



Número: **0858862-04.2018.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **19ª 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	
WASHINGTON LOURENCO DA COSTA (AUTOR)		CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
PORTO SEGURO S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34407517	01/11/2018 21:16	Petição Inicial	Petição Inicial
34407523	01/11/2018 21:16	img20180922 15270509	Outros documentos
47879874	15/08/2019 12:19	Diligência	Diligência
47879875	15/08/2019 12:19	Image_08862	Outros documentos

L & V

LINS & VELHO ADVOCACIA

CLAUDIMIR JOSÉ FERREIRA VELHO

EXCELENTÍSSIMO SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DE UMA DAS VARAS CIVEIS DA COMARCA DE NATAL, ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE/RN, A QUEM COUBER POR DISTRIBUIÇÃO LEGAL.

WASHINGTON LOURENCO DA COSTA, brasileiro, solteiro, portador do CPF: 097865884-10, RG nº: 2.738.711 ITEP/RN, residente e domiciliada à Av Bumba meu Boi, nº 592- Bairro Lagoa Azul- Natal /RN- CEP -59135-000, vem por seu advogado, conforme procuração anexada (doc. 01), a presença de Vossa Excelência apresentar:

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) NOS TERMOS DA LEI Nº 6.194/74, ALTERADA PELA LEI Nº11.482/07 E Nº 11.945/2009

-

Em desfavor da **PORTO SEGURO CIA. DE SEGUROS GERAIS**, pessoa jurídica de direito privado, com personalidade jurídica própria, com inscrição do CNPJ sob o nº 02.149.205/0001-68, com endereço para receber citação e intimação na Avenida Prudente de Moraes, 4055, Lagoa Nova, Natal/RN. CEP: 59056-200, pelas razões fáticas e jurídicas que passo a expor:

-

I-DA JUSTIÇA GRATUITA



1. Requer, inicialmente, que Vossa Excelência defira os benefícios da Justiça Gratuita, com fulcro na lei 1.060/50, com alterações produzidas pela lei 7.510/86, por não poder arcar com as devidas custas processuais sem que ocorra dano ao seu sustento e de sua família.

II-DA CITAÇÃO DA RÉ

- 1.Requer ainda que seja citada a Ré, conforme prevê o nosso o art. 238 do CPC.

III - D A

C O M P E T Ê N C I A

1. A jurisprudência do STJ consolidou o entendimento de que as ações de reparação de dano sofrido em razão de acidente de veículos, inclusive em se tratando de seguro obrigatório - DPVAT podem ser ajuizadas **por faculdade do autor**, conforme **prevista no art. 53, V do CPC.**

Neste sentido:

"PROCESSO CIVIL. CONFLITO DE COMPETÊNCIA. AÇÃO POR DANOS DECORRENTES DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. ARTS. 53 , V DO CPC.

“É competente o foro do domicílio do autor ou lugar do fato para as ações que visam à reparação por dano sofrido em razão de delito ou acidente de veículo, aí incluída as aeronaves. A opção é do demandante.

2. Assim, fica claro que nas Ações decorrente de Acidente de trânsito é competente **o foro do domicílio do Autor**, conforme art. 53,V, CPC.

IV-DOS FATOS E DA FUNDAMENTAÇÃO JURÍDICA

1. O fato ocorreu no dia **03 de março 2018**

_____, conforme boletim de ocorrência em anexo (doc. 02).

2. Cabe ressaltar que o autor requereu administrativamente e já recebeu um valor , conforme cópia do sinistro em anexo.

3. O referido acidente automobilístico resultou em **fratura de face , fratura de antebraço fratura luxação de perna , fratura de punho, tendo o mesmo se submetido á intervenção cirúrgico.**

4. O Suplicante, munida de documentação necessária a que alude ao acidente automobilístico, vem requer o que de direito, qual seja uma suposta diferença do **seguro DPVAT, pelas sequelas sofridas decorrente do acidente.**



V DA LEGITIMIDADE ATIVA AD CAUSAM:

1. No caso em tela, é de direito da Autora perceber uma indenização por danos pessoais **fratura de face , fratura de antebraço , fratura luxação de perna , fratura de punho esquerdo, tendo o mesmo se submetido á intervenção cirúrgico.**

-

2. O art.7º da Lei nº 6.194/74, por seu turno, determina que, em se tratando de seguro denominado DPVAT, pelo fato de existir consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer seguradora conveniada ao tal consórcio será legítima para figurar no polo passivo que vise o recebimento de indenização relativa ao seguro obrigatório.

