



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
24643 508	17/04/2018 10:49	<a href="#">Procuração 20180412 0526</a>
24643 540	17/04/2018 10:49	<a href="#">Documentos Pessoais 0333</a>
24643 553	17/04/2018 10:49	<a href="#">Comprovante de Residência 0336</a>
24643 574	17/04/2018 10:49	<a href="#">Declaração de Residência 0335</a>
24643 606	17/04/2018 10:49	<a href="#">Boletim de Ocorrência 0337</a>
24643 693	17/04/2018 10:49	<a href="#">Documentos Médicos 0338</a>
24644 183	17/04/2018 10:49	<a href="#">Documentos Médicos 2 0339</a>
24644 200	17/04/2018 10:49	<a href="#">Comprovante de Sinistro Administrativo</a>

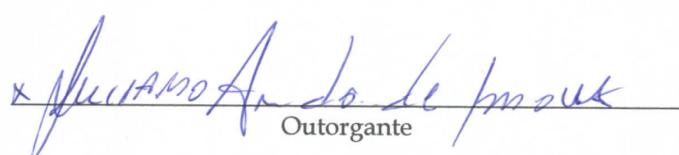
**PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"**

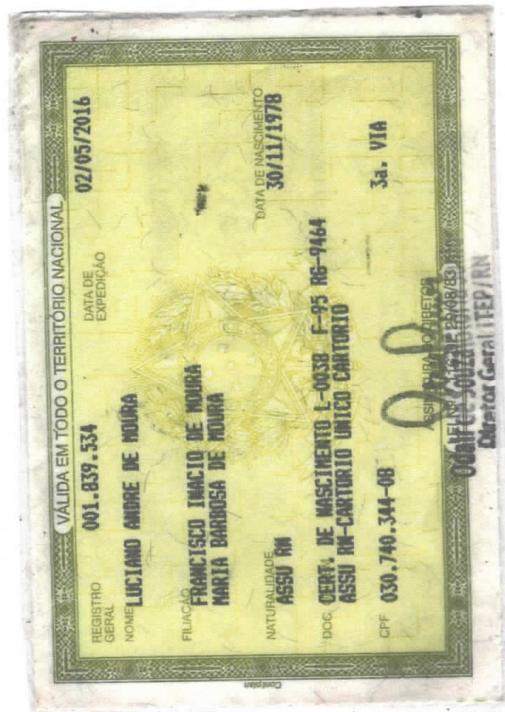
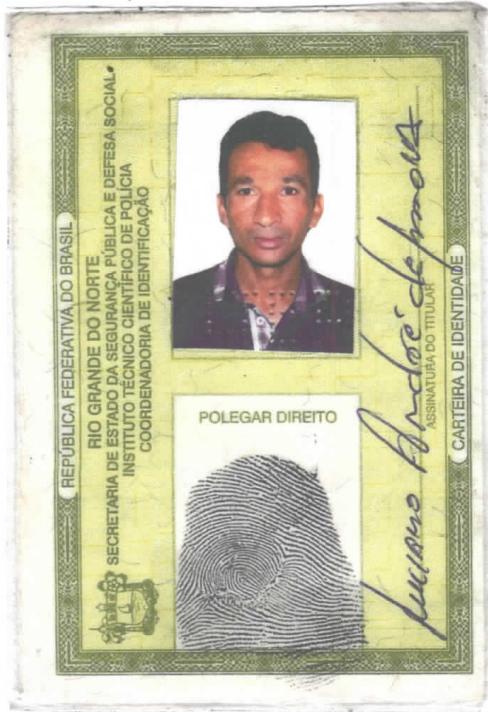
**OUTORGANTE:** Juriano Andrade de Moura, brasileiro, natural de Cessari/RN, solteiro, instalador de som, RG nº 1.839.534 SSP/RN CPF nº 030.740.344-08 residente e domiciliado na Rua Duro Bréio, nº 308, Núopolis, Natal/RN.

**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 judicia*", 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, arrazoar 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 argüir 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 Mermoz, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-61 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosen.com.br

DADOS DO CLIENTE  
ADSON JOSE PESSOA FERREIRA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA OURO PRETO 108

CPF: 018 195.204-12

NEOPOLIS/AREA URBANA

NATAL RN

59088-690

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
000468273	ÚNICA	10/08/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
10/08/2017	3010589885	835511

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	184.000000	0,55021718	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	CONSTANTE
2131035015	CAT	12/07/2017	3.864,00	10/08/2017	4.040,00	29	1.000000

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês/Año kWh		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
AGO17 184		ICMS	106,90	18,00	19,24
JUL17 98		PIS	106,90	1,07	1,14
JUN17 115		COFINS	106,90	4,98	5,30
MAI17 114					
ABR17 156					
MAR17 182					
FEV17 161					
JAN17 150					
DEZ16 140					
NOV16 118					
OUT16 100					
SET16 88					
AGO16 99					
Consumo Ativo(kWh)		TARIFFAS APLICADAS		Total R\$ 105,80	
				0,41800000	
RESERVADO AO RISCO					
AC9C F799 83B1 0FAC FF9D B4B0 17FB C46E					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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](http://www.aneel.gov.br). O cliente é compensado quando há violação na contabilidade individual ou do nível de tarifa de fornecimento. Pago, em atraso, gera multa 2% (Dois e Meio) L, Juros 1% e m/ L e I 0,426427 e atualização monetária no prazo, mas O Cliente é compensado quando houver desconto de imposto distinto para os padrões de abastecimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser colocado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

