



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)	
PORTO SEGURO S/A (RÉU)			
MICHEL FREIRE DE ARAUJO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11577331	27/07/2017 21:20	adm	Documento de Comprovação
11577336	27/07/2017 21:20	bo	Documento de Comprovação
11577339	27/07/2017 21:20	doc pessoais	Documento de Identificação
11577350	27/07/2017 21:20	procuração	Procuração
11577345	27/07/2017 21:20	prontuario cirurgico 1	Documento de Comprovação
11577353	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 Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
24/11/2016	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODoviÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 92193

1 - LOCAL E DATA

Local AV. EMILIO SANTAS X RUA GERALD F. PIMENTA Bairro COASSINAL (CENTRO)
Cidade/UF PARANAMIRIM - RN P. Ref. ADOLDO 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 PARANAMIRIM UF RN
Marca/Mod. YAMAHA/YBR 125 K Cor PRETA Ano 2001/2002
Proprietário CEZAR MONTEIRO BARBOSA N° de Ocupantes 02
Condutor CEZAR MONTEIRO BARBOSA Data de Nasc. 04/05/1988
Endereço RUA ANITA ALVES N° 39 Fone (84) 99133-7980
Bairro BELA PARANAMIRIM Cidade PARANAMIRIM UF RN
CPF N° 079.516.194-85 CNH N° 05823656640 Validade 25/09/2017 Categoria AB
Local de Trabalho TIC ACAI Fone _____
End. ESTRADA BELAJUPIRANGA N° S/N Bairro CATUPIRANGA Cidade PARANAMIRIM

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi M26/1744 Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor (LADO) EVARISTO DO LAL COM O SEU VECULO Data de Nasc. 1/1
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade 1/1 Categoria _____
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 _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade 1/1 Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
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 _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade 1/1 Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
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? Av. ENCAR DANTAS

Em que sentido? CONTRO / BELA VISTA Em que faixa? Única

Versão do condutor ALCEA QUE TRANSITAVA NORMALMENTE E QUE OBSERVOU V2 CHEGANDO NA ESQUINA E SEM PARAR SUBSTANTEMENTE AVANÇANDO A COLIDIR EM SUA MOTO. V2 APÓS TER COLIDIDO EM V1 EVADIU DO LOCAL COMO O SEU VEHICULO.

Assinatura do Condutor do V1 CESAR MONTENHO BARBOSA

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

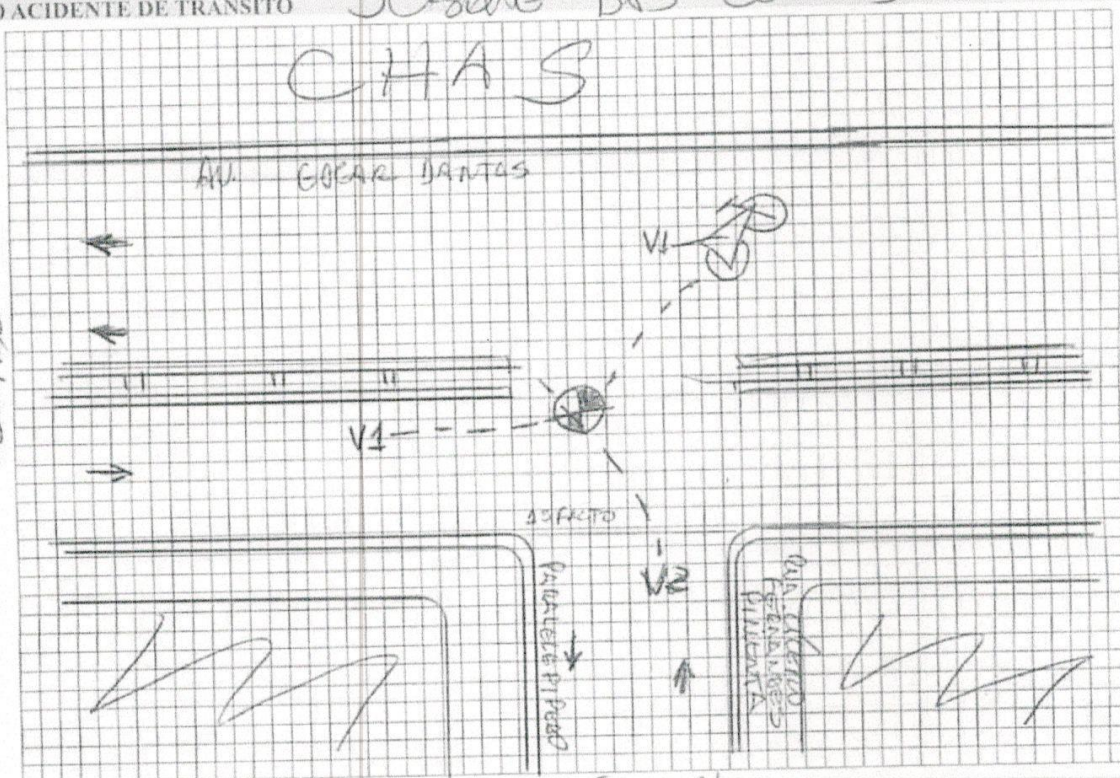
Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Active Ingreime	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Active Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Ingreime	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input checked="" type="checkbox"/> Linha CONTINUA
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s) _____
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	
			<input type="checkbox"/> Retorno		
			<input type="checkbox"/> Entroncamento		
			<input checked="" type="checkbox"/> Bifurcação		

