



Número: **0842112-58.2017.8.20.5001**

Classe: **ARROLAMENTO SUMÁRIO**

Órgão julgador: **23ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **20/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FLANICIO SIMAO FILHO (REQUERENTE)	RUTIA LOPES DE QUEIROS (ADVOGADO) CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO (ADVOGADO)
PORTO SEGURO S/A (REQUERIDO)	
RUTIA LOPES DE QUEIROS (REPRESENTANTE/NOTICIANTE)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12281801	13/09/2017 22:53	PROCURAÇÃO NILSOM 20170913 22371568 0107	Procuração
12281808	13/09/2017 22:53	Boletim SAMU	Documento de Comprovação
12281809	13/09/2017 22:53	Declaração S.Munc. Saúde - SAMU	Documento de Comprovação
12281818	13/09/2017 22:53	Nilsom RG	Documento de Identificação
12281820	13/09/2017 22:53	Nilsom INSS	Documento de Comprovação
12281823	13/09/2017 22:53	Atestado	Documento de Comprovação
12281824	13/09/2017 22:53	Atestado2	Documento de Comprovação
12281826	13/09/2017 22:53	Atestado3	Documento de Comprovação
12281829	13/09/2017 22:53	Nilsom Atestado4	Documento de Comprovação
12281831	13/09/2017 22:53	Nilsom Walfredo1	Documento de Comprovação
12281832	13/09/2017 22:53	Nilsom Walfredo2	Documento de Comprovação
12281833	13/09/2017 22:53	Nilsom Walfredo3	Documento de Comprovação
12281835	13/09/2017 22:53	Nilsom Walfredo4	Documento de Comprovação
12281836	13/09/2017 22:53	Nilsom Walfredo5	Documento de Comprovação
12281830	13/09/2017 22:53	Nilsom Walfredo 6	Documento de Comprovação
12281839	13/09/2017 22:53	Nilsom Walfredo7	Documento de Comprovação
12281842	13/09/2017 22:53	Nilsom Walfredo8	Documento de Comprovação
12281845	13/09/2017 22:53	Nilsom Walfredo9	Documento de Comprovação

12281 848	13/09/2017 22:53	Nilsom Walfredo10	Documento de Comprovação
12281 851	13/09/2017 22:53	Nilsom Walfredo11	Documento de Comprovação
12281 853	13/09/2017 22:53	NILSOM20170904 12143695 0091	Documento de Comprovação
12281 859	13/09/2017 22:53	Raio x 2	Documento de Comprovação
12281 860	13/09/2017 22:53	Raio x1	Documento de Comprovação

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Pelo presente instrumento particular de procuração **FLANÍCIO SIMÃO FILHO**, Garçom, casado, residente e domiciliado em São Gonçalo do Amarante/RN, inscrito no RG sob o n. 1544921 SSP/RN e inscrito no CPF sob o n. 026.568.854-00 residente e domiciliado na Rua Nossa Senhora do Ó, 340, Novo Amarante- São Gonçalo do Amarante /RN, nomeia e constitui sua bastante procuradora a Bela RÚTIA LOPES DE QUEIRÓS, brasileira, advogada, solteira, inscritas na OAB/RN sob o nº. 12.467, e CPF nº. 876.009.354-49, com escritório profissional, onde deverá receber as intimações de estilo à Av. Cap. Mor Gouveia, 1990, Candelária, Natal/RN, CEP n. 59063-400, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Natal, 28 de abril de 2017.



FLANÍCIO SIMÃO FILHO





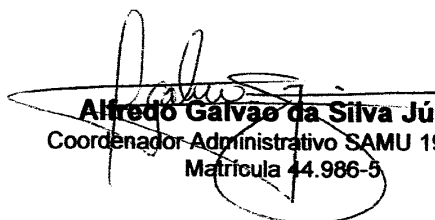
Prefeitura Municipal do Natal
A n o s s a c i d a d e

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU 192 NATAL

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **FLANICIO SIMÃO FILHO** foi vítima de queda de moto, no dia 07/03/2017, na Rua José Medeiros Filho, nesta Cidade. Tendo sido atendido pelo SAMU 192 Natal, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão e removido para o Hospital Walfredo Gurgel.

Natal, 29 de março de 2017.