CONDIÇÕES PARA NÃO PAGAMENTO DA(s) Fatura(s) ou ameaça de corte(s)			
VENCIDO	DATA DE LEITURA	VALOR	VENCIDO
18/07/17	10/08/17	65,38	19/08/17
18/07/17	10/08/17	67,27	19/08/17
18/05/16	08/06/16	41,80	08/07/16
Oárias débitos		106,47	

Em caso de não pagamento da dívida, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer a inclusão da dívida com restrição de crédito do SPC e SERASA, com efeitos nacionais. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores e as leis como não abrange situações em discussão judicial que poderão ser cobradas após o fim do processo judicial.

Límite DICR: 12,22 EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 35,91

NÍVEL DE TENSÃO

CONSULTA	VALOR APENAS	LIMITE MÍNIMAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
JCR	3,97	5,18	10,38	20,77	220	202 231
FIC	1,00	3,17	6,36	12,70		
DMIC	3,97	2,84	0,00	0,00		

CONTAS CONTRATO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)

7006199113 08/2017 17/08/2017 118,61

838000000001-7 18610038407-6 00619911320-2 00789689123-0



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Luciano Andre de Maura,

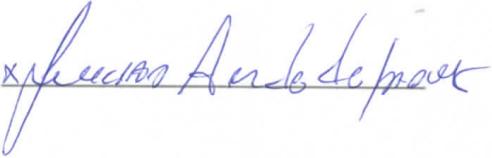
RG nº 001.839.534, data de expedição 02/05/16, Órgão SSP/RN,

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)	<u>Rua. Jurema Preto</u>
Número	<u>18</u>
Apto / Complemento	<u>Área Urbana</u>
Bairro	<u>Neapolis</u>
Cidade	<u>Mata</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59.088 - 690</u>
Telefone de Contato	<b>Contato:</b> <b>(84) 3206-3717</b> <b>(84) 9609-9481</b>
E-mail	<u>SMSERVICOSRN@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Mata, 30/08/17

Assinatura do Declarante: 



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
**BOAT 96357 -**

1 - LOCALE DATA

Local AU - Linha 65 Lura/Br. norte Olinda Bairro Lagos Nova  
Cidade/UF Natal P. Ref. Paraná  
Data 04/10/2017 Hora do acidente 08:50 Hora do registro 9:00 Dia da semana Tr Fim

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi OIP 2858 Cidade PARNAMirim UF RN  
Marca/Mod. Gm E8RTA Cor prata Ano 12/10  
Proprietário RITA DE CRESIA GUERROS Nº de Ocupantes 01  
Condutor A. MUSMA Data de Nasc. 20/10/1968  
Endereço R. AURÉLIO VIEIRA Nº 360 Fone 99951 8710  
Bairro EMARU Cidade PARNAMirim UF RN  
CPF N° 622.070.164-04 CNH N° 01120041639 Validade 22/11/2021 Categoria AB  
Local de Trabalho motorama Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi M YM 3489 Cidade MISSISSIPI UF RN  
Marca/Mod. YAMAHA YBR Cor ROXA Ano 01/107  
Proprietário BORTOLINI FELIPE D. BLST. LTDA Nº de Ocupantes 1  
Condutor LUCIANO ANDRAES SOUZA Data de Nasc. 30/11/1978  
Endereço AV. NORTON PEREIRA Nº 83 Fone 2034 9464  
Bairro NOVA DOS CORAÇÕES Cidade NATAL UF RN  
CPF N° 030.710.344-08 CNH N° \_\_\_\_\_ Validade 1/1 Categoria   
Local de Trabalho elovosat Fone \_\_\_\_\_  
End. AV. NORTON PEREIRA Nº 83 Bairro N. DOS CORAÇÕES Cidade NATAL

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ Nº de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF N° \_\_\_\_\_ CNH N° \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Mat. 111.296-1 Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL  
SEÇÃO DE TRÁFEGO  
AUTENTICAÇÃO**  
Natal/RN 21.10.2017  
\_\_\_\_\_  
Joádir MUNIZ PEREIRA da Silva  
\_\_\_\_\_  
SGT PM  
\_\_\_\_\_  
Mat. 111.296-1

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ Nº de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF N° \_\_\_\_\_ CNH N° \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ 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 O SILVA

Em que sentido? L. NOVA E. OS POCOS

Em que faixa? ORIENTAL

Versão do condutor Aluga os trânsitos na AV. ACIMA

LIMA O SILVA A SETA DA FAIXA ONDE

NA R- VICTOR HUMBERTO TORRES POR CIMA POR V2

EM SUA DIREÇÃO ORAVONDA.

