



Número: **0855052-21.2018.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE LEAO ROQUE DOS SANTOS (AUTOR)		CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34061823	22/10/2018 22:49	img20181021 19132759	Outros documentos
34061824	22/10/2018 22:49	img20181021 19144386	Outros documentos

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NO ME
JOSE LEAO ROQUE DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
677483 ITEP RN

CPF: 498.474.494-49 DATA NASCIMENTO: 01/01/1964

FILIAÇÃO
SERGIO ROQUE DOS SANTOS
MARIA DE LOURDES FONSECA

PERMISSÃO: ACC CATAB: AD

Nº REGISTRO: 01931175411 VALIDADE: 22/12/2021 1ª HABILITAÇÃO: 20/08/1991

OBSERVAÇÕES
A:
CETCP:
EAR:

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: NATAL, RN DATA EMISSÃO: 12/01/2017

48344303566
RN702531805

ASSINATURA DO EMISSOR

RIO GRANDE DO NORTE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1410760057

PROIBIDO PLASTIFICAR
1410760057



Quem tem, fala bem.

SAC: 2010.2010
10600



2288273 Jose Leao Roque Dos SANTOS
AV BELA PARNAMIRIM 870 AP. 19 Rua 11 / Rua Militinho Meire d
Cond Joquey Club
PARQUE DE EXPOSICAO
59146-900 Parnamirim



Data de Postagem 26/07/2018 Data de Vencimento: 13/08/2018

12

Dia



L & V

LINS & VELHO ADVOCACIA

CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO

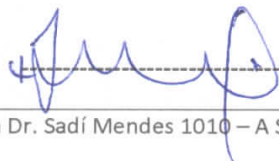
PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: JOSE LEAO ROQUE DOS SANTOS, brasileiro, motorista, portador do CPF: 498474794-49, portador do RG 677483-ITEP/RN, residentes e domiciliado à Av Bela Parnamirim, 870, Rua 11, Casa 19- Condomínio Jóquey Club – Parque Exposição- Parnamirim /RN, CEP: .59146-000, FONE: - 988663742;996231052

OUTORGADOS: CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/RN sob o nº 7268, com escritório profissional a Rua DR Sadi Mendes, 1010 A, Santos Reis- Parnamirim /RN, CEP:59145-085

1. **PODERES:** A quem concedo (emos) amplos, limpos e ilimitados poderes, para em conjunto ou separadamente, no foro em geral, perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, propor quaisquer medidas preliminares preventivas ou assecuratórias dos nossos direitos e interesses, usando, para tanto, os poderes da cláusula "AD JUDICIA E T EXTRA" e mais os especiais para transpor compromissos, fazer acordo, dar quitação, representarmos juntos as repartições Públicas Estaduais, Municipais, Federais, Autárquicas e Sociedades de Economia Mista, praticando todos os atos de representação e defesa judiciais e extrajudiciais, perante quaisquer pessoas físicas em geral, e, finalmente, praticar todos os atos que se tornem mister para o fiel e completo desempenho deste mandato, inclusive interpor, total ou parcialmente, receber, dar quitação, bem com ou sem reservas de poderes, o que tudo darei (emos) por bom firme e valioso. **PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga aos advogado acima descrito, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015.

Natal, 06 de Setembro de 2018



Rua Dr. Sadi Mendes 1010 – A Santos Reis Parnamirim/RN, CEP – 59.141-085.

Fone/Fax (84) 3272-6277 - 99969-7011 – 98788-4353

Email: dpvatlv@yahoo.com.br



Govorno do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA DE PLANTÃO ZONA SUL DE NATAL EQUIPE 2

Endereço: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2564, CANDELÁRIA, NATAL, FONE/FAX: (84) 3232-6305/6306

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018108000892

1.2 Data de Expedição: 05/04/2018 10:12:26

1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 03/04/2018 06:40:00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.7 Logradouro: BR 101 - EM FRENTE AO SUPER FÁCIL

2.8 Número: 0000

2.9 CEP:

2.10 Complemento:

2.11 Fonte de Referência:

2.12 Bairro: EMAUS

2.13 Cidade: PARNAMIRIM

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSE LEO ROQUE DOS SANTOS

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: SERGIO ROQUE DOS SANTOS

3.5 Etnia: Sem Informação

3.6 Mãe: MARIA DE LOURDES FONSECA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 49847449449

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 01/01/1964

3.13 Profissão: MOTORISTA

3.14 RG: 677483 - ITEP/RN

3.15 Telefone(s): 84 998181815 / 84 988663742

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 123

3.18 Naturalidade: SANTANA DO MATOS RN

3.19 Bairro: EMAUS

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: RUA JERUSALÉM

3.23 Cidade: PARNAMIRIM

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS VÍTIMAS)