Alfredo Galvão da Silva Júnior
Coordenador Administrativo SAMU 192 Natal
Matrícula 44.986-5

Rua Potiguares, 300 - Dix Sept Rosado - Natal/RN - CEP: 59054-280
Tel.: (84) 3232-9222 - (84) 3232-9211



cosern
necenergia

Nota Fiscal - Fatura - Conta de Energia Elétrica

Terça Social de Energia Elétrica Cidada pela Lei 10.438, de 26/04/02

CPF: 026 568 854-00

CLASSIFICAÇÃO: B1 RESIDENCIAL RESIDENCIAL

DADOS DO CLIENTE: FLACIO SIMÃO FILHO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA: RUA NOSSA SENHORA DO Ó 340

NOVO AMARANTE/AREIA URBANA, SÃO GONÇALO DO AMARANTE RN 59290-000

CONTA CONTINÚO: 0854095129, DATA DE VENCIMENTO: 17/04/2017, DATA PRESTAÇÃO DE CONTAS: 10/05/2017

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
254,0000000	0,49868700	126,15
		4,78
		2,80
		12,44
		2,43
		0,04

TOTAL DA FATURA: 148,42

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
60100860	CA1	09/03/2017	14.278,00	08/04/2017	14.512,00	30	1,00000		234,00

148,42

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	Consumo (kWh)
ABR17 234	234
MAR17 233	233
FEV17 178	178
JAN17 246	246
DEZ16 231	231
NOV16 226	226
OUT16 172	172
SET16 163	163
AOG16 181	181
Jul 16 200	200

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Base de Cálculo	%	Valor do Imposto	Valor do Consumo
ICMS	13,51	16,80	34,59%
PIS	13,51	0,66	1,94%
COFINS	3,28	4,46	29,47%
Perdas de Energia		7,69	5,78%
Tributos		15,82	11,85%
Total		29,37	22,00%
		R\$ 133,51	188%

Consumo Atualizado: 0,367/8666



COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 12601116643
Número do Benefício: 6177997590 Espécie: 31
Número do Requerimento: 179250392
Ao Sr. (a): FLANICIO SIMAO FILHO
Endereço: NOSA SRA DO O. NOVO AMARANTE
CEP: 59290000 Município: SAO GONCALO DO UF: RN
Assunto: Pedido de Auxílio - Doença
Decisão: Deferimento do Pedido
Motivo: Constatação de incapacidade laborativa
Fundamentação: Art. 59 da Lei N°8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto N°3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.
Legal:

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 10/03/2017, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho. O benefício foi concedido até 08/07/2017.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (08/07/2017), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação. A partir de 08/07/2017 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social. O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS. A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio-Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8.213/91, com redação dada pela Lei nº 13.135/15.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: NATAL NORTE Endereço: RUA ALVORADA, 884 - IGAPO
CEP: 59104210 Município: NATAL UF: RN

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, 27 de Abril de 2017

Assinatura do Requerente / Representante Legal

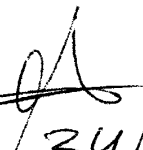


Dr. Flávio Simão Filho


Declaro:

Rx Amho®

De: Artulgo


34NT
Dr. Flávio Simão Filho
Médico e Traumatologista
CRM 2281

Fones: (84) 3214-2114 | 3662-8477
Av. Benedito Santana, 10 - Conjunto Amarante - São Gonçalo do Amarante-RN

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

Atestado para os devidos fins, que o(a) segurado(a)

Flaviano

Simão Filho

foi examinado(a) nesta Unidade de Saúde às _____ horas, e necessita

afastar-se de suas atividades profissionais / estudantes, durante um período

de 15 () dia(s), por motivo de doença

a partir desta data.

Autorização do paciente para
divulgação do CID.

Flaviano Simão Filho

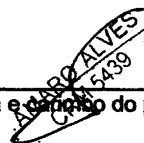
CID. 10 nº

S62


Local e data

Natal 23/05/14

Assinatura e carimbo do profissional


A. B. ALVES
CRM 5439

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

 <p>GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho</p>	<p>ATESTADO MÉDICO</p>
<p>ATESTADO</p>	

Atestado para os devidos fins, que o(a) segurado(a)

Sandro Filho

Flávio

foi examinado(a) nesta Unidade de Saúde às _____ horas, e necessita

afastar-se de suas atividades profissionais / estudantes, durante um período

de 15 () dia(s), por motivo de doença

a partir desta data.

