26/02/2019 17:13	PROCESSO ADM	Requerimento Administrativo

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS - 30%

CONTRATANTE: Luan Antônio Maia Alves, brasileiro, estado civil solteiro, profissão autônomo, inscrito(a) no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda (CPF/MF) sob o n.º 105.838.854-11, portador(a) do RG n.º 003.217.635, residente e domiciliado(a) R. Fábio Menescal Jales, nº 4, Aeroporto, Mossoró/RN, Telefones: _____.

CONTRATADO: Nome: Leonardo Mike Silva Pereira, brasileiro(a) estado civil: solteiro, Profissão: advogado, inscrito na OAB/RN sob o número 10.645, com endereço profissional à rua Desembargador Dionísio Filgueira, nº 439, bairro Centro, município: Mossoró, RN.

AS PARTES ACIMA IDENTIFICADAS TÊM, ENTRE SI, COMO JUSTO E CONTRATADO O PRESENTE CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS, QUE SE REGERÁ PELAS CLÁUSULAS SEGUINTE E PELAS CONDIÇÕES DESCRITAS NO PRESENTE.

I - DO OBJETO DO CONTRATO E DA RESPONSABILIDADE

Cláusula 1ª. O presente instrumento tem como OBJETO a prestação de serviços advocatícios, para a propositura de **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**.

a) A RESPONSABILIDADE SOBRE A VERACIDADE DOS DOCUMENTOS FORNECIDOS AO CONTRATADO PARA QUE ESTE REALIZE TODOS OS ATOS ATINENTES A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS, É INTEIRA E EXCLUSIVAMENTE DO(A) CONTRATANTE.

II - DAS ATIVIDADES

Cláusula 2ª. As atividades incluídas na prestação de serviço objeto deste instrumento, são todas aquelas inerentes à profissão, quais sejam:

- b) Praticar quaisquer atos e medidas necessárias e inerentes à causa, em todas as repartições públicas da União, dos Estados ou dos Municípios, bem como órgãos a estes ligados direta ou indiretamente, seja por delegação, concessão ou outros meios, bem como de estabelecimentos particulares.
- c) Praticar todos os atos inerentes ao exercício da advocacia e aqueles constantes no Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil, bem como os especificados no Instrumento Procuratório.

III - DAS DESPESAS

Cláusula 3ª. As custas processuais e extrajudiciais que se fizerem necessárias ao ajuizamento da ação e ao recebimento do crédito, tais como custas do processo junto à Justiça Federal (1% - um por cento - do valor requerido) e/ou junto à Justiça Estadual (valor apurado conforme Tabela de Custas Judiciais); custas de reconhecimento de firma nos documentos necessários e autenticações quando estas se fizerem necessárias; custas de perícia contábil necessária ao cálculo do crédito; custas de oficial de justiça, etc., serão suportadas exclusivamente pelo(a) **CONTRATANTE**.

IV - DOS HONORÁRIOS

Cláusula 5ª. O(A) CONTRATANTE, em caso de êxito na ação, obriga-se a pagar, a título de prestação de serviço, o valor correspondente ao percentual de **30% (trinta por cento)** sobre efetivo proveito econômico proveniente da Ação.

Cláusula 6ª. Havendo acordo entre o(a) **CONTRATANTE** e a parte **CONTRÁRIA**, não prejudicará o recebimento dos honorários contratados e da sucumbência, devendo ser contabilizado em face do efetivo proveito econômico ou êxito financeiro do **CONTRATANTE**, conforme exemplo supra.

Cláusula 7ª. Os honorários de sucumbência pertencem ao **CONTRATADO**.

Cláusula 8ª. As partes estabelecem que havendo atraso no pagamento dos honorários, serão cobrados juros de mora na proporção de 1% (um por cento) ao mês.

V - DA COBRANÇA

Cláusula 9ª. As partes acordam que facultará ao **CONTRATADO**, o direito de realizar a cobrança dos honorários por todos os meios admitidos em direito.

VI - DA RESCISÃO

Cláusula 10ª. Agindo o(a) **CONTRATANTE** de forma dolosa ou culposa em face do **CONTRATADO**, restará facultado a este, rescindir o contrato, substabelecendo sem reserva de iguais e se exonerando de todas as obrigações.

Cláusula 11ª. Fica estabelecido que em caso de **REVOGAÇÃO** infundada do instrumento procuratório, por parte do(a) **CONTRATANTE**, será devido ao **CONTRATADO** a título de honorários, por assessoria e consultoria jurídica, o mesmo percentual estipulado na cláusula 5ª do presente contrato.

Cláusula 12ª. Em caso de **DESISTÊNCIA** da ação, por parte do(a) **CONTRATANTE**, será devido ao **CONTRATADO** a título de honorários, por assessoria e consultoria jurídica, o percentual de 20% (dez por cento) do valor da ação.

Parágrafo Primeiro. O(A) **CONTRATANTE** deverá ainda, em caso de **DESISTÊNCIA**, ressarcir todas as despesas que o **CONTRATADO** obteve tais como; custas processuais e despesas com análise financeira.

VII - DO FORO

Cláusula 13ª. Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do **CONTRATO**, as partes elegem o foro da comarca de Mossoró/RN;

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor, juntamente com 2 (duas) testemunhas.

Mossoró/RN, ____ de ____ de 20__.



CONTRATANTE

CONTRATADO

TESTEMUNHAS:

1) _____
RG: _____
CPF: _____
2) _____
RG: _____
CPF: _____

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu Luan Antônio Maia Alves brasileiro(a),
estado civil: solteiro Profissão: autônomo portador(a) do RG
003.217.635, órgão expedidor TEP/RN e do CPF: 105.838.854-11, residente
no(a) R. Fábio Menescal Jales nº 4
bairro: Aeroporto, município: MOSSORÓ RN
declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o
pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família,
por isso requiro os benefícios da assistência judiciária gratuita, nos termos do art. 5º, LXXIV, da
Constituição da República e da Lei nº 1.060/50.

MOSSORÓ/RN, 28/01/2019
Local e Data

x Luana M. Antônio Maia Alves
Assinatura do Outorgante

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Luan Antônio Maia Alves, brasileiro(a),
estado civil: solteiro Profissão: autônomo portador(a) do RG
003.212.635, órgão expedidor TE8/RN e do CPF: 105.838.854-11, residente
no(a) R. Fábio Menescal Jales, nº 4,
bairro: Aeroporto, município: Mossoró, RN.