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S)

5.1.1 Nome Completo: A ESCLARECER

5.1.2 Alcinha:

5.1.3 Nome Social:

5.1.4 Pai:

5.1.5 Estado civil:

5.1.6 Mãe:

5.1.7 Etnia:

5.1.8 Identidade de Gênero:

5.1.9 Data de Nascimento:

5.1.10 Orientação Sexual:

5.1.11 RG: Não informado

5.1.12 Sexo: NÃO IDENTIFICADO / SEM INFORMAÇÃO

5.1.13 Profissão:

5.1.14 CPF:

5.1.15 Passaporte:

5.1.16 Nacionalidade:

5.1.17 Características:

5.1.18 Logradouro:

5.1.20 CEP:

5.1.19 Número:

5.1.22 Cidade:

5.1.21 Bairro:

5.1.23 Estado:

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Sim

7.1.2 Seguradora: MOTO SEGURA

7.1.3 Chassi: 9C6DG2510H0051611

7.1.4 Renavam: 01129922267

7.1.5 Placa: QGK8887

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.7 Marca: YAMAHA

7.1.8 Modelo: XTZ150 CROSSER ED

7.1.9 Ano do Modelo: 2017

7.1.10 Ano de Fabricação: 2017

7.1.11 Cor do veículo: CINZA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: JOSE LEO ROQUE DOS SANTOS

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor: JOSÉ LEO ROQUE DOS SANTOS

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

COMPARECEU A ESTA DP O DECLARANTE/VÍTIMA, PARA INFORMAR QUE TRANSITAVA NA BR 101 SENTIDO PARNAMIRIM/NATAL, CONDUZINDO A MOTO ACIMA CITADA (DE SUA PROPRIEDADE) PELA FAIXA DA DIREITA; DISSE QUE NO MOMENTO QUE PASSAVA EM FRENTE AO SUPER FÁCIL (EMAUS), FOI ATINGIDO POR UM VEÍCULO TIPO FIAT UNO DE COR PRATA QUE PASSOU DA FAIXA DA ESQUERDA PARA A FAIXA DA DIREITA RAPIDAMENTE, VINDO A COLIDIR COM A MOTO CONDUZIDA PELA VÍTIMA, QUE APÓS A COLISÃO A VÍTIMA CAIU NA FAIXA CENTRAL DA BR, LEVANTANDO EM SEGUIDA; QUE A VÍTIMA SUBIU NA MOTO E SAIU EM DIREÇÃO AO SEU TRABALHO; DISSE QUE AO CHEGAR NO TRABALHO (UFRN) SE SENTIU MAL E SENTIU UMA FORTE DOR NO BRAÇO, SENDO ENTÃO SOCORRIDO AO HOSPITAL CLÓVIS SARINHO; QUE NO HOSPITAL, FORA REALIZADO EXAMES, SENDO CONSTATADO UMA FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA; QUE A VÍTIMA FOI ENTÃO MEDICADO E ORIENTADO A AGUARDAR EM SUA CASA A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA NA CLAVÍCULA; QUE APÓS A COLISÃO E QUEDA, A VÍTIMA ALEGA TER SOFRIDO UM APAGÃO EM SUA MENTE, NÃO RECORDANDO QUE SAIU NA MOTO PARA O TRABALHO, NEM MESMO O QUE FOI FEITO APÓS O ACIDENTE. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

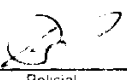
EMITIDA GUIA DE EXAME DE CORPO DELITO E ORIENTADO A PROCURAR O SEGURO DPVAT.

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)


11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

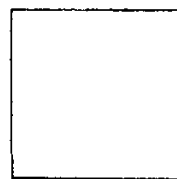
Data: 05/04/2018 10:12:26



Policial



Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1943367 - VALESKA FREIRE DE SOUZA CAVALCANTI

Impresso por: 1943367 - VALESKA FREIRE DE SOUZA CAVALCANTI em 05/04/2018 10:12:37

FINAL DO BOLETIN DE OCORRNCIA

SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **15657 /2018**
Admissão: **03/04/2018 07:31:26**

