



Número: **0822750-36.2018.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **26/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 11.122,65**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE ARMANDO LOPES DA SILVA (AUTOR)		RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS (ADVOGADO)	
MAPFRE SEGUROS (RÉU)			
MICHEL FREIRE DE ARAUJO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
27517 469	08/06/2018 10:26	<a href="#">DOCS PARTE 1-min</a>	Outros documentos
27517 498	08/06/2018 10:26	<a href="#">DOCS PARTE 2-min</a>	Outros documentos



**Toscano &  
Contreras**  
ADVOCADOS

Escritório Natal - Av. Amintas Barros, 2909, 1º andar, sala 13  
Lagoa Nova - Natal/RN CEP 59.062-250 - Tel/Fax: 84  
3206.9533 - tcadvocacia5@hotmail.com

### PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE(S):** JOSÉ ARMANDO LOPES DA SILVA, brasileiro, ca-  
sado, portador da cédula de identidade RG nº 2.946.  
267 SSP/RN, inscrito no CPF/MF sob o nº 099.406.754-29, re-  
sidente e domiciliado na Rua Jerusalém, nº 70, Cama Brã-  
va, Área Rural, Macaíba/RN, CEP: 59.280-000.

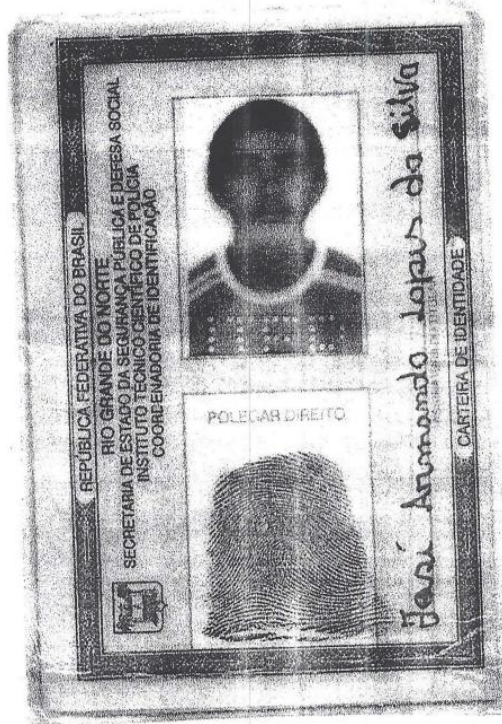
**OUTORGADO(S):** RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS, brasileiro, casado,  
advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 5990, CRISTINA MARIA DE SIQUEIRA  
MACHADO, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/RN sob o nº 600-A,  
CYNTHIA SUELY SOARES REGINALDO, brasileira, solteira, advogada, inscrita na  
OAB/RN sob o nº 14.390, JANNA ABY ZAYAN TOSCANO LYRA CONTRERAS,  
brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/RN sob o nº 14.284, todos integrantes do  
escritório de Advocacia **RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS SOCIEDADE  
INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, regularmente inscrito na OAB/RN sob o nº 787,  
CNPJ nº 28.433.584/0001-08, com escritório profissional sito na Av. Amintas Barros, nº  
2909, 1º andar, sala 13, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP: 59.062-250.

**PODERES:** a quem conferem amplos poderes da cláusula "*ad-judicia et extra*", para o  
foro em geral, podendo dito (s) procurador (es) em conjunto ou isoladamente, em  
qualquer instância, juízo ou tribunal, propor contra a quem de direito as ações  
competentes e defendê-los nas contrárias, e, ainda, requerer, acordar, discordar,  
confessar, transigir, desistir, receber e dar quitação, variar de ações, firmar termos de  
declarações legais e representá-los, em tudo se fizer necessário em favor de seus  
interesses, em qualquer repartição pública federal, estadual, municipal, autárquica,  
requerendo ou representando defesa, inclusive substabelecer o todo ou em parte as  
prerrogativas que ora lhe são conferidas.

Natal /RN, 15 de maio de 2018.

José Armando Lopes da Silva  
Outorgante





#### DADOS DO CLIENTE

JOSÉ ARMANDO LOPES DA SILVA

CPF 099.406.754-29 NIS 16189273358

#### CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
001178867	UNICA	22/09/2016
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
22/09/2016	3010600101	2372961

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.428, de 26/04/02

Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Rua Mermoz, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.198/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA JERUSALÉM 70

LARANJEIRA/CAIA BRANCA  
MACAIBA RN  
59280-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7006420596	09/2016
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LITURA
29/09/2016	24/10/2016
TOTAL A PAGAR (R\$)	
44,26	

#### DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,18372568
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,31495831
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	13,0000000	0,47243747
Contribuição Iluminação Pública		3,81
		4,77



MINISTÉRIO DAS CIDADES				TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT			
<b>DETRAN - RN 10915 // 00079 Nº 013708504428</b> <b>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO</b>							
VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO				
1	00497843676	*****	2017				
<b>NOME</b> JOSE ARNANDO LOPES DA SILVA							
<b>CPF / CNPJ</b> 099.406.754-29				<b>PLACA</b> OJU0219			
<b>PLACA ANT./UF</b> OJU0219/RN		<b>CHASSI</b> 9C2JC4110DR107967					
<b>ESPECIE TIPO</b> PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/MAG. APLICAVE				<b>COMBUSTÍVEL</b> GASOLINA			
<b>MARCA / MODELO</b> HONDA/CG 125 FAN K8				<b>ANO FAB. / ANO MOG.</b> 2012 / 2013			
<b>CAP / POT / cil</b> 0CV/124 CILINDRADAS		<b>CATEGORIA</b> PARTICULAR		<b>COR PREDOMINANTE</b> PRETA			
<b>COTA ÚNICA</b> R\$ 0.00		<b>VENC. COTA ÚNICA</b> 06/11/2017		<b>VENC. COTAS</b> 1º PAGO			
<b>FAIXA I.P.V.A.</b> 002844 3%		<b>PARCELAMENTO / COTAS</b> R\$ *****		2º PAGO			
<b>PREMIO TARIFÁRIO (R\$)</b> *** TAXAS DETRAN: PAGO ***		<b>IOF (R\$)</b> ***		<b>PREMIO TOTAL (R\$)</b> DPVAT: PAGO		<b>DATA DE PAGAMENTO</b> 06/11/2017	
<b>OBSERVAÇÕES</b> MOTOR: JC41FID107967							
<b>DETRAN - RN</b> NACATBA/RN							
<b>DATA</b> 06/11/2017							
<b>ASSINADO ELETRONICAMENTE</b> RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS							