OUTORGADO:

Nome: Leonardo Mike Silva Pereira, brasileiro(a)
estado civil: solteiro Profissão: advogado inscrito na OAB/RN sob o
número 10.645 com endereço profissional à rua
Desembargador Dionísio Filgueira, nº 419,
bairro Centro, município: Mossoró, RN.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui seu bastante procurador o outorgado, para o fim especial de agir judicialmente e administrativamente, promovendo quaisquer medidas judiciais e administrativas necessárias a garantia dos direitos e interesses do(a) outorgante, propondo as ações que julgar convenientes, defende-lo(a) nas que porventura por ele lhe sejam propostas, para o que lhe confere os mais amplos e ilimitados poderes da cláusula "ad judicium et extra" para o fórum em geral, podendo ainda seu dito advogado transigir, confessar, desistir, fazer acordos, endossar cheques, retirar alvarás e oferecer todos os recursos em direito admitidos, em qualquer instância ou foro, receber e dar quitação, firmar compromisso, bem como substabelecer com ou sem reserva e ainda, requerer os benefícios da assistência judiciária gratuita nos termos da Lei 1.060/50 e 7.115/93. Deixando estipulado neste documento, contrato de risco com o Outorgante que, em caso de êxito, serão pagos a título de honorários advocatícios 30 % (trinta por cento) do valor recuperado. Em caso de pagamento de custas pelo Outorgado os valores serão descontados do êxito e reembolsados pelo Outorgante.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Mossoró/RN, 28/01/2019
Local e Data

x Luan Antônio Maia Alves
Assinatura do Outorgante

TERMO DE RESPONSABILIDADE SOBRE O FORNECIMENTO DE DOCUMENTOS

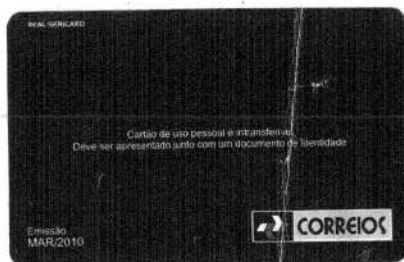
Eu Luan Antônio Maia Alves brasileiro(a),
estado civil: solteiro profissão: autônomo portador(a) do RG
003.217.635 órgão expedidor MEP/RN e do CPF: 105.838.854-11 residente
no(a) R. Fábio Menescal Jales nº 4
bairro: Aeroporto município: Mossoró RN
CEP: _____ telefone _____

declaro, sob as penas da Lei, que todos os documentos fornecidos ao advogado por mim
constituído para me representar na Ação de Cobrança do Seguro DPVAT, tais como, documentos
pessoais, declarações, Boletim de Ocorrência, documentos médicos, etc., são verdadeiros, e
me comprometo a responder por todos e quaisquer fatos atinentes aos mesmos na forma da
Lei.

Mossoró /RN, 28 de Janeiro de 2019

x Luan Antônio Maia Alves

Assinatura





Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Memoz, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 58025-250
CNPJ 08.324.186/0001-81 | Ins. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

TARIFA DE PAGER

FRANCISCO ALVES SOBRINHO

ENCARGO DE UTILIDADE CONSUMIDORA

RUA FABIO MENESCAL JALES 4

CPF: 020.513.944-23

AEROPORTO/AREA URBANA
MOSSORO RN
59607-544

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO

MÊS/ANO

0504881016

10/2018

DATA DE VENCIMENTO

DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA

22/10/2018

13/11/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

165,75

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
013713805	UNICA	15/10/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
15/10/2018	3000381037	1835089

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	182.000,0000	0,87878920	120,34
Acrescimo Bandeira VERMELHA			12,61
Contrib. Ilum. Publica Municipal			12,22
Religação de Unidade Consumidora			7,83
Multa por atraso-NF 009302273 - 12/07/18			3,00
Multa por atraso-NF 010811141 - 13/08/18			3,35
Juros por atraso-NF 010811141 - 13/08/18			1,34
Juros por atraso-NF 009302273 - 12/07/18			2,80
Atualização IGPM-NF 010811141 - 13/08/18			0,66
Atualização IGPM-NF 009302273 - 12/07/18			1,70
TOTAL DA FATURA			165,75

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
214080217	CAT	13-08-2018	9.738,00	15-10-2018	9.800,00	32	1,0000		182,00



Pague no próximo mês o valor superior ao faturado de alimentos: em caso de desconto, 117, sobre o valor faturado superior, na fatura mensal, 228, base vital, esta completa em www.cosern.com.br. O pagamento desta Nota Fiscal deve ser feito somente em espécie. Não deve ser feita a cobrança em vigor e a Vencimento. Mais informações em www.cosern.com.br. O Cliente é compensado quando há variação no consumo individual no mês de faturamento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Dois Porcentos) sobre o valor devido. A atualização mensal é feita no mês de faturamento. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para o pagamento de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encargo de suspensão do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

ATENÇÃO! A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Comunicando o não pagamento das contas de energia elétrica(s)

Vencido	De novo	Valor	Vencido	De novo	Valor
20/08/18	19/10/18	182,86			

Em caso de não pagamento do débito, o funcionamento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com repercussão nacional. Este comunicado não substitui o envio de débitos anteriores, bem como não altera débitos em trânsito judicial que podem ser cobrados após o fim do processo.

As conexões gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), terços, produtos, serviços prestados e tributos são encontrados a disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	TENSÃO	VALOR	VALOR	VALOR
MOSSORO II	0,00	5,87	10,15	20,30	20,30	220	202	231	
	0,00	3,23	6,47	12,95	12,95				
	0,00	2,86	0,00	0,00	0,00				
Limite DIOR: 12,22									

BSU - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 45,54

CONTA CONTRATO 0504881016 MÊS/ANO 10/2018 DATA DE VENCIMENTO 22/10/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 165,75

83860000001-8 65750038400-4 50488101620-3 01060411053-4



ARUANA SECURADORA
09 JAN 2019



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 6ª DELEGACIA REGIONAL - NOVA CRUZ

Endereço: RUA PROFª MARIO PINOTE, 269, CENTRO, NOVA CRUZ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018076001168

1.2 Data de Expedição: 06/12/2018 10:19:52

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 21/07/2018 16:00:00

2.2 Autoria: Conhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Rural

2.7 Logradouro: RN 003

2.8 Número: 00

2.9 CEP:

2.10 Complemento:

2.11 Ponto de Referência:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS

2.13 Cidade: VÁRZEA

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: LUAN ANTONIO MAIA ALVES

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: FRANCISCO ALVES SOBRINHO

3.5 Etnia: Branca

3.6 Mãe: FRANCISCA NOELIA MAIA ALVES

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 10583885411

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 13/06/1993

3.13 Profissão: AUTONOMO

3.14 RG: 003217635 - ITEP/RN

3.15 Telefone(s): 84 999859857

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 04

3.18 Naturalidade: MOSSORÓ RN

3.19 Bairro: AEROPORTO II

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: RUA FABIO JALES MENESCAL

3.23 Cidade: MOSSORÓ

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE E A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: *****12121

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: OWB2171

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: NXR160 BROS ESDD

7.1.9 Ano do Modelo: 2015

7.1.10 Ano de Fabricação: 2014

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: FRANCISCO OZANILTON LOPES SOARES

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL, INFORMANDO QUE NO LOCAL, DATA E HORA ACIMA CITADOS, ESTAVA PILOTANDO A SUA MOTOCICLETA SUPRACITADA QUANDO SE DEPAROU COM UM ANIMAL (JUMENTO) NO CENTRO DA RN, indo a COLIDIR COM O MESMO, QUE CAIU, SENDO SOCORRIDO PELA SAMU PARA O HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES, NA CIDADE DE PARNAMIRIM, ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIAS NOS DOIS BRAÇOS, TENDO FICADO INTERNADO NAQUELA UNIDADE HOSPITALAR POR DEZ DIAS.