Autorização do paciente para
divulgação do CID.

CID. 10 nº

562

[Assinatura]

Local e data

Natal 08/03/17

Assinatura e selo do profissional

[Assinatura]
R. ALVES
CRM 1439

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

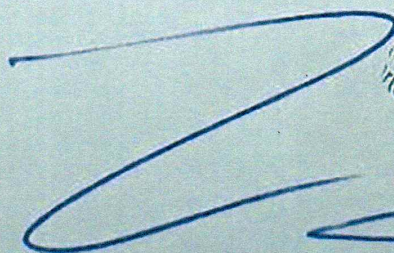
Al Foneco João F. Mo

- Posto por o ponto
e montou um tratamento
de física do aparelho
esquema que deu

consolidou a cultura
clínica da área

na comunidade -

1105620



Múcio Aurélio N. Luzia
Ortopedista e Pneumologista
CRM/RN 3391

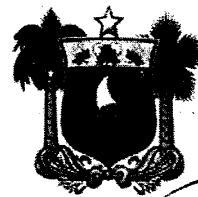
24.4.17



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 7742 /2017

Admissão: 07/03/2017 23:58:15



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 7529 - FLANICIO SIMAO FILHO (40 a 3 m 15 d)

Nascimento: 22/11/1976

Natural: PARELHAS.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700904965171094

CPF:

Prof:

Mãe: INACIA FORTUNATA SIMAO

Pai:

Lugradouro: RUA NOSSA SENHORA DO O, 304

CEP: 59290000

Bairro: NOVO AMARANTE

Cidade: SAO GONCALO DO
AMARANTE

Telefone: 84.999568164

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 07/03/2017 23:55:01				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: AC DE MOTO/TRAUMA REGIAO CERVICAL

Horas: 12:05. Paciente vítima de queda de moto na rua. Refere dor cervical anterior, infer alteração de voz (voz enegrelada), dificuldade de respirar. Após uso de oxigênio no nariz de forma nebulizada foi encaminhado ao pronto socorro. AC, AP, ABDA, VDR. Pupila reativas e iguais.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A Via aérea patula, dor cervical anterior.
B Respiração em sinuotórax, dificuldade de respirar. Voz enegrelada.
C Hemodinâmica estável.
D Glasgow 15.
E Secreção em nariz inferior e grande goma cervical anterior.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

08/03/17 01:01

TOMOGRAFIA/HMWG

Data: 08/03/17 Hora: 00:32

Técnico: Jara e Gallucci

Exame: TC de crânio/cervicotor

Médico:

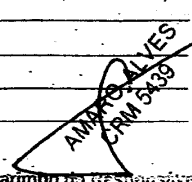
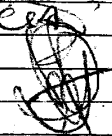
DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

2020

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)	
A	
B	
C	
D	
E	
A (ALERGIAS):	
M (MEDICAÇÃO EM USO): <u>NÃO</u>	
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): <u>NÃO</u>	
L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS): <u>aproximadamente cinco horas</u>	
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): <u>Queda de Vento após atropelamento pedestre</u>	
V (PASSADO VACINAL): <u>Atualizado</u>	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
<u>TC cervical, torácica</u>	
<u>Radiografias de punho e mão E</u>	
<u>Radiografia de quadril</u>	
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
<u>TC de abdômen: PEDIMENTO APÓS DE</u>	
<u>ENFERMAGEM EM MANEJO DE SUPLENTO</u>	
<u>TC de abdômen: ENFERMAGEM SUBCUTÂNEA</u>	
<u>MODERADA</u>	
<u>CD OBS. PELA UNIDADE GERAL DO PONTA GROSSA</u>	
<u>SOLICITAÇÃO BRONCOSCOPIA PARA EXAME APÓS ESTABILIZAÇÃO, JGO SOCORRO</u>	
<u>Dr. Heitor Matijó de Andrade - MEDICO - CRM/RN-8258</u>	<u>Dr. Vinicius de Faria Rangel - MEDICO DE CABEÇA E PESCOÇA - CREMERN 7694</u>
<u>01) Deleta Lado</u>	
<u>02) ST 09.1.1000.1, CV 14/14</u>	
<u>03) Desvio de 20 graus - dist + 30, el, e 14</u>	
<u>04) Desvio de 40 graus - dist + 30</u>	
<u>CV 14</u>	
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1: <u>C. TONACIS</u>	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

