



Número: **0814554-43.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **20ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **13/04/2019**

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
<b>ANTONIO MARCIO DO NASCIMENTO (AUTOR)</b>	<b>CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
41935 562	13/04/2019 16:43	<a href="#">2019- Dpavat - Antonio Marcio do nascimento</a>	Outros documentos
41935 563	13/04/2019 16:43	<a href="#">img20190407 21063754</a>	Outros documentos

**V & V**

**VELHO & VELHO ADVOCACIA**

*CLAUDIMIR JOSÉ FERREIRA VELHO*

---

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR (A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DE UMA  
DAS VARAS CIVEIS DA COMARCA DE NATAL, ESTADO DO RIO GRANDE  
DO NORTE/RN, A QUEM COUBER POR DISTRIBUIÇÃO LEGAL.**

**ANTÔNIO MARCIO DO NASCIMENTO**, brasileiro,  
solteiro, professor , portadora do CPF: 070403654-13 , RG nº: 001.894.221  
ITEP /RN , residente e domicilia à Rua Coronel Manoel Duarte , nº 77- Centro-  
Goianinha RN- CEP : 59173-000, vem por seu advogado, conforme procuração  
anexada (doc. 01), a presença de Vossa Excelência apresentar:

**AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) NOS  
TERMOS DA LEI Nº 6.194/74, ALTERADA PELA LEI Nº11.482/07 E Nº  
11.945/2009**

Em desfavor da **PORTO SEGURO CIA. DE SEGUROS GERAIS**, pessoa  
jurídica de direito privado, com personalidade jurídica própria, com inscrição do  
CNPJ sob o nº 02.149.205/0001-68, com endereço para receber citação e  
intimação na Avenida Prudente de Morais, 4055, Lagoa Nova, Natal/RN. CEP:  
59056-200, pelas razões fáticas e jurídicas que passo a expor:

**I-DA JUSTIÇA GRATUITA**

1. Requer, inicialmente, que Vossa Excelência defira os benefícios da  
Justiça Gratuita, com fulcro na lei 1.060/50, com alterações produzidas  
pela lei 7.510/86, por não poder arcar com as devidas custas

---

**Edifício Sfax-, AV. Romualdo Galvão , n º 293, Bairro Tirol-, SALA 803- Natal /RN, CEP –  
59.59022-250**

**Fone/Fax (84) 99969-7011 / 98788-4353 /**

**Claudimir.velho@yahoo.com.br**

processuais sem que ocorra dano ao seu sustento e de sua família.

2. A parte autora não tem interesse na audiência de conciliação

## **II-DA COMPETÊNCIA**

1. A jurisprudência do STJ consolidou o entendimento de que as ações de reparação de dano sofrido em razão de acidente de veículos, inclusive em se tratando de seguro obrigatório - DPVAT podem ser ajuizadas **por faculdade do autor, conforme prevista no art. 53, V do CPC.**

Neste sentido:

"PROCESSO CIVIL. CONFLITO DE COMPETÊNCIA. AÇÃO POR DANOS DECORRENTES DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. ARTS. 53 , V DO CPC.

**"É competente o foro do domicílio do autor ou lugar do fato para as ações que visam à reparação por dano sofrido em razão de delito ou acidente de veículo, aí incluída as aeronaves. A opção é do demandante.**

2. Assim, fica claro que nas Ações decorrente de Acidente de trânsito é competente o **foro do domicílio do Autor, conforme art. 53,V, CPC.**

## **III-DOS FATOS E DA FUNDAMENTAÇÃO JURÍDICA**

1. O fato ocorreu no dia **30 de dezembro de 2018**, conforme boletim de ocorrência em anexo ( doc. 02).

2. Cabe ressaltar, Excelênciia que o autor requereu administrativamente e já recebeu um valor na esfera administrativa , conforme requerimento administrativo em anexo.

3. O referido acidente automobilístico resultou em **fratura do terço do médio do rádio , tratamento cirúrgico c (doc. 3)**

---

**Edifício Sfax-, AV. Romualdo Galvão , n º 293, Bairro Tirol-, SALA 803- Natal /RN, CEP – 59.59022-250**

**Fone/Fax (84) 99969-7011 / 98788-4353 /**

**Claudimir.velho@yahoo.com.br**

4. A Suplicante, munido de documentação necessária a que alude ao acidente automobilístico, vem requer o que de direito, qual seja uma diferença do **seguro DPVAT**.

#### **IV DA LEGITIMIDADE ATIVA AD CAUSAM:**

1. No caso em tela, é de direito do Autor perceber uma indenização por danos pessoais, ante ao seu gravíssimo estado de saúde, ou melhor, devido aos danos causados pelo acidente, visto que **fratura do terço do médio do rádio , tratamento cirúrgico c (doc. 3)**

2. O art.7º da Lei nº 6.194/74, por seu turno, determina que, em se tratando de seguro denominado DPVAT, pelo fato de existir consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer seguradora conveniada ao tal consórcio será legítima para figurar no polo passivo que vise o recebimento de indenização relativa ao seguro obrigatório.

3. A referida matéria também é totalmente pacificada pela doutrina e jurisprudência dominante, que entendem que qualquer seguradora que faça parte do Consórcio do Seguro DPVAT S/A constitui-se parte legítima para o pagamento do seguro obrigatório, dentre elas a Demandada, ora ré.

4. Quanto a legitimação passiva, mostra-se dirimida qualquer sombra de dúvidas, de sorte que qualquer seguradora, que atue no Consórcio do Seguro DPVAT, formados pela reunião das empresas seguradoras e geridos pela seguradora Líder, poderá compor o polo passivo da demanda, como instituição obrigada a compor e efetuar o pagamento do seguro obrigatório em questão.

#### **V-DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO:**

1. Anota o Art.5º da Lei 6.194/74 que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente,

---

**Edifício Sfax-, AV. Romualdo Galvão , n º 293, Bairro Tirol-, SALA 803- Natal /RN, CEP – 59.59022-250**

**Fone/Fax (84) 99969-7011 / 98788-4353 /**

**Claudimir.velho@yahoo.com.br**

vejamos, independentemente da existência de culpa, sendo abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

2. Destarte, o§1.º, “a” do mesmo artigo, alterado pela Lei 8.441/92. Assevera que a indenização será paga mediante a apresentação da certidão de óbito, registro de ocorrência no órgão policial competente e prova de qualidade de beneficiários em caso de morte.

