



Número: **0813917-29.2018.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **19ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **26/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUCIANO ANDRE DE MOURA (AUTOR)		GUSTAVO RODRIGO MACIEL CONCEICAO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
24643 508	17/04/2018 10:49	Procuração20180412 0526	Procuração
24643 540	17/04/2018 10:49	Documentos Pessoais 0333	Documento de Identificação
24643 553	17/04/2018 10:49	Comprovante de Residência 0336	Documento de Comprovação
24643 574	17/04/2018 10:49	Declaração de Residência 0335	Documento de Comprovação
24643 606	17/04/2018 10:49	Boletim de Ocorrência 0337	Documento de Comprovação
24643 693	17/04/2018 10:49	Documentos Médicos 0338	Documento de Comprovação
24644 183	17/04/2018 10:49	Documentos Médicos 2 0339	Documento de Comprovação
24644 200	17/04/2018 10:49	Comprovante de Sinistro Administrativo	Documento de Comprovação

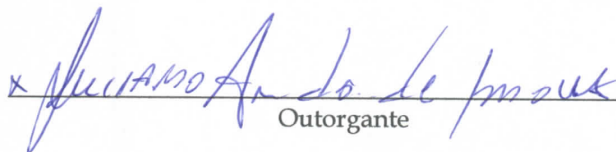
PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

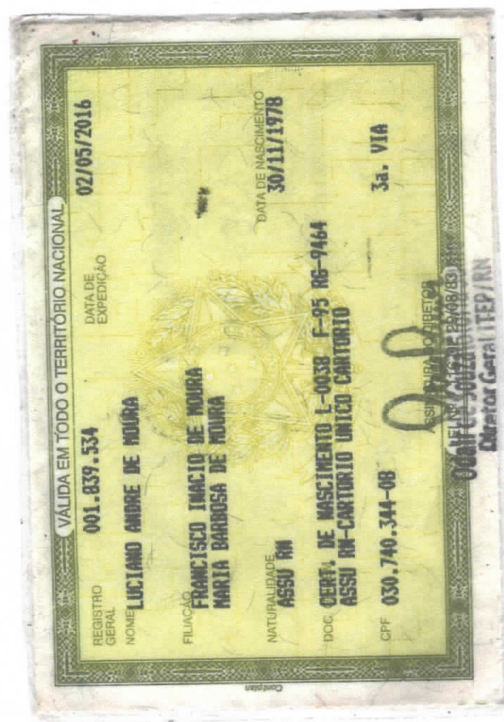
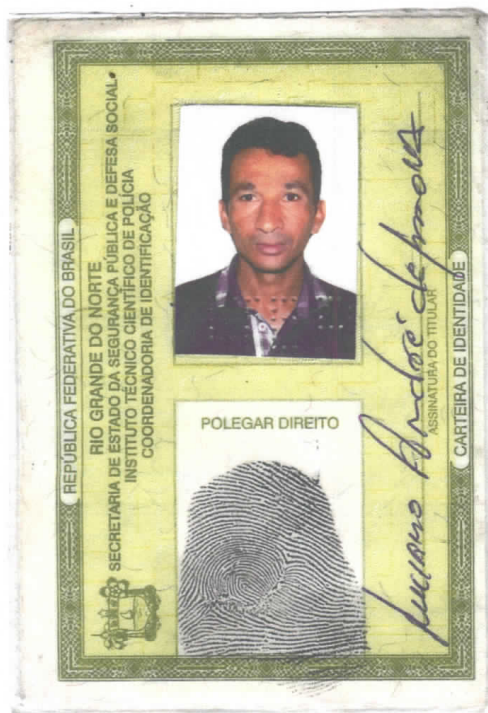
OUTORGANTE: Duriano André de Moura, brasileiro, natural de
Lins/SP, solteiro, instalador de sem, RG nº 1.839.534 SSP/RN, CPF nº
030.740.344-08, residente e domiciliado na Rua Oure Preto, nº
108, Neópolis, Natal/RN.

OUTORGADOS: GUSTAVO RODRIGO MACIEL CONCEIÇÃO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB-RN 680-A, com endereço profissional na Avenida Prudente de Moraes, nº 3151, Edifício Multi Empresarial, Salas 102 e 103, Lagoa Seca, Natal – RN;

PODERES: Confere amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive propor quaisquer ações, defender-me nas que me forem propostas, cíveis ou penais, reconvir, promover quaisquer medidas cautelares, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrolar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, efetuar levantamentos, requerer laudos, avaliações e perícias, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, transigir, fazer acordo, confessar, renunciar, desistir, impugnar, receber alvará, cheque e dar quitação, firmar compromissos, requerer abertura de inventário ou arrolamentos, assinar termo de compromisso de inventariante, de renúncia, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o outorgante seja autor ou reclamante e defendendo-o, na condição de reclamado bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso.

Natal/RN, 12 / 04 / 2018.


