



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
34061 823	22/10/2018 22:49	img20181021_19132759	Outros documentos
34061 824	22/10/2018 22:49	img20181021_19144386	Outros documentos

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1410760057

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

NOME: JOSE LEAO ROQUE DOS SANTOS

DOC/IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF: 677483 ITEL RN

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

PAIS/AVÔ:
SERGIO ROQUE DOS SANTOS
MARIA DE LOURDES FONSECA

PERMISSÃO: ACC CAT/MAIS AD

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

OBSERVAÇÕES:
A : CETCP;
EAR.

ASSINATURA DO PORTADOR
LOCAL: NATAL, RN DATA EMISSÃO: 12/01/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
JOSE LEAO ROQUE DOS SANTOS
ASSINATURA DO EMISSOR

PROIBIDO PLASTIFICAR
1410760057

RIO GRANDE DO NORTE


CABO TELECOM
Quem tem, fala bem.
 SAC: 2010.2010
 10600

CEP: 59146-900
 CDD: PARNAMIRIM/RN
 2288273 Jose Leao Roque Dos SANTOS
 AV BELA PARNAMIRIM 870 AP. 19 Rua 11 / Rua Militinho Meire d
 Conde Joquy Club
 PARQUE DE EXPOSICAO
 59146-900 Parnamirim



601403625800075000001001710260718

Data de Postagem: 26/07/2018

Data de Vencimento: 13/08/2018



L & V

LINS & VELHO ADVOCACIA

CLAUDIMIR JOSÉ 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 asseguratórias 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. Sadí 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



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Jurado 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 do 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: Consumido 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 Ponto 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 LEAO 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(B) ACUSADO(B)

5.1.1 Nome Completo: A ESCLARECER 5.1.2 Alcunha:
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 Participante: 5.1.16 Nacionalidade:
5.1.17 Características:
5.1.18 Logradouro:
5.1.19 Número:
5.1.20 CEP:
5.1.21 Bairro:
5.1.22 Cidade:
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: QGK8877 7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.7 Marca: YAMAHA 7.1.8 Modelo: XT150 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:
7.1.15 Nome do proprietário: JOSE LEAO ROQUE DOS SANTOS 7.1.14 Número do Motor:
7.1.17 Nome do condutor: JOSÉ LEAO ROQUE DOS SANTOS 7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
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 VÉHICULO 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 SÉGUIDA; 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

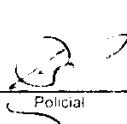
EMITIDA GUIA DE EXAME DE CORPO DELITO E ORIENTADO A PROCURAR O SEGURO DPVAT.

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

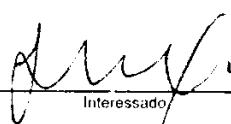
11. DECLARAÇÃO

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

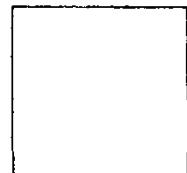
Data: 05/04/2018 10:12:26



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 BOLETIM DE OCORRNCIA

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

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 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)

Nascimento: 01/01/1964 Natural: SANTANA DO MATOS.BRASIL

CPF: 898000527731791 CPF: 49847449449 Prof:

Maria de LOUREDES DA FONSECA

Pai:

radouro: JERUSALEM, 123

CEP: 59148470 Bairro: EMAÚS

Cidade: PARNAMIRIM

Telefone: 84.988663742

Compl:

Tipo: MOTO X CARRO - COLISÃO

gem: SOZINHO

Tipo: NÃO REFERENCIADO

*Empresa:

Exograma:					Discriminador:				
S:					Classificação: 03/04/2018 07:27:36				
IORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

causas: QUEDA DE MOTO/TRAUMA EM CLAVICULA ESQUERDA

ira: _____

Paciente vítima de colisão moto com m 30min. Pega de moto
e caiu. Rebatir dor em clavícula E. Chegou desembalado.
Usava capacete no momento do trauma.

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 05/04/2018
MAT. N° 161-228-C

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

Vias aéreas patentes, cervical estável

Respirando no ambiente - MVT e simétrico, sem RA

Hematograma normalmente estável - FC - 80bpm Oxi perfuso.

Glucose 75

Dor moderada em clavícula E

UTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdome: plácido e indolor.

3.4.18 (74)

Saída: -

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) lornetone + simvastatina

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) HAS

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V(PASSADO VACINAL) Desactualizado

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

Rx de tórax AP e obliquos E

Rx de Clavícula. F.

