



Número: **0833220-63.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/06/2019**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANDERSON DA SILVA AQUINO (AUTOR)	ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA (ADVOGADO)
PORTE SEGURU S/A (RÉU)	
MICHEL FREIRE DE ARAUJO (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11577 331	27/07/2017 21:20	adm	Documento de Comprovação
11577 336	27/07/2017 21:20	bo	Documento de Comprovação
11577 339	27/07/2017 21:20	doc pessoais	Documento de Identificação
11577 350	27/07/2017 21:20	procuração	Procuração
11577 345	27/07/2017 21:20	prontuario cirurgico 1	Documento de Comprovação
11577 353	27/07/2017 21:20	prontuario cirurgico 2	Documento de Comprovação

SINISTRO 3160683361 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANDERSON DA SILVA AQUINO

COBERTURA invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO ANDERSON DA SILVA AQUINO

CPF/CNPJ: 08684826418

Posição em 26-07-2017 10:07:28

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacão	Juros e Correção	Valor Total
24/11/2016	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50



1 - LOCAL E DATA

Local AV. ENGR. DANTAS X RUA CRON. F. PINTO Bairro COHABINAI (CENTRO)
Cidade/UF PARNAMIRIM - RN P. Ref. AOLAGO DO CHAS
Data 27/10/16 Hora do acidente 17:40 Hora do registro 18:10 Dia da semana QUARTA-FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- Colisão Frontal - Colisão Lateral - Capotamento - Atropelamento
 - Colisão Posterior - Colisão Transversal - Choque - Outro(s) _____

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi MYE-9056 Cidade PARNAMIRIM UF RN
Marca/Mod. YAMAHA/YBR 125 K Cor PRETA Ano 2001/2002
Proprietário CESAR MONTEIRO PARENOSA N° de Ocupantes 02
Condutor CESAR MONTEIRO PARENOSA Data de Nasc. 04/05/1988
Endereço RUA ANITA ALVES N° 39 Fone (84) 99133-1980
Bairro POCA PARNAMIRIM Cidade PARNAMIRIM UF RN
CPF N° 079.516.194-85 CNH N° 05823656640 Validade 25/10/2017 Categoria AB
Local de Trabalho TIC AÇAI Fone
End. ESTRADA BECAJUPIRONGA N° S/N Bairro COTUPIRANGA Cidade PARNAMIRIM

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi MZG/1744 Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário (KASS) EUROU-SE DO LOCAL COM O SEU VEICULO N° de Ocupantes _____
Condutor (KASS) EUROU-SE DO LOCAL COM O SEU VEICULO Data de Nasc. 1/1
Endereço _____ N° _____ Fone _____ UF _____
Bairro _____ Cidade _____ Validade 1/1 Categoria _____
CPF N° _____ CNH N° _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. 1/1
Endereço _____ N° _____ Fone _____ UF _____
Bairro _____ Cidade _____ Validade 1/1 Categoria _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Fone _____
Local de Trabalho _____ Cidade _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. 1/1
Endereço _____ N° _____ Fone _____ UF _____
Bairro _____ Cidade _____ Validade 1/1 Categoria _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Fone _____
Local de Trabalho _____ Cidade _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

Autenticação Número do Boletim: 92193 Número da Ocorrência: 733923 Data Registro: 02/08/2016 Hora Registro: 11:37:03 Número/Controle: 1168956499W

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava? AN. ENILAR DANTAS
Em que sentido? CONTRO / BELA VISTA Em que faixa? UNICA
Versão do condutor VEI CHEGAVAM NA ESQUINA E SEM PARAR SUBTAMENTE AVANÇA
CHEGAVAM A CONDUTA EM SUA MOTO. VEI APÓS TER CONDUZI
EM VI EVADIU DO LOCAL COM O SEU VEHÍCULO.

Assinatura do Condutor do V1 César Martínez BANBOSA

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava? _____
Em que sentido? _____ Em que faixa? _____
Versão do condutor _____

CONDUTOR AUSENTE

Assinatura do Condutor do V2 _____

SOBRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava? _____
Em que sentido? _____ Em que faixa? _____
Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V3 _____

SOBRE V4 - Em que Rua/Av. Transitava? _____
Em que sentido? _____ Em que faixa? _____
Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V4 _____

Autenticação Número do Boletim: 92193 Número da Ocorrência: 733923 Data Registro: 02/08/2016 Hora Registro: 11:37:03 Número/Controle: U68956499W