RN Nº 013708504428 BILHETE DE SEGURO DPVAT			
<b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT</b> <b>PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO</b> <b>AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b> <a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a> <b>SAC DPVAT 0800 022 1204</b>			
<b>EXERCÍCIO</b> 2017		<b>DATA EMISSÃO</b> 06/11/2017	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
1	099.406.754-29	OJU0219	
<b>RENAVAM</b> 00497843676		<b>MARCA / MODELO</b> HONDA/CG 125 FAN K8	
<b>ANO FAB.</b> 2012	<b>CAT. TARIF.</b> 9	<b>Nº CHASSI</b> 9C2JC4110DR107967	
<b>PRÊMIO TARIFÁRIO</b>			
<b>PIS (R\$)</b> 0.00	<b>DETRAN (R\$)</b> 0.00	<b>CUSTO DO SEGURO</b> 0.00	
<b>CUSTO DO BILHETE (R\$)</b> 0.00	<b>IOF (R\$)</b> 0.00	<b>TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO</b> 0.00	
<b>PAGAMENTO</b> <input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO	
<b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b> CNPJ 09.248.608/0001-04			



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17083925B01

**STATUS:**  
Encerrado

**INFORMAÇÕES GERAIS**

POLICIAL/MATRÍCULA: LUCENA/1070520		DATA/HORA: 30/10/2017 13:00
Na Rodovia		
MUNICÍPIO/UF: PARNAMIRIM/RN		
BR: 101	KM: 105.5	SENTIDO: Decrescente
DESCRIPTIVO DO LOCAL:		

**ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO**

FASE DO DIA: Pleno dia	CONDIÇÃO METEOROLÓGICA: Sol	
TIPO DE VIA: Principal	TIPO DE PISTA: Dupla	CONDIÇÃO DE PISTA: Seca
TIPO DE PAVIMENTO: Asfalto	ESTRUTURA VIÁRIA: Retorno Regulamentado	
LOCALIDADE URBANIZADA: Sim	EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO: Sim	EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL: Sim

IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO CRESCENTE



IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO DECRESCENTE



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF LUCENA, MATRÍCULA 1070520

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 31/10/2017 23:14

NÚMERO DE CONTROLE: 414053EDCDE0681CABF208BC6A9AAD

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novoba/autenticar](http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar)

Página 1 de 11





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17083925B01

**STATUS:**  
Encerrado

**DINÂMICA**

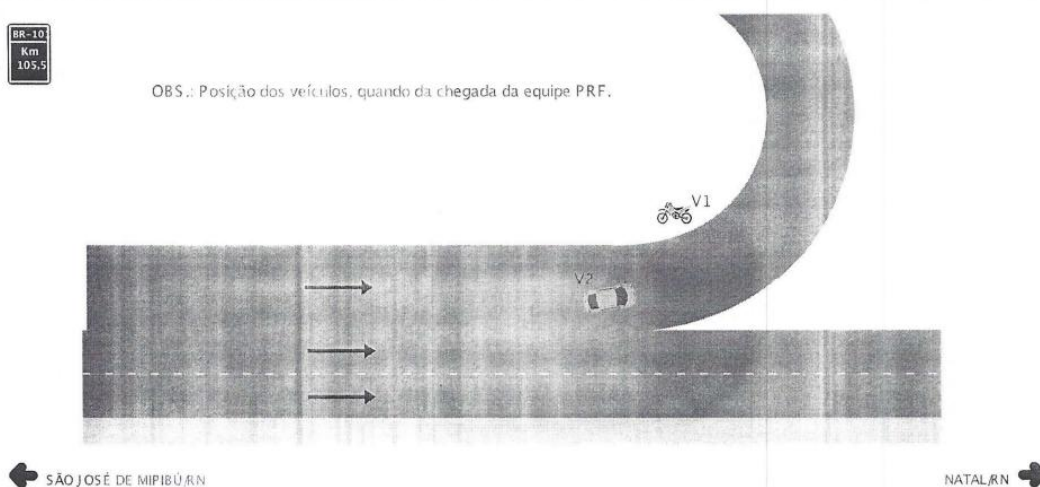
**Eventos Sucessivos**

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão lateral	

**Croqui**



OBS.: Posição dos veículos, quando da chegada da equipe PRF.



**Narrativa**

Conforme vestígios verificados no local, relato escrito do condutor do V2 (RENAULT/SANDERO EXPR 16 ; PWC4941/RN) e relato verbal do condutor do V1 (HONDA/CG 125 FAN KS ; OJU0219/RN), constatou-se que houve uma colisão lateral no mesmo sentido entre o V1 e o V2, quando trafegavam no sentido decrescente da via. Enquanto o condutor do V2 afirma (transcrição da narrativa do condutor do V2): "Eu vinha na faixa do lado esquerdo e liguei o pisca para entrar no retorno e de repente ele surgiu colidindo em mim", o condutor do V1 disse que trafegava na faixa de trânsito da esquerda, no sentido decrescente da via, seguindo para Macaíba/RN, quando teve sua faixa de trânsito indevidamente invadida pelo V2, que saiu de uma rua transversal para acessar o retorno. O condutor do V1 foi ouvido no Hospital Deoclécio Marques de Lucena - Parnamirim/RN. Diante das divergências entre as versões dos envolvidos e da ausência de outros elementos de prova, inexistente a possibilidade de afirmar qual dos condutores provocou o acidente. O local estava parcialmente desfeito.