Dr. Artur Sá
MEDICO
CRM - 8771

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

1) Voltaren 75 mg - oftalm.

2) Alfinete c. genital

CONFIRME CONCORRIDA!

NASC. 05/04/2018
MAT. N. 1612280

ASSINAL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

OTOPÉDIA

HORA: 07h55

DATA:

03/04/18

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

010.010.107.001

AMNESE

SÍMPTOMAS FÍSICO

PRESSÃO DIAGNOSTICA

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

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>CONFERE COM ORIGINAL</p> <p>NATAL, 02/04/2018</p> <p>MAT. N° 161-2280</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> <p>ASSINATURA</p>	
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

ESTADO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:		
TERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: 03/04/18 HORA: 08:45		
IDA:	DATA: / / HORA: / /		
cisão Médica <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/>	Transferido para:	
BITO:	DATA: / / HORA: / /		
tregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

Rodrigo Cabral
Ortopedista
CRM-RJ 66014525

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

ESTADO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:		
TERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / / HORA: / /		
IDA:	DATA: / / HORA: / /		
cisão Médica <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/>	Transferido para:	
BITO:	DATA: / / HORA: / /		
tregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

ENDIMENTO ESPECIALIZADO:

AMNESE

CAME FÍSICO

PRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	LABORATÓRIO
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>CONFERE COM ORIGINAL NATAL, 05/09/2018 MAT. N° 161-32940</p> <p><i>[Assinatura]</i></p>	
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

ESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
TERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: 03/09/18 HORA: 08:00
IDADE:	DATA: / / HORA:
cisão Médica <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:
SITTO:	DATA: / / HORA:
tregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

Dr. Rodrigo Cabral
Ortopedista
CRM/RJ 046 SP07 14.525

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

ESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
TERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / / HORA:
IDADE:	DATA: / / HORA:
cisão Médica <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:
SITTO:	DATA: / / HORA:
tregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>



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

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

JOSE LEAO ROQUE DOS SANTOS

160381

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RACINAÇÃO

898 0005 2773 1791

01/01/1964

MASCULINO

PARDA

11- NOME DA MÃE

12- TELEFONE DE CONTATO

MARIA DE LOURDES FONSECA

99623-1052

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, N°)

RUA JERUSALEM 123

17- BAIRRO

18- UF

19- CEP

16- MUNICÍPIO

EMAUSSA

RN

59148-470

PARNAMIRIM

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURODORA

40- N.º DO BII HETE

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.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO	
		160381	
DATA	HORA	CATEGORIA	GIH
17/04/2018	12:35		
PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO		
JOSE LEAO ROQUE DOS SANTOS	01/01/1964		
ESTADO CIVIL	PROFISSÃO		
CASADO	MOTORISTA		
ENDEREÇO (RUA, Nº)			
RUA JERUSALEM 123	BAIRRO	UF	CEP
MUNICÍPIO	EMAUS	RN	59148-470
LOCAL DE TRABALHO	TELEFONE		

FILIAÇÃO	SERGIO ROQUE DOS SANTOS
MARIA DE LOURDES FONSECA	
RESPONSÁVEL	TELEFONE
	99623-1052

ENDEREÇO

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO	ALTA	20/04/18	OBITO
------------------	------	----------	-------

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente internado para tratamento cirúrgico de
Vitro globo ocular ()

H.P.P: 120.

Alergias: alergia.

CD: Internação e Exames Pré-operatório.

*Dr. Edicito
Ortopedia
120*

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

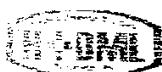
Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>Dr. Edmundo S. Ferreira</i> C.R. 5605	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____ / ____ / ____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
DATA _____ / _____ / _____	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)



HOSPITAL REGIONAL DE GOIÂNIA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Hemoconcentrado _____ Unid.
Álbumina _____ Unid.

() Plasma _____ Unid.
() Expansor plasmático _____ Unid.