8 - CONDIÇÕES DA VIA

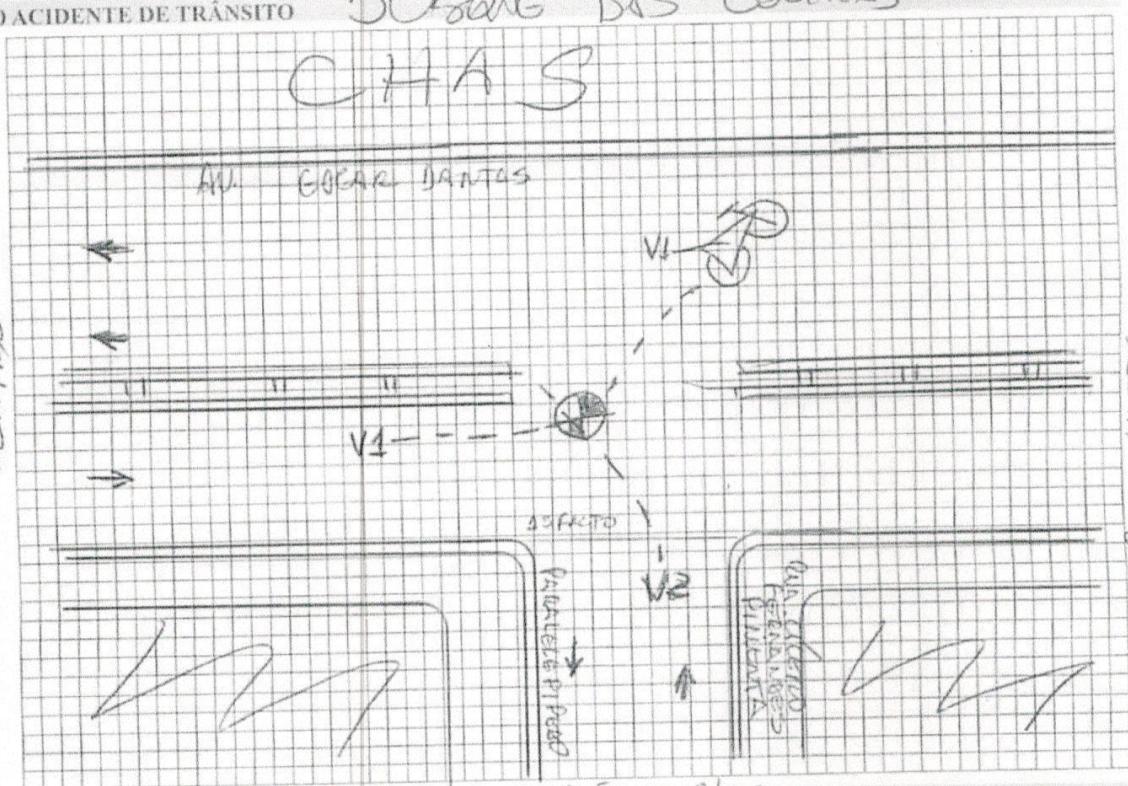
Luminosidade	Cond./Tempo	Cond./Pista
<input type="checkbox"/> Amanhecedor	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo
<input type="checkbox"/> Anoitecedor	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Neblina	<input type="checkbox"/> Cascalho
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros

Caract./Pista	Cond./Pista
<input type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca
<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada
<input type="checkbox"/> Aclive Ingreme	<input type="checkbox"/> Inundada
<input type="checkbox"/> Aclive Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água
<input type="checkbox"/> Declive Ingreme	<input type="checkbox"/> Oleosa
<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada
<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras
<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco
<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia
<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sinalização
<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input checked="" type="checkbox"/> Linha <u>CONTINUA</u>
<input type="checkbox"/> Placa(s)
<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. ____ KM/H
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

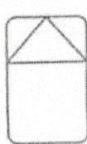
- ÁRVORE
- VESTÍGIOS
- SEMÁFORO
- PEDESTRE
- BICICLETA OU MOTO
- CARRO DE PEQUENO PORTE
- CAMINHÃO OU ONIBUS
- CARRETA



01/08/2016

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1 Maneta Borracha, c/ro
No Acelerador, retrovisores, e tranco
central, pista traçado direito, guion
Tanque, telescópios, apoio plant.
Cabo de escap com protetor
Carregador central direita
Demais danos a verificar



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 2



AVARIAS DO VEÍCULO 4



11 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre NÃO FOI AO HOSPITAL Testemunha
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: (Atropelado) Fato Registro
 Nome CESAR MONTEIRO BARBOSA Órgão Expedidor SSP - RN Data de Nascimento 04/105/1960
 RG Nº 2445013 Nº 39 Fone (84) 99133-1980
 Endereço RUA ENITA ALVES Cidade PERNAMBUCO UF RN
 Bairro PELA PERNAMBUCO
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

12 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre HOSP. DIOCLEO HAGUE Testemunha
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: Anderson da Silva Aquino Fato Registro
 Nome ANDERSON DA SILVA AQUINO Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento 03/105/1999
 RG Nº _____ Nº 03 Fone (84) 93719-5700
 Endereço RUA RIVELDO MORTES DA CEMERA Cidade PERNAMBUCO UF RN
 Bairro PARQUE DE ALTA
 Versão ALTA ESTAVA DE CARONA EM V1 E V2 QUANDO V2 CHEGOU NA ESTAÇAO E AVANÇOU CHACANDO A VOLTA EM SUA MOTO.

Assinatura AS Hora _____

13 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre _____ Testemunha
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____ Fato Registro
 Nome OCTAVIO LOPES NETO Órgão Expedidor SSP SP Data de Nascimento 11/105/181
 RG Nº 335828838 Nº 499 Fone (31) 9883-9820
 Endereço RUA: CACONDE Cidade SAO PAULO UF SP
 Bairro JARDIM PRUSTA
 Versão ALTA QD. V1 QUANDO V2 COLIDIU EM V1 E EXPULSO SE DO LOCAL
LOCO COM O SEU VEICULO E FICOU NO CHAO A PESO DO VEICULO M20 1744
VEICULO DE MARCA INOCLIO GILBERTA AZUL.

Assinatura _____ Hora _____

14 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre _____ Testemunha
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____ Fato Registro
 Nome ARTHUR FELIPE SANTOS DE ARAUJO Órgão Expedidor SSPRN Data de Nascimento 27/104/1992
 RG Nº 003040356 Nº 136 Fone (84) 99993-8093
 Endereço RUA: 28 DE OUTUBRO Cidade PERNAMBUCO UF RN
 Bairro BOA ESPERANCA
 Versão ALTA QD. V1 QUANDO V2 COLIDIU EM V1 E EXPULSO SE DO LOCAL
COM O SEU VEICULO O MESMO CONCORREU COM AVERSEO DA TESTEMUNHA
ACIMA DO CAMPO 14.