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF LUCENA, MATRÍCULA 1070520

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 31/10/2017 23:14

NÚMERO DE CONTROLE: 414053EDCDE0681CABF208BC6A9AAD

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 2 de 11



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17083925B01

**STATUS:**  
Encerrado

**VEÍCULOS**

SEQUENCIAL:	PLACA:	MARCA/MODELO:	ANO FABRICAÇÃO:
V1	OJU0219	HONDA/CG 125 FAN KS	2012
SITUAÇÃO:	TIPO DE VEÍCULO:		
Tracionador	Motocicleta		
CHASSI:	RENAVAM:	PAIS:	
9C2JC4110DR107967	00497843676	BRASIL	
ESPÉCIE:	CATEGORIA:	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE:	
Passageiro	Particular	Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
Danos no guidão, retrovisores, arranhões no tanque.			
NOME DO PROPRIETÁRIO:		CPF/CNPJ:	
JOSE ARMANDO LOPES DA SILVA		099.406.754-29	
Dados de Endereço			
LOGRADOURO:			NÚMERO:
RUA JERUSALÉM			70
COMPLEMENTO:			BAIRRO:
			CANABRAVA
MUNICÍPIO/UF:			
MACAIBA/RN			
TELEFONE:		EMAIL:	
84 98817-7291			
Dados da Carga			
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF LUCENA, MATRÍCULA 1070520

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 31/10/2017 23:14

NÚMERO DE CONTROLE: 414053EDCDE0681CABF208BC6A9AAD

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 3 de 11



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17083925B01

**STATUS:**  
Encerrado

**VEÍCULOS**

SEQUENCIAL: V2	PLACA: PWC4941	MARCA/MODELO: RENAULT/SANDERO EXPR 16	ANO FABRICAÇÃO: 2015
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Automóvel	
CHASSI: 93Y5SRD64GJ910466	RENAVAM: 01050920713	PAIS: BRASIL	
ESPÉCIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Realizando retorno regular	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: Danos no retrovisor esquerdo, porta dianteira esquerda e para-lama esquerdo.			
NOME DO PROPRIETÁRIO: LYLIANE APARECIDA GUEDES FRANCISCO		CPF/CNPJ: 052.398.624-60	
Dados de Endereço			
LOGRADOURO:			NÚMERO:
COMPLEMENTO:			BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: PARNAMIRIM/RN			
TELEFONE:		EMAIL:	
Dados da Carga			
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF LUCENA, MATRÍCULA 1070520  
DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 31/10/2017 23:14 NÚMERO DE CONTROLE: 414053EDCDE0681CABF208BC6A9AAD  
VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novoba/autenticar](http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar)

Página 4 de 11





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17083925B01

**STATUS:**  
Encerrado

**PESSOAS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / OJU0219 / HONDA/CG 125 FAN KS		ENVOLVIMENTO: Condutor/ PROPRIETÁRIO
NOME: JOSE ARMANDO LOPES DA SILVA	CPF: 099.406.754-29	DATA DE NASCIMENTO: 14/11/1990
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Casado(a)	NOME DA MÃE: IRACEMA LOPES DA COSTA SILVA	
Dados de Endereço		
LOGRADOURO: RUA JERUSALEM	NÚMERO: 70	
COMPLEMENTO:	BAIRRO: CANABRAVA	
MUNICÍPIO/UF: MACAIBA/RN		
TELEFONE: 84 98817-7291 / 98758-6503	EMAIL:	
Circunstâncias		
ESTADO FÍSICO: Lesões Graves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL	
USAVA CAPACETE: Sim	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL: Não	RESULTADO DO TESTE:	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE: Recebia atendimentos médicos no Hospital Deoclécio Marques de Lucena - Parnamirim/RN.		
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA: Dados foram coletados com a esposa do condutor do V1, a Srª Jaciane de Oliveira do Nascimento Lopes, RG: 2949288 - ITEP/RN. A motocicleta foi entregue a ela.		

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF LUCENA, MATRÍCULA 1070520

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 31/10/2017 23:14

NÚMERO DE CONTROLE: 414053EDCDE0681CABF208BC6A9AAD

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novebat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novebat/autenticar)

Página 5 de 11



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:  
17083925B01

STATUS:  
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V2 / PWC4941 / RENAULT/SANDERO EXPR 16		ENVOLVIMENTO: Condutor
NOME: LUCIANO PEREIRA DA SILVA	CPF: 582.712.284-04	DATA DE NASCIMENTO: 18/08/1966
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Divorciado(a)	NOME DA MÃE: SEVERINA PEDRO DA SILVA	
Dados de Endereço		
LOGRADOURO: R BELO HORIZONTE	NÚMERO: 3	
COMPLEMENTO:	BAIRRO: ROSA DOS VENTOS	
MUNICÍPIO/UF: PARNAMIRIM/RN		
TELEFONE: 84 99403-6985 / 99610-2122	EMAIL:	
Dados da Habilitação		
HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: B
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 02904100979	UF: RN
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 18/08/2003	VALIDADE DA CNH: 31/01/2018	
OBSERVAÇÕES DA CNH: 99		
Circunstâncias		
ESTADO FÍSICO: Ileso	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Sim	
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL: Sim	RESULTADO DO TESTE: 0.0 mg/L	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:		
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA: Etilômetro Nº 114497 ; Teste Nº 331		

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF LUCENA, MATRÍCULA 1070620

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 31/10/2017 23:14

NÚMERO DE CONTROLE: 414053EDCDE0681CABF208BC6A9AAD

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novcbat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novcbat/autenticar)

Página 6 de 11







MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:  
17083925B01

STATUS:  
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / OJU0219 / HONDA/CG 125 FAN KS

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

LUCENA/1070520

NÚMERO DO BAT:

17083925B01

DATA/HORA:

30/10/2017 13:00

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (trilhões)		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):

0

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF LUCENA, MATRÍCULA 1070520

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 31/10/2017 23:11

NÚMERO DE CONTROLE: 414053EDCDE0681CABF208BC6A9AAD

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novcbal/autenticar](http://www.prf.gov.br/novcbal/autenticar)

Página 8 de 11





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17083925B01

**STATUS:**  
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V1)



IMAGEM DA TRASEIRA (V1)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1)

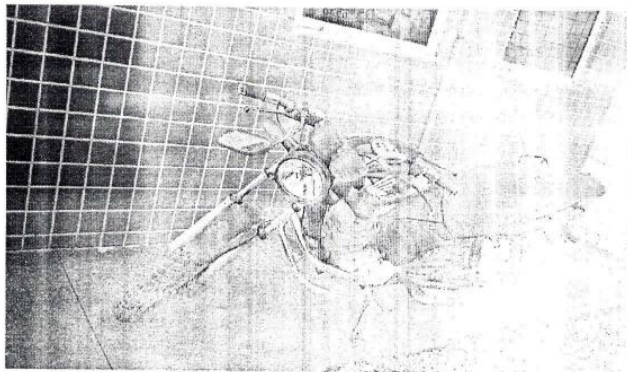


IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF LUCENA, MATRÍCULA 1070520

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 31/10/2017 22:14

NÚMERO DE CONTROLE: 414053EDCDE0681CABF208BC6A9AAD

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novcbait/autenticar](http://www.prf.gov.br/novcbait/autenticar)