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: **68268 - JOSE LEAO ROQUE DOS SANTOS** (54 a 3 m 2 d)
Cimento: 01/01/1964 Natural: SANTANA DO MATOS, BRASIL
S: 898000527731791 CPF: 49847449449 Prof:
M: MARIA DE LOUREDES DA FONSECA Pai:
Endereço: JERUSALEM, 123
P: 59148470 Bairro: EMAÚS Cidade: PARNAMIRIM
Telefone: 84.988663742 Compl:

Sexo: M Cor: PARDA

Tipo: MOTO X CARRO - COLISÃO
Evento: SOZINHO

Tipo: NÃO REFERENCIADO
*Empresa:

Exame:					Discriminador:					
S:					Classificação: 03/04/2018 07:27:36					
ORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Leixas: QUEDA DE MOTO/TRAUMA EM CLAVICULA ESQUERDA
Data:

Paciente vítima de colisão moto-carro há 30 min. Chegou de moto com lesões. Relato de colisão com clavicula E. Chegou desorientado. Usava capacete no momento do trauma.

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 05/04/2018
MAT 161.228.0

EXAME FÍSICO (PRIMARIO)

Vias aéreas patentes, cervical estável
Respirando na ambiente - MVt e simétricas, sem RA
Hemodinamicamente estável - FC - 80bpm Bp 120/80mmHg
Glasgow 15
Déficit de sensibilidade em clavicula E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdom. plano e indolor.

3.4.18 07:41

Saida: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Gerado via SX por FRANCISCO DE ASSIS DE BRITO. Impresso em 03 de Abril de 2018.

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A
B
C
D
E

A(ALERGIAS) Ning

M(MEDICAÇÃO EM USO) Losartana / Simvastatina

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) HAS

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL) Desatualizado

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

Rx de tórax AP e oblíquo E

Rx de clavícula E

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMARIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

1) Voltam 75 mg - C/inf. 1x ao dia
2) Altor da C. geral

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 05/04/2018
MAT. M. 161.228.0
5/P
ASSINAR

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1	<u>ORTOPEDIA</u>	HORA: <u>07h55</u>	DATA: <u>03/04/18</u>
ESPECIALISTA 2		HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3		HORA:	DATA:

010.019.107.001

AMNESE

CAME FISICO

PRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUZA PRIMARIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL 05/04/2018

MAT. Nº 161.728.0

ASSINATURA

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ESTADO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERVALAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: 03/04/18

HORA: 08h

DATA:

DATA: / /

HORA:

Exatidão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

BITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Rodrigo Cabral
Ortopedista
CRM 10046 5908 14505

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

ESTADO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERVALAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

DATA:

DATA: / /

HORA:

Exatidão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

BITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

ENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

AMNESÉ

AME FÍSICO

PRESSÃO DIAGNÓSTICA

AMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO

OUTROS

ONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL 25/04/2018

MAT. Nº 161.225.0

SINATURA

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

TERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: 03/12/18

HORA: 08h

IDA:

DATA: / /

HORA:

cisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

BITO:

DATA: / /

HORA:

regue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Dr. Rodrigo Cabral
Ortopedista
CRM/RN 8046 SBOT 14.525

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

ESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

TERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

IDA:

DATA: / /

HORA:

cisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

BITO:

DATA: / /

HORA:

regue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

PF: 2442494249 - SUS 8980005977-3/1731-33623-1052



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

24

HMMG

NOME: João Roque dos Santos
IDADE: 44 COR: Parda SEXO: M ESTADO CIVIL: Casado
NATURALIDADE: S. do Norte PROFISSÃO: Motorista PROCEDÊNCIA: Cabo Redia
ENDEREÇO: Rua Tarumã em 123 BAIRRO: Bomfim
CIDADE: Parnamirim DATA: 14/04/18 HORA: 11:49

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALÉGADA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

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

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

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALÉGADA)

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Not. Abordado

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

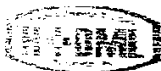
Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>Dr. Topogre</i>	<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)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



HOSPITAL REGIONAL DE OCULÁRIO E OTORRINOLARINGOLÓGICO DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSUSÃO:
() Hemoconcentrado _____ Unid. () Plasma _____ Unid. () Plaquetas _____ Unid.
() Albumina _____ Unid. () Expansor plasmático _____ Unid.
MEDICAÇÕES UTILIZADAS *vide a ficha de anestesia*
h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____

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

ANATOMO PATOLÓGICO
() Não () Sim Peça: _____ Peça para sepultamento: () Não () Sim
Lab para cultura: _____ Líquido: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES
O de aspecto: () Limpo () c/exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros:
INTERCORRÊNCIAS: *10:30 - Término do procedimento sem intercorrências em O₂ ambiente em pós de fratura de clavícula*
Ass: *Alexandra* Coren: *252402*