Dr. Vinicius de Faria Rangel

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: 18/03/17 Osteopatia	
ANAMNESE Acidente automobilístico	
EXAME FÍSICO de fratura de costela em nível 5	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA Fratura de 3ª costela com deslocamento	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) ****	LABORATÓRIO
OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) Tela antebraço direito <div style="text-align: right;">  AMÉRICO ALVES CRM 5439 </div>	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM 19:00 PAC. ADMITIDO NA ORTOPEDIA E REALIZADO IMOBILIZAÇÃO COLARINE PRESCRITA <div style="text-align: right;">  Assinatura e Carimbo do Responsável </div>
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"/>	

Médico (Carimbo)

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"/>	

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPOSTA DE CÂVITIM 2 - PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAIS) E PEÇA UM DESFIBRILADOR (DEJA) 3 - ABRA VIA AÉREA 4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER QUAIS SENTIR) 5 - SE APNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSÃO, VALVULA, MÁSCARA) 6 - AVALIE PULSO CARÓTÍDEO, OU FEMORAL (BRAFANGUAL EM LACTENTE) 7 - SE PULSO AUSCULTA, INICIE COMPRESSIONES TORÁICAS 100/min PROPORÇÃO 30:2 ATÉ A CHEGADA DO DEJA 8 - DEJA DISPONÍVEL: ANALISE O RITMO 9 - RITMO CHOCCÁVEL: APLIQUE 1 CHOQUE 360 (200 J/DEJA BIFÁSICO) E RENIECE RCP 10 - RITMO NÃO CHOCCÁVEL: RENIECE RCP (30:2) 11 - AVALIE O RITMO A CADA 5 CICLOS 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE REPERAÇÃO.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: NCR Q1:20

NAMÉNESE 40a, vítima de colisão moto-pedestre. Nega perda de consciência, vômitos e cervicalgia. Queixa de dor cervical anterior e em mão Esq.

EXAME FÍSICO ECG 15, sem pausas, limitação algica em mão esq.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA TCE

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)**** TC de crânio e cervical

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

TC de crânio e cervical dentro da normalidade

Em péssimo subcutâneo

Disfonia, edema em

mão esquerda.

ed:

1- Alta da NCR

2- Pronto

3- Excluir mancha de

Dr. Juliano José de Jesus

Médico

CRM 7389

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CLR TORÁCICA

03/11

Paciente sub-nd

2 broncofibroscopi

5/10/15

Exame bronquial,

prazo de 10/15

diminuiu um pouco

subglótico.

= Conduta: f-Expectante

1- Alta do

cirúrgico

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

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

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	6-8 = 2
	4-5 = 1
	3 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	10-20 = 4
	12-20 = 3
	6-9 = 2
	1-5 = 1
	0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90-120 = 4
	70-89 = 3
	55-69 = 2
	40-54 = 1
	0 = 0

"Escala de Trauma Revisada (RTS): Boa escala de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R., Sacco W.L. Copes, et al; A revision of the Trauma score.


CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)

03 - 05: Grave (necessidade de intervenção imediata);
06- 3: moderado;
14-15: leve

Referência: TEASDALE G., JENNET B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

"A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 15 anos. Na Escala de Glasgow aplica-se ao doente que classifica a intensidade da sua dor de acordo com as seguintes definições:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior possível
0	1	2	3	4

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

IDENTIFICAÇÃO

NOME: FRANCISCO SILVA TILLOU SEXO: MAS() FEM()
 LEITO: _____ REG. Nº: 7742 DT NASCIMENTO: 22/11/76
 SETOR: PSA(☒) PSI() CC/CRO() ENFERM() UTI()
 URGÊNCIA(☒) ELETIVA() DATA: 08.03.11 HORA: _____