3. Reforçando a ideia do artigo acima citado pontifica o art. 7.º Caput, da Lei 6.194/74 estabelecendo que a indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado será pago nos mesmos valores, condição e prazo dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.

4. Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do Prêmio do seguro obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas.

5. Independente do pagamento do prêmio do seguro obrigatório. A propósito, vale destacar que a matéria já se encontra até sumulada na corte do Superior Tribunal de Justiça. Vejamos:

**“STJ. Súmula 257: A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES (DPVAT) não é motivo para recusa do pagamento da indenização”.**

6. Sendo assim, e incontroverso a concepção atual da doutrina e jurisprudência no sentido de tão somente exigir prova de fato e suas consequências danosas, nada mais sendo necessário, inclusive o pagamento do prêmio.

## **VI-DO QUANTUM INDENIZATÓRIO**

---

**Edifício Sfax-, AV. Romualdo Galvão , n º 293, Bairro Tirol-, SALA 803- Natal /RN, CEP – 59.59022-250**

**Fone/Fax (84) 99969-7011 / 98788-4353 /**

**Claudimir.velho@yahoo.com.br**

1. A vigente redação da Lei nº 6.194/74 resultado das modificações oriundas das medidas Provisórias nº 340/2006 (convalidada pela Lei nº11.482/2007) e nº 451/2008 (Lei nº11.945/2009), dispõe que o seguro DPVAT destina-se a indenizar os danos por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica nos valores conforme as regras estabelecidas na tabela constante no dispositivo legal supracitado, valor este aferido através de perícia Judicial.

2. Quanto ao valor da causa, cabe ressaltar Vossa Excelência, que o valor recebido pelo autor, a título de indenização do seguro DPVAT, caso haja procedência do pedido, o mesmo só será aferido após a realização da perícia médica. Verifica-se que a parte autora inseriu o valor da causa à quantia de R\$ 1.000,00 ( um mil reais) , mas vale salientar que, só após a perícia médica, é que será aferido o valor da indenização, que teoricamente seria o valor da causa, conforme tabela própria da Seguradora Líder.

## **VII-DA PERÍCIA**

1. Se o douto (a) julgador (a) entender a necessidade que a Autora seja submetido a uma perícia, segue os quesitos que deverão ser respondidos pelo (o) perito (a):

a) **Quais as lesões sofridas pela Autora?**

b) **As lesões decorreram de acidente de trânsito?**

c) **Dessas lesões resultou debilidade permanente de membros, sentido ou função; incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável; perda ou inutilização de membro, sentido ou função; deformidade permanente?**

d) **Total ou em parte? Havendo, em que percentual?**

---

**Edifício Sfax-, AV. Romualdo Galvão , n º 293, Bairro Tirol-, SALA 803- Natal /RN, CEP – 59.59022-250**

**Fone/Fax (84) 99969-7011 / 98788-4353 /**

**Claudimir.velho@yahoo.com.br**

### **VIII- DOS HONORÁRIOS DE SUCUMBÊNCIAS**

Requer ainda, que seja determinado por Vossa Excelência, **a retenção do percentual de 20% (Vinte por cento), referente aos honorários advocatícios sucumbenciais, , expedindo o competente alvará em nome do advogado ora constituído**, com fulcro no art 22, § 4, da Lei 8.906/94, e artigo 85 do CPC.

### **VIII-DOS PEDIDOS**

Diante do exposto, requer:

- a)** Que sejam deferidos os benefícios da justiça gratuita, conforme Lei nº 1.060/50 e art. 98 do CPC.
- b)** Determinar a citação da Ré no endereço acima declinado, para que a mesma compareça à Audiência de Conciliação, produzindo a sua defesa, querendo, sob pena de ser decretada a sua revelia e as penalidades decorrentes de tal fato.
- c)** Entendendo Vossa Excelência necessidade de uma perícia, que sejam respondidos os quesitos do item VII.
- d)** Julgar a Demanda **PROCEDENTE EM SUA TOTALIDADE**, condenando a Ré a pagar ao Autor uma indenização por invalidez , conforme Laudo Pericial, aplicando a Tabela do seguro DPVAT , acrescido de juros de mora e correção monetária, em conformidade com as Súmulas 43 e 54 do Colendo Superior Tribunal de Justiça.
- e)** Requer ainda, que seja determinado por Vossa Excelência, **a retenção do percentual de 20% (Vinte por cento), referente aos honorários advocatícios sucumbenciais, , expedindo o competente alvará em nome do advogado ora constituído**, com fulcro no art 22, § 4, da Lei 8.906/94, e artigo 85 do CPC.

---

**Edifício Sfax-, AV. Romualdo Galvão , n º 293, Bairro Tirol-, SALA 803- Natal /RN, CEP – 59.59022-250**

**Fone/Fax (84) 99969-7011 / 98788-4353 /**

**Claudimir.velho@yahoo.com.br**

f) Protesta provar por todos os meios de prova em direito admitidas, especialmente prova documental e depoimento pessoal do preposto da Ré, ulterior juntada de documentos e oitivas de testemunhas, se entenderem necessário.

g) A parte autora não tem interesse na audiência conciliatória.

Dá-se a causa o valor de até **R\$ 1.000,00** (Um mil reais).

Nestes Termos,

Pede e espera deferimento.

Natal, 12 de Abril de 2019.

**CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO**

**OAB/RN 7.268**

---

**Edifício Sfax-, AV. Romualdo Galvão , n º 293, Bairro Tirol-, SALA 803- Natal /RN, CEP – 59.59022-250**

**Fone/Fax (84) 99969-7011 / 98788-4353 /**

**Claudimir.velho@yahoo.com.br**

---

**Edifício Sfax-, AV. Romualdo Galvão , n º 293, Bairro Tirol-, SALA 803- Natal /RN, CEP – 59.59022-250**

**Fone/Fax (84) 99969-7011 / 98788-4353 /**

**Claudimir.velho@yahoo.com.br**

*LINS & VELHO*  
*Claudimir José Ferreira Velho*

**PROCURAÇÃO PARTICULAR**

**OUTORGANTE:** Antônio Mares de Nascimento

Profissão: Professor Estado Civil: Solteiro

RG: 1894221 CPF: 07040365413

Endereço: Rua Gabriel Manoel Duarte - Cuiabe nº 77

Cidade: Goiânia Estado: RJ CEP: 59173-000  
399169149

**OUTORGADO :** Dr. CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RN sob o nº 7268, com escritório profissional a Rua do Dr Sadi Mendes, 1010 "A" - Santos Reis- Parnamirim/RN, CEP - 59.141-085

**PODERES:** A quem concedo amplos e limpos e ilimitados poderes para, no foro em geral, perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal, propor quaisquer medidas preliminarmente preventivas ou asseguratórias do nossos direitos e interesses, usando para tanto, os poderes da cláusulas "ad-judicia et"extra", e mais os especiais para transpor firmar compromisso, fazer acordo, receber, dar quitação, representar-nos juntos as repartições Públicas, Federais, Estaduais, Municipais , Autárquicas e Sociedade de Economia Mista, praticando todos os atos de representação e defesa extrajudiciais, perante quaisquer pessoas físicas em geral, e , finalmente, praticar todos os atos que se tornem mister para o fiel e completo desempenho deste mandato, inclusive interpor total ou parcialmente, com ou sem reserva de poderes, que tudo darei por bom e valioso. Inclusive Juizado Especiais, PROCON e órgãos similares, firmar acordo em audiência de conciliação e de instrução e julgamento, assumir compromissos, praticando e promovendo tudo que se fizer necessário ao mencionado fim, agindo os outorgados em conjunto ou separadamente e independente de ordem de nomeação, podendo ainda substabelecer um Advogado indicado pelo mandante, ou resolver administrativamente em qualquer órgão podendo praticar qualquer ato necessário para tanto, tendo poderes para retirar alvará e levantar valores destes.

**CONTRATO DE HONORÁRIOS:** Acordão as parte que o Outorgante arcará com honorários no percentual de 30%(trinta por cento) ao Outorgado, do valor recebido por aquele a qualquer título, por condenação ou acorde entre as partes.

Natal, 30 de Dezembro de 2018

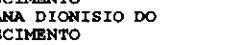
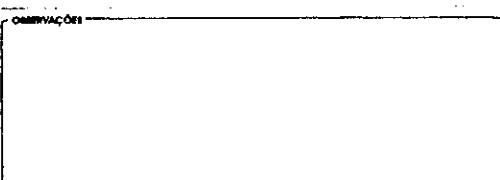
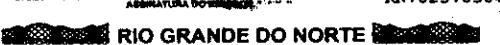
Antônio Mares de Nascimento  
OUTORGANTE

Rua Dr Sadi Mendes, 1010 "A" - Santos Reis Parnamirim/RN, CEP-59.145-085. Email:  
Claudimir.vellho@yahoo.com.br, /Fone (84)99969-7011, 87884353, 32726277.



ARUANA SEGUROS

23 MAR 2018

 <b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARREIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
<b>NOME</b> ANTONIO MARCIO DO NASCIMENTO	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 1894221 Itep RN	
CNP 070.403.654-13 DATA NASCIMENTO 01/08/1988	
PARECER JOAO BOSCO DO NASCIMENTO JOANA DIONISIO DO NASCIMENTO	
PERMISSÃO ACC CAT.NAV.  23	
Nº REGISTRO 1467615720 VALIDADE 07/03/2007	
OBSERVAÇÕES 	
Antonio Marcio do Nascentes ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL NATAL, RN DATA EMISSÃO 22/02/2017	
64786155450 RN702570504	
 <b>RIO GRANDE DO NORTE</b>	

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

**1467615720**

PROIBIDO PLASTIFICAR





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE GOIANINHA  
Endereço: RUA PROF. JOÃO TIBUCIO, 141, CENTRO, GOIANINHA

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J2018087000312      1.2 Data de Expedição: 14/03/2018 15:36:45  
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: 30/12/2017 20:30:00      2.2 Autoria: Conhecida  
2.3 Fato: Consumado      2.4 Flagrante: Não  
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo  
2.6 Tipo do local: Via Pública  
2.8 Número: 000  
2.10 Complemento:  
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS  
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
2.15 Cidade: GOIANINHA





**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
Núcleo de Epidemiologia  
**SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA**  
**HOSPITAL DE OCLECIÓN M. LUCENA**  
**PARNAMIRIM / RN**  
**INVESTIGADO**

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA**

NOME:	Antônio Alfredo MS cunha			CAPTAÇÃO DADOS CAPTADOS P/ CONSOLIDAD
IDADE:	01/05/88	COR:	PESSOAL	
		SEXO:	M	ESTADO CIVIL: S (solteiro)
NATURALIDADE:	9	PROFISSÃO:	Prof. en. futebol	PROCEDÊNCIA:
ENDEREÇO:	Av. Caporal Manoel Pontal, 115			BAIRRO: centro
CIDADE:	Goiânia	UF (RUE):	GO	DATA: 30/12/12
				HORA: 22:00
CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO				

## **CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO**

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	
PUPILAS	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	C) PRESSÃO ARTERIAL

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA) Vítima de queda de moto.  
Neopl TCE, perda de consciência, cefaleia, náuseas  
rômicos. Estável hemodinamicamente, s/dor  
toracica. Sintomas iniciados em ABF

EXAME FÍSICO ABCD s/ alterações  
E - Deformidade em antebraço E.  
Escoavações superficiais. 1981-7-8  
CONFERE COM ORIGINAL

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS						
HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO
15:15	130x100	22	15	99%		72

MAGNÓSTICO CONJUNICIAL  
23 MAR 2018

ARUANA SEGUROS

**EXAMES COMPLEMENTARES**

→ Rx do Antebraço = fratura fechada  
de Rádio (fissurada).