Assinatura do Condutor do V1 *Ribeiro de Oliveira Guedes*

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV- LIMA O SILVA

Em que sentido? L. NOVA E. OS POCOS

Em que faixa? ORIENTAL

Versão do condutor Aluga os trânsitos na sua via A

VIA ESTADO SÃO JOSÉ VALMIR ESTACANDO O ALIMENTO

OS LIMOS FRENTE SEM MUITAS MATRIMONIAS E

PESSOAL E FISICO

Assinatura do Condutor do V2 *Jacomo Andrade da Silva*

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 \_\_\_\_\_

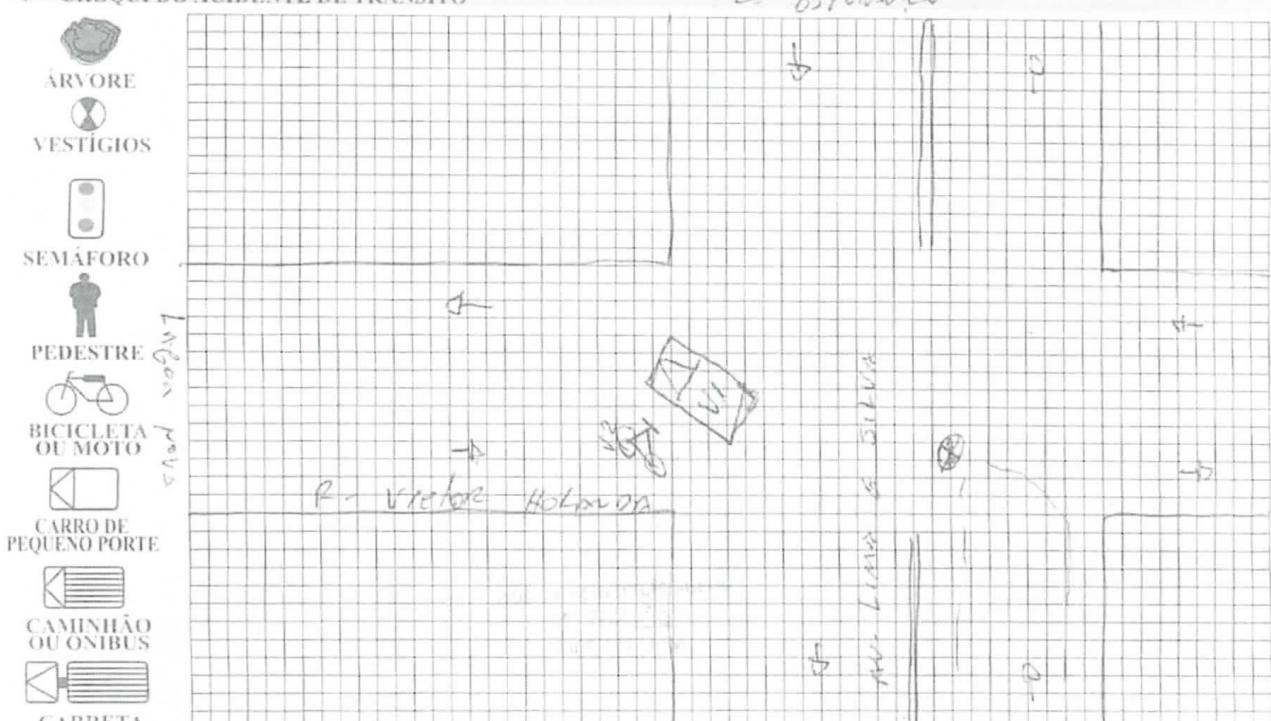
Autenticação Número do Boletim: 96357 Número da Ocorrência: 398401 Data Registro: 13/07/2017 Hora Registro: 10:43:01 Número/Controle: Y47868645E

96357 -

## 8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo da Pista	Caract./Pista	Cond./Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecer	<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"/> Anoitecer	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Aclive Ingreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input checked="" type="checkbox"/> Noite e/ou Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulosa	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Aclive Suave	<input type="checkbox"/> Poças d'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite e/ou Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Ingreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input checked="" type="checkbox"/> Linha <u>contínua</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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

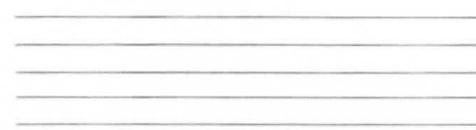


## 10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1 parachute lateral  
farol direito descolado e quebrado  
óculos de proteção



AVARIAS DO VEÍCULO 2 Retrovisor  
estalo parabrisa dianteiro  
óculos de proteção



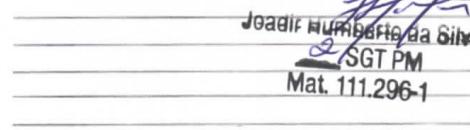
## AVARIAS DO VEÍCULO 3

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
 COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL  
 SEÇÃO DE TRÁFEGO  
 AUTENTICAÇÃO