HEMOTRANSFUSÃO:

h: _____
h: _____
h: _____

h: _____
h: _____
h: _____

() Plaquetas _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

*Verifique a ficha de
Administração*

Soro Fisiológico: _____ ml
Soro Glicosado: _____ ml

() Soro Ringer Simples: _____ ml
() Soro Ringer Lactato: _____ ml

Quantidade total de volume
administrado: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Não () Sim Peça:
Swab para cultura:

Peça para sepultamento: () Não () Sim

Líquido:

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

O de aspecto: () Limpo () c/exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros:

*INTERCORRÊNCIAS: 10:30 Término do procedimento seguido de
complicações em ambiente em que o paciente permanece
estacionário*

Ass: Cleia Andrade Coren: 252402

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado

Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () O₂ ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de Colostomia () Outro:

Diurese: () Espontânea () Normal () Hematuria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: () PTO

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

Horas: 10h33 Data: 19/04/18 Nível de consciência: () Acordado () Sonolento () Narcose () 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 Venóclise: () Não () Sim Tipo: *Troc* Local: *HSD* 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 () Bexiga () Alteração PA () Alteração FC
Relate:

SINAIS VITAIS

Horas	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: _____ ml
Irrigação vesical contínua: _____ ml

Medicações administradas URPA:

Horas	Medicação	Dose	Via	Assinatura
—	/	—	—	/
—	/	—	—	/
—	/	—	—	/
—	/	—	—	/

Eliminações:

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: *Permaneceu seco, sem sudeces, tonturas.*
Pl. e Raro X de controle e clínica normal.

Ass.: M. D. S. Coren: 506051



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

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Nome: Jane Lima Rosa dos Santos Idade: 54 D/N: 01 / 01 / 1964
 Ront: 160331 Município: Prazeres Procedência: Interno Externo
 Hora da cirurgia: 19 / 04 / 17 Hora Admissão: Bloco: 07; Sala: 07; Hora Saída: _____ Peso: 110 Kg
 Ilergias: Não Sim Comorbidades: H/S (DM) Outras _____
 Uso de medicações: Não Sim Laxante exponencial lejum; Não Sim
 SVV Admissão: PA: _____ mmHg Pulso: _____ bpm PI: _____ rpm FC: _____ bpm SpO₂: _____ % T: _____ °C

Enfermeiro(a): Lurina Instrumentado (a): Nayana Circulante: Alexandra
 Cirurgia: Cirurgia de clavicula Especialidade: Ortopedia Sala: 01
 Hora Início: 08:30 Hora Término: 10:30 Tipo de cirurgia: Eletiva Urgência Limpa Contaminada Infectada
 1º Cirurgião: DR Fábio Aux: DR Celso Residente: _____

Anestesia: Local Sedação Geral TOT: 1 Bic queio Raquidiana Ag.nº _____ Peridural c/cateter s/cateter
 Ag.nº _____ Cateter nº: 08 Início: 08:05 Garrote: Smarch Pneumático Início: _____ Término: _____
 Anestesiologista: DR Rose

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

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>60</u>	<u>50</u>	<u>63</u>	Bpm
Pulso	<u>60</u>	<u>50</u>	<u>63</u>	Bpm
Oximetria	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>99%</u>	%
Capnografia	-	-	-	%
PA	<u>162x55</u>	<u>115x74</u>	<u>153x93</u>	mmHg

ACCESSO VENOSO			
Punção Arterial			
Punção Venosa Periférica			
Punção Venosa Central			
Dissecção venosa			
Local:			
Cateter:			

SONDAGEM GÁSTRICA			
SNG nº			
Retorno:			

CATETERISMO VESICAL			
SVF nº		SVA nº	
Diurese:			

Profissional responsável:

EXAMES SOLICITADOS:

<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)	

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
Dorsal	Cabeça	Anatômicos
Ventral	PESCOÇO	Abduzidos
Lateral	TÓRAX	Fletidos
Litotómica	LOMBAR	MMII
Trendlemburg		Anatômicos
Canivete		Abduzidos
Proclive		Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO		
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Descartável
Local:	MID	
DEGERMAÇÃO		TRICOTOMIA
<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Local: NSE		Solução: DEGERMANTE Local:

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

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO		
Caixa cirúrgica:	<u>BASICO PAPP</u>	Quant. Material:
Val.:		Contagem de gaze e compressas: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim



545 Elmer Esp. HN S. Vidente SO com. I
1 - un.

PEDIDO DE PARECER

José Leão Roque dos Santos

Unidade Solicitante:

Município:

Paciente:

Prontuário:

Motivo da Consulta:

E.C.G
RISCO CIRÚRGICO

Médico

CRM

17 ABR 2010
Data

Dr. Telesio S. Ferreira
Ortopedia e Traumatologia

Encaminhado à especialidade:

Consulta marcada para a Unidade:

Para o (a) Dr. (a):

Município:

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) Ptx- op. cunhagem
ortopédica (clavícula esq.) pleureno (coração). Nege
DM/ cardiológico/ ASMO/ Alergia medicamentosa
desconhecida. ECG: Sínus sem alterações.
P.A.: 120x80 AC: QCR 2+5/50 mos. AP: M+5/RA.
Ext: S/edemas. Ptx classe 4 - Baixo risco p/
eventos cardíacos.