Página 9 de 11



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:  
17083925B01

STATUS:  
Encerrado

AValiação de Danos

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V2 / PWC4941 / RENAULT/SANDERO EXPR 1.0

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

LUCENA/1070520

NÚMERO DO BAT:

17083925B01

DATA/HORA:

30/10/2017 13:00

Item	Descrição do item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Painel colisão fogo		X	
2	Longarina dianteira esquerda		X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X	
4	Estrutura da suspensão esquerda		X	
5	Air Bags frontal		X	
6	Air Bags lateral		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X	
8	Estrutura da coluna central esquerda		X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X	
11	Assoalho central esquerdo		X	
12	Longarina traseira esquerda		X	
13	Assoalho porta/malas e caçamba		X	
14	Longarina traseira direita		X	
15	Caixa de roda traseira direita		X	
16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
17	Estrutura da suspensão direita		X	
18	Estrutura da coluna central direita		X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	
20	Assoalho central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X	
22	Longarina dianteira direita		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):

0

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF LUCENA, 1070520 A 1070520

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 31/10/2017 17:00

NÚMERO DE CONTROLE: 414053EDCDE0681CABF208BC6A9AAD

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.pje.tjrj.gov.br/revista/autenticar](http://www.pje.tjrj.gov.br/revista/autenticar)

Página 10 de 11





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:  
17083925B01

STATUS:  
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V2)



IMAGEM DA TRASEIRA (V2)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V2)



IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V2)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF LUCENA, RAYLA 1070620

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 31/10/2017 17:17:17

NÚMERO DE CONTROLE: 414053EDCDE0681CABF208BC6A9AAD

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.pje.tjrn.jus.br/verifica-autenticidade](http://www.pje.tjrn.jus.br/verifica-autenticidade)

Página 11 de 11



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

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

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2- CNES	
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA		4- CNES 3515168	
Identificação do Paciente			
5- PACIENTE JOSE ARMANDO LOPES DA SILVA		6- NUMERO DO PRONTUÁRIO 149649	
7- CARTÃO NACIONAL/SUS 161892723560008	8- DATA DE NASCIMENTO 14/11/1990	9- SEXO MASCULINO	10- RAÇA/COR PARDA
11- NOME DA MÃE IRACEMA LOPES DA COSTA SILVA		12- TELEFONE DE CONTATO 98758-6503	
13- NOME DO RESPONSÁVEL JASSIANE OLIVEIRA DO N. LOPES (ESPOSA)		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) R JERUSALEM 70 CANA-BRAVA			
16- MUNICÍPIO MACAIBA	17- BAIRRO A RURAL	18- UF RN	19- CEP 59280-000
Justificativa de Internação			
20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Para estudos</i>			
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>At. Cirúrgico</i>			
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>S. B.</i>			
23- DIAGNÓSTICO INICIAL <i>F. I. 2</i>	24- CID 10 PRINCIPAL <i>D. 10</i>	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Procedimento Solicitado</i>		28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29- CLÍNICA <i>Ortopédica</i>	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>urgente</i>	31- DOCUMENTO ( ) CNS (X) CPF	32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Manoel Correia Neto</i>
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34- DATA DA SOLICITAÇÃO <i>30/10/17</i>	35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº 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 SEGURO			
46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
47- COD. ORGAO EMISSOR			
48- DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		

CONFERE COM ORIGINAL  
*Manoel Correia Neto*





## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA	
ORTOPEDIA	
ENFERMARIA Nº	LEITO
PRONTUÁRIO	
149849	
DATA	HORA
30/10/2017	15:55
CATEGORIA	
GIH	
PACIENTE	
JOSE ARMANDO LOPES DA SILVA	
DATA DE NASCIMENTO	
14/11/1990	
ESTADO CIVIL	PROFISSAO
CASADO	OPER-MAQUINA
ENDEREÇO (RUA, Nº)	
R JERUSALEM 70 CANA-BRAVA	
MUNICIPIO	BAIRRO
MACAIBA	A RURAL
UF	CEP
RN	59280-000
LOCAL DE TRABALHO	TELEFONE
FILIAÇÃO	
IRACEMA LOPES DA COSTA SILVA	SERAFIM ARMANDO LOPES DA SILVA
RESPONSÁVEL	TELEFONE
JASSIANE OLIVEIRA DO N. LOPES (ESPOSA)	98758-6503
ENDEREÇO	
O MESMO	

DIAGNOSTICO PROVISORIO

Trauma Abdominal fechado

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

Hemoperitônio por lesão meso(ceco)

DATA DE ADMISSAO

30/10/17

ALTA

09.11.2017

OBITO

## HISTORIA CLINICA

30/10/17 12h Nota operatória

Paciente masculino, colíneo, moto x-pista, há 12h evoluindo com dor abdominal difusa com irritação peritoneal submetido à LE para tratamento de lesões vasculares abdominal + mipectomia sob anestesia geral sem intercorrências e + cistocistostomia + tratamento peritônico.

Carissa S. Dinheira  
Cirurgia Geral  
CRM-RN 5412

**HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA**  
**RESUMO DE ALTA**

NOME	JOSÉ ARMANDO LOPES DA SILVA	IDADE	26A	SEXO	M
DATA DA INTERNACAO	31/10/17	DATA DE ALTA	03/11/17		
DIAGNÓSTICO	TRAUMA ABDOMINAL FECHADO				
TRATAMENTO REALIZADO	LAPAROTOMIA EXPLORADORA				
EVOLUÇÃO	PACIENTE ADMITIDO POR COLISÃO MOTOXCARRO, SOFRENDO TRAUMA ABDOMINAL FECHADO EM OBJETO FIXO. SUBMETIDO À LAPAROTOMIA EXPLORADORA SEM INTERCORRENCIAS. NO INTRAOPERATÓRIO FOI OBSERVADO: PEQUENOS HEMATOMAS EM DELGADO E LOJA RENAL, DIREITA, COM MODERADA QUANTIDADE DE SANGUE; GRANDE LACERAÇÃO DE BORDA MESENTERICA DO MESO CECO. REALIZADO LIMPEZA DA CAVIDADE + FECHAMENTO DA BORDA ANTIMESENTÉRICA DO MESO DO CECO + APENDICECTOMIA. EVOLUIU BEM NO PÓS OPERATÓRIO, SINAIS VITAIS ESTAVEIS, SEM DOR ABDOMINAL, ACEITANDO DIETA VIA ORAL, FE PRESENTES. BEG, VIGIL, ORIENTADO, DESCORADO +/4+, HIDRATADO. ABDOME PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR. FO COM BOM ASPECTO, SEM FLOGOSE. LABORATÓRIO DENTRO DA NORMALIDADE. APRESENTA LESÃO EM MSD QUE SERÁ ABORDADADA PELA ORTOPEDIA.				
CONDIÇÕES DE ALTA	MELHORADO				
ORIENTAÇÕES DE ALTA	<ol style="list-style-type: none"><li>1. EM CASO DE SINAIS DE ALARME (FEBRE PERSISTENTE, DOR ABDOMINAL FORTE, CALAFRIOS, FALTA DE AR) QUE NECESSITEM PRONTA AVALIAÇÃO CIRÚRGICA, RETORNAR AO HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA</li><li>2. RETORNO, COM 30 DIAS, AO HOSPITAL DEOCLÉCIO MARQUES EM UMA QUARTA-FEIRA PELA MANHÃ ÀS 7H, NO AMBULATÓRIO DE PÓS OPERATÓRIO DA CIRURGIA GERAL.</li><li>3. ORIENTAÇÕES GERAIS.</li></ol>				