Natal/RN 21/08/2017



Joaquim Humberto da Silva  
 SGT PM  
 Mat. 111.296-1



## 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: Saúde

Presenciou:  Testemunha  Fato  Registro

Nome Belisario Andrade do Socorro RG Nº 001.839.534 Órgão Expedidor IFAP Data de Nascimento 30/11/1978  
Endereço R. CURSO Pinto Bairro Recife Cidade Natal Nº 102 Fone (81) 8778-48537 UF E  
Versão Abusos que vivemos em suas vidas em sua volta coligiu com o mundo assim fomos todos parados ficar com a maturias

Assinatura José Antônio de Paula Hora \_\_\_\_\_

12 -  Vítima: condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
 Passageiro de  V1  V2  V3  V4  Conduzido para: \_\_\_\_\_

Presenciou:  Testemunha  Fato  Registro

Nome \_\_\_\_\_ RG Nº \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Data de Nascimento / /  
Endereço \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_ RG Nº \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Data de Nascimento / /  
Endereço \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_ RG Nº \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL Data de Nascimento / /  
Endereço \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Versão \_\_\_\_\_

Autenticação Mat. 111.296-1

Assinatura José Antônio de Paula Hora \_\_\_\_\_

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ Marca/Modelo \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ RG Nº \_\_\_\_\_ Órgão Exp. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_

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

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

O motorista do V2 por não ter sua carteira de habilitação, por ser sóbrio e não ter sido o causador do acidente, por isso

Nome Completo do Agente José Antônio de Paula dos Santos  
POSTO/GRAD.: 2º SGT PM Nº 96357 Viatura VT 106 Subunid.: 1º DPRE  
Local e Data Natal . 09 de julho de 2017

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. ALINHENSE DR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 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

CNS:

CPF: 03074034408

Sexo: M Cor: PARDA

Mãe: MARIA BARBOSA DE MOURA

Pai:

Logradouro: OURO PRETO, 108

CEP: 59088690

Bairro: NEÓPOLIS

Cidade: NATAL

Telefone: .

Compl: .

Motivo: MOTO X CARRO - COLISAO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

Tipo: REFERENCIADO

Empresa: .

Fluxograma: .

Discriminador: .

OBS: .

Classificação: 04/07/2017 09:39:04

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
13:07:00			99	O2	21	88		15	

**HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA**

Queixas: TRAUMA EM Perna/COLISÃO CARRO-MOTO

Hora: \_\_\_\_

Ramalho círculo de velocidade moto x carro que 20 minutos viu  
TCE, ou pode de escurecer. Trauma fez SAMU C/ manobra de  
imobilização. Repre de aperto em perna direita com diminuição de  
movimento. Sem dor mas queixa.

**EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)**

- A VAP CC Interna
- B suspeito
- C hemorragia muscular lateral
- D ECG = +3 suspeito: ECG + spasmogênio
- E FF sem lesão óssea.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

**RAIOS-X**  
Realizado em: 4/7/17 Hora: 10:00  
Técnico: \_\_\_\_\_

\*Saída: -

**DIAGNÓSTICO INICIAL - CID**

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



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: ORTOP

ANAMNESE

PX ferida aberta  
J. 87 cm que

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*\*

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

- 1) fechar ferida
- 2) curar ferida
- 3) desinfetar ferida
- 4) ferida p/ hse empurrar

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL, 25/08/17

MAT. N°

SAME

OF

ASSINATURA

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

✓

DATA: 04/08/17

HORA: 10:30

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica

À Revelia

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado

S.V.O.

I.T.E.P.

Médico (Carimbo)

Jr. Rodrigo Cabral  
Ortopedista  
CRM 6046/SB/07 14525

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica

À Revelia

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado

S.V.O.

I.T.E.P.

 <p><b>GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE</b>          Secretaria de Estado da Saúde Pública          Hospital Monsenhor Walferido Gurgel          Pronto Socorro Clóvis Sarinho</p>	<b>FICHA DE ACOMPANHAMENTO SOCIAL</b>
--	---

SUS: 700 4039 2611 0144 Identificação CPF: 030.740.344-08

Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ UTI: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data de admissão: 05/07/2017 Alta: / / /

**Nome:** Iureuna Andre de Moura **Naturalidade:** Açu - RN

**Idade:** 28 **Sexo:** ( ) Masculino ( ) Feminino **Data de Nascimento:** 30/11/1988

**RG:** 001.833.634 **Estado Civil:** Solteiro **Nível de Instrução:** Bom Fund I

**Filiação:** Pai: Francisco Inácio de Moura

Mãe: Maria Prochora de Moura

**Endereço:** Rua Duro Preto, 108 - Mimos **Cidade:** Natal

**Telefone:** 98780.7039 ( ) Residencial ( ) Trabalho ( ) Recado

**Contato:** \_\_\_\_\_ **Outros telefones:** \_\_\_\_\_

**Composição familiar:** 05 (irmão)

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

#### Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

**Atividade desenvolvida:** Instalador de som Trabalho c/ vínculo empregatício ( ) 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 ✓ Trazido pelo SAMU

( ) Socorrido em via pública ( ) Outros meios \_\_\_\_\_

( ) Encaminhado: Hospital de origem: \_\_\_\_\_

#### Critérios para Acompanhante

Possui requesitos? ( ) Não ( ) Sim Qual o motivo? \_\_\_\_\_

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

Responsável pelo paciente: Gilma da Silva Filho CF

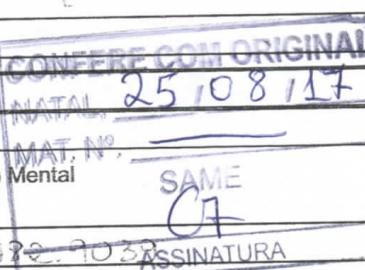
Parentesco: Acompanhante Telefone: 98780.7039 ASSINATURA

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 retorna de coloção meto x sacro, com fratura múltipla de perna D, em evolução da Ortopedia. Encaminhado à Cirurgia do Dor + orientações.