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

BORGAS DAS COLINAS

CHAS

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



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1 MANA BIRRA, CUBO
DO ACELERADOR, RETROVISORES, CINTURÃO
CENTRAL, PISO A TRACÇÃO DIREITA, LUBRIFIC
TANQUE, TELASCOPIOS, ARO MANT.
CANO DE ESCAPPI COM PROTETOR
CARTRAGEM CENTRAL DIREITA
DEMAIS DADOS A VERIFICAR

AVARIAS DO VEÍCULO 2

AVARIAS DO VEÍCULO 3

AVARIAS DO VEÍCULO 4

11 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☒ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: NÃO FOI DO HOSPITAL
 Nome CESAR MONTEIRO BARBOSA Órgão Expedidor SSP - RN Data de Nascimento 04/05/1988
 RG N° 2445013 Nº 39 Fone (84) 99133-1980
 Endereço RUA ANITA ALVES Cidade PARANAMIRIM UF RN
 Bairro BELO PARANAMIRIM
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
 12 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☒ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: HOSP. DIOCLELIO HARGES
 Nome ANDERSON DA SILVA AQUINO Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento 03/05/89
 RG N° _____ Nº 08 Fone (84) 9849-5900
 Endereço RUA RIVILDO MOREIRA DA CÂMERA Cidade PARANAMIRIM UF RN
 Bairro PASSAGEM DE AREIA
 Versão ALÉXIA ESTAVA DE CADEIA EM VI E EVADIU QUANDO V2 CHEGOU NA
ESQUINA E AVANÇOU CERCANDO A COLUNA EM SUA MOTO.

Assinatura AS Hora _____
 13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☒ Presenciou: ☒ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
 Nome JOAQUIM LOPES NETO Órgão Expedidor SSP SP Data de Nascimento 11/05/81
 RG N° 335828038 Nº 499 Fone (11) 98243-9820
 Endereço RUA CAÇONBE Cidade SÃO PAULO UF SP
 Bairro JARDIM PRUÍSTA
 Versão ALÉXIA QUE VIU QUANDO V2 COLIDIU EM VI E EVADIU - SE AO
LOCAL COM O SEU VEHICULO - E OBSERVOU A PLACA DO VEICULO M26 144
VEICULO DE MARCA/MODELO GINNETTA AZUL.