Assinatura Arthur Felipe Santos de Araujo Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO USB - 41

Placa NNW-7662 Cidade _____ Marca/Modelo DUKATO
 Nome TEL. GNT. SOLANOS RG Nº _____ Órgão Exp. _____
 Endereço _____ Cidade _____ Fone _____
 Bairro _____

16 - IMAGENS / FOTOS SIM NÃO AUTUAÇÃO SIM NÃO AIT Nº _____ CÓD/DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

AO CHEGAR NO LOCAL FOI OBSERVADO QUE O CONDUTOR DE V2 HAVIA SAIU DO SEU LOCAL COM O SEU VEICULO. PLACA FORNECIDA SE V2 PELOS TESTEMUNHAS ALTA CITA DA O CONDUTOR SE V1 SOFRERU A PERNAS ESCORRIDAS E DISPENSOU O SERVIÇO DO SAMU. APENAS O SEU CARRO QUE FOI CONFERIDO

Nome Completo do Agente Emerson Martins MAGALHÃES (A6034)
 POSTO/GRAD.: CB PM Nº 00875 Viatura A6034 Suhnid.: 0075612
 Local e Data PERNAMBUCO 27 de 03 de 2016 Assinatura do Agente de Trânsito Emerson Martins
 Número do Boletim: 92193 Número da Ocorrência: 783923 Data Registro: 02/08/2016 Hora Registro: 11:37:03 Número/Controle: U68956499W



RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLICIAMENTO RODOVIÁRIO ESTADUAL
1º DISTRITO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
SETOR DE TRÂFEGO

Av. Capitão-Mor Gouveia, 924, Cidade da Esperança - Natal - Rio Grande do Norte
Fone:(84) 3232-1514 - E-mail: cpresetordetrafego@hotmail.com

Natal/RN, 02 de Agosto de 2016.

BOAT nº: 92193

Data: 27/07/2016

Local: Av. Edgar Dantas com a Rua Cícero F. Pimenta - Cohabinal - Parnamirim/RN

Veículos envolvidos:

(V-1) YAMAHA/ YBR 125 K - MYE 9056
(V-2) GM/ CELTA - MZG 1744

De acordo com o Código de Trânsito Brasileiro, o Condutor de V-2 deixou de observar o que preceituam os artigos 304 e 305.

Flávio Isaias de Macedo

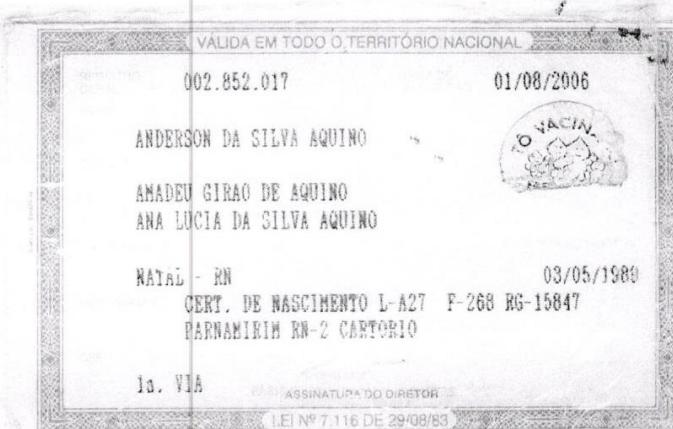
Flávio Isaias de Macedo 1º Ten. QOPM
Mat. 194.165-8
CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO

Verificação de autenticidade na internet: <http://www.pm.rn.gov.br> na tela de consulta de boletim.

Autenticação Número do Boletim: 92193 Número da Ocorrência: 733923 Data Registro: 02/08/2016 Hora Registro: 11:37:03 Número/Controle: U68956499W

germe

*Somente possuem valor legal os pareceres que estejam assinados pelo chefe do setor ou auxiliar.



caern
COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.385/001-35 / INSC. Estadual: 20055.426-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO
Fone: (84) 3232-4432 / Fax: (84) 3232-4562
E-mail: caern@caern.com.br
Endereço: Rua Senador Salgado Filho, 1555 - Centro - 59015-000
CNPJ: 08.334.385/001-35 / INSC. Estadual: 20055.426-3
84-3232-4432 / 84-3232-4562

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS
IMPRESSO EM 13/04/2016 AS 09:48:02

DADOS DO CLIENTE

LUCIANO PEREIRA DA SILVA		706170	04/2016
RUA RIVALDO M DA CAMARA, N 8 - PASSAGEM DE AREIA PARNAMIRIM			
REF. CONSUMO	ROTA	SEQ.ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS
10/2016	1/1	1/1	RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO
10/2016	1/1	1/1	SITUAÇÃO ÁGUA
SEU HEDDOR	LIGADO		SITUAÇÃO ESGOTO
CONSUMO ÁGUA (m³): 10			POTÊNCIA

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MÉDIA
03/2016	10	01/2016	10	12/2015	10	10
02/2016	10	12/2015	10	10/2015	10	10
DESCRICAÇÃO				CONSUMO		
ÁGUA						
RES. ENTRE 50 E 1000 L (MÉDIA)						
CONSUMO DE ÁGUA						
MULTA P/IMPOSTA IDADE 03/2016						
JUROS DE MORA 01/2016 02/2016						
				10/16		
					35,01	
					0,70	
					0,63	
						TOTAL (R\$)

10/16

M&O
Maia | Oliveira

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Anderson da Silva Aguiro

NACIONALIDADE: brasileiro ESTADO CIVIL: solteiro

PROFISSÃO:

IDENTIDADE: 002.852.011 CPF: 086.848.264-15

ENDEREÇO: R. Rivaldo M da Cunha - 8

BAIRRO: Passagem de Areia CIDADE: Parnamirim

9.8737-5900 198737-6592

OUTORGADOS: ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.925, NÚSIA LEILA FERNANDES DE OLIVEIRA, brasileira, casada, inscrito na OAB/RN sob o nº13.561, LARISSA DE OLIVEIRA MAIA, brasileira, solteira, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.421 com escritório profissional na Rua Edgar Dantas, nº454, "C", Santos Reis, Parnamirim/RN.