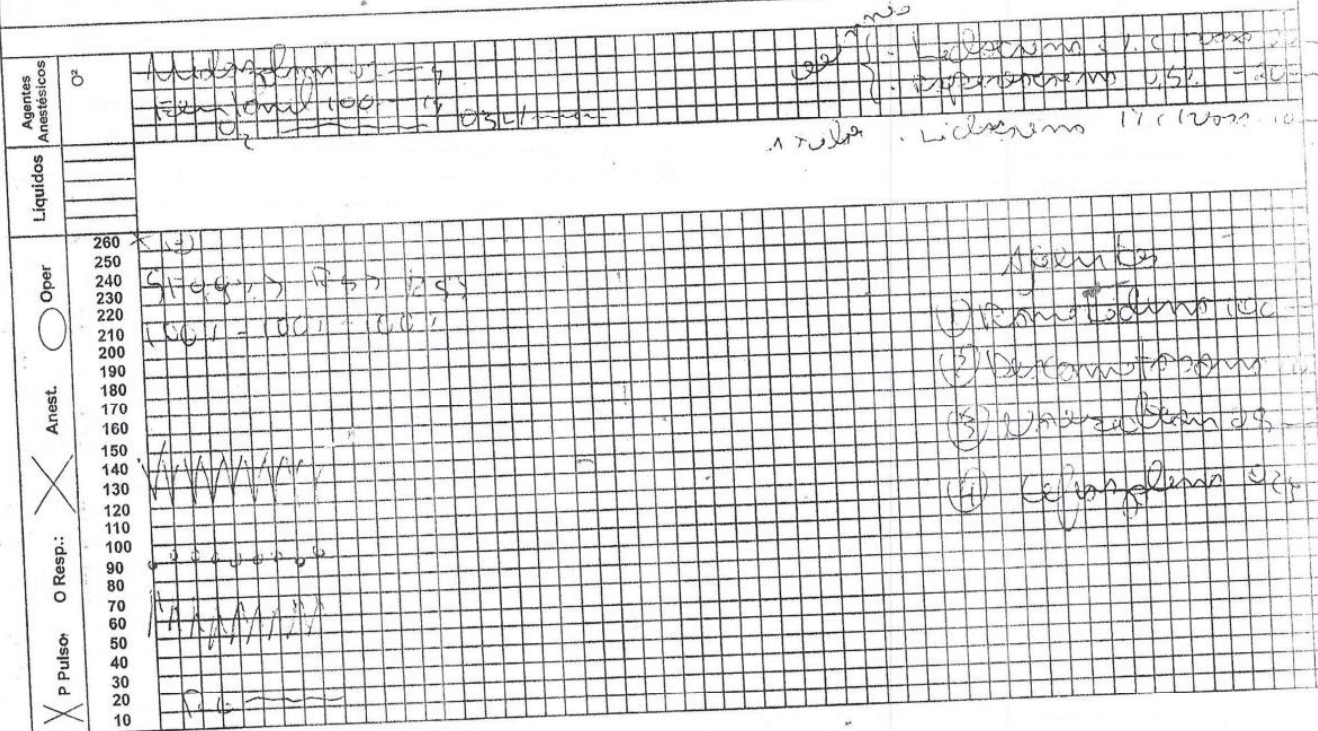
*[Assinatura]*  
 \_\_\_\_\_  
 Dra. Maria Sousa e Silva  
 MÉDICA  
 CRM/RN 5183

CONFIRMAR ORIGINAL  
 27/11/17  
 2017/11/17



# Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria		Leito		Nº prontuário	
Nome		Idade		Sexo		Cor	
Data		Pressão arterial		Pulso		Respiração	
Tipo sanguíneo		Hematúrias		Hemoglobina		Hematócrito	
Ap. respiratório		Temperatura		Peso		Outros	
Ap. circulatório		Glicemia		Uréia			
Ap. digestivo		Dentes		Pescoço		Asma	
Estado mental		Atarácicos		Corticoides		Bronquite	
Diagnóstico pré-operatório		Alergia		Estado físico		Hipotensores	
Anestesias anteriores		Eletrocardiograma		Ap. urinário		Risco	
Medicação pré-anestésica		Aplicada às		Efeito			



SIMBOLOS	
E	
ANOTAÇÕES	
POSIÇÃO	
Agentes	
Técnica	
Operação	
Cirurgões	
Anestesistas	
Observações	



Hospital

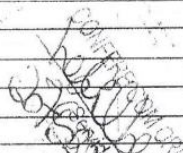
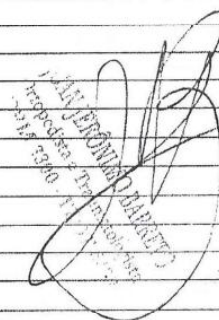
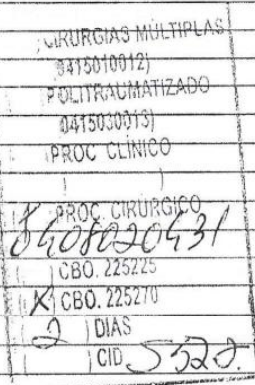
Nº 11117

Nome do paciente		José Armando Lopes da Silva		Nº prontuário		149649	
Data operação	08/11/17	Enf.		Letto			
Operador	Dr Carlos Meira	1º auxiliar	Dr Jean				
2º auxiliar		3º auxiliar		Instrumentador			
Anestesista	Dr Igor	Tipo de anestesia					
Diagnóstico pré-operatório							
fratura da Ulna proximal							
Tipo de operação							
tratamento cirúrgico p/ fratura da ulna proximal							
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. Anestesia
2. Antissepsia + Campos
3. Incisão em região posterior do antebraço prox
4. Exposição da fratura cominutiva da ulna
5. Redução da fratura + fixação com placa + parafusos + encaixes de bloqueio
6. Lavagem exaustiva
7. fechamento da ferida por plás
8. Curativo + Tala axila-palmar





## EXAMES COMPLEMENTARES

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) Tramal 50mg/ml - 01 amp + 100ml SF 0,9% EV agora

2) Anal. Ortop. + Rx.