Assinatura _____ Hora _____
 14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☒ Presenciou: ☒ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
 Nome ARTHUR FELIPE SANTOS DE ARAUJO Órgão Expedidor SSPRN Data de Nascimento 27/04/1992
 RG N° 003040356 Nº 136 Fone (84) 99993-8093
 Endereço RUA: 28 DE OUTUBRO Cidade PARANAMIRIM UF RN
 Bairro BOA ESPERANÇA
 Versão ALÉXIA QUE VIU QUANDO V2 COLIDIU EM VI E EVADIU - SE AO LOCAL
COM O SEU VEHICULO O MESMO CONCORDA COM AVERSO DA TESTEMUNHA
ACIMA DO CAMPO 14.

Assinatura Arthur Felipe Santos de Araújo Hora _____
 15 - SOCORRISTA E VEICULO UTILIZADO USB - 41
 Placa NNW-7662 Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo BUKATO
 Nome TEL. GNF. SOLANGE RG N° _____ Órgão Exp. _____ Nº _____
 Endereço _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☒ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☒ NÃO AIT N° _____ CÓD/DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO
AO CHEGAR NO LOCAL FOI OBSERVADO QUE O CONDUTOR DE V2 HAVIA
EVADIDO SE AO LOCAL COM O SEU VEHICULO. PLACA FORNECIDA
DE V2 PELAS TESTEMUNHAS ALIMA CITADA O CONDUTOR DE
V1 SOFREU APENAS ESCORREGÕES E DISPENSOU O SERVIÇO DO
SAMU. APENAS O SEU GARÇA QUE FOI COMPARADO

Nome Completo do Agente EMERSON MARTINS MACAULOS (AG 034)
 POSTO/GRAD. CB PM N° 00875 Viatura AG 034 Subunid.: COOP 5 GUIA
 Local e Data PARANAMIRIM 27 de 08 de 2016
 Assinatura do Agente de Trânsito [Assinatura]
 Número do Rolim: 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 TRÁFEGO

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

Natal/RN, 02 de Agosto de 2016.

BOAT nº: 92193

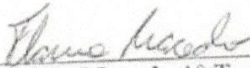
Data: 27/07/2016

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.

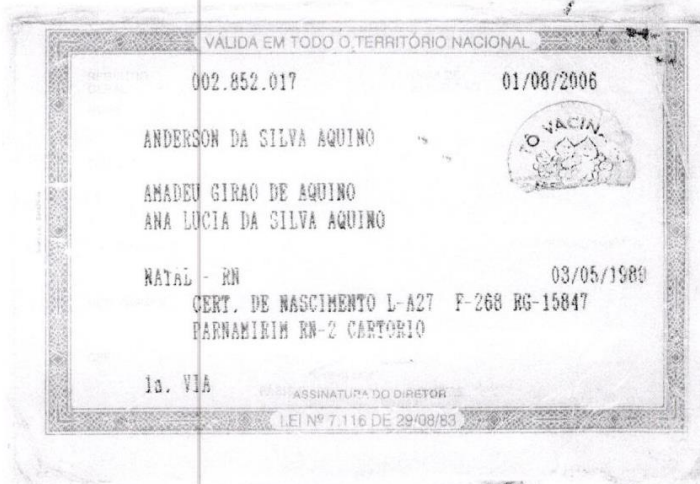

Flávio Isaias de Macedo 1º Ten. QOPM
Mat. 194.165-8
CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO

Verificação de autenticidade na internet: <http://www.pmlrn.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					

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

germe



caern
COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1585, Tirol, CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.385/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.426-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO
08000-840195
34 2044-3183

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS
IMPRESSO EM 13/04/2016 ÀS 03:48:02

DADOS DO CLIENTE
LUCIANO PEREIRA DA SILVA
RUA RIVALDO M DA CAMARA, N 8 - PASSAGEM DE AREIA PARNAMIRIM
INSCRIÇÃO 502.002.246-0361-000
HIDRÔMETRO 17
SEQ.ROTA 14.04
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO
SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIA

QUANTIDADE DE ECONOMIAS
RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MEDIA
03/2016	10	01/2016	10	11/2015	10	10
02/2016	10	12/2015	10	10/2015	10	10

DESCRICAÇÃO
ÁGUA
RES ENTRE 50 E 1000 L UTILIDADE()
CONSUMO DE ÁGUA
MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2016
JUROS DE HORA 01/2016 02/2016 10 M3