PODERES: A quem concedo (ermos) amplos, limpos e ilimitados poderes, para em conjunto ou separadamente, no foro em geral, perante qualquer Juizo, Instância ou Tribunal, propor em quaisquer medidas preliminares preventivas ou assecuratórias dos nossos direitos e interesses, ingressar judicialmente com ação de cobrança do Seguro DPVAT, requerer e receber junto ao CPRE, complemento do BOLETIM ACIDENTE DE TRANSITO, usando, para tantos os poderes da cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA" e mais os especiais para transpor (em) compromissos, fazer acordo, receber (em), dar (em) quitação, representarmos juntos as repartições públicas, Estaduais, Municipais, Federa e autárquicas e sociedades de Economia Mista, praticando todos ao atos de representação e defesa extrajudiciais, perante quaisquer pessoas físicas em geral, e, finalmente, praticar (em) todos ao atos que se tornem mister para o desempenho deste mandato, inclusive interpor (em) total ou parcialmente, com ou sem fiel e completo desempenho deste mandato, inclusive interpor (em) total ou parcialmente, com ou sem reservas de poderes, oque tudo darei (ermos) por bom firme e valioso.

CONTRATO: Fica CONTRATADO, desde já, que os devidos honorários advocatícios serão na base de 20% (vinte por cento) sobre o valor bruto a receber (no caso de indenização e outros recebimentos congêneres), os quais, quando for o caso, serão descontados em favor do constituído (art. 22 §4 da Lei 8.906/94), com expedição do respectivo Alvará pelo juízo da ação, constando a soma dos honorários presentes instrumento, sendo que, quando houver prestações continuadas (benefícios mensais previdenciários, pensão alimentícia e congêneres), serão pagos, além os honorários sobre atrasados, também sobre os valores recebidos durante os 12 (doze) meses seguintes. Nas ações que não visem qualquer recebimento em espécie, os honorários serão os constantes da tabela da OAB do Estado onde for ajuizada a Ação. Assim, fica configurado CONTRATO DE ADESÃO, formalizado, para qualquer eventualidade futura.

Parnamirim, RN 09 de setembro de 2016

ANDERSON DA SILVA AGUIRO

OUTORGANTE

Rua Edgar Dantas, nº454, "C", Santos Reis, Parnamirim/RN, CEP – 59.076-000.
Email: bcitamaia@hotmail.com



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA - CNES 3515168
PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA N° 17/ORT/RET

SERVIDOR RESPONSÁVEL (PSA)

CONCEIÇÃO

MATRÍCULA

DATA

HORA

23/08/2016

7:54

PACIENTE
ANDERSON DA SILVA AQUINO

NACIONALIDADE
BRASILEIRA
ESCOLARIDADE
ENS FUND INCOMP

NOME DA MÃE
ANA LUCIA DA SILVA AQUINO

CPF
086 848 264 18

ENDERECO
RUA RIVALDO MOREIRA DA CAMARA 8

BAIRRO
PASSAGEM DE AREIA
RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE
KARINA

DATA DE NASCIMENTO
03/05/1989

ESTADO CIVIL
SOLTEIRO

RG
002 852 017

ORG EXP.
ITEP

IDADE
27

RELIGÃO
EVANGELICO

PROFISSÃO

AUX DE PRODUÇÃO

NOME DO PAI

AMADEU GIRAO DE AQUINO

UF
RN

CARTÃO DO SUS
206281315550008 1

COMPLEMENTO

UF
RN

CEP

PARENTESCO
ESPOSA

TELEFONE
987175900

FORMA DE ENCAMINHAMENTO
() Regulado () SAMU () Demanda Espontânea

QUEIXA PRINCIPAL

FLUXOGRAMA

DOENÇAS PREEXISTENTES

PESO: _____ ALTURA: _____ SSV: _____ FC: _____ FR: _____ T: _____ SO2: _____ PA: _____ GLICEMIA: _____

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL



PRIORIDADE
() AZUL () VERDE () AMARELO () LARANJA () VERMELHO

COREN

ACOLHIMENTO
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- SALA VERMELHA
- URGÊNCIA
- ORTOPEDIA
- CONSULTA MÉDICA
- BUCOMAXILO
- PEQUENA CIRURGIA
- ACIDENTE DE TRABALHO
- VIOLENCIA DOMÉSTICA
- QUEDA
- OUTROS

Abertura Ocular	Esportânea À voz À dor Nenhuma	4 3 2 1
Resposta Verbal	Orientada Confusa Palavras inapropriadas Palavras incompreensivas Nenhuma	5 4 3 2 1
Resposta Motora	Pedece comandos Localiza dor Movimento de retrada Flexão anormal Extensão anormal Nenhuma	6 5 4 3 2 1

HISTÓRIA CLÍNICA

EXAME FÍSICO

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 17/ORT/RET

SERVIDOR RESPONSÁVEL (PSA)