Tela satisfeita

Drª Andreza de Faria Calado  
Médica-CRM/RN 8400

Ass. do Responsável

## DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <u>ORTOPEDIA</u>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR _____ DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____ ENTREGUE _____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____ A FAMÍLIA <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>

Manoel Correia Neto  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM/RN 8400

NO 100 112411



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

MAE: IRACEMA LOPES DA COSTA SILVA  
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 70-111111

NOME: JOSE ARMANDO LOPES DA SILVA

IDADE: 26 ANOS COR: PINTA SEXO: M ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

NATURALIDADE: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

CIDADE: MACAIBA DATA: 30/10/17 HORA: 18:50

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

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

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

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente vítima de colisão moto-carro, sendo arremessado contra poste, referindo dor em regiões lombar/pelve à D e em cotovelo D. Traído por SAMU, relata uso de capacete e nega perda de consciência, náusea ou vômitos.

EXAME FÍSICO

A. Vias aéreas patentes. Sem cervicalgia.

B. MV+, bilateral, s/ RA. Eupneico.

C. Hemodin. estável. FC: 76 bpm.

D. Glasgow 15.

E. Exortação + dor a palpação em regiões lombar à D. e em antebraço/

Pelva estável.

Abd. plano, flácido, indol.

cotovelo D com restrição de mobilização

SCORE DE TRAUMA MODIFICADO T-RTS

Score: 99%

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO
SAMU.	120 x 90	19	15			83





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

por M. M. M. M.

HEMOTRANSFUSÃO:  
(2) Hemoconcentrado Unid. ( ) Plasma Unid. ( ) Plaquetas Unid.  
( ) Albumina Unid. ( ) Expansor plasmático Unid.  
MEDICAÇÕES UTILIZADAS  
20g Kefazol h: 11h 25mg Antak h: 11h  
20g Dipirona h: 11h  
8mg Lorazepam h: 11h  
HIDRATAÇÃO VENOSA  
( ) Soro Fisiológico: ml (X) Soro Ringer Simples: ml Quantidade total de volume administrado: 1.000ml;  
( ) Soro Glicosado: ml ( ) Soro Ringer Lactato: ml

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

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES  
FO de aspecto: ( ) limpo ( ) c/exsudato ( ) Contaminada ( ) Aparelho gessado ( ) Bandagens ( ) Talas (X) Outros:  
INTERCORRÊNCIAS: Procedimento realizado com intercorrências.  
Ass: Elaine Zeidal Coren: 621.186

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO  
Nível de consciência: (X) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Narcose ( ) Coma ( ) Vigil ( ) Agitado  
Respiratório: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel (X) O<sub>2</sub> ambiente Curativo: (X) Oclusivo ( ) Compressivo ( ) Bolsa de colostomia ( ) Outro:  
Diurese: ( ) Espontânea (X) Normal ( ) Hematúria ( ) Irrigação Vesical ( ) Oligúrico Destino após a cirurgia: EPO.

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO  
Hora: 12:20 Data: 04/11/12 Nível de consciência: (X) Acordado ( ) Sonolento ( ) Narcose (X) Orientado  
( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Choro Vias aéreas: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) Cateter O<sub>2</sub> (X) O<sub>2</sub> Ambiente  
Mobilização MMII: (X) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade Mobilização MMSS: ( ) Normal (X) Diminuída ( ) Sem mobilidade  
Venoclise: ( ) Não (X) Sim Tipo: AP Local: TSE Sondas: ( ) Gástrica ( ) Enteral ( ) Vesical  
Drenos: ( ) Sucção ( ) Torácico ( ) Penrose ( ) Kherr Ostomias: ( ) Sim ( ) Não Especifique:  
Irrigação vesical contínua: ( ) Retorno satisfatório ( ) Retorno Insuficiente ( ) Coágulos  
Curativo: (X) Oclusivo ( ) Descoberto ( ) Limpo ( ) Sólido Monitorização: (X) ECG ( ) Oxímetro (X) IPA

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

SINAIS VITAIS							Líquidos administrados na URPA:	
Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor	Soro glicosado:	ml
Admissão	36	83	120x80	-	94	nequ	Soro Fisiológico:	ml
30'	36	83	120x80	-	96	nequ	Ringer:	ml
60'	36	100	120x80	-	96	nequ	Irrigação vesical contínua:	ml
Alta	36	90	120x80	-	90	nequ		

Medicações administradas URPA:					Eliminações:				
Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: Paciente admitido na URPA em 02/11/12, sem intercorrências.





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

Obto. Aléscio da Diárona

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: João Armando Lopes da Silva Idade: 26 D/N: 14/11/90  
Pront.: 149649 Município: M. Lucas Procedência: ( ) Externo ( ) Interno  
Data da cirurgia: 06/11/14 Hora Admissão: Bloco: 09:40 Sala: 1 Hora Saída: 11:50 Peso: 65kg  
Alergias: ( ) Não (X) Sim Diárona Comorbidades: ( ) HAS ( ) DM ( ) Outras Nenhuma  
Uso de medicações: (X) Não ( ) Sim Jejum: ( ) Não (X) Sim  
SSVV Admissão: PA: 110x60 mmHg Pulso: 83 bpm FI: 12 rpm FC: 97 bpm SpO<sub>2</sub>: 97 % T: 36 °C