Outorgante





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL * FATURA * CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Memoz, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
ADSON JOSE PESSOA FERREIRA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA OURO PRETO 108

CPF: 018 195 204-12

NEOPOLIS/ÁREA URBANA
NATAL RN
59088-890

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
000486273	ÚNICA	10/08/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
10/08/2017	3010589865	835511

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7006199113	08/2017
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRECISA PRÓXIMA LEITURA
17/08/2017	11/09/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)	118,61

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alvo(kWh)	184,0000000	0,55021719	101,23
Acréscimo Bandeira AMARELA			3,17
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,50
Contribuição Iluminação Pública			12,18
Compensação DMIC 08/17			-0,47
TOTAL DA FATURA			118,61

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (KWH)
2131035015	CAT	12/07/2017	3 864,00		16/08/2017	4 048,00		28	184,00
HISTÓRICO DE CONSUMO									
MÊS/ANO	CONSUMO (KWH)								
AGO 17 104									
JUL 17 98									
JUN 17 115									
MAY 17 114									
ABR 17 158									
MAR 17 182									
FEV 17 161									
JAN 17 150									
DEZ 16 140									
NOV 16 118									
OUT 16 100									
SET 16 88									
AGO 16 99									
INFORMAÇÕES DE CONSUMO									
MÊS/ANO	CONSUMO (KWH)								
AGO 17 104									
JUL 17 98									
JUN 17 115									
MAY 17 114									
ABR 17 158									
MAR 17 182									
FEV 17 161									
JAN 17 150									
DEZ 16 140									
NOV 16 118									
OUT 16 100									
SET 16 88									
AGO 16 99									
TARIFAS APLICADAS									
Consumo Alvo(kWh)									0,41800000
RESERVAÇÃO FINCA									
AC3C F799 83B1 0FAC FF6D 848D 17FB C48E									

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. Na data de leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pago, em atraso gera multa 2% (Resolução ANEEL, Juros 1% a.m. e IOF 0,3842%) e atualização monetária no pro. mês. O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de reatamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorreu a suspensão.

Comunicação de não pagamento de (x) conta(s) de energia elétrica(s)					
Vencido	01/08/2017	Valor	Vencido	01/08/2017	Valor
18/07/17	10/08/17	85,38	18/08/17	12/07/17	79,43
18/05/17	10/08/17	87,27	18/08/18	08/07/18	38,78
18/05/18	08/08/18	41,80	18/04/18	09/05/18	39,63
Outros					
108,43					
Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com consequência nacional. Este consumo não qualifica o nível de serviços anteriores ou bem como não altera situações em discussão judicial que poderão ser cobradas após o fim do processo.					
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
CONJUNTO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	
JUL 2017					
DIC	3,87	6,18	10,38	30,77	
FIC	1,00	3,17	6,35	12,70	
DMIC	3,87	2,94	0,00	0,00	
Limite DICR: 12,22 EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 35,91					
NÍVEL DE TENSÃO					
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	inferior	superior		
220		202	231		

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7006199113	08/2017	17/08/2017	118,61

83800000001-7 18610038407-6 00619911320-2 00789689123-0



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Luciano Andre de Maura

RG nº 001.839.534, data de expedição 02/05/16, Órgão SSP/RN,

CPF nº 030.740.344-08, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua Ouro Preto
Número	18
Apto / Complemento	Área Urbana
Bairro	Neópolis
Cidade	Natal
Estado	RN
CEP	59.088 - 690
Telefone de Contato	Contato:
E-mail	(84) 3206-3717 (84) 9609-9481

SMSERVICOSRN@GMAIL.COM

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Natal, 30/08/17

Assinatura do Declarante:

Luciano Andre de Maura



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 96357 -

1 - LOCALE DATA

Local Av. Lima e Silva / R. Victor Olanda Bairro LAGOS NOVA
Cidade/UF NATAL P. Ref. PRUANORTE
Data 04/07/2017 Hora do acidente 08:50 Hora do registro 9:00 Dia da semana 1ª Feira

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi OIP 2858 Cidade PARANAMIRIM UF RN
Marca/Mod. GM CEKTA Cor preta Ano 12/10
Proprietário RITA DE CASSIA GUERES N° de Ocupantes 01
Condutor A. NOLAN Data de Nasc. 20/10/1968
Endereço R. AURINO VILA N° 360 Fone 94951 9710
Bairro EMANUS Cidade PARANAMIRIM UF RN
CPF N° 622.070.164-04 CNH N° 01120041634 Validade 26/11/2021 Categoria AS
Local de Trabalho motorista Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi MYM 3489 Cidade MOSSORO UF RN
Marca/Mod. YAMARA YOK Cor ROXA Ano 01/10
Proprietário Bontil Fric. O. Blet. LTDA N° de Ocupantes 1
Condutor LUISIANO ANDRE DOS SANTOS Data de Nasc. 30/11/1978
Endereço AV. NOLAN EMANUS N° 83 Fone 3034 9464
Bairro NOVA DOSSOBORCHA Cidade NATAL UF RN
CPF N° 030.740.344-08 CNH N° _____ Validade 1/1 Categoria _____
Local de Trabalho ELAVOJAT Fone _____
End. AV. NOLAN EMANUS N° 83 Bairro N. DOSSOBORCHA Cidade NATAL

5 - VEÍCULO 03:

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

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
SEÇÃO DE TRÁFEGO
AUTENTICAÇÃO
Natal/RN 21/08/2017
Joãoir MURRINHA DA SILVA
SGT PM
Mat. 111.296-1

6 - VEÍCULO 04:

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

Autenticação Número do Boletim: 96357 Número da Ocorrência: 398401 Data Registro: 13/07/2017 Hora Registro: 10:43:01 Número/Controle: Y47868645E

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? Av. Lima e Silva
 Em que sentido? L. Nova E. Oprema Em que faixa? direita
 Versão do condutor Alago dos transportes na Av. Acima
Libora 5 1600 A seta na 1ª altura
Na R- Victor Holanda, foi beliver por V2
em sua lateral esquerda.