CONCEIÇÃO

MATRÍCULA

DATA

HORA

23/08/2016

7:54

PACIENTE
ANDERSON DA SILVA AQUINO

NACIONALIDADE

BRASILEIRA

ESCOLARIDADE

ENS FUND INCOMP

NOME DA MÃE

ANA LUCIA DA SILVA AQUINO

CPF
086 848 264 18

ENDERECO

RUA RIVALDO MOREIRA DA CAMARA 8

BAIRRO

PASSAGEM DE AREIA

RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE

KARINA

DATA DE NASCIMENTO

03/05/1989

ESTADO CIVIL

SOLTEIRO

RG

002 852 017

DADOS DO PACIENTE

MASCULINO
MASCULINO

FEMININO

RAÇA/COR

IDADE

27

RELIGIÃO

EVANGELICO

PROFISSÃO

AUX DE PRODUÇÃO

TELEFONE

987175900

NOME DO PAI

AMADEU GIRAO DE AQUINO

UF

CARTÃO DO SUS

RN

206281315550008 1

COMPLEMENTO

UF

CEP

RN

PARENTESCO

TELEFONE

ESPOSA

987175900

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO

FORMA DE ENCAMINHAMENTO
() Regulado () SAMU () Demanda Espontânea

QUEIXA PRINCIPAL

FLUXOGRAMA

DESCRIMINADOR

DOENÇAS PREEXISTENTES

ALERGIAS

PESO _____ ALTURA _____ SSV _____ FC _____ FR _____ T _____ SO2 _____ PA _____ GLICEMIA _____

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

COREN

DATA

HORA



PRIORIDADE
() AZUL () VERDE () AMARELO () LARANJA () VERMELHO

- ACOLHIMENTO
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
- SALA VERMELHA
 - URGÊNCIA
 - ORTOPEDIA
 - CONSULTA MÉDICA
 - BUCOMAXILO
 - PEQUENA CIRURGIA
 - ACIDENTE DE TRABALHO
 - VIOLENCIA DOMÉSTICA
 - QUEDA
 - OUTROS

Abertura Ocular	Esportânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Pedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

HISTÓRIA CLÍNICA

EXAME FÍSICO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Dr. A. Lucas.



HOSPITAL REGIONAL DE PARNAMIRIM

PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO



CLÍNICA

ORTOPEDIA

ENFERMARIA N°

LEITO

PRONTUÁRIO

144835

27/07/2016
PACIENTE

HORA
20:30

CATEGORIA

GIH

ANDERSON DA SILVA AQUINO

DATA DE NASCIMENTO
03/05/1989

ESTADO CIVIL

CASADO

PROFISSÃO

AUX DE PRODUÇÃO

ENDEREÇO (RUA, N°)

RUAIVALDO MOREIRA, 08

MUNICÍPIO

PARNAMIRIM

BAIRRO

PASSAGEM DE AREIA

UF

RN

CEP
59500-000

LOCAL DE TRABALHO

TELEFONE

FILIAÇÃO

ANA LUCIA DA SILVA AQUINO

MADEU GIRÃO DE AQUINO

RESPONSÁVEL

CARINA CARDOSO

TELEFONE

8717-5900

ENDEREÇO

O MESMO

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO

27-07-16

ALTA 01-08-16

OBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

Perdeu com dor de peito
dente. Tinha pt medula

Dr. Grau de Oliveira
CRM 2125
11 JUL 2016

Med
OPUS
11 JUL 2016



Hospital

Nome do paciente		Anderson do Nascimento Andrade		Nº prontuário
Data operação	01/08/16	Enf.	Leito	
Operador	Dr. Menezes	1º auxiliar	Dr. Menezes	
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador		
Anestesista	Tipo de anestesia			
Diagnóstico pré-operatório	Fratura de fíbula			
Tipo de operação	Ressecção tumoral + fixo			
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 - vísceras

- ① Decorticação do osso fibular
- ② Ressecção do foco tumoral no osso fibular
- ③ Aplicação de fixo fuso-prótesis no MTO

Marcus Vinicius C. Freire
Ortopedia/ Traumatologia
CRM/RN 5281

<input type="checkbox"/> CIRURGIAS MÚLTIPLES (0415010001-2)
<input type="checkbox"/> POLITRAUMATIZADO (041503001-3)
<input type="checkbox"/> PROC. CLÍNICO
<input type="checkbox"/> PROC. CIRÚRGICO 0415030500
<input type="checkbox"/> CBO. 22525
<input checked="" type="checkbox"/> CBO. 225270
<input type="checkbox"/> 5 DIAS
<input checked="" type="checkbox"/> CID 582.7



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

() Hemoconcentrado _____ Unid.
() Álbumina _____ Unid.

() Plasma _____ Unid.
() Expansor plasmático _____ Unid.

() Plaquetas _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h: _____
h: _____
h: _____

h: _____
h: _____
h: _____

h: _____
h: _____
h: _____

Soro Fisiológico: _____ ml
() Soro Glicosado: _____ ml

() Soro Ringer Simples: _____ ml
() Soro Ringer Lactato: _____ ml

Quantidade total de volume
administrado: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Não () Sim Peça:
Swab para cultura:

Peça para sepultamento: () Não () Sim
Líquido:

ANÁTOMO PATOLÓGICO

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

INTERCORRÊNCIAS: Admitido em SOC operatório. Monitorizado, foi colocado gesso em M.D. por Dr. Maxílio e Dr. Hélio. e incomunicado a clínica ortopédica.