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO
Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Narcoze () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () O₂ ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de Colostomia () Outro: _____
Diurese: () Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: *CRD*

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO
Hora: *10h33* Data: *19/04/18* Nível de consciência: () Acordado () Sonolento () Narcoze () Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O₂ () O₂ Ambiente
Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não () Sim Tipo: *Trav* Local: *MSD* 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	—	65	—	—	98	—
30'	—	64	—	—	100	—
60'	—	64	—	—	100	—
Alta	—	66	—	—	100	—

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: _____ ml
Soro Fisiológico: _____ ml
Ringer: *500* ml
Irrigação vesical contínua: _____ ml

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura
1	1	1	1	1
1	1	1	1	1
1	1	1	1	1

Eliminações:

	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO	1	1	1	1
Desprezado URPA	1	1	1	1

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: *Per encontro de Ben, Sem Ocorrências. Encerramento Pl. e Ret. e de Controle e Cuidados. Encerramento.*

Ass: *Almeida* Coren: *512 0511*



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Jose Lino Teodoro dos Santos Idade: 54 anos D/N: 01 / 01 / 1964
Ront: 160331 Município: Panamirim Procedência: ☒ Interno () Externo
Data da cirurgia: 19 / 04 / 17 Hora Admissão: Bloco: 07:40 Sala: 07:50 Hora Saída: 11:00 Peso: 110 Kg
Alergias: ☒ Não () Sim Comorbidades: ☒ H:S () DM () Outras ///
Uso de medicações: () Não ☒ Sim Insulina 2x20A 5mg/5ml Jejum: () Não ☒ Sim
SVV Admissão: PA: 110/70 mmHg Pulso: 60 bpm FI: 97 rpm FC: 97 bpm SpO₂: 97 % T: 36 °C

Enfermeiro(a): Luciana Instrumentado(a): Nayana Circulante: Alexandra

Cirurgia: 44 Cirurgico # de clavícula E Especialidade: Ortopedia Sala: 01
Hora Início: 08:30 Hora Término: 10:30 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: DRº Pedro nunes 2º: DRº Carlos magalhães Residente: ///

Anestesia: () Local ☒ Sedação () Geral TOT: /// Biqueiro () Raquidiana Ag.nº /// () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag.nº /// Cateter nº: /// Início: 08:05 Garrote: () Smarch () Pneumático Início: /// Término: ///
Anestesiologista: DRº Rêa

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

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>60</u>	<u>58</u>	<u>63</u>	Bpm
Pulso	<u>60</u>	<u>58</u>	<u>63</u>	Bpm
Oximetria	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>99%</u>	%
Capnografia	<u>///</u>	<u>///</u>	<u>///</u>	%
PA	<u>162x59</u>	<u>115x74</u>	<u>153x93</u>	mmHg

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

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

Local: ///
Cateter: ///

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

CATETERISMO VESICAL
<input checked="" type="checkbox"/> SVF nº <u>///</u>
<input checked="" type="checkbox"/> SVA nº <u>///</u>

Diurese: ///
Profissional responsável: ///

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

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Metal () Descartável

Local: <u>M I D</u>	TRICOTOMIA
<input checked="" type="checkbox"/> DEGERMAÇÃO	() Sim () Não
Local: <u>M S E</u>	Solução: <u>DEGERMANTE</u> Local: <u>///</u>

IMPLANTE CIRÚRGICO	
Drenos:	
Tela:	100% ALGODÃO
Cateter:	
Ostomia:	
Fio de KC (1) 2,5	Parafuso - tipo:
Placa - Tipo:	
Outros:	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: <u>BASO PAPP</u> Quant. Material: <u>///</u>
Val.: <u>///</u> Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim



540 Elton Eze
MAS. Unidade so com. I
JOSÉ LEO R. SANTOS
PEDIDO DE PARECER
120780

Unidade Solicitante:	Município:
Paciente: JOSÉ L. R. SANTOS	Prontuário:
Motivo da Consulta:	
E.C.G RISCO CIRÚRGICO	
Médico	CRM
17 ABR 2018 Data	
Encaminhado à especialidade:	
Consulta marcada para a Unidade:	Município:
Para o (a) Dr. (a):	às horas do dia