Assinatura do Condutor do V1 Rita de Cassia Guedes

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? Av. Lima e Silva
 Em que sentido? L. Nova E. Oprema Em que faixa? esquerda
 Versão do condutor Alago dos transportes na sua via 5
V1 passou sem sinalizar e quando o acidente
deu LHO trouxe bem duas motos e
pôsion e fisio

Assinatura do Condutor do V2 Luciano Andrei de Jesus

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: 96357 Número da Ocorrência: 398401 Data Registro: 13/07/2017 Hora Registro: 10:43:01 Número/Controle: Y47868645E

9 6 3 5 7 -






8.2 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 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 Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input checked="" type="checkbox"/> Linha <u>Quilômetro</u>
<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 checked="" 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"/> _____
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____	
			<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 ÔNIBUS
 CARRETA

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1	AVARIAS DO VEÍCULO 2
<p>traçeira lateral</p> <p>traçeira, flange e defensas</p> <p>defensora</p>	<p>Retravisor</p> <p>abuso parabrisa</p> <p>abuso manete</p>
	
 <p>SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL</p> <p>COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL</p> <p>SEÇÃO DE TRÁFEGO</p> <p>AUTENTICAÇÃO</p> <p>Natal/RN 21/08/2017</p> <p>João Humberto da Silva</p> <p>SGT PM</p> <p>Mat. 111.296-1</p>	
AVARIAS DO VEÍCULO 3	AVARIAS DO VEÍCULO 4
	

Autenticação Número do Boletim: 96357 Número da Ocorrência: 398401 Data Registro: 13/07/2017 Hora Registro: 10:43:01 Número/Controle: Y47868645E

11 - ☒ Vítima: condutor de ☒ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Socorro Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro

Nome: Luciano Mendes dos Santos Data de Nascimento: 30/11/1978
RG N°: 001.237.534 Órgão Expedidor: 109 N°: 102 Fone: 97724 8557
Endereço: R.ouro preto Cidade: Natal UF: RN
Bairro: Nepoles Versão: Alta, que viam em sua via quando
uma motocicleta desviou um alta colisão com o mesmo
Assim causando danos físicos e materiais

Assinatura: [Assinatura] Hora: _____

12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro

Nome: _____ Data de Nascimento: _____
RG N°: _____ Órgão Expedidor: _____ N°: _____ Fone: _____
Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____
Bairro: _____ Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____

13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro

Nome: _____ Data de Nascimento: _____
RG N°: _____ Órgão Expedidor: _____ N°: _____ Fone: _____
Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____
Bairro: _____ Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____

14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro

Nome: _____ Data de Nascimento: _____
RG N°: _____ Órgão Expedidor: SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
SEÇÃO DE TRÁFEGO
AUTENTICAÇÃO
Natal/RN 21/Jul/08 13017
Joãoir Maranhão da Silva
SGT PM
Mat. 111.296-1
Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____
Bairro: _____ Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

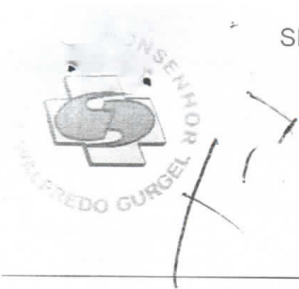
Placa: _____ Cidade: _____ UF: _____ Marca/Modelo: _____
Nome: _____ RG N°: _____ Órgão Exp.: _____
Endereço: _____ N°: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO AIT N°: _____ Cód/DESD: _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

O condutor de V2 perdeu sua ctm sobrando
o mesmo na pista ao acostar, por isso
os não foi colocado os papos

Nome Completo do Agente: JOSE ALI ASSIS DOS SANTOS
POSTO/GRAD.: 2º SGT PM N°: 9285 Viatura: VI 106 Subunid.: 15 DPRS
Local e Data: Natal, 29 de Julho de 2017
Assinatura do Agente de Trânsito: [Assinatura]
Autenticação Número do Boletim: 96357 Número da Ocorrência: 398401 Data Registro: 13/07/2017 Hora Registro: 10:43:01 Número/Controle: Y47868645E



SESAP/RN - HOSP. L. M. NSEN DR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 30609 /2017

Admissão: 04/07/2017 09:41:31

CIRURGIA GERAL - LARANJA

Paciente: 27808 - LUCIANO ANDRE DE MOURA (38 a 7 m 4 d)

Nascimento: 30/11/1978 Natural: NATAL BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: CPF: 03074034408

Prof:

Mãe: MARIA BARBOSA DE MOURA

Pai:

Logradouro: OURO PRETO, 108

CEP: 59088690

Bairro: NEÓPOLIS

Cidade: NATAL

Telefone:

Compl:

Motivo: MOTO X CARRO - COLISAO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 04/07/2017 09:39:04

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	130/70		99	21	21	88		15	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: TRAUMA EM PERNA/COLISÃO CARRO-MOTO

Hora: _____

Paciente vítima de acidente com veículo x carro há 20 minutos após TCE, em ponto de trânsito. Trauma pelo SAMU C/ presença de amolecimento. Refere dor aguda em perna direita com limitação de movimento. Sem outros queixas.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A VAP CC estável
- B auscultação
- C hemodinâmica estável
- D ECG = 13 batimentos por minuto + fibrilação
- E FF em perna direita.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

RAIOS-X
Realizado em: 4/7/17 Hora: 10:00
Técnico: _____

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Gerado via SX por FRANCISCO DE ASSIS DE BRITO. Impresso em 04 de Julho de 2017.