EXAMES

- | | | |
|---|----------------|---------------------------------------|
| () HEMOGRAMA | () SÓDIO | () D-DIMERO |
| () GLICEMIA | () POTÁSSIO | () TAP/ TTPA/ INR |
| () UREIA | () CÁLCIO | () LACTATO |
| () CREATININA | () MAGNÉSIO | () FOSF. ALCALINA |
| () TGO | () VSH | () CLASSIF ABO/RH |
| () TGP | () PCR | () B-HCG |
| () BT/ FRAÇÕES | () CPK | () COLESTEROL E FR * |
| () AMILASE | () CKMB | () TRIGLICERIDEOS * |
| () DHL | () TROPONINA | () PROT T/ FRAÇÕES * |
| () GAMA ET | () MIOGLOBINA | () SUMÁRIO DE URINA |
| () GASOMETRIA: ARTERIAL () VENOSA () | | * = EXAMES NÃO REALIZADOS NA URGÊNCIA |

OUTROS EXAMES (INCLUIR EXAMES DE IMAGEM)

BROWN COPIL

INDICAÇÃO CLÍNICA: Empiema subcutâneo em pescoço
Dr. Vinicius de Faria Rangel
Clínica de Cabeça e Pescoço
CREMER 7694

ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE

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

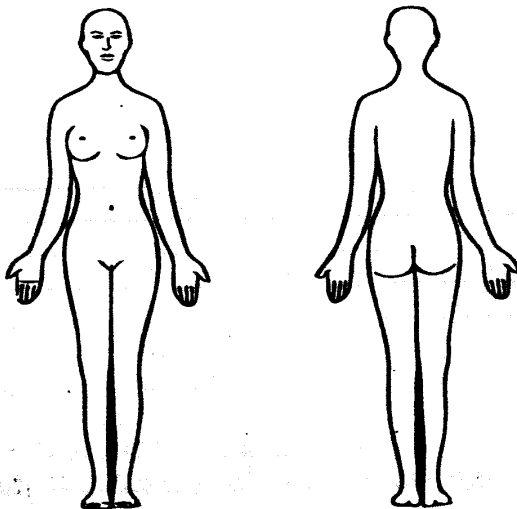


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Reside:
São Gonçalo de
Amaraente / RN

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Flamício Simões Filho
DATA DE NASCIMENTO: 22-11-1976 IDADE: 40 anos
REGISTRO: 77427057
DATA DE ADMISSÃO: 08-03-17 HORA: 15:00
ADMISSÃO DO PACIENTE:
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Toniçiana
HIDRATAÇÃO: SIM (x) NÃO () VIA: PERIFÉRICO: (x) ACESSO CENTRAL: ()
NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE (x) ORIENTADO (x) VIGIL () AGITADO ()
INCONSCIENTE: ()
ESTADO GERAL: BOM () REGULAR (x) GRAVE ()
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE () M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()
ALÉRGICO: SIM () NÃO (x) HIPERTENSO: SIM () NÃO (x)
DIABÉTICO: SIM () NÃO (x) ASMÁTICO: SIM () NÃO (x)
DOENÇA RENAL: SIM () NÃO (x) OUTRAS PATOLOGIAS: _____
MEDICAÇÕES EM USO: _____
CIRURGIAS ANTERIORES: _____
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO (x)
OBSERVAÇÃO: Frequência cardíaca: 74.
Pressão arterial: 101 x 59. Saturação: 98%
ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____
ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____
OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



JALECO N° _____ ACESSO CENTRAL: _____

INSTRUMENTADO: Andréa
CIRCULANTE: Jusselino Mano
TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI () PERIDURAL () B.P.B. () LOCAL ()
OBS: Sedação
ANESTESISTA: Dr. Vamberto
INÍCIO DE ANESTESIA: 15:05
TÉRMINO DE ANESTESIA: 15:40
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: _____
HORA: _____

INÍCIO DE CIRURGIA: 15:05

CIRURGIÃO: Drº Jean Carlos

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

TIPO DE CIRURGIA: Broncoscopia

TÉRMINO DE CIRURGIA: 15:40

SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO (x)

Nº DA SONDA:

SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM (x) NÃO (x)

Nº DA SONDA:

EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (x)

RX:

SIM () NÃO (x)

RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO (x)

TIPO:

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO ()

TIPO:

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO (x) FEITO FICHA: SIM () NÃO (x)

MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO (x) ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM () NÃO (x)

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

DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO (x)

COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM () NÃO (x)