TOTAL (R\$)
35,01
0,70
0,63

M&O

Maia | Oliveira

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Anderson da Silva Aguiar
NACIONALIDADE: brasileiro ESTADO CIVIL: solteiro
PROFISSÃO:
IDENTIDADE: 002.852.011 CPF: 086.848.264-15
ENDEREÇO: R. Rivaldo M de Camara - 8
BAIRRO: Pombal de Arco CIDADE: Parnamirim
9.8737-5900 198737-6592

OUTORGADOS: ITAMAR OLÍPIO 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 nº 13.561, LARISSA DE OLIVEIRA MAIA, brasileira, solteira, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.421 com escritório profissional na Rua Edgar Dantas, nº 454, "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 Juízo, 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 os atos de representação e defesa extrajudiciais, perante quaisquer pessoas físicas em geral, e, finalmente, praticar (em) todos os atos que se tomem mister para o fiel e completo desempenho deste mandato, inclusive interpor (em) total ou parcialmente, com ou sem reservas de poderes, o que 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 sucumbenciais e os contratuais, tudo em favor do outorgado que o requerer e conforme pacto através do presente 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

X/ANDERSON DA SILVA AGUIAR

OUTORGANTE

Rua Edgar Dantas, nº 454, "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 DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA - CNES 3515168
PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 17/ORT/RET

SERVIDOR RESPONSÁVEL (PSA)

MATRÍCULA

DATA

23/08/2016

HORA

7:54

CONCEIÇÃO

DADOS DO PACIENTE

PACIENTE

ANDERSON DA SILVA AQUINO

NACIONALIDADE

BRASILEIRA

ESCOLARIDADE

ENS FUND INCOMP

NOME DA MÃE

ANA LUCIA DA SILVA AQUINO

CPF

086 848 264 18

ENDEREÇO

RUA RIVALDO MOREIRA DA CAMARA 8

BAIRRO

PASSAGEM DE AREIA

RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE

KARINA

DATA DE NASCIMENTO

03/05/1989

ESTADO CIVIL

SOLTEIRO

IDADE

27

RELIGIÃO

EVANGELICO

PROFISSÃO

AUX DE PRODUÇÃO

NOME DO PAI

AMADEU GIRAO DE AQUINO

UF

RN

CARTÃO DO SUS

206281315550008 1

COMPLEMENTO

UF

RN

PARENTESCO

ESPOSA

RAÇA/COR

TELEFONE

987175900

TELEFONE

987175900

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FORMA DE ENCAMINHAMENTO

() Regulado () SAMU () Demanda Espontânea

QUEIXA PRINCIPAL

MOTIVO

FLUXOGRAMA

DESCRIMINADOR

DOENÇAS PREEEXISTENTES

ALERGIAS

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

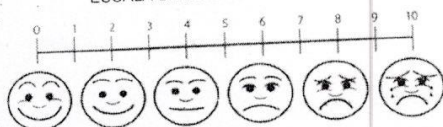
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

COREN

DATA

HORA

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR:



PRIORIDADE

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

ACOLHIMENTO
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

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

HISTÓRIA CLÍNICA

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA
EXAME FÍSICO

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 17/ORT/RET

SERVIDOR RESPONSÁVEL (PSA)

MATRÍCULA

DATA

HORA

CONCEIÇÃO

23/08/2016

7:54

DADOS DO PACIENTE

PACIENTE

ANDERSON DA SILVA AQUINO

NACIONALIDADE

BRASILEIRA

ESCOLARIDADE

ENS FUND INCOMP

NOME DA MÃE

ANA LUCIA DA SILVA AQUINO

CPF

086 848 264 18

ENDEREÇO

RUA RIVALDO MOREIRA DA CAMARA 8

BAIRRO

PASSAGEM DE AREIA

RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE

KARINA

DATA DE NASCIMENTO

03/05/1989

ESTADO CIVIL

SOLTEIRO

IDADE

27

RELIGIÃO

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

RAÇA/COR

TELEFONE

987175900

TELEFONE

987175900

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FORMA DE ENCAMINHAMENTO

() Regulado () SAMU () Demanda Espontânea

QUEIXA PRINCIPAL

FLUXOGRAMA

DESCRIMINADOR

DOENÇAS PREEXISTENTES

ALERGIAS

PESO

ALTURA

SSV

FC

FR

T

SO2

PA

GLICEMIA

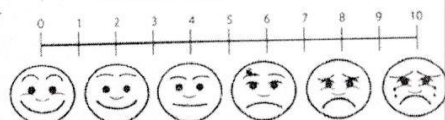
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