9.2 Informações do CIOSP

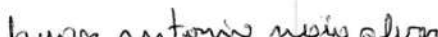
10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data 06/12/2018 10:19:52


Policial


Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1957031 - IZALTINO GOMES GALVÃO NETO

Impresso por: 1957031 - IZALTINO GOMES GALVÃO NETO em 06/12/2018 10:20:05

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Imprimir: J2018076001168 - Link de autenticação: 51e7835fe4cbe196c9c3e1ba1efc30b1

Página 1 1



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 45 Politrauma

NOME: Juan Antonio Maico Alves

IDADE: 25 anos COR: Parda SEXO: Mse ESTADO CIVIL: Solteiro

NATURALIDADE: Parna Profissão: PROCEDÊNCIA:
ENDEREÇO: Rua Antonio Maltos 4 BAIRRO: Aeroporto II
CIDADE: Mossoró DATA: 22/07/2018 HORA: 19:50 hs

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

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

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

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO TA.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)
Paciente vítima de colisão moto-automóvel (parado) há cerca de 2 horas vindo a este serviço fixado por ambulância do município sem cinto de segurança em prancha rígida. Paciente estava em uso de capacete durante o acidente, sem relato de vômitos ou demais. Paciente nega alergia ou comorbidades.

EXAME FÍSICO

A - Vias aéreas patentes, sem cervicalgia
B - Paciente eupneico, MV+ em AHT
C - Paciente hemodinamicamente estável, edema flácido, dependentes, indolor
D - Consciente e orientado. GCS=15
E - deformidade em ombro e punho

ARJANA SECURADORA
09 JAN 2019

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Trauma de membros superiores

Fratura Bilateral

Artroscopia

EXAMES COMPLEMENTARES

Radiografias de ombro D, antebraço D, antebraço E, punho E, mão E

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

☐ HEMATOLOGIA	☐ NEUROLOGIA	☐ NEFROLOGIA	☐ CIR. VASCULAR	☐ ENDOSCOPIA
☐ CLÍNICA MÉDICA	☐ CIRURGIA GERAL	☐ ORTOPEDIA	☐ BUCO-FACIAL	☐ UROLOGIA
☐ NEUROCIRURGIA	☐ OTORRINO	☐ OFTALMOLOGIA	☐ C. PLÁSTICA	☐

CONDUTA

- 1- Dieta geral
- 2- Solicito radiografia de braços e punhos BILATERAL
- 3- Dipirona 1g + ASD, EV, 18h
- 4- Filárit 2mg + ASD, EV, 12/12h
- 5- Pouca do ortopedia
- 6- Alta da cirurgia geral

ARUANA SECURADORA
09 JAN 2013

Dr. Luiz Felipe Medeiros
MÉDICO
CRM-RN 9492

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL	☐ INTERNADO NO SERVIÇO DE	☐ REMOVIDO EM ____/____/____
HORA ____ HS	ORTOPEDIA	HORA ____
		PARA ____

RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA ☐	A REVELIA ☐
DATA ____/____/____	HORA ____	
ÓBITO ____/____/____	HORA ____	
ENTREGUE	À FAMÍLIA ☐	S.V.O. ☐
		I.T.E.P. ☐

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

EU Francisco Ozamilton Lopes Soares
 RG 2.139.034 DATA DA EXPEDIÇÃO 22/10/2018
 ÓRGÃO SSP RN PORTADOR DO CPF 261.125.664-08
 DOMICÍLIO NA CIDADE DE MOSSORÓ NO ESTADO DE RN
 ONDE RESIDO NA (RUA, AVENIDA, RSTRA) TERRETA COSTA
AEROPORTO II Nº 07

DECLARO SOB AS APENAS DA LEI, QUE O VEÍCULO ABAIXO MENCIONADO E (ERA) DE MINHA
 PROPRIEDADE NA DATA DO ACIDENTE OCORRIDO COM A
 VITIMA Luon Antonio Maia Alves CUJO O CONDUTOR
 ERA Luon Antonio Maia Alves
 VEÍCULO Moto

MODELO Honda/NXR 160 BROS ESDD

ANO 2014/2015

PLACA OWB 2171

CHASSI 9C2KDOB10FR412121

DATA DO ACIDENTE 21/07/2018

Francisco Ozamilton Lopes Soares
 ASSINATURA DO DECLARANTE

Luon Antonio Maia Alves
 ASSINATURA DO CONDUTOR (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

ARQUIVADA REGISTRADORA
 09 JAN 2019



SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS
 Rua Santos Dumont, 10 - Centro
 Mossoró-RN Fone: (84) 3317-4278

RECONHEÇO por autenticidade, a firma
de Francisco Ozamilton
Lopes Soares e Luon
Antonio Maia Alves dou fé
 Mossoró(RN) 22 OUT 2018
 Em Teste da verdade

- ☐ Luzinete B. de Mendonça Fernandes - TABELIA
- ☐ Roberto Alves C. Fernandes - SUBSTITUTO
- ☐ Francisco José Maximiano - SUBSTITUTO
- ☒ Luana Kariny Mendonça Fernandes - SUBSTITUTA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 11142 // 00306 Nº **013970523108**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1	COD. RENAVAM 01037602860	R.N.T.R.C. *****	EXERCÍCIO 2018
----------	-----------------------------	---------------------	-------------------

NOME

FRANCISCO OZANILTON LOPES SOARES

CPF / CNPJ

261.125.664-00

PLACA

OWB2171

PLACA ANT / UF

OWB2171/RN

CHASSI

9C2K0810FR412121

ESPECIE TIPO

PASSEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE

COMBUSTIVEL

ALCOOL-GASOL

MARCA / MODELO

HONDA/NIR160 BROS ESDD

ANO FAB

2014

ANO MOD

2015

CAP / POT / CIL

OCV/162 CILINDRADAS

CATEGORIA

PARTICULAR

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

R\$ 0.00

VENC. COTA ÚNICA

16/04/2018

VENC / COTAS

1º PAGO

FAIXA IRVA

014920 3%

PARCELAMENTO / COTAS

R\$ 33.70

2º PAGO

3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) — IOF (R\$) — PRÊMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 03.634.220/0001-65
BANCO HONDA S/A NTC DE PORTE OBRIGATORIO
MOTOR: K080810FR412121

NÃO VALIDE PARA TRANSFERENCIA

LOCAL

MOSSORO/RN

DATA

16/04/2018

videtecy Resposta de Silva
Coordenador do Registro de Veículos
DETRAN - RN
EXPEDIDOR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RN Nº **013970523108** BILHETE DE SEGURO DPVAT

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

2018

DATA EMISSÃO

16/04/2018

VIA

1

CPF / CNPJ

261.125.664-00

PLACA

OWB2171

RENAVAM

01037602860

MARCA / MODELO

HONDA/NIR160 BROS ESDD

ANO FAB

2014

CAT. TARIF.