3. A referida matéria também é totalmente pacificada pela doutrina e jurisprudência dominante, que entendem que qualquer seguradora que faça parte do Consórcio do Seguro DPVAT S/A constitui-se parte legítima para o pagamento do seguro obrigatório, dentre elas a Demandada, ora ré.

4. Quanto a legitimação passiva, mostra-se dirimida qualquer sombra de dúvidas, de sorte que qualquer seguradora, que atue no Consórcio do Seguro DPVAT, formados pela reunião das empresas seguradoras e geridos pela seguradora Líder, poderá compor o polo passivo da demanda, como instituição obrigada a compor e efetuar o pagamento do seguro obrigatório em questão.

-

VI-DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO:



1. Anota o Art.5.º da Lei 6.194/74 que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, vejamos, independentemente da existência de culpa, sendo abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

2. Destarte, o§1.º, “a” do mesmo artigo, alterado pela Lei 8.441/92. Assevera que a indenização será paga mediante a apresentação da certidão de óbito, registro de ocorrência no órgão policial competente e prova de qualidade de beneficiários em caso de morte.

3. Reforçando a ideia do artigo acima citado pontifica o art. 7.º Caput, da Lei 6.194/74 estabelecendo que a indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado será pago nos mesmos valores, condição e prazo dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.

4. Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do Prêmio do seguro obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas.

5. Independente do pagamento do prêmio do seguro obrigatório. A propósito, vale destacar que a matéria já se encontra até sumulada na corte do Superior Tribunal de Justiça. Vejamos:

“STJ. Súmula 257: A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES (DPVAT) não é motivo para recusa do pagamento da indenização”.

6. Sendo assim, e incontroverso a concepção atual da doutrina e jurisprudência no sentido de tão somente exigir prova de fato e suas consequências danosas, nada mais sendo necessário, inclusive o pagamento do prêmio.

VII-DO QUANTUM INDENIZATÓRIO



1. A vigente redação da Lei nº 6.194/74 resultado das modificações oriundas das medidas Provisórias nº 340/2006 (convalidada pela Lei nº 11.482/2007) e nº 451/2008 (Lei nº 11.945/2009), dispõe que o seguro DPVAT destina-se a indenizar os danos por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica nos valores conforme as regras estabelecidas na tabela constante no dispositivo legal supracitado, valor este aferido através de perícia Judicial.

2. Quanto ao valor da causa, cabe ressaltar Vossa Excelência, que o valor recebido pelo autor, a título de indenização do seguro DPVAT, caso haja procedência do pedido, o mesmo só será aferido após a realização da perícia médica. Verifica-se que a parte autora inseriu o valor da causa à quantia de R\$ 1.000,00 (um mil reais) , mas vale salientar que, só após a perícia médica, é que será aferido o valor da indenização, que teoricamente seria o valor da causa, conforme tabela própria da Seguradora Líder.

VIII-DAPERÍCIA

1. Se o douto (a) julgador (a) entender a necessidade que ao Autor(a) seja submetido a uma perícia, segue os quesitos que deverão ser respondidos pelo (o) perito (a):

a) **Quais as lesões sofridas pelo Autor(a)?**

b) **As lesões decorreram de acidente de trânsito?**

c) **Dessas lesões resultou debilidade permanente de membros, sentido ou função; incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável; perda ou inutilização de membro, sentido ou função; deformidade permanente?**

d) **Total ou em parte? Havendo, em que percentual?**

IX-DOS HONORÁRIOS DE SUCUMBÊNCIA



1. Sendo o valor da condenação ,irrisório , que os honorários de sucumbência, que seja aplicado a norma do artigo 85,§2, do Código de Processo Cível.