COREN

DATA

HORA

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR



PRIORIDADE

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

ACOLHIMENTO
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- ☐ SALA VERMELHA
☐ URGÊNCIA
☐ ORTOPIEDIA
☐ CONSULTA MÉDICA
☐ BUCOMAXILO
☐ PEQUENA CIRURGIA
☐ ACIDENTE DE TRABALHO
☐ VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
☐ QUEDA
☐ OUTROS

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

HISTÓRIA CLÍNICA

EXAME FÍSICO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº

LEITO

PRONTUÁRIO

144835

27/07/2016

HORA

20:30

CATEGORIA

GIH

PACIENTE

ANDERSON DA SILVA AQUINO

DATA DE NASCIMENTO

03/05/1989

ESTADO CIVIL

CASADO

PROFISSÃO

AUX DE PRODUÇÃO

ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA IVALDO 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

DIAGNOSTICO PROVISÓRIO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO 27-07-16

ALTA 01-08-16

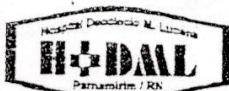
OBITO

HISTORIA CLINICA

fratura com deslocamento de parte
distal. fratura já consolidada

Dr. Ural de Oliveira
CRM 25435

27 JUL 2016



Hospital

Nome do paciente		Nº prontuário	
Anderson de Silas Araújo		201	
Data operação	Ent.	Leito	
01/08/16			
Operador	1º auxiliar	Instrumentador	
Dr. Anderson	Dr. Marcos		
2º auxiliar	3º auxiliar		
Anestesista	Tipo de anestesia		
Diagnóstico pré-operatório			
fratura no fêmur			
Tipo de operação			
Remoção de fragmentos + fixação			
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- ① Deferir a anestesia sob monitorização
- ② Remoção do local fraturado o mais próximo possível, sob monitorização e fluoroscopia
- ③ Aplicação de fixação com parafusos no MRB

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

()	CIRURGIAS MÚLTIPLAS
()	(0415018001-2)
()	POLITRAUMATIZADO
()	(041503001-3)
()	PROC. CLÍNICO
()	
(X)	PROC. CIRÚRGICO
	04 05050500
()	CBO. 225225
(X)	CBO. 225270
()	5 DIAS
()	CID 5827

[Handwritten signature]
01/08/16



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

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

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

____ h: _____ h: _____ h: _____
____ h: _____ h: _____ h: _____
____ h: _____ h: _____ h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

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

ANATOMO PATOLÓGICO

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

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

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

INTERCORRÊNCIAS: Admitido em sala operatória, monitorizada,
foi colocada gesso em MTD por Dr. Maxson e Dr. Macab, e
encaminhado à clínica ortopédica.

Ass: Prudêncio Coren: 153.564/14

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

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

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

Hora: _____ Data: ____/____/____ Nível de consciência: () Acordado () Sonolento () Narcoze () Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O₂ () O₂ Ambiente
Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não () Sim Tipo: _____ Local: _____ Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () 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

Hora	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:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