#### 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.



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO**

NOME: Luízio Andri ENF.: Corridor LEITO: 927  
IDADE: 38 PESO: 57 ALTURA: 164 Nº REG.: 27808  
DIAGNÓSTICO: Coliteis moto clínico  
TMB. NC: 1500 kcal  
DIETA: Líquido

## **EVOLUÇÃO NUTRICIONAL**

DATA	TODA ANOTAÇÃO DEVE SER ASSINADA PELO NUTRICIONISTA QUE FEZ
SI/11/17	Paciente no 2º DIH, utime coluna metax cirro, refere porma diurete com diminuição dos mictântos, diurético N diurético. fumos TGF ausentes, diurese mantida. <span style="float: right;">Maria de Fátima Nunes Duarte Nutricionista CAT 84 297-4 CRN 0858</span>
SI/11/17	Paciente evolução pelo instrumento de triagem nutricional, NRS 2002, NURU 01 baixo risco de desnutrição. <span style="float: right;">Fátima Nunes Duarte Nutricionista CAT 84 297-4 CRN 0858</span>
SI/11/17	Pac

**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 <i>WILSON</i>	6 - N° DO PROTOCOLO <i>25/08/17</i>					
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 <i>DOENÇA</i>			

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  
*DOENÇA*

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)  
*TESTES*

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
--------------------------	------------------	---------------------	------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>estava ferido</i>	26 - LEITO / CLÍNICA <i>Hospital</i>	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO <i>temporária</i>	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Dr. RODRIGO MACIEL CONCEICAO</i>
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>00000000000000000000000000000000</i>			29 - DT SOLICITAÇÃO <i>25/08/17</i>
			30 - CNS / CPF <i>12345678901234567890</i>

31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

32 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - N° DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL		DESCRIPÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ( ) GRAVE	44 - ( ) GRAVÍSSIMA

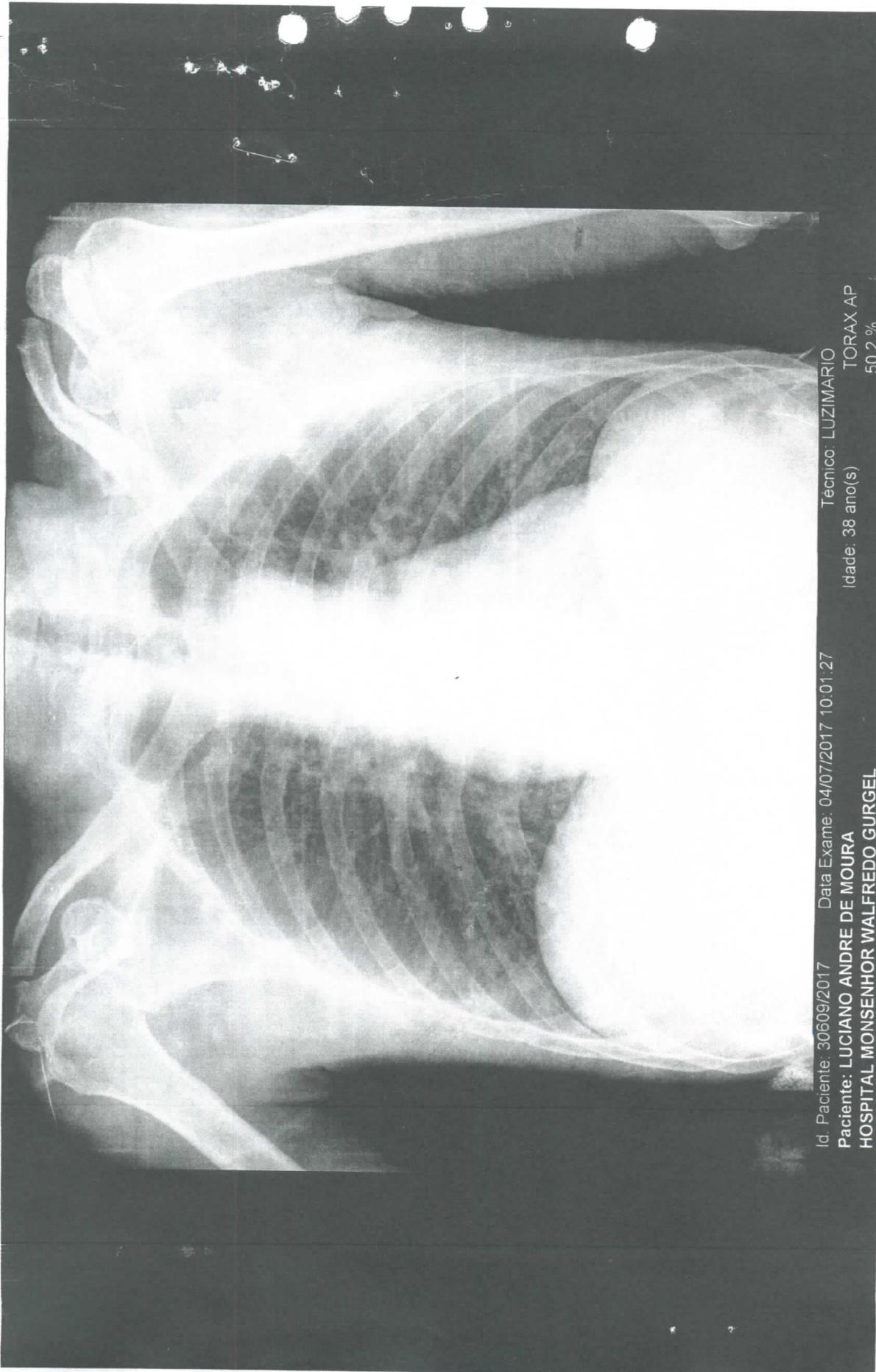
AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - N° 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.