Enfermeiro(a): Tatiane Instrumentado (a): Oliz Circulante: Aléscio da Diárona

Cirurgia: III CR. # DE CECRANO DIREITO Especialidade: Ortopedia Sala: 1  
Hora Início: 10:50 Hora Término: 11:45 Tipo de cirurgia: (X) Eletiva ( ) Urgência (X) Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada  
1ª Cirurgião: Dr. Carlos Maia Aux.: Dr. João Residente: Dr. João

Anestesia: ( ) Local (X) Sedação ( ) Geral TOT: 1 Bloqueio ( ) Raquidiana Ag.nº 1 ( ) Peridural ( ) Cateter ( ) s/cateter  
Ag.nº 1 Cateter nº: 1 Início: 10:50 Garrote: (X) Smarch ( ) Pneumático Início: 10:40 Término: 11:50  
Anestesiologista: Dr. João

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<input type="checkbox"/> t/dificuldade	<input type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input type="checkbox"/> Cistostomia	
<input checked="" type="checkbox"/> Açamado	<input checked="" 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 <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	80	88	87	Bpm
Pulso	81	87	88	Bpm
Oximetria	97%	98%	99%	%
Capnografia				%
PA	110/72/131/63	115/69	115/69	mmHg

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>MSK</u>	
Cateter: <u>JELCO</u>	

SONDAGEM GÁSTRICA	
<input type="checkbox"/> SNG nº	
Retorno:	
CATETERISMO VESICAL	
<input type="checkbox"/> SVF nº	<input type="checkbox"/> SVA nº
Diurese:	
Profissional responsável:	

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

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input type="checkbox"/> Dorsal	<input type="checkbox"/> Cabeça	<input type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/> Pescoço	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input checked="" 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

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
(X) Sim ( ) Não ( ) Metal ( ) Descartável	
Local: <u>Panturrilha direita</u>	
DEGRAMAÇÃO	
(X) Sim ( ) Não	
Local: <u>MSK</u>	
TRICOTOMIA	
( ) Sim (X) Não	
Solução: <u>DEG</u>	Local: <u>MSK</u>

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

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO



SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				4 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE						
Identificação do Paciente				5 - N° DO PRONTUÁRIO		149.649
6 - NOME DO PACIENTE				8 - DATA DE NASCIMENTO		14/11/90
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				9 - SEXO		Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> 3
11 - NOME DA MÃE				12 - TELEFONE DE CONTATO		N° DO TELEFONE
13 - NOME DO RESPONSÁVEL				14 - TELEFONE DE CONTATO		N° DO TELEFONE
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				17 - COD. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				19 - CEP		
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)						
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO						
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR						
Internamento ortopedia						
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA						
LE + tratamento lesão vascular abdominal + neurocrânio +						
25 - DIAGNÓSTICO INICIAL						
Trauma Abdominal Fechado						
26 - CID 10 PRINCIPAL						
27 - CID 10 SECUNDÁRIO						
28 - CID 10 CAUSAS ASSOCI						
22 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTER						
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL						
30 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINC						
31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE						
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO						
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						
33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						
35 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						
36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						
37 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						
38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						
39 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						
41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO						
Paciente vítima colisão moto x poste há 12h, Internado pelo ortopedista com fratura MSD, evolui com dor abdominal com peritonite com necessidade de LE.						
PROFISSIONAL SOLICITANTE						
42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE						
Larissa S. Pinheiro						
43 - DATA DA SOLICITAÇÃO						
31/11						
44 - DOCUMENTO						
45 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE						
010797544-07						
46 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CON)						
Larissa S. Pinheiro						
CRM-RN 5412						
AUTORIZAÇÃO						
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR						
48 - COD. ÓRGÃO EMISSOR						
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO						
31/11						
50 - DOCUMENTO						
51 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE						
52 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CON)						
31/11						





Hospital H+DAL

Nome do paciente		Joni Armandu Lopes da Silva		Carissa S. Pinheiro		Nº prontuário
				Leito		149.649
Data operação	31/10/17	Enf.		1º auxiliar	Maxima Pinheiro (Cirurgia Geral)	
Operador	Rafael Paulito (Coopmed)	2º auxiliar	Fernando Jto (Coop)	3º auxiliar	R2 Rodrigo	Instrumentador
Anestesista	Colina Bie	Tipo de anestesia	geral			
Diagnóstico pré-operatório Trauma Abdominal Fechado						
Tipo de operação Tratamento cirúrgico de peritonite + tratamento de lesão vascular intra-abdominal + reparo mio (ceco) + apendicectomia						
Diagnóstico pós-operatório Hemoperitônio por lesão importante de vaso na região do ceco.						
Relatório imediato do patologista Boa a patologia						
Exame radiológico no ato						
Acidente durante a operação Enfermeiros material, gases e compressas.						

#### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia geral
2. Assupção + antissupção + aposição campos
3. Incisão mediana
4. Abertura: parede abdominal por plano
5. Achados: moderada quantidade de sangue coagulado, com coágulos, sem sangramento ativo; pequenos hematomas em delgado e em loja renal direita; grande evacuação em borda mesentérica do mio no alto do ceco; distensão colón; sem sinais de isquemia; alguns vasos.
6. Realizado: limpeza da cavidade; fechamento da borda mesentérica da laceração de mio do ceco; apendicectomia com ligadura de sua base e do mesoapêndice; retirada de hematómas.
7. Fechamento aponeurose
8. Sutura pele
9. Curativo

Carissa S. Pinheiro  
Cirurgia Geral  
CRM-RN 5412

Rafael Paulito  
CRM 8550

X CIRURGIAS MÚLTIPLAS  
(6415010012)  
POLITRAUMATIZADO  
(2415030012)  
PROC. CLÍNICO  
PROC. CIRÚRGICO  
CBO 225225  
CBO 225770