	Diurese	Retorno Gast.	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	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros	
Tipo sanguíneo	Hematomas	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia		
	Urina						
Ap. respiratório					Asma	Bronquite	
Ap. circulatório					Eletrocardiograma		
Ap. digestivo			Dentes	Pescoço	Ap. urinário		
Estado mental			Atarácicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores	
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico	Risco	
Anestesias anteriores							
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito		
Agentes Anestésicos							
Líquidos							
<p>Oper</p> <p>Anest.</p> <p>O Resp.</p> <p>P Pulso</p>	260						
	250						
	240						
	230						
	220						
	210						
	200						
	190						
	180						
	170						
	160						
	150						
	140						
	130						
	120						
	110						
	100						
90							
80							
70							
60							
50							
40							
30							
20							
10							
SIMBOLOS							
E							
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 ASSUNO Idade: 27 D/N: 03/05/1989
Pront.: 14635 Município: PARANÁ Procedência: Interno () Externo
Data da cirurgia: 01/08/16 Hora Admissão: Bloco: 14:30 Sala: 03 Hora Saída: 15:55 Peso: 70
Alergias: Não () Sim Comorbidades: () H/S () DM () Outras _____
Uso de medicações: Não () Sim Jejum: () Não Sim
SSVV Admissão: PA: 110 mmHg Pulso: 64 bpm FI: 68 rpm FC: 68 bpm SpO₂: 98 % T: 36 °C

Enfermeiro(a): LEILANE Instrumentado(a): _____ Circulante: Priscila/Rita

Cirurgia: Tuorectomia conservadora e quimio Especialidade: ONCOLOGIA Sala: 03
Hora Início: 14:30 Hora Término: 15:55 Tipo de cirurgia: Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: Dr. Jorginho Aux.: Dr. Marcos 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 type="checkbox"/> Normotenso	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco <u>756</u>	<input type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Letárgico	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Fístula	<input type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Íntegra	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Diprifusor
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
<input type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<input checked="" type="checkbox"/> t/dificuldade	<input type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input type="checkbox"/> Cistostomia	
<input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input type="checkbox"/> Dreno:	
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input type="checkbox"/> Manchas	<input type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> Amputações	<input type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Talas <u>756</u>	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>64</u>	<u>69</u>	<u>69</u>	Bpm
Pulso	<u>64</u>	<u>68</u>	<u>68</u>	Bpm
Oximetria	<u>98</u>	<u>98</u>	<u>98</u>	%
Capnografia	<u>---</u>	<u>---</u>	<u>---</u>	%
PA	<u>---</u>	<u>---</u>	<u>---</u>	mmHg

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

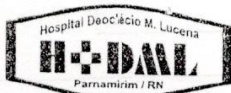
ACESSO VENOSO
<input type="checkbox"/> Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Central
<input type="checkbox"/> Dissecção venosa
Local: <u>---</u>
Cateter: <u>---</u>

SONDAGEM GÁSTRICA
SNG nº <u>---</u>
Retorno: <u>---</u>
CATETERISMO VESICAL
SVF nº <u>---</u> SVA nº <u>---</u>
Diurese: <u>---</u>
Profissional responsável: <u>---</u>

EXAMES SOLICITADOS:	
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input checked="" type="checkbox"/> Gasometria

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

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos: <u>---</u>
Tela: <u>---</u>
Cateter: <u>---</u>
Ostomia: <u>---</u>
Fio de KC: <u>---</u> Parafuso - tipo: <u>---</u>
Placa - Tipo: <u>---</u>
Outros: <u>---</u>

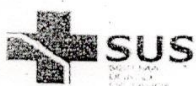


PEDIDO DE PARECER

Unidade Solicitante:	Município:
Paciente: <u>Andersen de S. Aquino</u>	Prontuário:
Motivo da Consulta: <u>clínica neta - com trauma isolado em punho D com dor e disfunção local</u>	
Medico: <u>Itamar de Vasconcelos Filho</u> <u>Ortopedia e Traumatologia</u> <u>CRM-RN 4315</u> <u>CPF 046.727.314-64</u>	CRM: Data: <u>27</u> / <u>07</u> / <u>16</u>
Encaminhado à especialidade: <u>Ortopedia</u>	
Consulta marcada para a Unidade:	Município:
Para o (a) Dr. (a):	às horas do dia / /