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS):

M (MEDICAÇÕES EM USO):

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

L (LÍQ. E ALIMENTOS INGERIDOS):

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL):

EXAME COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISE CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2:

HORA:

DATA:

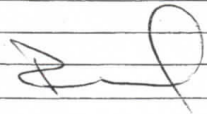

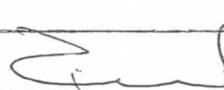
ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

Assinatura e Carimbo do Médico

O preenchimento correto do boletim de atendimento de urgência produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais fidedignos e protege o paciente e o profissional de saúde.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: <u>ORTOP</u>	
ANAMNESE <u>fx. fratura fêmur</u> <u>D. 87 anos</u>	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)**** :	LABORATÓRIO
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) <u>1) fala sobre</u> <u>2) voltar em 10/08</u> <u>3) decisão em</u> <u>4) fte p. Ho cirurgia</u> 	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">CONFERE COM ORIGINAL NATAL, <u>25/08/17</u> MAT. Nº. _____ SAME  ASSINATURA</div>
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável
DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: <u>adap</u>	DATA: <u>04/07/17</u> HORA: <u>14h</u>
SAÍDA:	DATA: <u>/ /</u> HORA:
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:	
ÓBITO:	DATA: <u>/ /</u> HORA:
Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	
 Médico (Carimbo) Dr. Rodrigo Cabral Ortopedista CRM 60465/SB/OT 14525	

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: <u>/ /</u> HORA:
SAÍDA:	DATA: <u>/ /</u> HORA:
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:	
ÓBITO:	DATA: <u>/ /</u> HORA:
Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	



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

FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL

SUS: 700 9039 2611 1144 Identificação CPF: 030.740.344-08

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTI: _____ Leito: _____

Data de admissão: 05/04/2017 Alta: _____

Nome: Luciano Andre de Moura Naturalidade: Araruama - RJ

Idade: 37a Sexo: (X) Masculino () Feminino Data de Nascimento: 30/11/1978

RG: 001.833.934 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: 2ª Fase I

Filiação: Pai: Francisco Inácio de Moura

Mãe: Maria Barbosa de Moura

Endereço: Rua Ouro Preto, 108. Natal

Cidade: Natal

Telefone: 98782.9032 () Residencial () Trabalho () Celular

Contato: _____ Outros telefones: _____

Composição familiar: 05 (irmão)

Outras informações: Faz uso de () Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Instaladora de Son Trabalho c/ vínculo empregatício (X) Não () Sim

() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado

Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPs () SAD

Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa _____

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares (X) Trazido pelo SAMU

() Socorrido em via pública () Outros meios _____

() Encaminhado: Hospital de origem: _____

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____

Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental

Responsável pelo paciente: Gilma da Silva Féliz

Parentesco: Acompanhante Telefone: 98782.9032

Endereço do Responsável: _____

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

05.07.2017 - Paciente vítima de colisão moto x carro, com fratura múltipla de perna D, em cuidados de Ortopedia. Solicitado cópia dos docs + orientações. Carilene Oliveira 1599

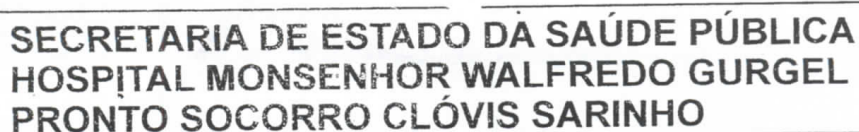
Saída

óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs. _____

Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____

Orientações/Encaminhamentos: _____

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



NOME: Luís André ENF.: Corradon LEITO: 927
 IDADE: 38 PESO: 57 ALTURA: 164 Nº REG.: 27808
 DIAGNÓSTICO: Colúmbio muito comum
 TMB. NC: 1500 kcal
 DIETA: lúme

DATA	TODA ANOTAÇÃO DEVE SER ASSINADA PELO NUTRICIONISTA QUE FEZ
5/7/17	Paciente no 2º DH, última coluna motor corno, refere punha direita com diminuição dos movimentos, dor no antebraço direito. <small>Elis de Fatima Nunes Duarte Nutricionista MAT 84 297-4 CRN 0658</small>
6/7/17	Paciente avaliado pelo instrumento de triagem com nutricional, NRS 2002, score 11. baixo risco de desnutrição. <small>Elis de Fatima Nunes Duarte Nutricionista MAT 84 297-4 CRN 0658</small>
5/8/17	DATE

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



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

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PROTOCOLO					
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASculINO	1	FEMININO	2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO					
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)						
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP			

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS



PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	29 - DT SOLICITAÇÃO	30 - CNS / CPF	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL			
42 - CID SECUNDÁRIO			


DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL

43 - () 44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
48 - CNS / CPF	52	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