Ass: Prudêncio Coren: 15356015

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado

Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () O₂ ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro: Gesso

Diurese: () Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: () Ortopédico

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

Horas: _____ Data: _____ Nível de consciência: () Acordado () Sonolento () Narcose () 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 () Torácico () 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

Horas	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão						
30'						
60'						
Alta						

Líquidos administrados na URPA:

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

Medicações administradas URPA:

Horas	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria	Leito	Nº prontuário																																																																																																																																																																											
Nome		Idade	Sexo	Cor																																																																																																																																																																											
Data	Pressão arterial	P脉	Respiração	Temperatura	Peso	Outros																																																																																																																																																																									
Tipo sanguíneo	Hematíes	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia																																																																																																																																																																										
	Urina																																																																																																																																																																														
Ap. respiratório					Asma	Bronquite																																																																																																																																																																									
Ap. circulatório					Eletrocardiograma																																																																																																																																																																										
Ap. digestivo		Dentes	Pescoço	Ap. urinário																																																																																																																																																																											
Estado mental		Ataracicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores																																																																																																																																																																										
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico	Risco																																																																																																																																																																									
Anestesias anteriores																																																																																																																																																																															
Medicação pré-anestésica		Anestésicos		Aplicada às	Efeito																																																																																																																																																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2">Agentes Anestésicos</td> <td>O₂</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Líquidos</td> <td></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="5"></td> </tr> </table>							Agentes Anestésicos	O ₂												Líquidos																																																																																																																																																											
Agentes Anestésicos	O ₂																																																																																																																																																																														
Líquidos																																																																																																																																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2">Oper</td> <td>260</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>250</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Anest</td> <td>240</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>230</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">O Roup:</td> <td>220</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>210</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">P Pulso</td> <td>200</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>190</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Anest</td> <td>180</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>170</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">O Roup:</td> <td>160</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>150</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">P Pulso</td> <td>140</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>130</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Anest</td> <td>120</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>110</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">O Roup:</td> <td>100</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>90</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">P Pulso</td> <td>80</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>70</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Anest</td> <td>60</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>50</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">O Roup:</td> <td>40</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>30</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">P Pulso</td> <td>20</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table>							Oper	260						250						Anest	240						230						O Roup:	220						210						P Pulso	200						190						Anest	180						170						O Roup:	160						150						P Pulso	140						130						Anest	120						110						O Roup:	100						90						P Pulso	80						70						Anest	60						50						O Roup:	40						30						P Pulso	20						10					
Oper	260																																																																																																																																																																														
	250																																																																																																																																																																														
Anest	240																																																																																																																																																																														
	230																																																																																																																																																																														
O Roup:	220																																																																																																																																																																														
	210																																																																																																																																																																														
P Pulso	200																																																																																																																																																																														
	190																																																																																																																																																																														
Anest	180																																																																																																																																																																														
	170																																																																																																																																																																														
O Roup:	160																																																																																																																																																																														
	150																																																																																																																																																																														
P Pulso	140																																																																																																																																																																														
	130																																																																																																																																																																														
Anest	120																																																																																																																																																																														
	110																																																																																																																																																																														
O Roup:	100																																																																																																																																																																														
	90																																																																																																																																																																														
P Pulso	80																																																																																																																																																																														
	70																																																																																																																																																																														
Anest	60																																																																																																																																																																														
	50																																																																																																																																																																														
O Roup:	40																																																																																																																																																																														
	30																																																																																																																																																																														
P Pulso	20																																																																																																																																																																														
	10																																																																																																																																																																														
SÍMBOLOS																																																																																																																																																																															
ANOTAÇÕES																																																																																																																																																																															
POSIÇÃO																																																																																																																																																																															
Agentes																																																																																																																																																																															
Técnica																																																																																																																																																																															
Operação																																																																																																																																																																															
Cirurgiões																																																																																																																																																																															
Anestesistas																																																																																																																																																																															



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

Evolução de Enfermagem – Centro Cirúrgico

Nome: ANDRESSON DA SILVA ASUNTO Idade: 27 D/N: 03/05/1965
Pront.: 144635 Município: FRANCA Procedência: Interno Externo
Data da cirurgia: 01/05/16 Hora Admissão: Bloco: 24:30 Sala: _____ Hora Saída: _____ Peso: _____
Alergias: Não Sim Comorbidades: HAS DM Outras _____
Uso de medicações: Não Sim Jejum: Não Sim
SSVV Admissão: PA: _____ mmHg P脉: _____ bpm FI: _____ rpm FC: _____ bpm SpO₂: _____ % T: _____ °C

Enfermeiro(a): Letícia Instrumentado (a): Circulante: Priscila Ribeiro

Cirurgia: Tumor de colo de útero Especialidade: Ginecologia Sala: 03
Hora Início: _____ Hora Término: _____ Tipo de cirurgia: Eletiva Urgência Limpa Contaminada Infectada
1º Cirurgião: Dr. JONATHAN Aux.: Dr. MIGUEL Residente: _____

Anestesia: Local Sedação Geral TOT: Bloqueio Raquidiana Ag.nº _____ Peridural c/cateter s/cateter
Ag.nº _____ Cateter nº: _____ Início: 15:30 Garrote: Smarch Pneumático Início: 15:55 Término: _____
Anestesiologista: _____

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco <input type="checkbox"/> NSE	<input type="checkbox"/> ECG
Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Fístula	<input type="checkbox"/> PA
Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo
Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Dífrusor
Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígico	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<input checked="" type="checkbox"/> t/dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	
Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno:	
Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas		<input checked="" type="checkbox"/> Tração	
Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Talas <input type="checkbox"/> NSE	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	64	69	60	bpm
P脉	68	68	68	bpm
Oximetria	97	98	98	%
Capnografia	/	/	/	%
PA	/	/	/	mmHg