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante:	Município:
Paciente:	Prontuário:
(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)	
<u># Paciente com trauma de punho direita fechado.</u> <u># Intenso Hx de trauma</u> <u>Rafael de punho Di</u>	
Diagnóstico:	CID:
Dr. <u>Itamar de Vasconcelos</u> <u>Ortopedia</u> <u>27 JUL 2016</u>	CRM: Data: / /
Retornar à clínica solicitante: Unidade:	
Para o (a) Dr. (a):	



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 44/CC

SERVIDOR RESPONSÁVEL (PSA)

HDSF

MATRICULA

979929

DATA

27/07/2016

HORA

18:34

DADOS DO PACIENTE

PACIENTE

ANDERSON DA SILVA AQUINO

MASCULINO

FEMININO

MASCULINO

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

RUA IVALDO MOREIRA 8

COMPLEMENTO

BAIRRO

PASSAGEM DE AREIA

MUNICÍPIO

PARNAMIRIM

UF

RN

CEP

59500-000

RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE

PARENTESCO

TELEFONE

PACIENTE SOC PELO SAMU, N APRESENTOU DOCUMENTAÇÃO.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FORMA DE ENCAMINHAMENTO

() Regulado () SAMU () Demanda Espontânea

MOTIVO

QUEIXA PRINCIPAL

FLUXOGRAMA

DESCRIMINADOR

DOENÇAS PREEEXISTENTES

ALERGIAS

PESO

ALTURA

SSV

FC

FR

T

SO2

PAI

GLICEMIA

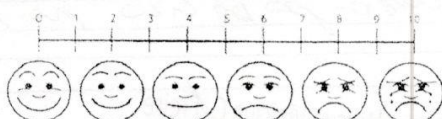
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

COREN

DATA

HORA

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR:



PRIORIDADE

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

ACOLHIMENTO

COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ SALA VERMELHA

☐ URGÊNCIA

☐ ORTOPEdia

☐ CONSULTA MÉDICA

☐ BUCOMAXILO

☐ PEQUENA CIRURGIA

☐ ACIDENTE DE TRABALHO

☐ VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

☐ QUEDA

☐ OUTROS

Abertura

Ocular

Resposta

Verbal

Resposta

Motora

Espontânea

A voz

A dor

Nenhuma

Orientada

Confusa

Palavras inapropriadas

Palavras incompreensivas

Nenhuma

Pede comandos

Localiza dor

Movimento de retirada

Flexão anormal

Extensão anormal

Nenhuma

HISTÓRIA CLÍNICA

paciente vítima de queda no trabalho em
trabalho realizado em pouco D.
Nº de dentes
Nº de TCE

EXAME FÍSICO

AFCD bem alterado
em a deflexão em pouco D.



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 DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

5- PACIENTE

Identificação do Paciente

6- NUMERO DO PRONTUÁRIO

ANDERSON DA SILVA AQUINO

144835

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RAÇA/COR

206 2813 1555 0008

03/05/1989

MASCULINO

PARDA

11- NOME DA MÃE

12- TELEFONE DE CONTATO

ANA LUCIA DA SILVA AQUINO

8717-5900

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

CARINA CARDOSO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

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

Parêntese com febre de perna direita

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Anamnese e exame físico e Rx

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

Anamnese

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Ficção de força direita

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

() CNS () CPF

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- () AC. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