CONFIRMADO ORIGINAL  
2015/10/31

04.06.07.0540

04.07.02.0539



# Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital	HDM			Enfermaria	Leito	Nº prontuário 149.649	
Nome	José Alexandre Lopes da Silva				Idade	26	Sexo M
Data	31/10/17	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros
Tipo sanguíneo	Hemáticas	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia		
	Urina						
Ap. respiratório	Sl alt				Asma	Bronquite	
Ap. circulatório	Sl alt				Eletrocardiograma		
Ap. digestivo	Alimentou-se há 2 dias			Dentes	Pescoço	Ap. urinário	
Estado mental	consciente			Atarácicos	Corticóides	Alergia	Hipotensores
Diagnóstico pré-operatório	Trauma Abdominal Fechado				Estado físico	Risco	
Anestesias anteriores							
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito		
Agentes Anestésicos	<div> <div>0</div> <div>SEVO</div> </div>						
Líquidos	<div> <div></div> <div>TpL TpL TpL TpL</div> </div>						
Oper.	<div> <div>260</div> <div>250</div> <div>240</div> <div>230</div> <div>220</div> <div>210</div> <div>200</div> <div>190</div> <div>180</div> <div>170</div> <div>160</div> <div>150</div> <div>140</div> <div>130</div> <div>120</div> <div>110</div> <div>100</div> <div>90</div> <div>80</div> <div>70</div> <div>60</div> <div>50</div> <div>40</div> <div>30</div> <div>20</div> <div>10</div> </div>						
Anest.	<div> <div>SEVO</div> </div>						
O Rasp.	<div> <div>SEVO</div> </div>						
P Puls	<div> <div>SEVO</div> </div>						
SIMBOLOS							
ANOTAÇÕES							
POSIÇÃO OI							
Agentes Propofol, remifentanyl, Atracurium, Desflurane, Placid, Remifentanyl, Tramadol							
Técnica Geral CI IOT							
Operação Tratamento peritônico + tração de varicela abdominal + ressecção + apendicectomia							
Cirurgiões Raphael Paulitti + Mariana Pinheiro							
Anestestistas Dra. Cátia							
Observações							

Cátia V. B. Almeida  
Anestesiologista





HOSP TAL REGIONAL DEOCLELIO MARQUES DE LUCENA  
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

→ Alérgico a Dipirona

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: JOSE ARMANDO LOPES DA SILVA Idade: 26 D/N: 1  
Pront.: 149644 Município: Ilheus Procedência: Interno  
Data da cirurgia: 31/10/17 Hora Admissão: 11:00 Sala: 02 Hora Saída: 12:50 Peso: 70  
Alergias: ( ) Não Sim Dipirona Como: oral HAS ( ) DM ( ) Outras: nenhuma  
Uso de medicações: Não ( ) Sim Jejum: Não ( ) Sim  
SSVV Admissão: PA: 120/80 mmHg Pulso: 70 bat/min SpO<sub>2</sub>: 98 % T: 36 °C

Enfermeiro(a): Luciano Circulante: Augusto

Cirurgia: TIPOLOGIA DE RESSECTOMIA Sala: 02  
Hora Início: 11:30 Hora Término: 12:45  
1ª Cirurgião: MARCELO AULETE Aux.: JOSSA Perfeito: RODRIGO

Anestesia: ( ) Local Sedação General Tipo: balão ( ) Peridural ( ) c/cateter ( ) s/cateter  
Ag. nº: 11 Cateter nº: 11 Início: 11:30 Término: 12:45  
Anestesiologista: DR. BATISTA

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada
<input checked="" type="checkbox"/> Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada
<input checked="" type="checkbox"/> Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Cianótica
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Ictérico
<input checked="" type="checkbox"/> Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada
<input checked="" type="checkbox"/> Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Integra
<input checked="" type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões
<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese
<input checked="" type="checkbox"/> t/dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica
<input checked="" type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisf.
<input checked="" type="checkbox"/> Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente
<input checked="" type="checkbox"/> Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas
<input checked="" type="checkbox"/> Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim
FC	<u>100</u>	<u>105</u>	<u>110</u>
Pulso	<u>100</u>	<u>105</u>	<u>110</u>
Oximetria	<u>96</u>	<u>98</u>	<u>98</u>
Capnografia	<u>43</u>	<u>36</u>	<u>36</u>
PA	<u>120/80</u>	<u>120/80</u>	<u>130/90</u>

ACESSO VENOSO
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Central
<input checked="" type="checkbox"/> Dissecção venosa

Local: Ilheus  
Cateter: 11

SONDAGEM GÁSTRICA
<input checked="" type="checkbox"/> SNG nº <u>11</u>
Retorno: <u>11:30</u>

CATETERISMO VESICAL
<input checked="" type="checkbox"/> SVF nº <u>11</u>
<input checked="" type="checkbox"/> SVA nº <u>11</u>
Diurese: <u>100</u>
Profissional responsável: <u>Luciano</u>

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

RESPIRATÓRIO
<input checked="" type="checkbox"/> Normotensa
<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensa
<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensa
<input checked="" type="checkbox"/> Normoventilado
<input checked="" type="checkbox"/> Hipoventilado
<input checked="" type="checkbox"/> Hiperventilado
<input checked="" type="checkbox"/> Normoxêmico
<input checked="" type="checkbox"/> Hipoxêmico
<input checked="" type="checkbox"/> Hiperoxêmico
<input checked="" type="checkbox"/> Normohidratado
<input checked="" type="checkbox"/> Desidratado
<input checked="" type="checkbox"/> Sobrehidratado

DISPOSITIVOS
<input checked="" type="checkbox"/> Jelco
<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central
<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise
<input checked="" type="checkbox"/> Fístula
<input checked="" type="checkbox"/> Arteriovenosa
<input checked="" type="checkbox"/> SNG
<input checked="" type="checkbox"/> SVD
<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia
<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia
<input checked="" type="checkbox"/> Dreno
<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gástrico
<input checked="" type="checkbox"/> Tração
<input checked="" type="checkbox"/> Talas

MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input checked="" type="checkbox"/> Estimul. Nervoso
<input checked="" type="checkbox"/> Diprifusor
<input checked="" type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador

COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Pescoço	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos
<input checked="" type="checkbox"/> Lombar	<input checked="" type="checkbox"/> MMII
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos

CA DO BISTURI ELÉTRICO  
tal ( ) Descartável

TRICOTOMIA  
( ) Sim Não  
Solução: Clorox Local: Ilheus

IMPLANTE CIRÚRGICO

Parafuso - tipo: 11

LISTA DO MATERIAL CIRÚRGICO





Buscar no site

A  
COMPANHIASEGURO  
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO  
(Pontos-de-Atendimento)CENTRO DE DADOS E  
ESTATÍSTICASSALA DE  
IMPrensaTRABALHE  
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

## SINISTRO 3180009989 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE ARMANDO LOPES DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E  
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO JOSE ARMANDO LOPES DA SILVA

CPF/CNPJ: 09940675429

Posição em 01-06-2018 11:57:30

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
20/02/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50
19/04/2018	R\$ 689,85	R\$ 0,00	R\$ 689,85

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
26/04/2018	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	