 <p>GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho</p>		<p style="text-align: right;">927</p> <p><b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH</b></p>	
<p><b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b></p>			
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO</b>			
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <i>H.W.G</i>		2 - CNES <i>907946887</i>	
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE		4 - CNES	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>			
5 - NOME DO PACIENTE <i>Luciano André de Moura</i>		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS <i>200403926111144</i>		8 - DATA DE NASCIMENTO <i>30/11/1978</i>	9 - SEXO <i>38</i>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Alana Barbosa de Moura</i>		11 - TELEFONE DE CONTATO <i>986348537</i>	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) <i>Rua Juru Preto, 108</i>		13 - CEP <i>987829039</i>	
13 - MUNICÍPIO <i>Natal</i>	14 - BAIRRO <i>Neuópolis</i>	15 - UF	16 - CEP
<p><b>LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b></p> <p>17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</p> <p><i>FX disfunção tímica</i></p>			
<p>18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</p> <p><i>No ataque</i></p> <p><i>CONFERE COM ORIGINAL</i></p>			
<p>19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)</p> <p><i>mus + ur</i></p>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Intoxicação</i>	21 - CID INICIAL <i>0705</i>	22 - CID SECUNDÁRIO <i>0705</i>	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
<p><b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b></p> <p>24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Exames</i></p> <p>25 - DT DO PROCEDIMENTO <i>03/09/2019</i></p> <p>26 - LEITO / CLÍNICA <i>0705</i></p> <p>27 - CARATER DA INTERNAÇÃO <i>urgente</i></p> <p>28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>CRM 6045/SP/143</i></p> <p>29 - DT SOLICITAÇÃO <i>01/09/19</i></p> <p>30 - CNS / CPF</p> <p>31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)</p>			
<p><b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b></p> <p>32 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO</p> <p>33 - CNPJ DA SEGURADORA</p> <p>34 - Nº DO BILHETE</p> <p>35 - BÔNUS</p> <p>36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO</p> <p>37 - CNPJ</p> <p>38 -</p> <p>40 -</p> <p>39 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO</p> <p>41 - CID PRINCIPAL</p> <p>42 - CID SECUNDÁRIO</p> <p>43 - ( )</p> <p>44 - ( ) GRAVE</p> <p>45 - ( ) GRAVÍSSIMA</p>			
<p><b>AUTORIZAÇÃO</b></p> <p>46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO</p> <p>47 - DT AUTORIZ.</p> <p>48 - CNS / CPF</p> <p>49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)</p> <p>50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO</p> <p>51 - DT AUTORIZ.</p> <p>52</p> <p>53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)</p> <p>54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)</p>			

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.



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

Técnico: LUZIMARIO  
Paciente: LUCIANO ANDRE DE MOURA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
AV. SENADOR SALGADO FILHO, S/N - TIROL - NATAL / RN - CEP.: 58015-380  
TEL: (84) 3232-7500 / 3232-7530 - EMAIL: SADT@RN.GOV.BR - SITE: WWW.WALFREDOGURGEL.RN.GOV.RN

TORAX AP  
50,2 %



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

54,2 %

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

TEL : (84) 3232-7500 / 3232-7530 - EMAIL: [SDAT@RN.GOV.BR](mailto:SDAT@RN.GOV.BR) - SITE: [WWW.WALFREDOGURGEL.RN.GOV.BR](http://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

Paciente: LUCIANO ANDRE DE MOURA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: LUZIMARIO PERNA LAT  
Idade: 38 ano(s)  
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 Souza foi examinado

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

Necessitando de 30 (tri fa) 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 - 2795  
~~CRM - 2795~~  
Médico /CRM



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

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA

PARNAMIRIM /RN

700 403926111144  
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA 55 Nº 0255-W9.