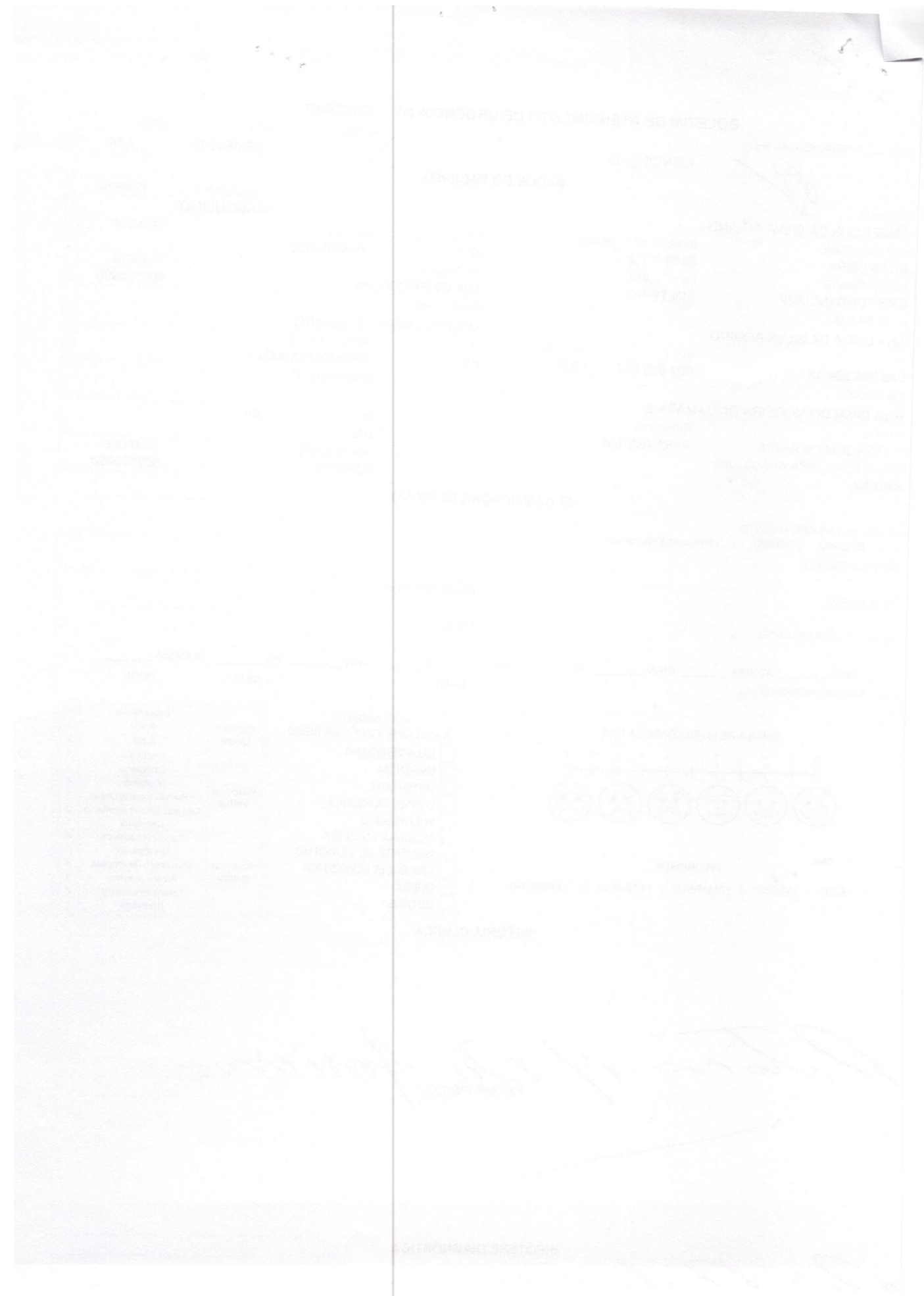
47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF



EXAMES COMPLEMENTARES

☐ LABORATORIAL☐ RADIOLOGICO☐ ECO☐ TOMOGRAFIA☐ USG☐ OUTROS

CONDUTA MÉDICA PARA REGULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO - NIR

☐ CLÍNICA MÉDICA☐ CLÍNICA PSIQUIÁTRICA☐ CLÍNICA ORTÓPÉDICA☐ PEDIATRIA/NEO☐ CLÍNICA OBSTÉTRICA☐ CLÍNICA GERAL☐ UTI☐ OUTROS

DIAGNÓSTICO

CONDUTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA

ABERTURA DE HORÁRIO / CHEGADA

Dr. Tarcísio S. Jerônimo
Ortopedia & Traumatologia
CRM 5688

Rx Perna

S.P.P.

①

Atenção Geral
Aguardando Dr. Jerônimo
à 15h.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

☐ ALTA☐ CETO☐ EVASÃO☐ SOLICITADO INTERNAMENTO
NO SERVIÇO DE☐ SVO ☐ JTE ☐ DECLARAÇÃO