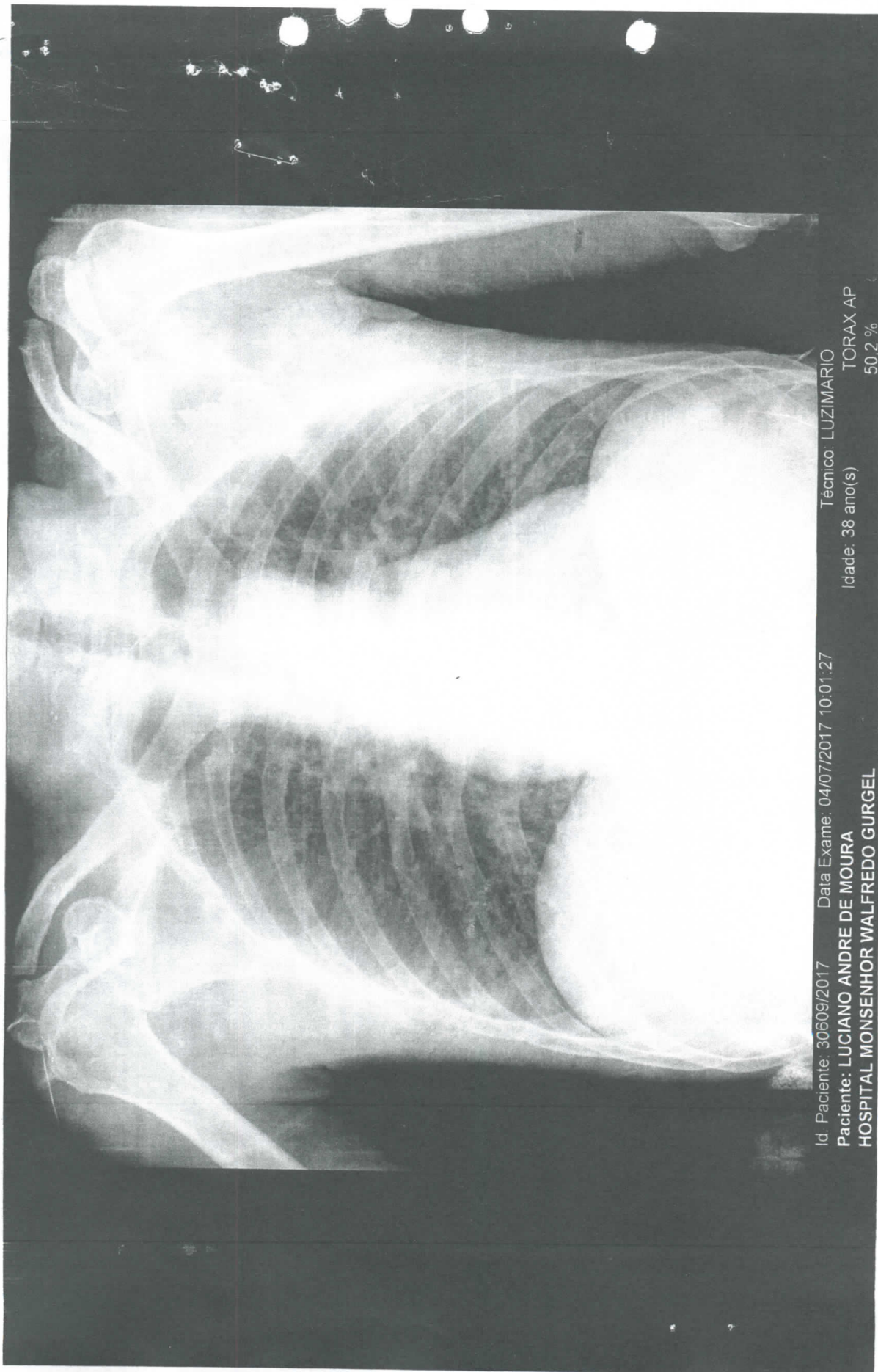
Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos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

 GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho		927 000 LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO			
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE H.W.G.		2 - CNES 207946887	
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE Luciano André de Moura		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS 70040393611144	8 - DATA DE NASCIMENTO 30/11/1978	9 - SEXO 38	MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> 2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Maura Barbosa de Moura		11 - TELEFONE DE CONTATO 986348537	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) Rua Juno Preto, 108		987829039	
13 - MUNICÍPIO Natal	14 - BAIRRO Neópolis	15 - UF	16 - CEP
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS FX fratura da tíbia			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Ho cutâneo		CONFERE COM ORIGINAL Servidor	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) fuer + OR 1 AP			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Sufocação	26 - LEITO / CLÍNICA atras	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO urgente	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE CRM 6045/SB01 J. J. J.
25 - Nº DO PROCEDIMENTO 0308010019			29 - DT SOLICITAÇÃO 04/07/12
			30 - CNS / CPF
			31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL	DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
42 - CID SECUNDÁRIO	43 - ()	44 - () GRAVE	45 - () GRAVÍSSIMA
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.		
48 - CNS / CPF	52		
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		

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



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE - SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL - PRONTO SOCORRO DR. CLÓVIS SARINHO



Id. Paciente: 30609/2017 Data Exame: 04/07/2017 10:01:27 Técnico: LUZIMARIO
Paciente: LUCIANO ANDRE DE MOURA Idade: 38 ano(s) TORAX AP
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL 50.2 %

AV. SENADOR SALGADO FILHO, S/N - TIROL - NATAL / RN - CEP.: 59015-380
TEL : (84) 3232-7500 / 3232-7530 - EMAIL: SADT@RN.GOV.BR - SITE: WWW.WALFREDOGURGEL.RN.GOV.RR



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE - SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL - PRONTO SOCORRO DR. CLÓVIS SARINHO



Id. Paciente: 30609/2017 Data Exame: 04/07/2017 10:01:27

Paciente: LUCIANO ANDRE DE MOURA

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: LUZIMARIO

Idade: 38 ano(s)

PERNA LAT

54,2 %

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

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



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE - SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL - PRONTO SOCORRO DR. CLÓVIS SARINHO



Id. Paciente: 30609/2017 Data Exame: 04/07/2017 10:01:27 Técnico: LUZIMARIO
Paciente: LUCIANO ANDRE DE MOURA Idade: 38 ano(s) Perna LAT
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL 50,1 %

AV. SENADOR SALGADO FILHO, S/N - TIROL - NATAL / RN - CEP.: 59015-380
TEL.: (84) 3232-7500 / 3232-7530 - EMAIL: SADT@RN.GOV.BR - SITE: WWW.WALFREDOGURGEL.RN.GOV.BR



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os fins que se fizerem necessários,

que o (a) Sr. (a) Luciano André de Sousa foi examinado

(a) nesta Unidade de Saúde às 8:30 horas,

Necessitando de 30 (trinta) dias de

afastamento do trabalho por motivo de moléstia classificada no C.I.D. com

nº S-82.2, a partir da presente data.