Ass. do Responsável

**ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

**CONDUTA**

- 1) Volta em clínica IM Agora.
- 2) Rx Antebraço E Afe perf. l.
- 3) A ortopedia.
- 4) fala fixilo-polimor
- 5) Sol. antecâmara pt  
pto anirino.

Dr. Bruno Medeiros Cunha  
Cirurgia Bariátrica e do  
Aparelho Digestivo  
CRM/RN 4090

Ass. do Responsável

**DESTINO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>Ortopedia</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ / _____ / _____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
DATA _____ / _____ / _____	HORA _____	
ÓBITO _____ / _____ / _____	HORA _____	
ENTREGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>
MÉDICO (Carimbo)	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)

*TEOT 14910*  
*SPN/RN 5783*  
*Ortopedia / Traumatologia*  
*Marcus Lúcio C. Ferreira*  
*Núcleo Interno de Registros*  
*AutORIZADO*



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

27 84m lec  
Nº 991419717

NOME: Antônio Vazad ou M. Antônio  
IDADE: 01/08/88 COR: PRETO SEXO: MEST  
ESTADO CIVIL: Solteiro

CAPTAÇÃO  
DADOS CAPTADOS PARA  
BPAC (CONSOLIDADO)

NATURALIDADE: Prof. en. fute  
PROFISSÃO: PROCEDÊNCIA:  
ENDERECO: Rua: Copacabana 1000, Centro, RN  
BAIRRO: Centro  
CIDADE: Gamará (RN) DATA: 30/12/17 HORA: 22:00

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM  REGULAR  COM DISPNÉIA  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	T.A.
-------	------------	-------	------

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA) Vítima de queda de natação.  
Nega TCE, perda de consciência, cefaleia, náuseas e vômitos. Estável hemodinamicamente, s/ dor torácica ou abdominal. Deformidade em ABF.

EXAME FÍSICO ABCD s/ alterações

E - Deformidade em antebraço E.  
Escorregões difusos.

198678  
CONFERE COM ORIGINAL  
M  
Servidor

ARUANA SEGUROS  
23 MAR 2018

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS 58.5

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO
21:15	130x100	22	15	99.7		72

DIAGNÓSTICO OFICIAL

## EXAMES COMPLEMENTARES

→ Rx no Antebraço = fratura fratura  
de punho (genuiss).

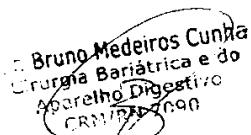
Ass. do Responsável

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUZO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

## CONDUTA

- 1) Voltarem o braço IM Agora.
- 2) Rx Antebraço E Atº profº.
- 3) A ortopedia.
- 4) Fals Antebraço-pulso
- 5) Sol. Entregação p/ Ho Unimed.



Ass. do Responsável

## DESTINO DO PACIENTE

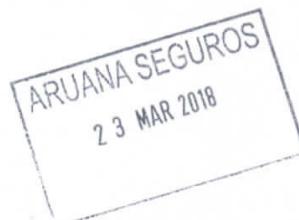
<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>Dr. Lopemis</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____/_____/_____
HORA _____ HS		HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
DATA _____/_____/_____	HORA _____	
ÓBITO _____/_____/_____	HORA _____	
ENTREGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>
MÉDICO (Carimbo)	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
MARCUS VITÓRIOS C. FREIRE ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA CRM-RJ 14910 CRON 5283		Núcleo Interno de Registros AUTO-ZARO
CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)		

 <b>RS SERVICE</b> <small>PRESAÇÂO DE SERVIÇOS EM RADIOLÓGIA</small>	<p>Rua Lindolfo Grilo, 61 - Centro - Goianinha - RN          Tels.: (84) 99100-5523 / (84) 99924-1878</p>	<p>Número de Controle:          201801/341</p>
<p>Laudo Radiográfico</p>		
<b>Nome:</b> ANTONIO MARCIO DO NASCIMENTO <b>Data do exame:</b> 30/01/2018 <b>Empresa:</b> HOSPITAL MUNICIPAL DE GOIANINHA-RN		<b>Indicação:</b> AVALIAÇÃO MÉDICA (CLÍNICO) <b>Data de Nascimento:</b> 01/08/1988 (29 a. 5 m.) <b>Sexo:</b> MASCULINO <b>RG:</b> 1894221
<b>ANTEBRAÇO - Esquerdo - AP e Perfil</b>		
<p><b>Conclusões:</b></p> <p>Estrutura óssea normal.          Osteossíntese, por meio de placa e parafusos, de fratura do terço médio do rádio esquerdo.</p>		
 		
<p>Goianinha, 30 de janeiro de 2018.</p>		
		
<p>Dr. Marcelo Augusto Fonseca          CRM MG 4072 - Radiologista</p>		
<a href="http://www.maislaudo.com.br">www.maislaudo.com.br</a>		
<p><i>Qualquer adulteração ou rasura invalida este laudo.</i></p>		



## INFORMATIVO

Venho através de esta informar que nossa instituição não poderá disponibilizar os raios-X do paciente **ANTONIO MARCIO DO NASCIMENTO**, pois o SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAUDE) só pagara diante de uma auditoria feita e nela tem que constar ambos, o pré - operatório e o pós – operatório. Deixando claro o motivo pelo qual não será liberado, conforme solicitação de vossa senhoria.



Natal, 12 Março de 2018.