NOME: *Luciano Andrade de Moura*

IDADE: *30/11/78* COR: *PARDA* SEXO: *MASC* ESTADO CIVIL: *SOLTEIRO*

NATURALIDADE: *1881 CRN* PROFISSÃO: *ESTUDANTE DE AUTO* PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: *RUA: OURO PRETO, 08* BAIRRO: *NEUROLÍSIS*

CIDADE: *PTAL* 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) FREQÜÊNCIA 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* *(D)* *CONFERE COM ORIGINAL*  
*Assinatura* *1854620*

EXAME FÍSICO

**SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS**

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

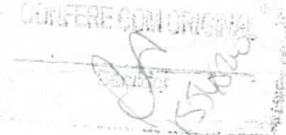
DIAGNÓSTICO INICIAL

**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**  
Dr. Carlos Maia  
Cirurgia do Ombro  
CRM 6794/SBO 12570

Ass. do Responsável

**DESTINO DO PACIENTE**

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



Sistema  
Único de  
Saúde  
Ministério  
da  
Saúde

LAÚDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

CONFERE COM ORIGINAL  
SERVIÇO  
155460

Identificação do Estabelecimento de Saúde

2- CNES

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE OCÉLIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

LUCIANO ANDRE DE MOURA

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

148537

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

700 4039 2611 1144

8- DATA DE NASCIMENTO

30/11/1978

9- SEXO

MASCULINO

10- RACA/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- ENDERECO (RUA, Nº)

RUA - OURO PRETO Nº 108

16- MUNICÍPIO

NATAL

17- BAIRRO

NEOPOLIS

18- UF

RN

19- CEP

5959500000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS DE INÍCIO

*Fraqueza, Ossos do Peso.*

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Fraqueza, desidratação.*

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

*Exame de sangue.*

*25 JUL 2017*

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

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- N° DO BILHETE

41- SÉRIE

37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- ( ) ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NAO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISOR

52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CONFIRMADO ORIGINAL  
2017-08-03  
1554624

CLINICA  
ORTOPEDIA

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

## DIAGNOSTICO PROVISORIO

## DIAGNOSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSAO

25.07.17

ALTA

03.08.17

OBITO

## HISTORIA CLINICA

Paciente internado para tratamento cirúrgico de

Hist. Ossos Fratura (D).

H.P.P: U.D.U

Alergias: Ativo

CD: Internação e Exames Pre-operatório.

Dr. Taíte S. Ferreira  
D.E.S. Ortopedia & Traumatologia  
CRM 5686



Hospital

Nome do paciente		Número do prontuário	
Data operação	Enf.	Leito	
Operador	Dr. Mausma M	1º auxiliar	Custos M.
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador	
Anestesista	Tipo de anestesia		
Diagnóstico pré-operatório			
Tipo de operação			
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

*Drausso André de Moura*

*Dr. Mausma M*

*Custos M.*

*F-T Diagnóstic*

*Tibia D.*

*osteossinete placa + Paraf.*

## DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. Pac. Docente Ponte sob Andry
2. Assespis - Antissip + ceras + 7 sams
3. Reduzi cicatrizes + Fissur  
com plástico 4-5 mm.
4. RX normal.
5. Ligas doulx
6. Sutura do tecido
7. Sutura do tecido
8. Sutura do tecido
9. Remoção de tecidos
10. Custo doulx.

LIGAS MUL:

15010012

PONTO NORMAL 7100

0415030013

PROC. CLINICO

PROC. CIRURGICO

0405050800

C.R. 228275

C.R. 228276

C.R. 228277

5 5822

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

## Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital	Enfermaria				Lefto	Nº prontuário
D.M.L.						
Nome	Juaniene Andre de meyer				Idade	Sexo m
Data	01/08/2017	Pressão arterial	P脉搏	Respiração	Temperatura	Peso 760Kg
Tipo sanguíneo	Hematíes	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia	Outros
	14,0	38,6	96,13	30,42		
Urina Negra alergias						
Ap. respiratório	N				Asma	Bronquite
Ap. circulatório	V				Eletrocardiograma	
Ap. digestivo	N				Ap. urinário	
Estado mental	Juane				Ataracicos	Corticoides
Diagnóstico pré-operatório	Fratura das ossos da perna				Alergia	Hipotensores
Anestesias anteriores					Estado físico	
Medicação pré-anestésica					Aplicada às	Efeito
Agudos Anestésicos	O-					
Líquidos	150 ml					
O Oper.	260					
X Anest.	250					
O Resp.	240					
X P Pulso	230					
SÍMBOLOS	ECG, PANI, SpO <sub>2</sub>					
ANOTAÇÕES	POSIÇÃO O- Agentes Vecamarc 5% + Dmox 0,5mg + Desmonid 5mg + Rofazilic 0,2g Técnica Ragi anestesista Operação Fratura fratura de perna Cirurgiões Hauserman + Laius Alvaro Anestesistas Valle Rosa Maria P. Valle Observações CRM-RN 1123 Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias					
	Perda sanguínea					