ACCESSO VENOSO			
<input type="checkbox"/>	Punção Arterial		
<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Venosa Periférica		
<input type="checkbox"/>	Punção Venosa Central		
	Dissecção venosa		
Local:			
Cateter:			

SONDAGEM GÁSTRICA			
SNG nº			
Retorno:			
CATETERISMO VESICAL			
SVF nº		SVA nº	
Diurese:			
Profissional responsável:			
EXAMES SOLICITADOS:			
() Hemograma		() Gasometria	

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	Cabeça <input checked="" type="checkbox"/>	Anatômicos
Ventral	Pescoço <input checked="" type="checkbox"/>	Abduzidos
Lateral	Tórax <input checked="" type="checkbox"/>	Fletidos
Litotômica	Lombar <input checked="" type="checkbox"/>	MMII
Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
Canivete		Abduzidos
Proclive		Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO		
() Sim	() Não	() Metal
Local:		
DEGERMAÇÃO		TRICOTOMIA
() Sim	() Não	() Sim
Local:	Solução:	Local:

IMPLANTE CIRÚRGICO		
Drenos:		
Tela:		
Cateter:		
Ostomia:		
Fio de KC:		Parafuso – tipo:
Placa – tipo:		
Outros:		



PEDIDO DE PARECER

Unidade Solicitante: _____	Município: _____
Paciente: <u>Audresen de S. Aquino</u>	Prontuário: _____
Motivo da Consulta: <i>dores na metade esquerda do abdômen</i> <i>isolada em peus e em dor e</i> <i>definida local</i>	
<i>Dr. Wilson de Oliveira Filho</i> CRM: 1046727-3 CNPJ: 23.551.334-64	CRM: _____
	27 / 04 / 16 Data
Encaminhado à especialidade: <u>Ortopedias</u>	
Consulta marcada para a Unidade: _____	Município: _____
Para o (a) Dr. (a): _____	às _____ horas do dia: 11:11

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante: _____	Município: _____
Paciente: _____	Prontuário: _____
(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)	
<i># Paciente com dor no lado esquerdo do abdômen direito isolado.</i>	
<i># Internar 14 horas e aplicar OBD</i>	
Diagnóstico: <u>Rofus de peus</u>	CID: _____
<i>Dr. Wilson de Oliveira</i> CRM: 1046727-3 CNPJ: 23.551.334-64 27 JUN 2016	CRM: _____
Retornar à clínica solicitante: _____	Unidade: _____
Para o (a) Dr. (a): _____	Data: 11/11



Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DE OCLEOCIO MARQUES DE LUCENA - CNES 3515168
PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA N° 44/CC

SERVIDOR RESPONSÁVEL (PSA)

HDSF

MATRÍCULA

979929

DATA

27/07/2016

18:34

DADOS DO PACIENTE

PACIENTE

ANDERSON DA SILVA AQUINO

MASCULINO
MASCULINO

FEMININO

NACIONALIDADE

BRASILEIRA

DATA DE NASCIMENTO

03/05/1989

IDADE

27

RELIGIÃO

ESCOLARIDADE

ESTADO CIVIL

PROFISSÃO

RAÇA/COR
PARDA

TELEFONE

NOME DA MÃE

ANA LUCIA DA SILVA CAMARA

NOME DO PAI

CPF

RG

ORG. EXP.

UF

CARTÃO DO SUS

ENDEREÇO

RUAIVALDO MOREIRA 8

COMPLEMENTO

BAIRRO

PASSAGEM DE AREIA

MUNICÍPIO

PARNAMIRIM

UF

CEP

RN

59500-000

RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE

PACIENTE SOC PELO SAMU, N APRESENTOU DOCUMENTAÇÃO

PARENTESCO

TELEFONE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FORMA DE ENCAMINHAMENTO

() Regulado () SAMU () Demanda Espontânea

MOTIVO

QUEIXA PRINCIPAL

FLUXOGRAMA

DESCRIMINADOR

DOENÇAS PREENSISTENTES

ALERGIAS

PESO:

ALTURA:

SSVV:

FC

RR

T.

SO2

PA

30

X

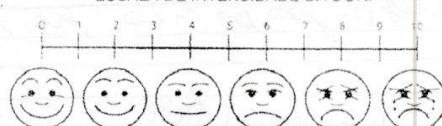
GLICEMIA

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

COREN

DATA

HORA



PRIORIDADE
() AZUL () VERDE () AMARELO () LARANJA () VERMELHO

- ACOLHIMENTO
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
- SALA VERMELHA
 - URGÊNCIA
 - ORTOPEDIA
 - CONSULTA MÉDICA
 - BUCOMAXILO
 - PEQUENA CIRURGIA
 - ACIDENTE DE TRABALHO
 - VIOLENCIA DOMÉSTICA
 - QUEDA
 - OUTROS

	Esportânea	4
Abertura Ocular	A voz	3
	A dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Pedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

HISTÓRIA CLÍNICA

Parâmetros vitais de aferição no momento da
admissão: pressão arterial 120/80 mmHg.

Negs: diarreia.

Negs: Té.