FATURAMENTO,  
Patrícia Medeiros  
Prontodélica da Criança Ltda  
Patrícia Medeiros



AT: 308623

203 B



## REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH:	Nº ATENDIMENTO	DATA: 17/03/18 HS: 19:00	
TIPO DE INTERNAMENTO:	<input checked="" type="checkbox"/> CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO		
ACOMODAÇÃO:	LEITO:	CONVÊNIO EDS	
MATRÍCULA	2036588447700184	VALIDADE	
ASS. DO RESPONSÁVEL PELO INTERNAMENTO:			

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Ariano Mário da Nascimento		SEXO: ( )M ( )F
DATA DE NASCIMENTO: 01/08/1988 RG: 1894221		CPF: 070403054-13
FILIAÇÃO MÃE: Jecma Picnisi da Nascimento		
PAI: Jecm Belo da Nascimento		
ENDERECO: R Ex comb. Jaime Siqueira	Nº 40	
BAIRRO: Rio Tijucas	CIDADE: Natal	
ESTADO: RN	CEP: 59014-080	
RESPONSÁVEL:	PARENTESCO:	
FONE: (21) 99109-6643 (mãe)	FONE: (21) 99169-3493	

## SUMÁRIO DE ALTA

TIPO DE ALTA: ( )MÉDICA ( )ADMINISTRATIVA ( )A PEDIDO ( )EVASÃO ( )OBITO	ASS: RESPONSÁVEL DO SETOR:
DATA: / / 2018 HORA:	

## RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

PRONTOCLÍNICA DA CRIANÇA LTDA

CNPJ: 09.417.742/0001-91

Confere com o Original

Data: 19/03/2018

*Pronto Clínica da Criança Ltda*  
*Patrícia Medeiros*  
*Faturista*

ARUANA SEGUROS  
 23 MAR 2018

CARIMBO E ASS. DO MÉDICO







## DESCRIÇÃO DO ATO CIRURGICO

PROFESSOR TANH A.  
Dr. Pauline Gurgel

DESCRIÇÃO DO ATO CIADRO CO  
PROTECAO LINHA 6  
Dr. Paulo Gurgel  
I have been asked to examine some birds, which you sent me yesterday. I have examined them and found them to be dead. There was no external evidence of violence or injury. The feathers were intact and the plumage was normal. There was no visible damage to the body. No internal organs were examined.

*Stanislaw Rolim*  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Ombro e Cotovelo  
CRM - RN 60866-TEOT 14463  
Assinatura: 

BOLETIM DE ANESTESIA

ANESTESIA TIPO: Bloq + Sedajao

115

Wilpeltal Tief + Tief  
magenta smg

NOR					
O <sub>2</sub>	-	-	-	-	-
mid	+ +	+ +	+ +	+ +	+ +
18	smg				
16					
14					
12					
10	V V V V V V V				
8	o o o o o o o				
6	A A A A A A A				
4					
S0002 99199193					
A N O T A C O E S	1) Anest. na奥鼻 2) cricothyroide op 3) meningocele 4) n. obliter. 5) sedação 6) Bloq. fibrog. anterior cervical + axilar cervicalplexus 7) ARPPG				Gerente Re:
MIN. C/ ACRESCIMO	MIN S/ ACRESCIMO	TOTAIS	INICIO DA ANESTESIA: INICIO DA CIRURGIA: TERMINO DA CIRURGIA: TERMINO DA ANESTESIA: OBSERVAÇÕES:	8:15 8:45 9:30 9:40	





Dr. Paulo Gurgel

## RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME: Antônio Henrique do Nascimento Nº REGISTRO: 308623

Data Nascimento: 01/08/1988 DATA: \_\_\_\_\_ sexo: M LEITO: 203 P Data de Admissão: 16/03/2018

MÉDICO: DR. Stanislau

### ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO ÁGUA? ( ) Não  Sim inicio: 22:00 PESO: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ cm

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

ALÉRGICAS: ( ) NÃO ( ) SIM: \_\_\_\_\_

DOENÇAS PREGRESSAS: ( ) DM ( ) HAS ( ) TABAGISMO ( ) HIV ( ) Hep B ( ) Hep C ( ) Arritmias ( ) EPOC ( ) AVC ( )

· Marcapasso ( ) Outros: \_\_\_\_\_ Medicamentos de uso frequente: \_\_\_\_\_

Consentimento Cirúrgico Preenchido ( ) NÃO  SIM

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

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

Anotações de Enfermagem:

Conferido informação acima por:

Marinával Macêdo Gonçalves  
Técnica Enfermagem  
CONSELHO: 244797

Admitido na sala: 01 hora: 08:30

### ETAPA I: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta: Fratura de Antebraço "E"

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO:  Limpa ( ) Contaminada ( ) Potencialmente Contaminada ( ) Imaculada

- 1. Equipe completa presente  Sim ( ) Não
- 2. Paciente com identificação e cirurgia confirmada
- 3. Termo de consentimento  Cirúrgico ( ) hemoterapico ( ) não, caso não esteja assinado contatar o médico
- 4. Local da intervenção marcado corretamente  sim ( ) não ( ) não aplicável
- 5. Bisturi elétrico disponível e testado
- 6. Aparelho de Anestesia
- 7. Equipamento de Vídeo ( )
- 8. Monitor Multi-Parametro
- 9. Banda de Oxigênio  Ar Comprimido ( ) Vácuo
- 10. Aspirador cirúrgico disponível e testado

ARUANA SEGUROS

23 MAR 2018



11. Mesa cirúrgica testada  12. Item derivados solicitados e reservados ( ) sim ( ) não  Não aplicável  
 13. Paciente tem alergia conhecida ( ) sim  não  
 14. Aparelhos de anestesia testado  sim ( ) não  
 15. Esterilizações dos instrumentais com indicadores  sim ( ) não

ARUANA SEGUROS

23. MAR 2018

## ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

16. Confirma nome do paciente, local da intervenção e cirurgia proposta   
 17. Confirma preparo da pele com clorexidine degermante e tópica  Sim ( ) não  
 18. Confirmar antibiótico profilático administrado  sim ( ) não aplicável  
 19. Paciente em posição adequada  sim ( ) não

## EQUIPE DE ENFERMAGEM

20. Confirmar se a disponibilidade dos materiais e equipamentos solicitados para cirurgia   
 21. Confirmar com a equipe médica se os exames necessários estão disponíveis   
 22. Confirma bisturi elétrico e placas instalados corretamente

## INTRA-OPERATORIO

- Posicionamento: Dorsal  Lateral direita ( ) Lateral esquerda ( ) Posição Ginecológica ( )  
 ( ) Decúbito Prone ( ) Decúbito Ventral

Monitorização cardíaca:  sim ( ) não PNI/Manguito em: MID Placa neutra: Local: MIE

Passado faixa de smarch: Não  sim, em: MSE Início \_\_\_\_\_ Termino \_\_\_\_\_

Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório:  Clorex degermante ( ) Clorex aquoso

Clorex Alcólica ( ) PVPI degermante  
 ( ) PVPI tintura  Álcool etílico.