-

X - D O S

P E D I D O S

Diante do exposto, requer:

- a) Que sejam deferidos os benefícios da justiça gratuita, conforme Lei nº 1.060/50 e art. 98 do CPC.
- b) Determinar a citação da Ré no endereço acima declinado, para que a mesma compareça à Audiência de Conciliação, produzindo a sua defesa, querendo, sob pena de ser decretada a sua revelia e as penalidades decorrentes de tal fato, outro sim se o processo for remetido para o SEJUSC, que seja citada a Ré antes dessa remessa.
- c) Que seja citada a Ré.
- d) A parte autora não tem interesse no ato processual de audiência conciliatória.
- e) Entendendo Vossa Excelência necessidade de uma perícia, que sejam respondidos os quesitos do item VIII.
- f) Julgar a Demanda **PROCEDENTE EM SUA TOTALIDADE**, condenando a Ré a pagar ao Autor uma indenização por invalidez, conforme Laudo Pericial, aplicando a Tabela do seguro DPVAT , acrescido de juros de mora e correção monetária, em conformidade com as Súmulas 43 e 54 do Colendo Superior Tribunal de Justiça.
- g) Caso o valor da condenação for de pequeno valor que seja aplicado em relação aos honorários de sucumbência o que preceitua o artigo 85,§2 do CPC



h) Protesta provar por todos os meios de prova em direito admitidas, especialmente prova documental e depoimento pessoal do preposto da Ré, ulterior juntada de documentos e oitivas de testemunhas, se entenderem necessário.

Dá-se a causa o valor de até **R\$ 1.000,00** (Um mil reais).

Nestes Termos,
Pede e espera deferimento.

Natal, 01 de novembro de 2018.

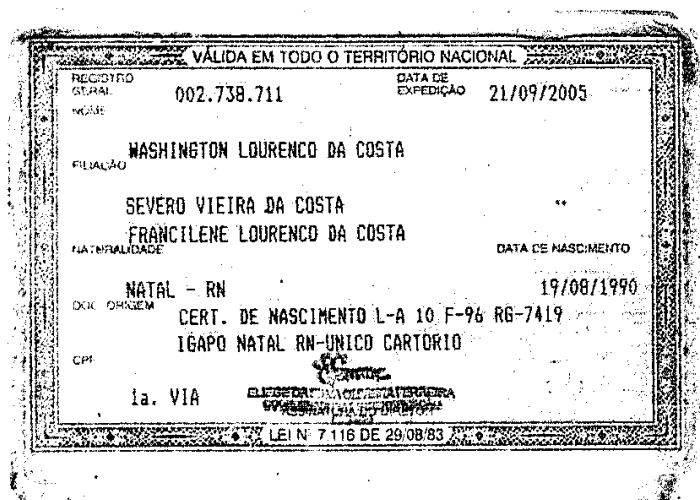
CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO

OAB/RN 7.268











LINS & VELHO
Claudimir José Ferreira Velho

4.725,00
3180/261/29

PROCURAÇÃO PARTICULAR

98603-2781

OUTORGANTE: WASCHINGTON LOURENCO DA COSTA

Estado Civil: Solteiro Profissão: Autônomo

RG: 002.738.711 -ITEP/RN, CPF: 097865884-10

Endereço: Av. Bumba Meu Boi, nº 592, Bairro : Lagoa Azul

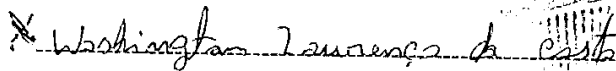
Cidade: Natal, Estado: RN- CEP: 59135-000

OUTORGADO : Dr. CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RN sob o nº 7268, com escritório profissional a Rua do Dr Sadi Mendes, 1010 "A"-Santos Reis- Parnamirim/RN, CEP -- 59.141-085

PODERES: A quem concedo amplos e limpos e ilimitados poderes para, no foro em geral, perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal, propor quaisquer medidas preliminarmente preventivas ou assecuratórias dos nossos direitos e interesses, usando para tanto, os poderes da cláusulas "ad-judicia et extra", e mais os especiais para transpor firmar compromisso, fazer acordo, receber, dar quitação, representar-nos juntos as repartições Públicas, Federais, Estaduais, Municipais, Autárquicas e Sociedade de Economia Mista, praticando todos os atos de representação e defesa extrajudiciais, perante quaisquer pessoas físicas em geral, e, finalmente, praticar todos os atos que s tornem mister para o fiel e completo desempenho deste mandato, inclusive interpor total ou parcialmente, com ou sem reserva de poderes, que tudo darei por bom e valioso. Inclusive Juizado Especiais, PROCON e órgãos similares, firmar acordo em audiência de conciliação e de instrução e julgamento, assumir compromissos, praticando e promovendo tudo que se fizer necessário ao mencionado fim, agindo os outorgados em conjunto ou separadamente e independente de ordem de nomeação, podendo ainda substabelecer um Advogado indicado pelo mandante, ou resolver administrativamente em qualquer órgão podendo praticar qualquer ato necessário para tanto, tendo poderes para retirar alvará e levantar valores destes.