Diagnóstico:

CID: G00-B10-18/4

Médico

José Leão R. Santos, B. Vidal

Justiano M. B. Vidal
Cardiologia - UCI/ICU/CCU

CRM

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



12.16
GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Responsible: Almíndher Mafra Góes

Pronto Socorro Clínica São Lucas

LAUDO PARA

SOLICITAÇÃO DE A

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOPORTANTE

2 - CID

ESTABELECIMENTO DE REFERÊNCIA

4 - CID

CÓDIGO DO PACIENTE

6 - N° DO PROTOCOLO

UNIÃO NACIONAL / SUC

8 - Gênero

MASCULINO

9 - E. MUNICO

10 - F. MUNICO

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - CELULAR

13 - ENDEREÇO DA UNIDADE

14 - NÚMERO DA UNIDADE

15 - UF

16 - CEP

PRINCIPAIS SÍMPTOMAS E SINTOMAS CURSOS

CONCEPÇÕES TÉCNICAS JUSTIFICATIVAS DA INTERNAÇÃO

DESCRITIVO: SUBSTITUIÇÃO DE CARBÔNICO RESPIRATÓRIO (ESTADO DE SORTE) - SORTE

DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID INICIAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - LAUDOS ANAESTHESIA

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO TÍPICO

26 - LEITO / CLINICA

27 - CASO DE INTERNAÇÃO

28 - ATENDIMENTO PROFISSIONAL

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - DIÁGORAMAO

30 - INSTITUTO

31 - ASSINATURA E CARIMBO (PREG. CONSULTOR)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

ACIDENTE DE TRANSITO

32 - CNPJ DA SEGURODA

33 - COBRIMENTO

34 - PREVISÃO

ACID. TRABALHO TÍPICO

35 - CNPJ

36 - COBRIMENTO

37 - PREVISÃO

ACID. TRABALHO TRAJETO

ID PRINCIPAL

ID SECUNDÁRIO

38 - DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LACMA

40 - () GRAVE 41 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

CÓDIGO DO PROF. AUTORIZADO

50 - NOME DO PROFISSIONAL / PAREcer FORNECIDO
AVALIAÇÃO

51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNADA
HOSPITALAR (PREG)

52 - AUTORIZ.

51 - DT AUTORIZ.