Influsões: SF0,9% 750 ml R.Lactato: 1500 ml R.Simples \_\_\_\_\_ ml SG5% \_\_\_\_\_ ml

Drenos ( ) Penrose nº \_\_\_\_\_ ( ) Porto-vac nº \_\_\_\_\_ ( ) Tórax nº \_\_\_\_\_

Sinais vitais: PA 115x60 mmhg FC: 67 bpm Sat: 99 % T: 37 °C Hora: 09:10

Anestesia: Início 08:15 Termino 09:40 ( ) Geral Inhalatório ( ) Geral Venosa ( ) Sedação ( ) Local ( ) Peridural ( ) Raqui  Bloqueio doplexo \_\_\_\_\_

IOT: ( ) Não ( ) sim - Cânula nº \_\_\_\_\_ IOT aramado: ( ) não ( ) sim nº \_\_\_\_\_

AVP: ( ) não  sim Jelco nº 20 por mevisalvo

Cateter O2: ( ) não ( ) sim SNG: ( ) NÃO ( ) SIM Nº \_\_\_\_\_ SVD ( ) NÃO ( ) SIM Nº \_\_\_\_\_

Ferida operatória: Curativo \_\_\_\_\_

Cultura: \_\_\_\_\_ Anát.Patológico: ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_ Unid \_\_\_\_\_

Instrumento explantado:

Conteúdo: por Maria da Glácia Gonçalves Intercorrência \_\_\_\_\_  
Tec. Enfermagem  
COREB RN: 784797

## ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

Continuar se a contagem de compressas, instrumentais e agulhas foi realizada ( ) sim ( ) não

Se a cirurgia realizada não tenha sido a proposta,

Medicamentos administrados (anotar horários) etoposide 1g.7fr + 2ml ip duplonorm  
metoclopramida 10mg + ibuprofeno 400mg



OPME: ( ) NÃO ( ) SIM, qual

1. Pílula 7 Funçõe Dep.  
PF 2N=16 9 N°18

ARUANA SECURUS

23 MAR 2018

Anotações de Enfermagem e intercorrências

SI

Inicio da cirurgia: 08:45 Termino da cirurgia: 09:30

CIRURGIÃO Dr. Stenio L. ASSISTENTE: \_\_\_\_\_ ANESTESIOLOGISTA: \_\_\_\_\_  
INSTRUMENTADORA Vanessa CIRCULANTE: Marilva Maciel Gonçalves  
ENFERMEIRA: \_\_\_\_\_  
COREFON: 704797

URPA ( Unidade de Recuperação pós-anestésica)

Condições de admissão do paciente:

Acordado ( ) Sonolento ( ) agitado Ar ambiente ( ) MV 50%

( ) Cateter de O2 ( ) TOF  AVP ( ) AVC

( ) Hipotensão ( ) Hipertensão ( ) Bradicardia ( ) Taquicardia ( ) Tremor ( ) Dor ( ) Baixa Saturação

( ) Hemorragias ( ) Desorientação ( ) Agitação ( ) Dispneia ( ) Broncoespasmo ( ) Outros

Medicações Administradas na URPA ( anotar horários)

Encaminhado para o andar

AVP  AVC ( ) SNG ( ) SVD FECHADA ( ) DRENOS ( ) CURATIVOS LIMPO

SESSO EM: MSD ( ) MSE ( ) MID ( ) MIE ( )

EXAMES:  Labort  Raio x ( ) USG ( ) TC ( ) RNM ( ) RISCO CIRURGICO ( ) OUTROS

ENCAMINHADO:  Enfermaria ( ) UTI ( ) Alta Hospitalar ( ) Outros

Anotações de Enfermagem:

ENCAMINHADO POR:

HORA:







PESO

RESSECA  
 HUMIDIFICADA  
 EXTERMIDADES FRIAS  
 TEPERFÉRICA  
 HUMIDIFICADA  
 TEPERFÉRICA  
 RENO  
 Característica do líquido:

AAPARELHO CARDIOPULMONAR

TAQUIPNEICO  
 BRADIPNEICO  
 TIRAGEM:  
 RUIDOS ADVENTICIOS, TIPO:  
 ACUCARDICO ( NORMOCARDICO) ( BRADICARDICO)

OBSERVACOES:

*Recente em PDI suspeita de se jorar líquido pleural e pulmonar*

ESTÍMULO: \_\_\_\_\_ DIAS  
 AUSENTE \_\_\_\_\_ DIAS  
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOME

FLACIDO ( GLOBOSO ( SEMI GLOBOSO  
 DISTENDIDO ( DOR A PALPAÇÃO  
 TIMPÂNICO ( MACICO ( RUIDOS HIDROAEROS

LOCOMOÇÃO

DEAMBULANDO ( CADEIRA DE RODAS  
 SOBRE MACA ( MULETA

DIETA

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

ANUJARA, S. S.  
23 MAR 2018

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Evolução 18/01/18

ASPECTO GERAL

CONSCIENTE ( ORIENTADO ( ALGO ORIENTADO  
 ATIVO ( VIBRATIVO ( HIPOATIVO  
 TELESTÔNICO ( HIPOTÔNICO  
 COVARDOSO ( ESTADO ( JANASCARA ( EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

Local: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

ATB: \_\_\_\_\_  
Medicamentos: \_\_\_\_\_

PESO

HIDRATADA ( RESSECA ( ICTÉRICA  
 HUMIDIFICADA ( HIPOCORADA ( CIANOSE  
 EXTERMIDADES FRIAS ( NORMOTÉRMICA  
 TEPERFÉRICA  
 HUMIDIFICADA  
 TEPERFÉRICA  
 RENO Local: \_\_\_\_\_

AAPARELHO CARDIOPULMONAR

TAQUIPNEICO ( DISPNEICO  
 TIRAGEM:  
 RUIDOS ADVENTICIOS, TIPO:  
 ACUCARDICO ( NORMOCARDICO ( BRADICARDICO

OBSERVACOES:

*Recente suspeita de se jorar líquido pleural e pulmonar*

ESTÍMULO: \_\_\_\_\_ DIAS  
 AUSENTE \_\_\_\_\_ DIAS  
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOME

FLACIDO ( GLOBOSO ( SEMI GLOBOSO  
 DISTENDIDO ( DOR A PALPAÇÃO  
 TIMPÂNICO ( MACICO ( RUIDOS HIDROAEROS

LOCOMOÇÃO

DEAMBULANDO ( CADEIRA DE RODAS  
 SOBRE MACA ( MULETA

DIETA

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

ELIMINAÇÕES

DIURESE

ESPONTÂNEA ( SVA A CADA:  
 HEMATURIA ( OLIGURIA ( ANURIA  
 POLIÚRIA ( SVD /  
ASPERCETO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

EVACUAÇÃO

ESPONTÂNEA  
 ESTÍMULO:  
 AUSENTE \_\_\_\_\_ DIAS  
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOME

FLACIDO ( GLOBOSO ( SEMI GLOBOSO  
 DISTENDIDO ( DOR A PALPAÇÃO  
 TIMPÂNICO ( MACICO ( RUIDOS HIDROAEROS

LOCOMOÇÃO

DEAMBULANDO ( CADEIRA DE RODAS  
 SOBRE MACA ( MULETA

DIETA

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

Kassy W. S. de Souza

Enfermeira

COREN/SP 234242

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro



ARUANA SEGUROS

23 MAR 2018

**PRONTOCLINICA  
Dr. Paulo Gurgel**

## RELATORIO DE ENFERMAGEM

 PACIENTE Antônio Mariano  
 APTO.: \_\_\_\_\_  
 N° REGIST. \_\_\_\_\_  
 CONVEN. \_\_\_\_\_

USO DE:	DATA / H	USO DE:	DATA
BOMBA DE INF.	DIL	ECG	
NEBULIZADOR	Nº	OXIG./UMIDIF.	
ASPIRADOR	DIL	BERÇO AQUECIDO	
CURATIVO		FOTOTERAPIA	
		INCUBADORA	
DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT.
18/01/18	11:00	Pct intramuscular c/ cefazolinha 1000 mg + metformina 500 mg + diclofenac 75 mg, em gelatina de 1000 ml. Cenitente oriental e gira Oz amarelo Em anexo: O2 PIRX + ext mox 1000 ml	Deuse D. C. L de Souza Tec de Enfermagem COREN/RN 001104219 TE
18/01/18	14:00	Pct intramuscular c/ cefazolinha 1000 mg + metformina 500 mg + diclofenac 75 mg, em gelatina de 1000 ml.	
18/01/18	20:00	Adm med cefazolinha 1g + furosemida 40 mg + metformina 500 mg + diclofenac 75 mg, em gelatina de 1000 ml.	
18/01/18	22:00	Adm med cefazolinha 1g + furosemida 40 mg + metformina 500 mg + diclofenac 75 mg, em gelatina de 1000 ml.	
19/01/18	02:00	Pct intramuscular c/ cefazolinha 1000 mg + metformina 500 mg + diclofenac 75 mg, em gelatina de 1000 ml.	
19/01/18	03:00	Pct intramuscular c/ cefazolinha 1000 mg + metformina 500 mg + diclofenac 75 mg, em gelatina de 1000 ml.	
19/01/18	04:00	Pct intramuscular c/ cefazolinha 1000 mg + metformina 500 mg + diclofenac 75 mg, em gelatina de 1000 ml.	
19/01/18	05:00	Adm med c/ cefazolinha 1000 mg + metformina 500 mg + diclofenac 75 mg, em gelatina de 1000 ml.	
19/01/18	07:00	Adm med c/ cefazolinha 1000 mg + metformina 500 mg + diclofenac 75 mg, em gelatina de 1000 ml.	
			Camila Cândido da S. Oliveira COREN/RN 001104219 TE
			Camila Cândido da S. Oliveira COREN/RN 001104219 TE



DR. PAULO GOMES  
PACIENTE: Aline  
REGISTRO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CONVENIO: RECUPERACAO APTO/ENF: JG-3  
DATA: / /

PRESCRIÇÃO		HORARIOS	
1) <u>Antibiotico</u>	<u>200 mg</u>	<u>1400</u>	<u>0800</u>
2) <u>Sinusal</u>	<u>100 mg</u>	<u>1200</u>	<u>0800</u>
3) <u>Citoflumox 1000 mg</u>	<u>1000 mg</u>	<u>1200</u>	<u>0800</u>
4) <u>Dolipen 500 mg</u>	<u>500 mg</u>	<u>1200</u>	<u>0800</u>
5) <u>Albuterol 100 mg</u>	<u>100 mg</u>	<u>1400</u>	<u>0800</u>
6) <u>Colagen 400 mg</u>	<u>400 mg</u>	<u>1200</u>	<u>0800</u>
7) <u>Isotretinoina 30 mg</u>	<u>30 mg</u>	<u>1200</u>	<u>0800</u>
8) <u>Glucosamina 1500 mg</u>	<u>1500 mg</u>	<u>1200</u>	<u>0800</u>
9) <u>Colagen 400 mg</u>	<u>400 mg</u>	<u>1200</u>	<u>0800</u>
10) <u>Isotretinoina 30 mg</u>	<u>30 mg</u>	<u>1200</u>	<u>0800</u>
11) <u>Colagen 400 mg</u>	<u>400 mg</u>	<u>1200</u>	<u>0800</u>
12) <u>Glucosamina 1500 mg</u>	<u>1500 mg</u>	<u>1200</u>	<u>0800</u>