CONTRATO DE HONORÁRIOS: Acordão as parte que o Outorgante arcará com honorários no percentual de 30%(trinta por cento) ao Outorgado, do valor recebido por aquele a qualquer título, por condenação ou acorde entre as partes.

Natal, 08 de Junho de 2018.


OUTORGANTE

Rua Dr Sadi Mendes, 1010 "A"-Santos Reis Parnamirim/RN, CEP-59.145-085. Email:
Claudimir.velho@yahoo.com.br, /Fone (84)99969-7011, 87884353, 32726277.







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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 98641

1 - LOCAL E DATA

Local RUA DO BAIÃO Bairro COM. NOVA NATAL - LAGOA AZUL
Cidade/UF NATAL - RN P. Ref. TERMINAL DOS ÔNIBUS 10/64
Data 03/03/2018 Hora do acidente 18:21 Hora do registro 19:15 Dia da semana SABADO

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi NNX 4432 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. HONDA CG 125 FANES Cor PRETA Ano 2011 / 2011
Proprietário PABLO PATRICK TOMAZ TEIXEIRA Nº de Ocupantes 01
Condutor EDVERTON CAVALO BENTO ARAUJO OLIVEIRA Data de Nasc. 11/03/2003
Endereço RUA SÃO GERALDO Nº 669 Fone 84 98729 3647
Bairro DT. JOSE SARNEX - LAGOA AZUL Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 707 138 1544-05 CNH Nº 1 Validade 1 / 1 / 1 Categoria 1
Local de Trabalho ESTADANTE Fone 1 / 1 / 1
End. 1 Nº 1 Bairro 1 Cidade 1

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi NPS 3442 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. HONDA CB 300 R Cor VERMELHA Ano 2011 / 2012
Proprietário JARDIEL ROCHA DA SILVA Nº de Ocupantes 01
Condutor WASHINGTON ROSENDO DA COSTA Data de Nasc. 11/08/1990
Endereço RUA BUMBÁ MARI BOT Nº 502 Fone 84 98603 2781
Bairro COM. NOVA NATAL - LAGOA AZUL Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 091 865 884-10 CNH Nº 050 3949651B Validade 03/03/2021 Categoria AB
Local de Trabalho AUTONOMO Fone 1 / 1 / 1
End. 1 Nº 1 Bairro 1 Cidade 1

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi 1 Cidade 1 UF 1
Marca/Mod. 1 Cor 1 Ano 1 / 1
Proprietário 1 Nº de Ocupantes 1
Condutor 1 Data de Nasc. 1 / 1 / 1
Endereço 1 Nº 1 Fone 1 / 1 / 1
Bairro 1 Cidade 1 UF 1
CPF Nº 1 CNH Nº 1 Validade 1 / 1 / 1 Categoria 1
Local de Trabalho 1 Fone 1 / 1 / 1
End. 1 Nº 1 Bairro 1 Cidade 1

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi 1 Cidade 1 UF 1
Marca/Mod. 1 Cor 1 Ano 1 / 1
Proprietário 1 Nº de Ocupantes 1
Condutor 1 Data de Nasc. 1 / 1 / 1
Endereço 1 Nº 1 Fone 1 / 1 / 1
Bairro 1 Cidade 1 UF 1
CPF Nº 1 CNH Nº 1 Validade 1 / 1 / 1 Categoria 1
Local de Trabalho 1 Fone 1 / 1 / 1
End. 1 Nº 1 Bairro 1 Cidade 1

Autenticação Número do Boletim: 98641 - Número da Ocorrência: 124641 - Data Registro: 13/03/2018 - Hora Registro: 09:38:05 - Número/Controle: 982C987D260323DA





7. VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? RUA DO BAIÃO
 Em que sentido? CONTRA SINTAREM X LOT. BOA ESPERANÇA
 Em que faixa? ÚNICA
 Versão do condutor: ALGUA QUE TRAFEGAVA NORMASIMENTE CONFORME O ACIMA DESCRITO E QUE TENTOU DESVIAR DE LIMA PESSOA QUE ATRAVESSAVA A RUA, BAIÃO FOI SURPREENDIDO POR V2, QUE VINHA EM SENTIDO CONTRÁRIO, HAVENDO ASSIM A COLISÃO.