9

Nº CHASSI

9C2K0810FR412121

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO

☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.809/0001-04

JAN. 2018





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

LUAN ANTONIO MAIA ALVES

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

161649

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

25 ANOS

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/COR

PARDA

11- NOME DA MÃE

FRANCISCA NOLIA MAIA ALVES

12- TELEFONE DE CONTATO

991728518

13- NOME DO RESPONSÁVEL

PAI

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA ANTONIO MATOS 04

16- MUNICÍPIO

MOSSORO

17- BAIRRO

AEROPORTO

18- UF

RN

19- CEP

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Don APTERNAOS
FRAMA O CANTO DE ROR

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

O QUADE CLINICO
09 JAN 2013

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

RA APTERNAOS

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

FRA APTERNAOS

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

FRAMA APTERNAOS

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

ONTORRADA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

() CNS () CPF

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

MARCONI M. BRANDÃO

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO

38- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- () ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGAO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

() CNS () CPF

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO	
		161649	
DATA	HORA	CATEGORIA	GIH
22/07/2018	22:51		
PACIENTE			DATA DE NASCIMENTO
LUAN ANTONIO MAIA ALVES			25 ANOS
ESTADO CIVIL	PROFISSAO		
SOLTEIRO	CREDIARIO		
ENDEREÇO (RUA, Nº)			
RUA ANTONIO MATOS 04			
MUNICIPIO	BAIRRO	UF	CEP
MOSSORO	AEROPORTO	RN	
LOCAL DE TRABALHO			TELEFONE
FILIAÇÃO			
FRANCISCA NOLIA MAIA ALVES	FRANCISCO ALVES SOBRINHO		
RESPONSÁVEL			TELEFONE
PAI			991728518
ENDEREÇO			
O MESMO			

DIAGNOSTICO PROVISORIO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

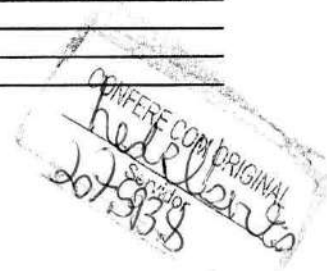
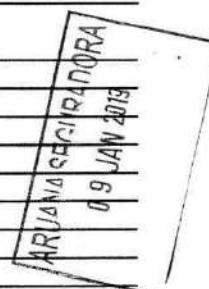
FLINT Bilateral Anteriores

DATA DE ADMISSAO

ALTA

OBITO

HISTORIA CLINICA





PEDIDO DE PARECER

Unidade Solicitante:	Município:
Paciente: <u>Luam Antonio Maia Alves</u>	Prontuário:
Motivo da Consulta: <u>Paciente vítima de colisão moto-automóvel há cerca de 3 horas com relato de dor em cotovelo D e punho E (com deformidade).</u>	
<u>Dr. Luiz Felipe Medeiros</u> MÉDICO CRM/RN 9492	<u>21.07.18</u> Data
..... Médico	 CRM
Encaminhado à especialidade: <u>Ortopedia</u>	
Consulta marcada para a Unidade:	Município:
Para o (a) Dr. (a):	às horas do dia / /

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante:	Município:
Paciente:	Prontuário:
(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)	
ARILIANA REGIPIRANORA 09 JAN 2019 CONFERE COM ORIGINAL 207.93.8	
Diagnóstico:	CID:
..... Médico	 CRM
..... Data	
Retornar à clínica solicitante:	Unidade:
Para o (a) Dr. (a):	às horas do dia / /



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

LUAN ANTONIO MAIA ALVES

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

161649

7- CARTÃO NACIONAL SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

25 ANOS

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/COR

PARDA

11- NOME DA MÃE

FRANCISCA NOLIA MAIA ALVES

12- TELEFONE DE CONTATO

991728518

13- NOME DO RESPONSÁVEL

PAI

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA ANTONIO MATOS 04

16- MUNICÍPIO

MOSSORO

17- BAIRRO

AEROPORTO

18- UF

RN

19- CEP

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Don APTERNA
PRIMA O CUIDADO DO PAI

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

O quadro clínico

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

RA APTERNA

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FRA APTERNA

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TRA EIRLIGIO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ORTODONTIA

() CNS () CPF

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Marconi M. Brandão

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- () AC. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

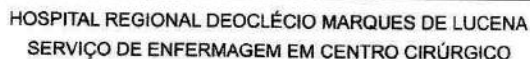
51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CONFIRMAÇÃO ORIGINAL
2019/03/05

ARIANA REGIRADORA
09 JAN 2019

Hospital DML									
Nome Jaime Antônio Maria Alves						Enfermaria		Leito	Nº prontuário
Data 24/7/2018		Pressão arterial 170/90		Pulso		Respiração		Temperatura	
Tipo sanguíneo		Hemácias		Hemoglobina		Hematócrito		Glicemia	
		Urina							
Idade 25a						Sexo M		Cor	
Peso + 70kg						Outros			
Uréia									
Ap. respiratório N									
Ap. circulatório N						Asma		Bronquite	
Ap. digestivo N						Eletrocardiograma			
Estado mental Desperto				Dentes		Pescoco		Ap. urinário	
				Atarácicos		Corticoides		Alergia	
Diagnóstico pré-operatório Fratura de punho E						Hipotensores			
Anestesias anteriores						Estado físico		Risco	
Medicação pré-anestésica						Aplicada às		Efeito	

ARUANA S. A. 09 JAN 2019



Nome: LUAN ANTONIO MAIA **Idade:** 25 **D/N:** 13/06/1993

Pront.: 161649 **Município:** MOSSORO **Procedência:** ☒ Interno ☐ Externo

Data da cirurgia: 24/07/18 **Hora Admissão:** Bloco: Sala: Hora Saída: Peso:

Alergias: ☒ Não ☐ Sim **Comorbidades:** ☐ HAS ☐ DM ☐ Outras

Uso de medicações: ☒ Não ☐ Sim **Jejum:** ☐ Não ☒ Sim

SSW Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm FL: rpm FC: bpm SpO2: % T: °C

Enfermeiro(a): TATIANA **Instrumentador (a):** Paula Patrícia **Circulante:** Almeida C.