QUANTIDADE: 05

GAZES CONFERIDAS: SIM () NÃO (x)

QUANTIDADE: 10

CAIXA CIRÚRGICA:

COMPLETA: SIM () NÃO (x)

OBS.:

ÓBITO: SIM () NÃO (x)

HORA:

REALIZADO RCP: SIM () NÃO (x)

RESPONSÁVEL PELA RCP:

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

EM AR AMBIENTE: SIM (x) NÃO () TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO (x)

ENTUBADO: SIM () NÃO ()

PREENCHIDO AIH: SIM () NÃO (x)

FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (x) NÃO ()

FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (x) NÃO ()

OBSERVAÇÕES: 15:00 - Paciente admitido no CC vindo do Politécnico para uma intervenção cirúrgica aos cuidados do Drº Jean Carlos.

Sob efeito de anestesia sedação aos cuidados do Drº Vamberto.

Cirurgia realizada sem complicações.

Paciente saiu de alta pra casa acompanhado de sua esposa.

T.A = 112/60 mmHg; FC = 74 bpm; 97% SpO2. Assinatura Helena Andruz.

37,30h. Pac. consciente, orientado, o ambiente físico. Assinatura Drº Vamberto.

em maca, encaminhado a ortopedia, para ser reavaliado pelo ortopedista, a pedido do Drº Flávio.

Quanto de dor em mãos (5). Assinatura Helena Andruz.

Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Assinatura do Circulante

Assinatura do Instrumentado

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**BOLETIM
OPERATÓRIO****IDENTIFICAÇÃO**Nome: Elanício Simões Filho Reg. Nº Boletim 7442/2017Diagnóstico pré-operatório: Cursos vis. aéreaIndicação terapêutica: Broncoscopia Urgência (☒) Eletiva (☐)**INTERVENÇÃO**Data: 08/03/17 Início: 15:00 Término: 15:25 Duração: 25'Operador: Jean Carlos CRM/CRO:

1º Auxiliar: CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador: AndréAnestesista: Uso-bm CRM/CRO:**RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO**

① Realizado Broncoscopia flexível c/ visualização de lesão bronquial até 33 mil

② Ausência de rotura bronquial

③ Presença de diminuto hemoptoe em região subglótica compatível c/ pequena lesão

④ Aspição de secreção

⑤ Retirado do aparelho

JEAN CARLOS
3351

Coleta de material anatomo-patológico: (☒) NÃO (☐) SIM QUAL?Coleta de material para microbiologia: (☒) NÃO (☐) SIM QUAL?

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde com eficiência e qualidade, visando à prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças.



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

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Elanício Simões Filho Reg. Nº Boletim 7442/2017
Diagnóstico pré-operatório: Cureta via aérea
Indicação terapêutica: Broncoscopia Urgência (☒) Eletiva (☐)

INTERVENÇÃO

Data: 08/03/17 Início: 15:00 Término: 15:25 Duração: 25'
Operador: Jean Carlos CRM/CRO:
1º Auxiliar: CRM/CRO:
2º Auxiliar: CRM/CRO:
Instrumentador: André
Anestesista: W. B. B. CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- ① Realizado Broncoscopia flexível c/ visualização de lesão bronquial até 33 mil
- ② Ausência de rotura bronquial
- ③ Presença de diâmetro aumentado em região sub-glótica compatível c/ pneumonia lmb.
- ④ Aspiração da secreção
- ⑤ Retirado do aparelho

JEAN CARLOS
3351

Coleta de material anatomo-patológico: (☒) NÃO (☐) SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: (☒) NÃO (☐) SIM QUAL?

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde com segurança e qualidade em atendimento às necessidades da população.



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

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Flávio Simão Filho ASA: I
Idade: 40a Sexo: M Registro: 7742/2017
Diagnóstico: Lesões de via aérea Data: 08/03/17
Cirurgia Realizada: Broncoscopia
Cirurgião: Dr. Jeancarlo Auxiliar: _____
Anestesiologista: Dr. Vamberto Enfermagem: _____

História Clínica Admissional: Paciente vítima de queda de moto, refere dor cervical anterior, alterações de voz, dificuldade leve de respirar.