Assinatura do Condutor do V1

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? RUA DO BAIÃO
 Em que sentido? LOT. BOA ESPERANÇA X CONTRA SINTAREM
 Em que faixa? ÚNICA
 Versão do condutor: ALGUA QUE TRAFEGAVA NORMASIMENTE CONFORME O ACIMA DESCRITO E QUE FOI SURPREENDIDO POR V1, ENTRANDO REPENTINAMENTE NA CONTRA SINTAREM DE DIREÇÃO EM SUA FRENTE, HAVENDO ASSIM A COLISÃO.

Assinatura do Condutor do V2

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 Boleim: 98641 Número da Ocorrência: 124841 Data Registro: 13/03/2018 Hora Registro: 09:38:05 Número/Controle: 962C987D260323DA







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

Nome: EWERTON CAYLA BEITO OLIVEIRA
 RG Nº: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: 11.03.2013
 Endereço: RUA JUS FERREIRO Nº: 664 Fone: 9 8729 3677
 Bairro: OT. JOSE SARNET - LAGOA AZUL Cidade: NATAL UF: RN
 Versão: 7/8 OLIVADO LUMENOS

Assinatura _____ Hora _____

12 - ☒ Vítima; condutor de ☒ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: CLOVIS SARNET Presenciou: ☐ Foto ☐ Registro

Nome: WASHINGTON LOURENÇO DA COSTA
 RG Nº: 2738411 Órgão Expedidor: ITAP - RN Data de Nascimento: 19.10.81.1990
 Endereço: RUA BILIMBA MELI BOI Nº: 592 Fone: 84 98603-2781
 Bairro: CONJ. NOVA NATAL - LAGOA AZUL Cidade: NATAL UF: RN
 Versão: 10/8 OLIVADO LUMENOS

Assinatura _____ Hora _____

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

Nome: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: _____
 Endereço: _____ Nº: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Versão: _____

Assinatura _____ Hora _____

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

Nome: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: _____
 Endereço: _____ Nº: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Versão: _____

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA VEÍCULO UTILIZADO

Placa: _____ Cidade: _____ UF: _____ Marca/Modelo: _____
 Nome: _____ RG Nº: _____ Órgão Exp.: _____
 Endereço: _____ Nº: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____

16 - IMAGENS / FOTOS: ☐ SIM ☒ NÃO AUTUAÇÃO ☒ SIM ☐ NÃO AIT Nº 18152300 CÓD/DESD 5010-01

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO



INFORMO QUE EM 12/03/2018 ENTREGUEI AO SR. FRANCISCO ELIZABAND LOURENÇO DA COSTA CPF 036.922.744-05 CNH 053.054.84890. FRANCISCO ELIZABAND LOURENÇO ALÉ VÍTIMA POTENCIAL QUE POSSUI UM VITOR EUROPEU DA COSTA DE SOUZA CPF 704.197.474-00 POR FALTA DE TEMPO DE RENOVOS DO PATO DO DETRAN-RN INADA VISTA O GRANCHO ESTA EMPENHADO EM UM JOGO DE FUTEBOL. INFORMO QUE AO CHEGAR NO HOSPITAL E ENVIAR OS COMITENTES OS UMAS IMOS NAO HAVIAM CONDIÇÕES DE ASSINAR AS SOAS VERSOES EM VÍTIUAS DE ESCOLAPDES. NBI MEMBROS SUPERIORES. INFORMO QUE OS DADOS COLETADOS DO CONDUTOR DE VEICULO NA PRESENÇA DE SUA GENITOLA SR. ESCARNEYDE BEITO OLIVEIRA CPF: 036.633.394-05.

Nome Completo do Agente: JOÃO VENÂNCIO NETO
 POSTO/GRAD.: SGT. PM Nº 97.829 Vítima: DRE 107 Subun: 12 - UPR E
 Local e Data: NATAL - RN 03 de MARÇO de 2018

Autenticação Número do Boletim: 98641 Número da Ocorrência: 124641 Data Registro: 13/03/2018 Hora Registro: 03:05 Número/Control: 962C9870260323DA






	<p>PREFEITURA DO NATAL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA SAMU 192 NATAL</p>	 SAMU 192
---	---	---

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **WASHINGTON LOURENCO DA COSTA**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 03/03/2018, aproximadamente às 19h09min, na Avenida dos Baíaõ, Lagoa Azul, nesta Cidade. **Sob nº de ocorrência 193713/2**, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 17 de abril de 2018.