RECABACO

RECIRCO

DÉBITOS	
SERINGA 01 CC	<u>1</u>
SERINGA 05 CC	<u>1</u>
SERINGA 10 CC	<u>1</u>
SERINGA 20 CC	<u>1</u>
EQUIPO MICROGOTAS	<u>1</u>
EQUIPO P/B	<u>1</u>
EQUIPO P/SANGUE	<u>1</u>
JELCO Nº	<u>1</u>
SCALP Nº	<u>1</u>
POLIFIX	<u>1</u>
LUVIA PROCEDIMENTO	<u>1</u>
LUVIA ESTER. Nº	<u>1</u>
GASES PCT	<u>1</u>
ESPARADRAPO	<u>1</u>
MICROPORE	<u>1</u>
PVP	<u>1</u>
ETER	<u>1</u>
ALCOOL 70% ml	<u>1</u>
ALGUDÃO POLA	<u>1</u>
AGULHA DESC.	<u>1</u>
CREPOM Nº	<u>1</u>
ALGODÃO ORTOP.	<u>1</u>
CEPACOL ml	<u>1</u>
POMADA	<u>1</u>
SONDA DE FOLEY	<u>1</u>
SONDA URETRAL	<u>1</u>
SONDA NASO	<u>1</u>
COLETOR FECHADO	<u>1</u>
COLETOR ABERTO	<u>1</u>
LAMINA BISTURI	<u>1</u>
ELETROLDO	<u>1</u>
MASC. DESCANT	<u>1</u>
SORO FÍSICO 0,9%	<u>1</u>
FITA HG	<u>1</u>

ARUANA SECUROS

23 MAR 2018





**PRONTOCLINICA**  
**Dr. Paulo Gurgel**

EVOLUÇÃO MEDICA

ARUANA SEGUROS

23 MAR 2016

PACIENTE:	REGISTRO N°
APTO.:	CÓVENIO
MÉDICO:	

**DESCRÍÇÃO MÉDICA**

19/01/2018

Exame e laudo de exames complementares

Stanzilho Ropina  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Ombro e Cotovelo  
RM - RN 6086 TEC 14463

19/01/2018

Exame e laudo de exames complementares

Stanzilho Ropina  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Ombro e Cotovelo  
RM - RN 6086 TEC 14463





PRONTOCLINICA  
Dr. Paulo Gurgel

CONTROLE HÍDRICO E T.P.R.

203 B

APTE

NOME::

**REG.: MÉDICO CONVÉNIO:**

## CONVENIO..

M.G. 1

CONVÊNIO:

ARUANA SEGUROS

23 MAR 2018





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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

27 n° 87 anexo

NOME	Antônio Vaz de Araújo								
IDADE	01/05/88	COR	PACT						
SEXO	M	ESTADO CÍVIL	SOLTEIRO						
NATURALIDADE	PI	PROFISSÃO	PF. - CO. FERREIRA						
ENDEREÇO	Av. Coronel Muniz Portela, 115								
CIDADE	GONçALVES (RN)	DATA	30/12/17						
CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO									
APARENTEMENTE BEM	<input type="checkbox"/>	REGULAR	<input type="checkbox"/>	COM DISPNEIA	<input type="checkbox"/>	CHOCADO	<input type="checkbox"/>	COMATOSO	<input type="checkbox"/>
CI HEMORRAGIA	<input type="checkbox"/>	EM CONVULSÃO	<input type="checkbox"/>	PÓLTTRAUMATIZADO	<input type="checkbox"/>	AGITADO	<input type="checkbox"/>	OUTROS	<input type="checkbox"/>
ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO	SIM <input type="checkbox"/>		NÃO <input type="checkbox"/>						
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)  
Vítima de queda de moto.  
No dia 26/12/17, perda de consciência, se joga a, naunha  
vomitos. Estável hemodinamicamente, s/dor  
torácica ou abdominal. Deformidade em ABE.

EXAME FÍSICO	ABCDE e alterações
	E - Deformidade em antebraço E. escorregões superficiais.

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS 57,2

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO
21:15	130x100	22	15	99,1		72

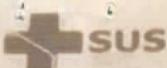
DIAGNÓSTICO INICIAL

25/12/17  
30/12/17

ARUANA SEGUROS

23 MAR 2018





Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

ARUANA SEGUROS

23 MAR 2018

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

1- ESTABELECIMENTO EXISTENTE  
HOSPITAL DIOCLEGIO MARQUES DE LUCENA

2- CNPJ

3515168

4- INSCRITO

ANTONIO MARCIO DO NASCIMENTO

Identificação do Paciente

5- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

150261

6- CERTIDÃO NACIONAL DE

73480B531767148

7- DATA DE NASCIMENTO

01/08/1988

8- SEXO

MASCULINO

9- RACIAÇÃO

PARDA

10- NOME DA MÃE

JOANA DIONISIO DO NASCIMENTO

11- TELEFONE DE CONTATO

901418717

12- NOME DO RESPONSÁVEL

SHEILA ALVES DA SILVA

13- TELEFONE DE CONTATO

14- ENDERECO (RUA, N°)

R. CEL. MANOEL DUARTE 175

15- MUNICÍPIO

GOIANINHA

16- BAIRRO

CENTRO

17- UF

RN

18- CEP

66173-000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DOR + Desformidose + incapaçade finançar

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNADA

desformidose de sustento em jaco

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

Ex + Exame clínico

23- DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

infart. anterio

552

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

infart. em jaco de infart. no anterio

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNADA

31- DOCUMENTO

32- N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Vinius Vinicius C. Freire

( ) CNS ( ) CPF

34- ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

Ortopedista / Traumatologista

CRM/RN 5781

CRM/RN 14910

35- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Assinatura e CRM/RN

36- PRESCRIÇÃO EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

37- CNPJ DA SEGURADORA

38- N.º DO BILHETE

39- SÉRIE

40- AC. TRÂNSITO

41- AC. TRABALHO TÍPICO

42- AC. TRABALHO TRAJETO

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURIDO

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

50- ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

51- DATA DA AUTORIZAÇÃO





Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2018

Carta nº: 12643636

A/C: ANTONIO MARCIO DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180134169  
Vitima: ANTONIO MARCIO DO NASCIMENTO  
Data do Acidente: 30/12/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: WELLITON JOSE GADELHA FARIAS II

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ANTONIO MARCIO DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001101

Conta: 000005366-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar:  $17,50\% \times 13.500,00 =$  R\$ 2.362,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