Parnamirim/RN 01 / 08 / 17
Dr. Djalma Carlos de A. JR
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 2295
REG - 512
Médico / CRM

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

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

UNI² BARBÉ A DE MOURA

700 403 926 11 1144

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA 55 Nº 0275 - W9

NOME: LUCIANO AMORE DE MOURA

IDADE: 30/11/78 COR: PARDADA SEXO: MASC ESTADO CIVIL: Solteiro

NATURALIDADE: ABRU CANI PROFISSÃO: ESTUDANTE PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: RUA: OUREIRO PRATO 08 BAIRRO: NOVO POLO

CIDADE: NATAL DATA: 25/03/17 HORA: 15 25

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)

F.T tibia

CONFERE COM ORIGINAL

servidor

1554620

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

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

CONFERE COM ORIGINAL

Dr. Carlos Maia
Cirurgia de Ombro
CRM 6794/SBOT 12570

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 ____/____/____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/> ENTREGUE À FAMÍLIA <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

MÉDICO (Carimbo)

CHÉFE DO PLANTÃO (Carimbo)



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

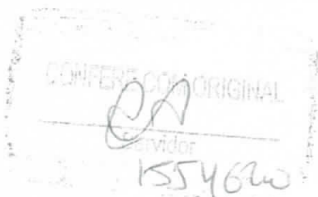
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde



1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2- CNES	
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA		4- CNES 3515168	
Identificação do Paciente			
5- PACIENTE LUCIANO ANDRE DE MOURA		6- NUMERO DO PRONTUARIO 148537	
7- CARTÃO NACIONAL/SUS 700 4039 2611 1144	8- DATA DE NASCIMENTO 30/11/1978	9- SEXO MASCULINO	10- RAÇA/COR PARDA
11- NOME DA MAE MARIA BARBOSA DE MOURA		12- TELEFONE DE CONTATO 986248537	
13- NOME DO RESPONSÁVEL GILMA DA SILVA FELIX		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA - OURO PRETO Nº 108			
16- MUNICÍPIO NATAL	17- BAIRRO NEOPOLIS	18- UF RN	19- CEP 595950000
Justificativa de Internação			
20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Fract. Ossos do Punho D.</i>			
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Fract. Punho D.</i>			
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Fract. Punho D.</i>			
23- DIAGNÓSTICO INICIAL	24- CID 10 PRINCIPAL	25- CID 10 SECUNDÁRIO	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29- CLÍNICA		30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO
		() CNS () CPF	
32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
		34- DATA DA SOLICITAÇÃO	
		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 SEGURADO			
Autorização			
46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47- COD. ORGÃO EMISSOR	
48- DOCUMENTO () CNS () CPF		52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO		51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO
		148537
DATA	HORA	CATEGORIA
25/07/2017	15:57	GIH
PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO
LUCIANO ANDRE DE MOURA		30/11/1978
ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	
SOLTEIRO	ESTALADOR DE AUTO	
ENDEREÇO (RUA, Nº)		
RUA - OURO PRETO Nº 108		
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF
NATAL	NEOPOLIS	RN
LOCAL DE TRABALHO		CEP
		5959500000
		TELEFONE
FILIAÇÃO		
MARIA BARBOSA DE MOURA	FRANCISCO INACIO DE MOURA	
RESPONSÁVEL		TELEFONE
GILMA DA SILVA FELIX		986248537
ENDEREÇO		
O MESMO		
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO		
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO		

DATA DE ADMISSÃO

25.07.17

ALTA

03.08.17

OBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente internado para tratamento cirúrgico de

rot. Ortop. Rot. 13.

H.P.P:

Alergias:

CD: Internação e Exames Pré-operatório.

Dr. Tádée S. Estanislau
CRM 5686
Ortopedia e Traumatologia



Hospital		Nº prontuário	
Nome do paciente: <u>Luciano André de Moura</u>			
Data operação	Enf.	Leito	
Operador: <u>Dr. Hausman</u>	1º auxiliar: <u>Carlos M.</u>	Instrumentador	
2º auxiliar	3º auxiliar	Tipo de anestesia	
Anestesista	Diagnóstico pré-operatório		
Tipo de operação: <u>F.T. Distal</u>			
Diagnóstico pós-operatório: <u>Tibia (D.)</u>			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato: <u>OSTEOSINTESE PLATA + P.A. 7/0</u>			
Acidente durante a operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. PAC - Docência Point sob Anest.
2. Assépsia - Antisséps + Uptoc + 25mm
3. Redução cruenta + fixação com Placa + P.A. 7/0 4.5mm.
6. RX control.
7. Ligadura do vaso
8. Sutura do músculo + RU-ALU
9. Aplicação de 25mm
10. Curativo do local.