Técnica Anestésica: Monitorização, via aérea peria, realizada sedação sob cateter nasal O₂ 4L/min. Antes da sedação paciente pré-oxigenado com realizações de bloqueio gloteais.

cateter O₂
nasal 4L/min.

SatO₂

FC: 78

110
100
90
80
70
60
50

Monitorização:
PNI + Oximetria
+ ECG.

Início: 14:50L

Término: 15:40L

Anestésicos Utilizados:

1. Alfentanil - 15mg
3. Midazolam - 1mg
5. Lidocaína 2% Alvaro - 5ml
7. _____
9. _____
11. _____
13. _____

2. Metoclopramida - 10mg
4. Dexametasona - 10mg
6. _____
8. _____
10. _____
12. _____
14. _____

Encaminhamento: Paciente estável, consciente, orientado, PA: 105 x 64 mmHg, FC: 70, SatO₂: 96%, Ao (CB).

smj

Assinatura do Anestesiologista - CRM

ESTE HOSPITAL É CESS FARMACIA

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Data de Admissão: _____

Hora: _____

Data de Saída: _____

Hora: _____

Horário de verificação										
Atividade										
Respiração										
Circulação										
Consciência										
Cor										

	ATIVIDADE	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	CONSCIÊNCIA	COR
0	S/ Mov. Membros	Apnéia, Obstrução	P.A Variado + 50%	Não responde	Cianótico
1	Mov. 02 Membros	Dispnéia, Obstrução Parcial	P.A 20 - 50%	Responde a chamada	Pálido, tétânico
2	Mov. 04 Membros	Respira bem, tosse	P.A Estável + - 20%	Acordado	Corado

CRITÉRIO DE ALTA:

ÍNDICE DE ALDRETTE > 8

Assinatura do Anestesiologista Responsável pela Alta da SRPA

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELECOMUNICAÇÕES
Ag: 6030025 - AC. SÃO GERALDO DO AMARANTE

SÃO GERALDO DO AMARANTE RN
CNPJ: 00.240.253.000/000104
Ins. Est.: 290530341

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente: SEGUROADORA LIDER CONDOR SEGU
CNPJ/CPF: 0024030000104
Doc. Post: 241527315
Contrato: 9012300636 Cód. Adm: 11205709
Cartão: 12267055

Movimento: 12/07/2017 Hora: 08:56:40
Caixa: 0015333 Matrícula: 06277359
Lançamento: 000 Atendimento: 00003
Modalidade: A Futuro ID Fiquete: 1325030937

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO FIANÇA ATE 30	1	21,75
Valor do Porte(R\$)		21,75
Peso real (kg)		200
CNPJ/CPF Remet:		0024030000104
Nome Remetente:		ELIANE DE LIMA FILHO
Endereço Remet:		RUA Rua Nossa Senhora do D
Cont. Endereço:		340 Novo Amaran
Cep Remetente:		55206-345
Cidade Remet:		SÃO GERALDO DO AMARANTE
UF Remet:		RN
POSTAL RESPOSTA DIV	1	28,00
Valor do Porte(R\$)		28,00
Cep Destino:		20031-000 (R)
Peso real (kg)		200
OBJETO:		SEGURO FIANÇA

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 49,75

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais.

Nome: _____
Ass. Responsável: _____

SERV. POSTAIS: DIRETOS E DIVERSOS LEI 6538/78

Os prazos de entrega poderão sofrer atrasos.

VIA-CLIENTE SARA 7.7.07



MAO OBL

81,2 %

PUNHO PERFIL

85,7 %

Id. Paciente: 7742/2017

Data Exame: 08/03/2017 00:59:27

Técnico: TEC. COSMA DE PAULA

Paciente: FLANICIO SIMÃO FILHO

Idade: 40 ano(s)

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

AV. SENADOR SALGADO FILHO, S/N - TIROL - NATAL / RN - CEP.: 59015-380

TEI : (84) 3232-7500 / 3232-7530 - EMAIL: SADT@RN.GOV.BR - SITE: WWW.WALFREDOGURGEL.RN.GOV.BR



Id. Paciente: 7742/2017 Data Exame: 08/03/2017 00:59:27

Paciente: FLANICIO SIMÃO FILHO

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: TEC. CÔSMA DE PA

Idade: 40 ano(s)

MAO PA

81,2 %