Cirurgia: injeção pulso (E) **Especialidade:** Ortopedia **Sala:** I

Hora Início: 14:30 **Hora Término:** 16:00 **Tipo de cirurgia:** ☐ Eletiva ☒ Urgência ☐ Limpa ☐ Contaminada ☐ Infectada

1º Cirurgião: Dr. Manoel N. **Aux.:** Dr. Hausmann **Residente:**

Anestesia: ☐ Local ☐ Sedação ☐ Geral TOT: 10 **Bloqueio:** ☒ Raquidiana Ag. nº Peridural ☐ Cateter ☐ Cateter

Ag. nº Cateter nº **Início:** Garrote: ☒ Smarch ☐ Pneumático **Início:** 14:30 **Término:** 15:15

Anestesiologista: Dr. Rosa

NEUROMUSCULAR		PELE/HIGIENE		CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO		DISPOSITIVOS		MONITORIZAÇÃO	
☒ Consciente	☒ Letárgico	☒ Normocorada	☐ Hipocorada	☐ Normotenso	☐ Hipotensão	☒ Jelco <u>mbd</u>	☐ Acesso V. Central	☒ ECG	☐ Oximetria
☐ Coma	☐ Cianótica	☐ Ictérica	☐ Desidratada	☒ Hipertensão	☐ Normocárdico	☐ Cat. Diálise	☐ Cat. Diálise	☐ Capnógrafo	☐ Capnógrafo
☒ Orientado	☐ Ictérica	☐ Hipertensão	☐ Desidratada	☐ Normocárdico	☐ Bradicardia	☐ Fistula	☐ Arteriovenosa	☐ PA	☐ Estimul. Nervo
☐ Desorientado	☐ Integra	☐ Normocárdico	☐ Integra	☐ Bradicardia	☐ Taquicardia	☐ SNG	☐ SNG	☐ Diprífusor	☐ Diprífusor
☐ Sedado	☒ C/lesões	☒ Choque	☐ C/lesões	☐ Taquicardia	☐ Normoesfígmico	☐ SVD	☐ SVD	☐ BIC	☐ BIC
☒ Ansioso	☐ Sudorese	☐ Normoesfígmico	☐ Sudorese	☐ Choque	☐ Eupnéia	☐ Colostomia	☐ Colostomia	☐ Desfibrilador	☐ Desfibrilador
☒ Deambula	☐ Cicatriz cirúrgica	☐ Eupnéia	☐ Cicatriz cirúrgica	☐ Normoesfígmico	☐ Dispneia	☐ Cistostomia	☐ Cistostomia		
☐ t/ dificuldade	☒ Higiene Satisfatória	☐ Dispneia	☐ Higiene Satisfatória	☐ Eupnéia	☐ Dispositivo O2	☐ Dreno:	☐ Dreno:		
☐ Acamado	☐ Higiene deficiente		☐ Higiene deficiente			☐ Aparelho gessado	☐ Aparelho gessado		
☐ Paraplégico	☐ Manchas		☐ Manchas			☐ Tração	☐ Tração		
☐ Tetraplégico	☐ S/Tricotomia		☐ S/Tricotomia			☒ Talas <u>msd</u>	☐ Talas <u>msd</u>		
☐ Amputações									

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>120</u>	<u>133</u>	<u>127</u>	Bpm
Pulso	<u>119</u>	<u>121</u>	<u>126</u>	Bpm
Oximetria	<u>96%</u>	<u>97%</u>	<u>96%</u>	%
Capnografia				%
PA	<u>122/60/2</u>	<u>103/45/2</u>	<u>119/60/1</u>	mmHg

ACESSO VENOSO		POSICÃO		COXIM		MMSS	
☐ Punção Arterial	☐ Punção Venosa Periférica	☒ Dorsal	☐ Cabeça	☐ Anatômicos	☐ Abduzidos	☐ Abduzidos	☐ Abduzidos
☐ Punção Venosa Central	☐ Dissecção venosa	☐ Ventral	☐ Pescoço	☐ Tórax	☐ Fletidos	☐ Fletidos	☐ Fletidos
☐ Local:	☐ Local:	☐ Lateral	☐ Tórax	☐ Lombar	☐ MMII	☐ MMII	☐ MMII
☐ Local:	☐ Local:	☐ Litotômica	☐ Trendlemburg	☐ Trendlemburg	☐ Trendlemburg	☐ Trendlemburg	☐ Trendlemburg
☐ Local:	☐ Local:	☐ Trendlemburg	☐ Trendlemburg	☐ Trendlemburg	☐ Trendlemburg	☐ Trendlemburg	☐ Trendlemburg
☐ Local:	☐ Local:	☐ Trendlemburg	☐ Trendlemburg	☐ Trendlemburg	☐ Trendlemburg	☐ Trendlemburg	☐ Trendlemburg
☐ Local:	☐ Local:	☐ Trendlemburg	☐ Trendlemburg	☐ Trendlemburg	☐ Trendlemburg	☐ Trendlemburg	☐ Trendlemburg
☐ Local:	☐ Local:	☐ Trendlemburg	☐ Trendlemburg	☐ Trendlemburg	☐ Trendlemburg	☐ Trendlemburg	☐ Trendlemburg
☐ Local:	☐ Local:	☐ Trendlemburg	☐ Trendlemburg	☐ Trendlemburg	☐ Trendlemburg	☐	



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

() Hemoconcentrado _____ Unid. () Plasma _____ Unid. () Plaquetas _____ Unid.
() Albumina _____ Unid. () Expansor plasmático _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

cefazolin h: 08h _____ h: _____
ondansetron h: 13h _____ h: _____
diclofenac h: 18h _____ h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: 500 ml () Soro Ringer Simples: _____ ml Quantidade total de volume administrado: _____
() Soro Glicosado: _____ ml () Soro Ringer Lactato: _____ ml

ANATOMO PATOLÓGICO

() Não () Sim Peça: _____ Peça para sepultamento: () Não () Sim
Swab para cultura: _____ Líquido: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: () limpo () c/ exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros:

INTERCORRÊNCIAS: Procedimento cirúrgico realizado sem intercorrências

Ass: Almeida Coren: 16832

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Narcoze () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () O₂ ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro: _____
Diurese: () Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: RD

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

Hora: 12:10 Data: 24/07/18 Nível de consciência: () Acordado () Sonolento () Narcoze () Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O₂ () O₂ Ambiente
Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não () Sim Tipo: _____ Local: _____ Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácica () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG () Oxímetro () PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração FC

Relate:

SINAIS VITAIS

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão		<u>94</u>			<u>96</u>	<u>Não</u>
30'		<u>90</u>			<u>98</u>	<u>Não</u>
60'						
Alta						

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: _____ ml
Soro Fisiológico: _____ ml
Ringer: _____ ml
Irrigação vesical contínua: _____ ml

ARILIANA SEGURADORA
ml 09 JAN 2019

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: Paciente encaminhado para Raio X.