DIAGNÓSTICO
150100123
POLÍTRAMA 7000
0415030131
PROC. CLÍNICO

PROC. CIRÚRGICO
0408050500
5822

Dr. Carlos Meia
Cirurgia do Ombro
CRM 67943BOT 12570

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital <u>D.M.L.</u>				Enfermaria	Leito	Nº prontuário																																																																																					
Nome <u>Luciano Andre de Moura</u>				Idade	Sexo <u>M</u>	Cor																																																																																					
Data <u>01/08/2017</u>	Pressão arterial <u>130/90</u>	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso <u>760kg</u>	Outros																																																																																					
Tipo sanguíneo	Hemoglobina <u>14,0</u>	Hemoglobina	Hematócrito <u>38,6</u>	Glicemia <u>96,13</u>	Ureia <u>30,42</u>																																																																																						
Urina <u>Negativa</u>				Asma		Bronquite																																																																																					
Ap. respiratório <u>N</u>				Eletrocardiograma																																																																																							
Ap. circulatório <u>N</u>																																																																																											
Ap. digestivo <u>N</u>				Dentes	Pescoço	Ap. urinário																																																																																					
Estado mental <u>lucido</u>				Atarácicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores																																																																																				
Diagnóstico pré-operatório <u>Fratura dos ossos da perna</u>				Estado físico		Risco																																																																																					
Anestesias anteriores																																																																																											
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito																																																																																						
<table border="1"> <tr> <td>Agentes Anestésicos</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Líquidos</td> <td></td> <td><u>1500ml</u></td> </tr> <tr> <td>Oper.</td> <td>260</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>250</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>240</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>230</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>220</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>210</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>200</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>190</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>180</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>170</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>160</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>150</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>140</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>130</td> <td><u>11/11/11</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td>120</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>110</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>100</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>90</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>80</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>70</td> <td><u>11/11/11</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td>60</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>50</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>40</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>30</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>20</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>10</td> <td></td> </tr> </table>								Agentes Anestésicos	0		Líquidos		<u>1500ml</u>	Oper.	260			250			240			230			220			210			200			190			180			170			160			150			140			130	<u>11/11/11</u>		120			110			100			90			80			70	<u>11/11/11</u>		60			50			40			30			20			10	
Agentes Anestésicos	0																																																																																										
Líquidos		<u>1500ml</u>																																																																																									
Oper.	260																																																																																										
	250																																																																																										
	240																																																																																										
	230																																																																																										
	220																																																																																										
	210																																																																																										
	200																																																																																										
	190																																																																																										
	180																																																																																										
	170																																																																																										
	160																																																																																										
	150																																																																																										
	140																																																																																										
	130	<u>11/11/11</u>																																																																																									
	120																																																																																										
	110																																																																																										
	100																																																																																										
	90																																																																																										
	80																																																																																										
	70	<u>11/11/11</u>																																																																																									
	60																																																																																										
	50																																																																																										
	40																																																																																										
	30																																																																																										
	20																																																																																										
	10																																																																																										
<p>1) Anestesia</p> <p>2) Pneu. auto. 23kg</p> <p>3) hiper lúct</p> <p>4) Exatidão no</p> <p>med. de tipo</p>																																																																																											
<p>SÍMBOLOS <u>ECG, PAM, SpO2</u></p>																																																																																											
ANOTAÇÕES																																																																																											
POSIÇÃO <u>0-1</u>																																																																																											
Agentes <u>Neocama 0,5/0,1mg + Dmoy 40,1mg + Dexamet 5mg + Relazone 02gr</u>																																																																																											
Técnica <u>Raqui anestesia</u> <u>Ramitidina 0,1mg + Dexametazone</u>																																																																																											
Operação <u>Fixação fratura de perna</u> <u>Duplone 02mg</u>																																																																																											
Cirurgião <u>Hausman + Carlos</u>																																																																																											
Anestesiista <u>Valle</u> <u>Rosa Maria P. Valle</u>																																																																																											
Observações <u>Médica Anestesiologista</u>																																																																																											
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias																																																																																											
Perda sanguínea																																																																																											



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:						
() Hemoconcentrado _____ Unid.	() Plasma _____ Unid.					
() Albumina _____ Unid.	() Expansor plasmático _____ Unid.					
MEDICAÇÕES UTILIZADAS						
h: _____	h: _____					
h: _____	h: _____					
h: _____	h: _____					
HIDRATAÇÃO VENOSA						
() Soro Fisiológico: _____ ml	() Soro Ringer Simples: _____ ml					
() Soro Glicosado: _____ ml	() Soro Ringer Lactato: _____ ml					
Quantidade total de volume 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: <u>PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÕES, TODAS FEITAS POR ANESTESIOLOGISTA.</u>						
CONFERE COM ORIGINAL <u>Serviço</u>						
Ass: _____	Coren: <u>81523</u>					
CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO						
Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado						
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () O ₂ ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro: _____						
Diurese: () Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: <u>CIR</u>						
UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO						
Hora: <u>12:10</u> Data: <u>01/08/17</u> Nível de consciência: () Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado						
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O ₂ () O ₂ Ambiente						
Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade						
Venoclise: () Não () Sim Tipo: <u>AVP</u> Local: <u>MSE</u> 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	—	81	—	—	100%	—
30'	—	—	—	—	—	—
60'	—	75	—	—	100%	—
Alta	—	—	—	—	—	—
Líquidos administrados na URPA:						
Soro glicosado: _____ ml						
Soro Fisiológico: _____ ml						
Ringer: _____ ml						
Irrigação vesical contínua: _____ ml						
Medicações administradas URPA:						
Hora	Medicação	Dose	Viã	Assinatura		
Eliminações:						
					Diurese	Retorno Gást.
					Drenagem	Retorno da Irrigação
					Recebido da SO	
					Desprezado URPA	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: <u>Paciente encaminhado a clínica ortopedica I.</u>						
Ass: <u>Sara</u> Coren: <u>554.898</u>						