EXAME FÍSICO

Afers: bem alterado

com e defecação em perus D.

me fino



Sistema Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

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

L-11

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

ANDERSON DA SILVA AQUINO

144835

7- CARTÃO NACIONAL SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RACA/COR

206 2813 1555 0008

03/05/1989

MASCULINO

PARDA

11- NOME DA MÃE

12- FONE DE CONTATO

ANA LUCIA DA SILVA AQUINO

8717-5900

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- FONE DE CONTATO

CARINA CARDOSO

15- ENDERECO (RUA, N°)

RUA IVALDO MOREIRA, 08

16- MUNICÍPIO

17- BAIRRO

18- UF

19- CEP

PARNAMIRIM

PASSAGEM DE AREIA

RN

59500-000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Panet com flocos de poeira direto

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Anamn + exame flocos + Rx

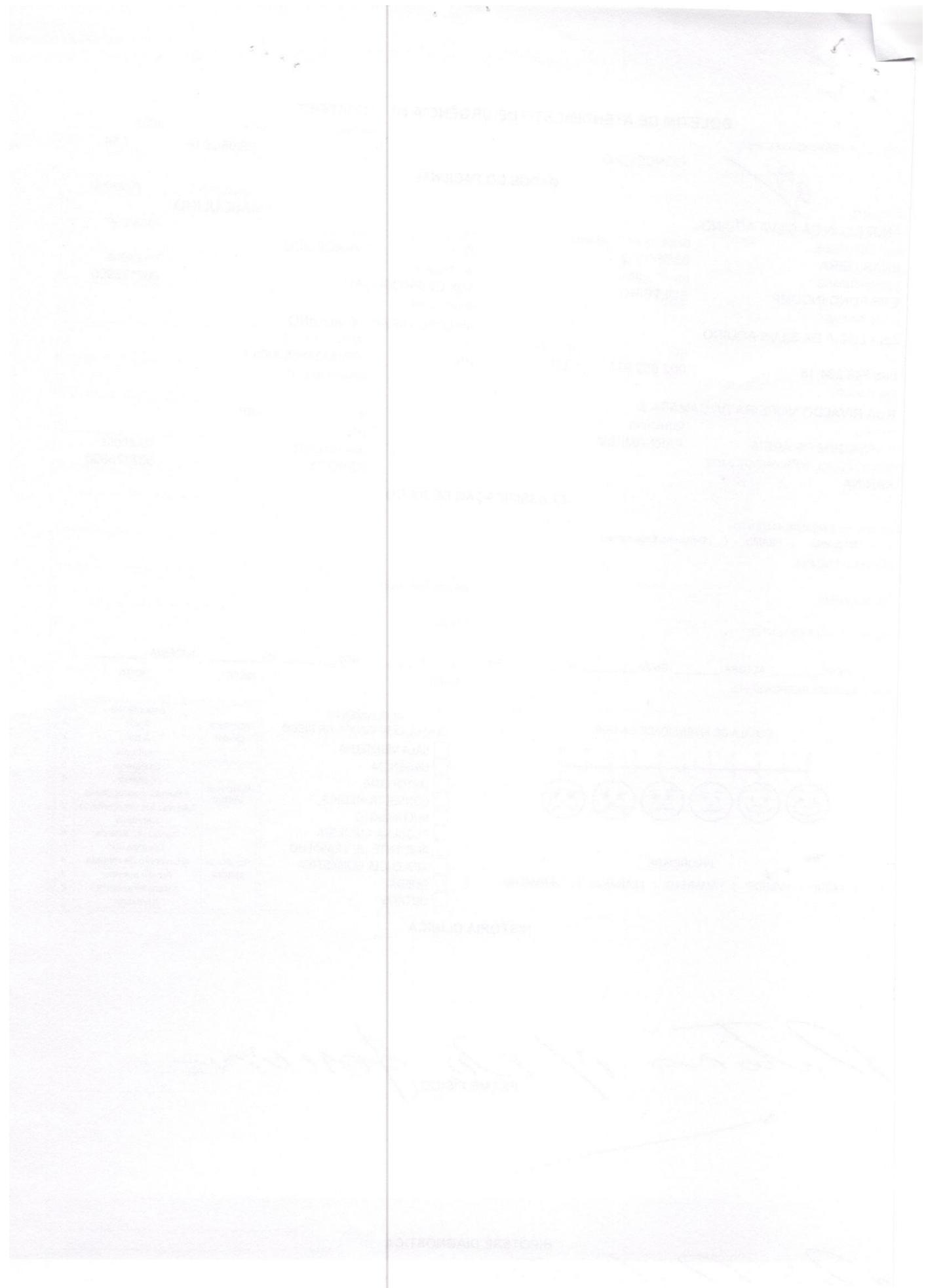
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

23- DIAGNÓSTICO INICIAL
Flocos de poeira direto
24- CID 10 PRINCIPAL
25- CID 10 SECUND.
26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
Procedimento Solicitado
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
29- CLÍNICA
30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO
31- DOCUMENTO
32- N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
() CNS () CPF

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
34- DATA DA SOLICITAÇÃO
35- ASSINATURA E CÁRIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO
Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)
36- () AC. TRÂNSITO
37- () AC. TRABALHO TÍPICO
38- () AC. TRABALHO TRAJETO
39- CNPJ DA SEGURADORA
40- N.º DO BILHETE
41- SÉRIE
42- CNPJ DA EMPRESA
43- CNAE DA EMPRESA
44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTONOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO
Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47- COD. ORGÃO EMISSOR
48- DOCUMENTO
49- N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
() CNS () CPF
50- N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Assinatura



EXAMES COMPLEMENTARES

LABORATORIAL RADIOLÓGICO ECG TOMOGRAFIA USG OUTROS

CONSULTA MÉDICA PARA REGULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO - NIR

- DIAGNÓSTICO

CONDUTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA ABERTURA DE HÓSÁRIO / CHECAGEM

Rx Paracetamol
D
S.P.P.

Watkins Gross
-Aquarion Dr. Johnson
of 196.

ABERTURA DE HÓRARIO / CHECAGEM

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM

() ALTA () DENTO () EVAISÃO () SOLICITADO ENTRENAMENTO
NO SERVIÇO DE () DIA () DEclaracão.