Ass: Sayonara Coren: 50469



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Luan Antônio Maia Alves Idade: 25a D/N: 13/06/1993
Pront.: 461649 Município: Mossoro Procedência: () Interno (X) Externo
Data da cirurgia: 27/07/18 Hora Admissão: Bloco 07-55 Sala: Hora Saída: Peso: ± 75kg
Alergias: Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras: Não
Uso de medicações: Não () Sim Jejum: () Não () Sim 2 dias
SSW Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm FL: rpm FC: bpm SpO₂: 100 % T: °C

Enfermeiro(a): Luciana Instrumentador(a): Almeida Circulante: Perianney

Cirurgia: Artroscopia de fêmur de autossoro Especialidade: Ortopedia Sala: 03
Hora Início: 09:33 Hora Término: 10:55 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: Dr. João Aux.: Dr. Pedro Residente:

Anestesia: () Local (X) Sedação () Geral TOT: (X) Bloqueio () Raquidiana Ag.º () Peridural () Cateter () Cateter
Ag.º Cateter nº: Início: 09:36 Garrote: (X) Smarch () Pneumático Início: 09:30 Término:
Anestesiologista: Dr. Jackson

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
☒ Consciente	☒ Normocorada	☒ Normotenso	☒ Jelco MSE	☒ ECG
☐ Letárgico	☐ Hipocorada	☐ Hipotensão	☐ Acesso V. Central	☐ Oximetria
☐ Coma	☐ Cianótica	☐ Hipertensão	☐ Cat. Diálise	☐ Capnógrafo
☒ Orientado	☐ Ictérica	☐ Hipotensão	☐ Fistula	☐ PA
☐ Desorientado	☐ Desidratada	☒ Normocárdico	☐ Arteriovenosa	☐ Estimul. Nervo
☐ Sedado	☐ Integra	☐ Bradicardia	☐ SNG	☐ Diprífusor
☐ Ansioso	☒ C/lesões	☐ Taquicardia	☐ SVD	☐ BIC
☒ Deambula	☐ Sudorese	☐ Choque	☐ Colostomia	☐ Desfibrilador
☐ V/ dificuldade	☐ Cicatriz cirúrgica	☐ Normoesfígmico	☐ Cistostomia	
☐ Acamado	☐ Higiene Satisfatória	☒ Eupnéia	☐ Dreno:	
☐ Paraplégico	☒ Higiene deficiente	☐ Dispneia	☐ Aparelho gessado	
☐ Tetraplégico	☐ Manchas	☐ Dispositivo O ₂	☐ Tração	
☐ Amputações	☒ S/Tricotomia		☒ Talas MMSS	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>76</u>	<u>78</u>	<u>79</u>	Bpm
Pulso	<u>76</u>	<u>77</u>	<u>77</u>	Bpm
Oximetria	<u>98</u>	<u>98</u>	<u>98</u>	%
Capnografia				%
PA	<u>133/65</u>	<u>125/63</u>	<u>120/73</u>	mmHg

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
☒ Dorsal	☐ Cabeça	☐ Anatômicos
☐ Ventral	☐ Pescoço	☐ Abduzidos
☐ Lateral	☐ Tórax	☐ Fletidos
☐ Litotômica	☐ Lombar	☐ MMII
☐ Trendlemburg		☒ Anatômicos
☐ Canivete		☐ Abduzidos
☐ Proclive		☐ Fletidos

ACESSO VENOSO
☐ Punção Arterial
☒ Punção Venosa Periférica
☐ Punção Venosa Central
☐ Dissecção venosa
Local: <u>MSE</u>
Cateter: <u>Pico nº 20</u>

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO		
() Sim (X) Não () Metal () Descartável		
Local:		
DEGERMAÇÃO		TRICOTOMIA
(X) Sim () Não		(X) Sim () Não
Local: MS	Solução: Clor. 2%	Local: MS

SONDAGEM GÁSTRICA	
SNG nº	
Retorno:	
CATETERISMO VESICAL	
SVF nº	SVA nº
Diurese:	
Profissional responsável:	

IMPLANTE CIRÚRGICO		ARQUIVAÇÃO
Drenos:		09 JAN
Tela:		
Cateter:		
Ostomia:		
Fio de KC:	Parafuso - tipo: 8 parafusos	
Placa - Tipo:	placa 3.5 DCP 8 furos	
Outros:		

EXAMES SOLICITADOS	
☐ Hemograma	☐ Gasometria
☐ Coagulograma	☐ Outros
☐ Tipagem Sanguínea	☐ Glicosimetria:
☒ Radioscopia (Raio X)	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
Caixa cirúrgica: <u>Box + 2.5 + 3.5</u>	Quant. Material: <u>OK</u>
Val.: <u>03-08-18</u>	Contagem de gaze e compressa: ☒ Não () Sim



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:											
() Hemoconcentrado _____ Unid.	() Plasma _____ Unid.	() Plaquetas _____ Unid.									
() Albumina _____ Unid.	() Expansor plasmático _____ Unid.										
MEDICAÇÕES UTILIZADAS											
Uda evolução de anestesia											
h: _____		h: _____		h: _____							
h: _____		h: _____		h: _____							
h: _____		h: _____		h: _____							
HIDRATAÇÃO VENOSA											
() Soro Fisiológico: 100 _____ ml	() Soro Ringer Simples: _____ ml	Quantidade total de volume administrado: 600									
() Soro Glicosado: _____ ml	() Soro Ringer Lactato: 500 _____ ml										
ANATOMO PATOLÓGICO											
() Não () Sim Peça: _____			Peça para sepultamento: () Não () Sim								
Swab para cultura: _____			Líquido: _____								
CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES											
FO de aspecto: () limpo () c/ exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros: _____											
INTERCORRÊNCIAS: procedimento realizado sem intercorrências.											
Ass: <u>Ten. Dr. J. J. J. J. J.</u> Regem: _____											
CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO											
Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado											
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () O ₂ ambiente Curativo: () Exclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro: _____											
Diurese: () Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: <u>SRP</u>											
UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO											
Hora: <u>11h</u> Data: <u>27/07/18</u> Nível de consciência: () Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado											
() Desorientado () Agitado () Choro () Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O ₂ () Ambiente											
Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade											
Venoclise: () Não () Sim Tipo: _____ Local: _____ Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical											
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____											
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos											
Curativo: () Exclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () PSG () Oxímetro () PA											
INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração FC											
Relate: _____											
SINAIS VITAIS											
Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor	Líquidos administrados na URPA:				
Admissão		69	120x70		99	0	Soro glicosado: _____ ml				
30'		72			98	0	Soro Fisiológico: 500 _____ ml				
60'		68			97	0	Ringer: 500 _____ ml				
Alta		71	130x80		99	0	Irrigação vesical contínua: _____ ml				
Medicações administradas URPA:							Eliminações:				
Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura				Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação
								Recebido da SO			
								Desprezado URPA			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: Alcheta 8,0. Se que c/ proutie no p/ R-X + infermaria.											
Ass: <u>Leonardo D. Coren: 613506</u>											



Hospital

Nome do paciente		Nº prontuário	
Luiz Antônio Maia Alves			
Data operação	Enf.	Leito	
29/07/13			
Operador	1º auxiliar	Instrumentador	
Dr. Jean	Dr. Pedro		
2º auxiliar	3º auxiliar	Tipo de anestesia	
Anestesista Dr. Jackson			
Diagnóstico pré-operatório			
Fratura do rádio D			
Tipo de operação			
tratamento cirúrgico p/ fratura do antebraço A			
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. Anestesia
2. Antissepsia + campos
3. Incisão em região posterior do antebraço D
4. Exposição da fratura do rádio
5. Redução da fratura + fixação com placa e parafusos
6. Fechamento da ferida por planos
7. Curativo + Tala axila-palmar