Nº/CPI

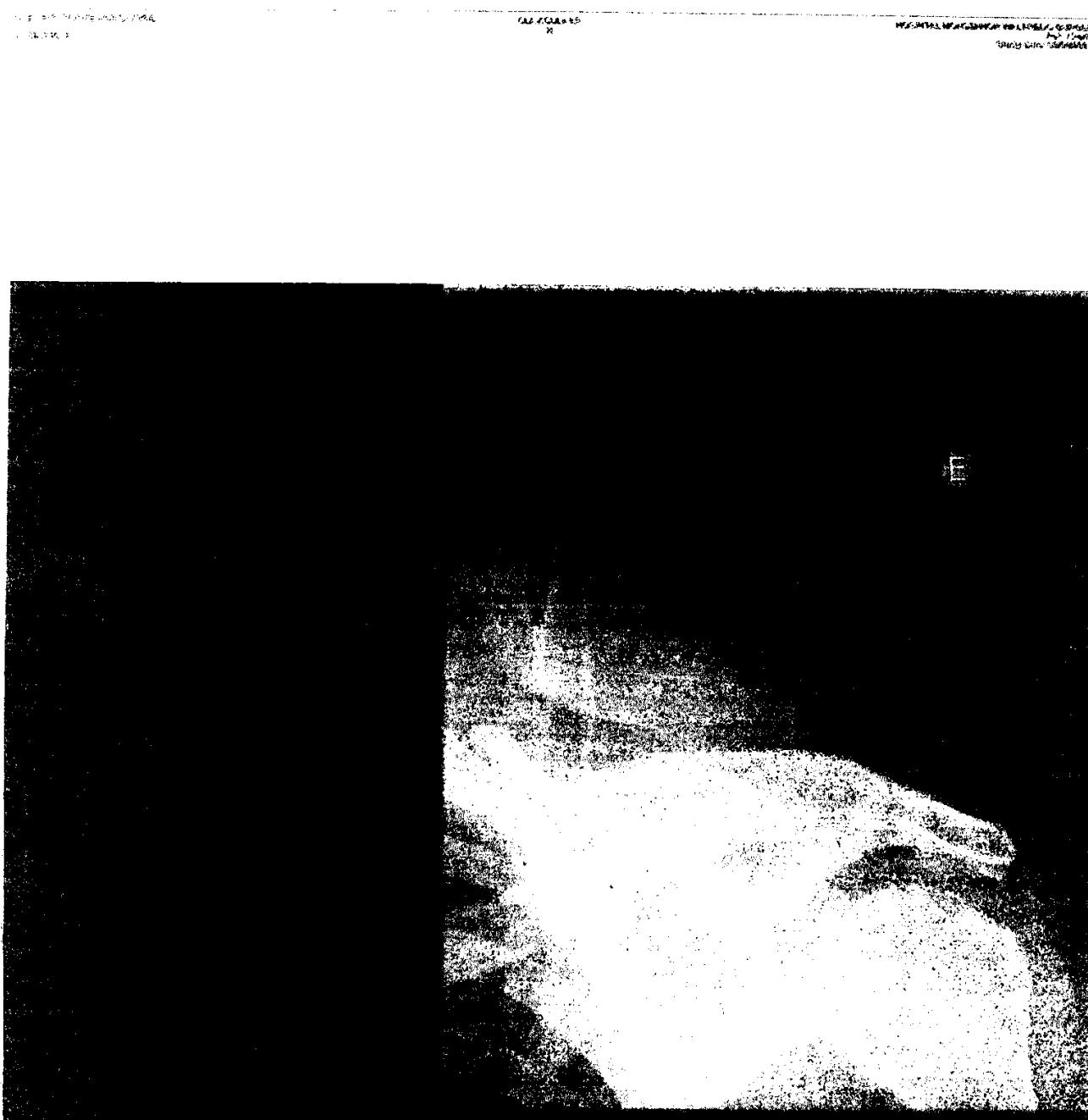
52

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSULTOR)

53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSULTOR)

010.019.107.17
010.019.106.25

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



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde - Mestrado
Hospital Manoel Victorino Velho

Própria Escrituração

chave 13146 12/08 / 8:30 horas

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

AUXILIAREMOS A SOLICITANTE

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

12 - CNES

Núcleo

13 - CNES

TABUADA DE NOME DO PACIENTE

JOSE LUIZ ALVES DOS SANTOS

NOME DO PACIENTE

JOSE LUIZ ALVES DOS SANTOS

NOME NACIONAL / SUS

380005027731781

CÓDIGO DA MAE OU RESPONSÁVEL

MARIA DE LOURDES DA FONSECA

ENDERECO (RAIA N°)