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

Nome: <u>LUCIANO ANDRÉ DE NOVA</u>		Idade: <u>35</u>		D/N: <u>30/11/1978</u>	
Pront.: <u>148537</u>		Município: <u>Lucena</u>		Procedência: () Interno () Externo	
Data da cirurgia: <u>01/08/17</u>		Hora Admissão: Bloco: <u>1</u>		Sala: <u>1</u> Hora Saída: <u>14:00</u> Peso: <u>70</u>	
Alergias: () Não () Sim		Comorbidades: () HAS () DM () Outras			
Uso de medicações: () Não () Sim		Jejum: () Não () Sim			
SSV: Admissão: PA: <u>110</u> mmHg		Pulso: <u>85</u> bpm		FC: <u>85</u> bpm SpO ₂ : <u>98</u> % T: <u>36</u> °C	
Enfermeiro(a): <u>LETÍCIA</u>		Instrumentado(a): <u>MARCELA</u>		Circulante: <u>ALDO</u>	
Cirurgia: <u>TIE DE TÍBIA DIREITA (Ortopedia)</u>		Especialidade: <u>ORTOPEDIA</u>		Sala: <u>1</u>	
Hora Início: <u>11:10</u>		Hora Término: <u>14:00</u>		Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada	
1º Cirurgião: <u>CARLOS MATA</u>		Aux.: <u>HAUSMAN</u>		Residente: <u></u>	
Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: <u></u>		() Blc.queio () Raquidiana Ag.nº <u></u>		() Peridural () c/cateter () s/cateter	
Ag.nº <u></u> Cateter nº: <u></u>		Início: <u>11:10</u>		Garrote: () Smarch () Pneumático Início: <u>11:20</u> Término: <u></u>	
Anestesiologista: <u>ROSA</u>					
NEUROMUSCULAR		PELE/HIGIENE		CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO	
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso		<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	
<input type="checkbox"/> Letárgico	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipotensão		<input type="checkbox"/> Acesso V. Central	
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Hipertensão		<input type="checkbox"/> Cat. Diálise	
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico		<input type="checkbox"/> Fístula	
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Bradicardia		<input type="checkbox"/> Arteriovenosa	
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Íntegra	<input type="checkbox"/> Taquicardia		<input type="checkbox"/> SNG	
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input type="checkbox"/> C/lesões	<input type="checkbox"/> Choque		<input type="checkbox"/> SVD	
<input type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígmico		<input type="checkbox"/> Colostomia	
<input type="checkbox"/> t/dificuldade	<input type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia		<input type="checkbox"/> Cistostomia	
<input type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input type="checkbox"/> Dispneia		<input type="checkbox"/> Dreno	
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input type="checkbox"/> Dispositivo O ₂		<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input type="checkbox"/> Manchas			<input type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia			<input checked="" type="checkbox"/> Talas	
SINAIS VITAIS		POSICÃO		COXIM	
FC	Início	Meio	Fim	Unid.	MMSS
85	85	72	80	Bpm	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
Pulso	85	72	80	Bpm	<input type="checkbox"/> Abduzidos
Oximetria	97	98	98	%	<input type="checkbox"/> Fletidos
Capnografia				%	<input type="checkbox"/> MMII
PA	120x62	120x62	96x58	mmHg	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
					<input type="checkbox"/> Abduzidos
					<input type="checkbox"/> Fletidos
ACESSO VENOSO		PLACA DO BISTURI ELÉTRICO			
<input type="checkbox"/> Punção Arterial	() Sim () Não () Metal () Descartável				
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica	Local: <u></u>				
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Central	DEGERMAÇÃO				
<input type="checkbox"/> Dissecção venosa	() Sim () Não				
Local: <u></u>	TRICOTOMIA				
Cateter: <u></u>	() Sim () Não				
SONDAGEM GÁSTRICA		Local: <u>M I D</u> Solução: <u>CRX</u>			
<input type="checkbox"/> SNG nº <u></u>	IMPLANTE CIRÚRGICO				
Retorno: <u></u>	Drenos: <u></u>				
CATETERISMO VESICAL		Tela: <u></u>			
<input type="checkbox"/> SVF nº <u></u>	Cateter: <u></u>				
<input type="checkbox"/> SVA nº <u></u>	Ostomia: <u></u>				
Diurese: <u></u>	Fio de KC: <u></u> Parafuso – tipo: <u>7CORT.</u>				
Profissional responsável: <u></u>	Placa Tipo: <u>BIPOLAR 10 FOLHAS</u>				
EXAMES SOLICITADOS:		Outros: <u></u>			
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria				
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros				
<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input type="checkbox"/> Glicosimetria:				
<input type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	<u></u>				
ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO					
Caixa cirúrgica: <u>BK+45+PER</u> Quant. Material: <u>OK</u>					
Val.: <u>01/05/17</u> Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim					

SINISTRO 3170481313 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUCIANO ANDRE DE MOURA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA
SEGUROS S/A

BENEFICIÁRIO LUCIANO ANDRE DE MOURA

CPF/CNPJ: 03074034408

Posição em 12-04-2018 13:59:03

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
13/10/2017	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00