29/07/13

JOHN JERONIMO B...
Cirurgião - ORTOPEDIA
CRM 22300 - RJ

ARUANA SEGURADORA

09 JAN 2013

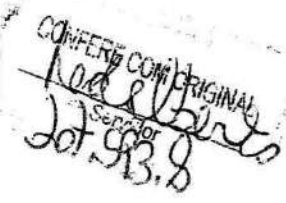
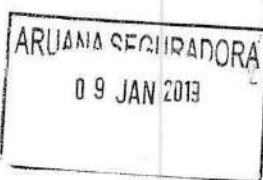
ORIGINAL
ARQUIVADO
09/01/2013
S.B.8



PEDIDO DE PARECER

Unidade Solicitante: _____	Município: _____
Paciente: <u>Luiz Antonio maia Alves</u>	Prontuário: _____
Motivo da Consulta: <u>Paciente vítima de colisão rodovia - animal há cerca de 3 horas com relato de dor em costado D e perna E (com deformidade).</u>	
Dr. Luiz Felipe Medeiros MÉDICO CRM 9492	
_____ Médico	_____ CRM
	<u>21 / 07 / 18</u> Data
Encaminhado à especialidade: <u>Ortopedia</u>	
Consulta marcada para a Unidade: _____	Município: _____
Para o (a) Dr. (a): _____ às _____	horas do dia <u>1</u> / <u>1</u>

RESPOSTA DE PARECER

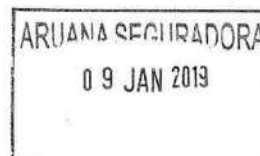
Unidade Solicitante: _____	Município: _____
Paciente: _____	Prontuário: _____
(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)	
	
Diagnóstico: _____	CID: _____
_____ Médico	_____ CRM
	<u>1</u> / <u>1</u> Data
Retornar à clínica solicitante: _____	Unidade: _____
Para o (a) Dr. (a): _____ às _____	horas do dia <u>1</u> / <u>1</u>



PEDIDO DE EXAME

Rx 937

Nome:	Luam Antonio M. Alves			Matrícula:	
Idade:	Ambulatório:	UTI:	Enfermaria:		
Sexo:	SAU:	CC:	Leito:		
NATUREZA DO EXAME					
Rx do Punho Esq. (AP/L)					
INDICAÇÃO CLÍNICA					
Pso - oporotico					
 Dr. Marcelo Nóbrega Rocha Ortopedista CRM - RN 3522 TEOT 6433					
Requisitante:					
M:					
Data: 24, 7, 18					





Hospital		Nº prontuário	
Nome do paciente Luiz Antônio Maia Alves			
Data operação 22/02/18	Enf.	Leito	
Operador Dr. Jean	1º auxiliar Dr. Pedro		
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador	
Anestesiista Dr. Jackson	Tipo de anestesia		
Diagnóstico pré-operatório Fratura do rádio A			
Tipo de operação tratamento cirúrgico p/ fratura do antebraço A			
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. Anestesia
2. Antissepsia + campos
3. Incisão em região posterior do antebraço A
4. Exposição da fratura do rádio
5. Redução da fratura + fixação com placa e parafusos
6. fechamento da ferida por planos
7. curativo + tala axila-palmar.

22/02/18

JOÃO JERONIMO R. F.
Cirurgião - ORTÓPEDIA
CRM 13200

ARQUIVA SEGURADORA

09 JAN 2018

CONFIRMAÇÃO ORIGINAL
607.593.825

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital				Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome <u>Juan Antonio Maria Alves</u>				Idade	Sexo <u>M</u>	Cor	
Data <u>27/04/18</u>	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso <u>580Kg</u>	Outros	
Tipo sanguíneo	Hemátias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia		
	Úrnia						
Ap. respiratório <u>Eupneico</u>					Asma <u>Neg</u>	Bronquite	
Ap. circulatório <u>RCE em 2T</u>					Eletrocardiograma		
Ap. digestivo <u>N.D.P.</u>			Dentes	Pescoço	Ap. urinário		
Estado mental <u>lúcido</u>			Atáxicos	Corticoides	Alergia <u>Neg</u>	Hipotensores	
Diagnóstico pré-operatório <u>Fratura ombreira D</u>					Estado físico <u>ASA I</u>	Risco	
Anestesias anteriores							
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito		
Agentes Anestésicos							
Líquidos							
Oper							
Anest.							
O Resp.:							
P Pulso							
SÍMBOLOS	<u>Cloprolona 2g</u>		<u>Narquin 0.75%: 2ml</u>				
E	<u>Midazolam 5mg</u>		<u>Lidocaina 1%</u>				
ANOTAÇÕES	<u>Intubação orotraqueal</u>						
POSIÇÃO	<u>litomica supina</u>						
Agentes	<u>Propofol 200mg</u>						
Técnica	<u>Intubação orotraqueal + Sedação leve</u>						
Operação	<u>Osteotomia lateral de Leiden</u>						
Cirurgiões	<u>Dr. Juan I. Dr. Pedro</u>						
Anestesistas	<u>Dr. Jackson</u>						
Observações	<u>Medicamentos e intercorrências</u>						
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias							

ARQUIVADA SECURITARIA
 09 JAN 2019

Dr. Jackson Douglas M. de Queiroz
 Anestesiologista
 CRM-AN 4608



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

() Hemoconcentrado _____ Unid. () Plasma _____ Unid. () Plaquetas _____ Unid.
() Albumina _____ Unid. () Expansor plasmático _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

Vida sob observação de anestesia!
h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

(X) Soro Fisiológico: 100 ml () Soro Ringer Simples: _____ ml Quantidade total de volume administrado: 600
() Soro Glicosado: _____ ml (X) Soro Ringer Lactato: 500 ml

ANATOMO PATOLÓGICO

(X) Não () Sim Peça: _____ Peça para sepultamento: (X) Não () Sim
Swab para cultura: _____ Líquido: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: () limpo () c/ exsudato () Contaminada () Aparelho gessado (X) Bandagens () Talas () Outros:

INTERCORRÊNCIAS: *procedimento realizado sem intercorrências.*

Ass: *Teri D. Souza* Coren: _____

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: (X) Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel (X) O₂ ambiente Curativo: (X) Exclusivo (X) Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro: _____
Diurese: () Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrica Destino após a cirurgia: SRP

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

Hora: 11h Data: 27/07/18 Nível de consciência: (X) Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O₂ (X) O₂ Ambiente
Mobilização MMII: (X) Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal (X) Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não () Sim Tipo: _____ Local: _____ Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
Curativo: (X) Exclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: DESG () Oxímetro () PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração FC

Relate: Não

Líquidos administrados na URPA:

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor	Soro glicosado: _____ ml
Admissão		<u>69</u>	<u>120x70</u>		<u>99</u>	<u>0</u>	Soro Fisiológico: <u>500</u> ml
30'		<u>72</u>			<u>98</u>	<u>0</u>	Ringer: <u>500</u> ml
60'		<u>68</u>			<u>97</u>	<u>0</u>	Irrigação vesical contínua: _____ ml
Alta		<u>71</u>	<u>130x80</u>		<u>99</u>	<u>0</u>	

ARIANA SEGURADORA

09 JAN 2013

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: *Alcete B, D. Se que. c/ proutie no p/ R x + inferno.*

Ass: *Leonardo D. Souza* Coren: 615506



Hospital		Nº prontuário	
Nome do paciente <u>Luiz Antonio M. Alves</u>			
Data operação <u>23/7/18</u>	Enf.	Leito	
Operador <u>Dr. Manoel</u>	1º auxiliar	2º auxiliar	Instrumentador
Anestesista	3º auxiliar	Tipo de anestesia	
Diagnóstico pré-operatório <u>fratura do punho Esq.</u>			
Tipo de operação <u>tratamento cirúrgico de fratura do punho Esq.</u>			
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Realizada em definitivo, sob anestesia antisseptica, escada com de campo, incisão por face lateral do punho. E, dividindo o flexor, refugando e fixando ao osso distal, com 01 placa 3.3 pin + lock de 04 furos e 3 parafusos distais 3.5 mm fixa com S.A. 1.2, sutura por pontos cravados, colocação de gesso de fixação.

Dr. Marcelo Nobrega Rocha
Ortopedista
CRM - RN 3522
TEOT 6433

ARIANA REGISTRADORA

09 JAN 2018

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital DML				Enfermaria	Leito	Nº prontuário																																																																																																																																																																																								
Nome Jaime Antônio Maia Alves					Idade 25a	Sexo M	Cor																																																																																																																																																																																							
Data 24/7/2018	Pressão arterial 170/90	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso + 70kg	Outros																																																																																																																																																																																								
Tipo sanguíneo	Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia																																																																																																																																																																																									
Unina																																																																																																																																																																																														
Ap. respiratório N					Asma	Bronquite																																																																																																																																																																																								
Ap. circulatório N					Eletrocardiograma																																																																																																																																																																																									
Ap. digestivo N			Dentes	Pescoço	Ap. urinário																																																																																																																																																																																									
Estado mental lúcido			Atarácicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores																																																																																																																																																																																								
Diagnóstico pré-operatório Fratura de punho E					Estado físico	Risco																																																																																																																																																																																								
Anestésias anteriores																																																																																																																																																																																														
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito																																																																																																																																																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">Agentes Anestésicos</td> <td style="width: 5%;">0</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>Líquidos</td> <td></td> <td colspan="6">5000ml</td> </tr> </table>								Agentes Anestésicos	0							Líquidos		5000ml																																																																																																																																																																												
Agentes Anestésicos	0																																																																																																																																																																																													
Líquidos		5000ml																																																																																																																																																																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="18" style="width: 5%;"> Oper ○ Anest. × O Resp.: × P Pulso × </td> <td style="width: 5%;">260</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr><td>250</td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>240</td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>230</td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>220</td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>210</td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>200</td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>190</td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>180</td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>170</td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>160</td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>150</td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>140</td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>130</td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>120</td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>110</td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>100</td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>90</td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>80</td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>70</td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>60</td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>50</td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>40</td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>30</td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>20</td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>10</td><td colspan="6"></td></tr> </table>								Oper ○ Anest. × O Resp.: × P Pulso ×	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						
Oper ○ Anest. × O Resp.: × P Pulso ×	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																																																																																																																																																																																														
SIMBOLOS		ERG, PANI, SpO2																																																																																																																																																																																												
E																																																																																																																																																																																														
ANOTAÇÕES																																																																																																																																																																																														
POSIÇÃO		0-1																																																																																																																																																																																												
Agentes Xilocaína 2% + Ropiv + 5mg Difen + Clonidina 50mcg + Dormonal 5mg																																																																																																																																																																																														
Técnica Bloqueio deplexo braquial Fentanil 100mg + Etomidato 50mg +																																																																																																																																																																																														
Operação Hemiforo de 10cm, tubuloseleção, Protopel 10ml.																																																																																																																																																																																														
Cirurgiões Hausman + Manoel Xilari																																																																																																																																																																																														
Anestesistas Jaime Rosa Maria P. Valle																																																																																																																																																																																														
Observações Médico Anestesiologista CRM-RN 1123																																																																																																																																																																																														
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias Perda sanguínea																																																																																																																																																																																														

ARUANA REGISTRADORA
 09 JAN 2019

CONFIRMADO
 20/08/2018
 B.S.



Hospital

Nome do paciente Luau Antônio Meia Alves		Nº prontuário	
Data operação 27/02/18	Enf.	Leito	
Operador Dr. Jean	1º auxiliar Dr. Pedro		
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador	
Anestesista Dr. Jackson	Tipo de anestesia		
Diagnóstico pré-operatório Fratura do rádio D			
Tipo de operação tratamento cirúrgico p/ fratura do antebraço A			
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. Anestesia
2. Antissepsia e campos
3. Incisão em região posterior do antebraço D
4. Exposição da fratura do rádio
5. Redução da fratura + fixação com placa e parafusos
6. fechamento da ferida por planos
7. curativo + tala axila-palmar.

27/02/18

JOÃO JERONIMO BARRETO
ORTOPEDISTA - ORTOPEDISTA
CRM 2200 - R. 100, 100

ARUANA SERAFIMADORA
09 JAN 2018

CONFÉRENCIA ORIGINAL
27/02/18
S.B.8



Hospital

Nome do paciente		Nº prontuário	
Data operação		Leito	
Operador	1º auxiliar	Instrumentador	
2º auxiliar	3º auxiliar	Tipo de anestesia	
Anestesista			
Diagnóstico pré-operatório			
Tipo de operação			
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Realizada em definitivo através de incisão em S, com extensão suficiente, espaciação de campos, incisão por falha lateral do punho, e, divergência por pleger, redução e fixação do rádio distal, com 01 placa 3.5 por 1 cm e 04 fios 2.3 parafusos com comprimento 3.5 mm, com S.A. 1.2, sutura por pontos curativos, colocação de talco e dreno.

Dr. Marcelo Nóbrega Rocha
Ortopedista
CRM - RN 3522
TEOT 6433

ARQUIVA RECADADORA
09 JAN 2019

SINISTRO 3190022245 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** LUAN ANTONIO MAIA ALVES**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA**SEGURADORA** S/A**BENEFICIÁRIO** LUAN ANTONIO MAIA ALVES**CPF/CNPJ:** 10583885411**Posição em 15-01-2019 10:13:14**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, clique aqui e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Por gentileza, aguarde, em até 72 horas, entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
16/01/2019	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

R\$ 3.375,00

OK