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante:	Município:
Paciente: JOSÉ LEÃO R. SANTOS, 540	Prontuário:
(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)	
atropedico (cloridrato esp.) hipertensão (coração). Nepe DU/epidiotetia/ASmo/Alergia medicamentosa Desconhecido. ECO: Sinusal sem alterações. PA: 120X80 AC: RCR 2x5/80 MOS. AP: MV+5/RA. Ext: 5/edemas. Ple classe F - Baixo risco pl eventos cardíacos.	
Diagnóstico:	CID: (C66.0 - 18/4)
Médico: JOSÉ LEO R. SANTOS	CRM: 4009
18, 04, 18 Data	
Retornar à clínica solicitante:	Unidade
Para o (a) Dr. (a):	às horas do dia

JOSE LEAO ROQUE DOS SANTOS , : DX from 03/04/2018





GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Alencastro Wanderley Corrêa

Pronto Socorro Clóvis Barreto

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

7 - CNES

ESTABELECIMENTO DO ENFERMANTE

8 - CNES

OME DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

9 - Nº DO PROTOCOLO

DATA NACIONAL / SUS

10 - DATA DE NASCIMENTO

11 - SEXO

MASCULINO

FEMININO

NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO (RUA, Nº)

MUNICÍPIO

14 - BAIRRO

15 - UF

16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINTOMAS E SINTOMAS CLÍNICOS

CONDIÇÕES DE JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM (RES. TACOS DOS EXAMES E RELATÓRIOS)

DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID INICIAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - LAUDOS ASSOCIADOS

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
TÍPICO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - LETO / CLÍNICA

25 - CASO DE EMERGÊNCIA

26 - NOME DO PROFISSIONAL

27 - DETERMINAÇÃO

CODIGO DO PROCEDIMENTO

28 - CNES / CPE

29 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

30 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

31 - CNPJ DA SEGURADORA

32 - Nº DO BILHETE

33 - DATA

34 - ACID. TRABALHO TÍPICO

35 - CNPJ

36 -

37 -

38 - ACID. TRABALHO TÍPICO

ID PRINCIPAL

DESCRIÇÃO / CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL

ID SECUNDÁRIO

40 - ()

41 - () GRAVE

42 - () GRAVÍSSIMO

AUTORIZAÇÃO

OME DO PROF. AUTORIZADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER FAVORÁVEL

44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO

1 - AUTORIZ.

45 - DT AUTORIZ.

NO / CPE

46 -

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

47 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

010.019.107.17
010.019.106.25

IOSE LEAO ROQUE DOS SANTOS , : DX from 03/04/2018

10/03/2018 10:00:00
10/03/2018 10:00:00

10/03/2018 10:00:00
10/03/2018 10:00:00

10/03/2018 10:00:00
10/03/2018 10:00:00



10/03/2018 10:00:00
10/03/2018 10:00:00

10/03/2018 10:00:00
10/03/2018 10:00:00

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Amambenh Waldredo Chagas
Prédio 3300 - 1º andar - 1º andar

12/04/2018 13:00 / 13:00 horas

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE		IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
1 - NOME DO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO SOLICITANTE		4 - CNES	
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - DATA NACIONAL / SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO		10 - MASCULINO	
11 - FONELE DE CONTATO		12 - FONELE DE CONTATO	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº)		14 - CEP	
15 - CID		16 - UF	
17 - BAIRRO		18 - CID	

Núcleo de Apoio
13/04/2018
AUT. 13/04/2018

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fx claudicante crônica

ANAMNESE QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO

Ho. amigra

EXAME FÍSICO: SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

fraqueza + dor + edema

19 - CID INICIAL	20 - CID SECUNDÁRIO	21 - CID TERCÁRIO	22 - CID QUATRO
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
23 - TIPO DE PROCEDIMENTO	24 - LIT. / CLÍNICA	25 - CADA. DE INTERNAÇÃO	26 - NOME DO PROCEDIMENTO
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

Dr. Rodrigo Castro
CRM 13.04.2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - CID INICIAL	36 - CID SECUNDÁRIO	37 - CID TERCÁRIO	38 - CID QUATRO
39 - CID INICIAL	40 - CID SECUNDÁRIO	41 - CID TERCÁRIO	42 - CID QUATRO
43 - CID INICIAL	44 - CID SECUNDÁRIO	45 - CID TERCÁRIO	46 - CID QUATRO

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	48 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	49 - NOME DO PROF. AUTORIZADO
50 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	51 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	52 - NOME DO PROF. AUTORIZADO
53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	54 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	55 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

010.019.107.170
010.019.106.254