HOSPITAL REGIONAL DÉOCLÉIO MARQUES DE LUCENA  
SERVICO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO



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

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Nome: LUCIANO ANDRÉ DE MOURA Idade: \_\_\_\_\_ D/N: 3231111378  
 Pront.: 148537 Município: \_\_\_\_\_ Procedência: () Interno () Externo  
 Data da cirurgia: 01/08/17 Hora Admissão: Bloco: \_\_\_\_\_ Sala: \_\_\_\_\_ Hora Saída: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
 Alergias: () Não () Sim Comorbidades: () H&S () DM () Outras \_\_\_\_\_  
 Uso de medicações: () Não () Sim Jejum: () Não () Sim  
 SSV/Admissão: PA: \_\_\_\_\_ mmHg Pulso: \_\_\_\_\_ bpm Fl: \_\_\_\_\_ rpm FC: \_\_\_\_\_ bpm SpO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ % T: \_\_\_\_\_ °C

Enfermeiro(a): LEONILDO Instrumentado(a): ESTERELA Circulante: ALDO

Cirurgia: TÉTE DE TÍBIA DISTAL (Osteomartre) Especialidade: ORTOPEDIAS Sala: \_\_\_\_\_  
 Hora Início: 11:45 Hora Término: \_\_\_\_\_ Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada  
 1º Cirurgião: DR. JOSÉ MAIA Aux: HANNA Residente: \_\_\_\_\_

Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: \_\_\_\_\_ () Bloqueio () Raquidiana Ag.nº \_\_\_\_\_ () Peridural () c/cateter () s/cateter  
 Ag.nº \_\_\_\_\_ Cateter nº: \_\_\_\_\_ Início: 11:10 Garrote: () Smarch () Pneumático Início: 11:22 Término: \_\_\_\_\_  
 Anestesiologista: ROSA

NEUROMUSCULAR		PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/>	Consciente	<input checked="" type="checkbox"/>	Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/>	ECG
<input type="checkbox"/>	Letárgico	<input type="checkbox"/>	Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/>	Oxímetro
<input type="checkbox"/>	Coma	<input type="checkbox"/>	Cianótica	<input type="checkbox"/>	Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/>	Orientado	<input type="checkbox"/>	Ictérica	<input type="checkbox"/>	PA
<input type="checkbox"/>	Desorientado	<input type="checkbox"/>	Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/>	Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/>	Sedado	<input type="checkbox"/>	Integra	<input type="checkbox"/>	Diprifusor
<input type="checkbox"/>	Ansioso	<input type="checkbox"/>	C/lesões	<input type="checkbox"/>	BIC
<input type="checkbox"/>	Deambula	<input type="checkbox"/>	Sudorese	<input type="checkbox"/>	Desfibrilador
<input type="checkbox"/>	t/dificuldade	<input type="checkbox"/>	Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Açamado	<input checked="" type="checkbox"/>	Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Paraplégico	<input type="checkbox"/>	Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Tetraplégico	<input type="checkbox"/>	Manchas	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Ampulações	<input checked="" type="checkbox"/>	S/Tricotomia	<input type="checkbox"/>	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>85</u>	<u>72</u>	<u>80</u>	Bpm
Pulso	<u>85</u>	<u>72</u>	<u>80</u>	Bpm
Oximetria	<u>97</u>	<u>38</u>	<u>98</u>	%
Capnografia				%
PAr	<u>100x62</u>	<u>100x62</u>	<u>96x58</u>	mmHg

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

Local:

Cáteter:

SONDAGEM GÁSTRICA

SNG nº \_\_\_\_\_

Retorno: \_\_\_\_\_

CATETERISMO VESICAL

SVF nº \_\_\_\_\_ SVA nº \_\_\_\_\_

Diurese: \_\_\_\_\_

Profissional responsável: \_\_\_\_\_

EXAMES SOLICITADOS:	
<input type="checkbox"/>	Hemograma
<input type="checkbox"/>	Coagulograma
<input type="checkbox"/>	Tipagem Sanguínea
<input type="checkbox"/>	Radioscopia (Raio X)
<input type="checkbox"/>	Gasometria
<input type="checkbox"/>	Outros
<input type="checkbox"/>	Glicosimetria

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/> Pescoço	<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Fletidos
<input type="checkbox"/> Litotómica	<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		
( <input type="checkbox"/> ) Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	( <input type="checkbox"/> ) Metal ( <input type="checkbox"/> ) Descartável
Local:		
DEGERMAÇÃO		TRICOTOMIA
<input checked="" type="checkbox"/> Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não		<input checked="" type="checkbox"/> Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não
Local: <u>MIDI</u>	Solução: <u>CRX</u>	Local: _____

IMPLANTE CIRÚRGICO		
Drenos:		
Tela:		
Cateter:		
Ostomia:		
Fio de KC:	Parafuso - tipo: <u>FCORT</u>	
Placa - tipo: <u>BEPESTILETA 11 FUS</u>		
Outros:		

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO  
 Caixa cirúrgica: BAG 4157 PER Quant. Material: OK  
 Val.: 01/08/17 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