JENISAIEM 123

PRINCÍPIO

AMAMINIM

TIPO - BAIRRO

14 - UF

15 - CEP

16 - CEP

17 - CEP

18 - CEP

19 - CEP

20 - CEP

21 - CEP

22 - CEP

23 - CEP

24 - CEP

25 - CEP

26 - CEP

27 - CEP

28 - CEP

29 - CEP

30 - CEP

31 - CEP

32 - CEP

33 - CEP

34 - CEP

35 - CEP

36 - CEP

37 - CEP

38 - CEP

39 - CEP

40 - CEP

41 - CEP

42 - CEP

43 - CEP

44 - CEP

45 - CEP

46 - CEP

47 - CEP

48 - CEP

49 - CEP

50 - CEP

51 - CEP

52 - CEP

53 - CEP

54 - CEP

55 - CEP

56 - CEP

57 - CEP

58 - CEP

59 - CEP

60 - CEP

61 - CEP

62 - CEP

63 - CEP

64 - CEP

65 - CEP

66 - CEP

67 - CEP

68 - CEP

69 - CEP

70 - CEP

71 - CEP

72 - CEP

73 - CEP

74 - CEP

75 - CEP

76 - CEP

77 - CEP

78 - CEP

79 - CEP

80 - CEP

81 - CEP

82 - CEP

83 - CEP

84 - CEP

85 - CEP

86 - CEP

87 - CEP

88 - CEP

89 - CEP

90 - CEP

91 - CEP

92 - CEP

93 - CEP

94 - CEP

95 - CEP

96 - CEP

97 - CEP

98 - CEP

99 - CEP

100 - CEP

101 - CEP

102 - CEP

103 - CEP

104 - CEP

105 - CEP

106 - CEP

107 - CEP

108 - CEP

109 - CEP

110 - CEP

111 - CEP

112 - CEP

113 - CEP

114 - CEP

115 - CEP

116 - CEP

117 - CEP

118 - CEP

119 - CEP

120 - CEP

121 - CEP

122 - CEP

123 - CEP

124 - CEP

125 - CEP

126 - CEP

127 - CEP

128 - CEP

129 - CEP

130 - CEP

131 - CEP

132 - CEP

133 - CEP

134 - CEP

135 - CEP

136 - CEP

137 - CEP

138 - CEP

139 - CEP

140 - CEP

141 - CEP

142 - CEP

143 - CEP

144 - CEP

145 - CEP

146 - CEP

147 - CEP

148 - CEP

149 - CEP

150 - CEP

151 - CEP

152 - CEP

153 - CEP

154 - CEP

155 - CEP

156 - CEP

157 - CEP

158 - CEP

159 - CEP

160 - CEP

161 - CEP

162 - CEP

163 - CEP

164 - CEP

165 - CEP

166 - CEP

167 - CEP

168 - CEP

169 - CEP

170 - CEP

171 - CEP

172 - CEP

173 - CEP

174 - CEP

175 - CEP

176 - CEP

177 - CEP

178 - CEP

179 - CEP

180 - CEP

181 - CEP

182 - CEP

183 - CEP

184 - CEP

185 - CEP

186 - CEP

187 - CEP

188 - CEP

189 - CEP

190 - CEP

191 - CEP

192 - CEP

193 - CEP

194 - CEP

195 - CEP

196 - CEP

197 - CEP

198 - CEP

199 - CEP

200 - CEP

201 - CEP

202 - CEP

203 - CEP

204 - CEP

205 - CEP

206 - CEP

207 - CEP

208 - CEP

209 - CEP

210 - CEP

211 - CEP

212 - CEP

213 - CEP

214 - CEP

215 - CEP

216 - CEP

217 - CEP

218 - CEP

219 - CEP

220 - CEP

221 - CEP

222 - CEP

223 - CEP

224 - CEP

225 - CEP

226 - CEP

227 - CEP

228 - CEP

229 - CEP

230 - CEP

231 - CEP

232 - CEP

233 - CEP

234 - CEP

235 - CEP

236 - CEP

237 - CEP

238 - CEP

239 - CEP

240 - CEP

241 - CEP

242 - CEP

243 - CEP

244 - CEP

245 - CEP

246 - CEP

247 - CEP

248 - CEP

249 - CEP

250 - CEP

251 - CEP

252 - CEP

253 - CEP

254 - CEP

255 - CEP

256 - CEP

257 - CEP

258 - CEP

259 - CEP

260 - CEP

261 - CEP

262 - CEP

263 - CEP

264 - CEP

265 - CEP

266 - CEP

267 - CEP

268 - CEP

269 - CEP

270 - CEP

271 - CEP

272 - CEP

273 - CEP

274 - CEP

275 - CEP

276 - CEP

277 - CEP

278 - CEP

279 - CEP

280 - CEP

281 - CEP

282 - CEP

283 - CEP

284 - CEP

285 - CEP

286 - CEP

287 - CEP

288 - CEP

289 - CEP

290 - CEP

291 - CEP

292 - CEP

293 - CEP

294 - CEP

295 - CEP

296 - CEP

297 - CEP

298 - CEP

299 - CEP

300 - CEP

301 - CEP

302 - CEP

303 - CEP

304 - CEP

305 - CEP

306 - CEP

307 - CEP

308 - CEP

309 - CEP

310 - CEP

311 - CEP

312 - CEP

313 - CEP

314 - CEP

315 - CEP

316 - CEP

317 - CEP