Everton da Silva Rocha
Coordenador Administrativo SAMU 192 Natal
Matrícula nº 61.096-08

Rua Potiguares, 300 - Dix Sept Rosado - Natal/RN – CEP: 59054-280
Tel.: (84) 3232-9222 (84) 3232-9211 - e-mail: admsamunatal@yahoo.com.br





16/04/2018

10.0.0.100/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=193713&Digito=2&ReadOnly=1

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 193713/2

Data: 03/03/2018

CHAMADO

TARM: MARIA MADALENA DA SILVA

Médico Regulação:

Rádio Operador: VIVIAN TAVARES DO NASCIMENTO

Médico Cena: DIEGO HERBERT DUARTE DA SILVA

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 07 (BASE DESCENTRALIZADA LEIDE MORAIS)

Equipe VTR: ANTONIO NUNES DA SILVA NETO - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
MARCOS CESAR DE SOUZA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM☒ REGULAÇÃO MÉDICA☐ TROTE☐ INFORMAÇÃO☐ ENGANO☐ TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: REGINA

Telefone: (84) 98810-0545

Nome do Paciente:

WASHINGTON LOURENÇO DA COSTA

Idade: *

26

ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

☐ Endereço não informado☐ Coordenadas Informadas

Latitude: Longitude:

Endereço: AVENIDA DO BAIÃO

Nº:

Bairro: LAGOA AZUL

Outro Bairro:

Referência/Complemento: NOVA NATAL // PX TERMINAL 64 // PX NELIO DIAS

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Primária: COLISAO MOTO MOTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

03/03/2018 18:08:57 - Dr(a). DAYANNA PATRÍCIA DE CARVALHO BARRETO

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE MOTO X MOTO

REGULAÇÃO: DUAS VÍTIMAS. ALTO IMPACTO. UM AO SOLO, INCONSCIENTE. OUTRO COM SANGRAMENTO ATIVO EM FACE, POREM CONSCIENTE.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB, USA

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

03/03/2018 18:10:58 - Dr(a). DAYANNA PATRÍCIA DE CARVALHO BARRETO

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE MOTO X MOTO

REGULAÇÃO: UMA DAS VÍTIMAS COM FRATURA EXPOSTA.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB, USA

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:

03/03/2018

18:06:18

Saída Local:

03/03/2018

19:15:56

Regulação Médica:

03/03/2018

18:10:58

Chegada Destino:

03/03/2018

19:42:42

Solicitação VTR:

03/03/2018

18:20:37

Liberação Destino:

03/03/2018

19:56:59

Saída VTR:

03/03/2018

18:20:38

Liberação VTR:

03/03/2018

19:57:02

Chegada Local:

03/03/2018

18:35:06

http://10.0.0.100/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=193713&Digito=2&ReadOnly=1

1/2

Assinado eletronicamente por: CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO - 01/11/2018 21:16:01
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18110121154217900000033261261>
Número do documento: 18110121154217900000033261261

Num. 34407523 - Pág. 15



CONDUTA☒ Conduta VTR☒ Remoção**Conduta Médico Regulador:**03/03/2018 19:09:01 - DIEGO HERBERT DUARTE DA SILVA
QTI HMWG**REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA**☐ Aguardando Vaga**Estabelecimento:**

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

- SELECIONE --

H. ligação ao serv prop.:**F:****Recebido por:****Numero do conselho:****Numero da ficha de Remoção:**☐ Vaga Negada☐ Vaga Zero**Motivo da entrada:**

▼

Ass:***PERTENCES****Nome receptor:****Cargo receptor:****Descrição dos pertences:****Local deixado pertences:****Data:****Ass:**



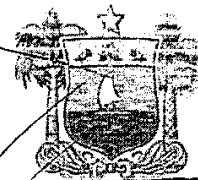


SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLOVIS-SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 10147 /2018

Admissão: 03/03/2018 19:48:35

CIRURGIA GERAL - AMARELO



FATURADO

OK

EM

Paciente: 63818 - WASHINGTON LOURENCO DA COSTA (27 a 6 m 15 d)

Nascimento: 19/08/1990 Natural: NATAL-BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: CPF: Prof:

Mãe: FRANCILENE LOURENCO DA COSTA

Pai: SEVERO VIEIRA DA COSTA

Logradouro: BUMBA-MEU-BOI, 1

CEP: 59135000

Bairro: LAGOA AZUL

Cidade: NATAL

Telefone: 84.999319831

Compl:

Motivo: MOTO X MOTO - COLISÃO

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 03/03/2018 19:48:55

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	160/90		98%		23	84			

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: ac moto/trauma em cabeça/frat mse

Hora: 19:48

Paciente vítima de colisão moto-moto há cerca de 1 hora. Relato que usava capacete no momento do acidente, mas não se recorda de durante o impacto capotei para a direita ou foi retido. Refere perda de consciência. Negou vômitos. Foi resuscitado por BSM com Oxigênio e Ventilação

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Via aérea patula, sem cervicalgia
- B Espiratória em ambiente MV+ sem alarção
- C Sem sinais de hemorragia
- D ECG: 15
- E Apresenta edema periorbitário em olho E, com lacrimação em golfada supratentorial e lacrimação em Nasal

OUTRAS OBSERVAÇÕES: Lacrimação em olho esquerdo, com provável fratura de fratura orbitária

ABO: positivo à glicose, pulso: estável

TOMOGRAFIA/HMWG

Data: 03/03/18 Hora: 20:37

Técnico: 79501/6400

Exame: Cerebral

Médico: Dr. [Assinatura]

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por FRANCISCO DE ASSIS MORAIS QUEIROZ. Impresso em 03 de Março de 2018.

Módulo Hospitalar de Epidemiologia

03/03/18



Assinado eletronicamente por: CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO - 01/11/2018 21:16:01

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18110121154217900000033261261

Número do documento: 18110121154217900000033261261

Num. 34407523 - Pág. 19



ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olfhos se abrem espontaneamente.	4
Olfhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se isso for mique e, se não.)	3
Olfhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olfhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, mês, o porquê, a data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem troca conversacional.)	3
Sons ininteligíveis. (Gemejo sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inspecífica a dor.	4
Padrão flexo à dor (Decorticação).	3
Padrão extensor à dor (Decerebração).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

**ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA- RTS		
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO	
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-150	= 4
	9-120	= 3
	6-80	= 2
	4-50	= 1
	30	= 0
FREQÜÊNCIA RESPIRATORIA	10-390	= 3
	20-200	= 2
	6-30	= 1
	1-50	= 0
	00	= 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	> 900	= 4
	70-890	= 3
	50-570	= 2
	1-490	= 1
	00	= 00

²²Escala de Trauma Revisada (RS): Bom índice de sobrevida para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.J. Copes, et al; A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 624, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DO DEB
(NLS 2005)*

03 - grave (necessidade
intimidade imediata)
00 - 03 = moderado,
14 - 15 = leve

* Referência: TEASDALE G., JENNET, B. Assessed of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet* 1974;2:81-84

* A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4



EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PRÓPRIOS DO HOSPITAL, REQUISIÇÃO DE EXAMES, FOLHA DE PRESCRIÇÃO E ANEXE AO BOLETIM.

A
B
C
D
EA (ALERGIAS): NegaM (MEDICAÇÃO EM USO): Nega

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS)

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL): Vacinas por tempo Dr. Gomes

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

- TC de Crânio

- Rx de tórax AP

- Rx de braço, antebraço e punho esquerdos
AP e perfilDra. Jéssica Macário
Médica
CRM 8909/JRN

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

1- VAT

2- Radiografia de tórax sem evidência de
fraturas de arcos costais

sem pneumotórax

Dra. Jéssica Macário
Médica
CRM 8909/JRN

3- Alta da cirurgia geral

Dra. Jéssica Macário
Médica
CRM 8909/JRN

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1- Realizada antisepsia do local
com PVP 10% aquecido2- Realizada anestesia local com
lidocaína a 2%.3- Realizada sutura com fio de
nylon 3-0

4- Curativo compressivo

5- Orientação gerais

6- Alta da cirurgia geral

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: NACHORA: 20:55 hDATA: 03/03/18ESPECIALISTA 2: OrtopediaHORA: 20:20 hDATA: 03/03/18ESPECIALISTA 3: BOMFHORA: 20:00 hDATA: 03/03/18Dra. Jéssica Macário
Médica
CRM 8909/JRN

MÉDICO (CARIMBO)

O preenchimento do boletim de atendimento produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais fidedignos e protege o profissional de saúde, contribuindo para a melhoria da assistência no HMWG.



Assinado eletronicamente por: CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO - 01/11/2018 21:16:01

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18110121154217900000033261261>

Número do documento: 18110121154217900000033261261





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

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

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2- CNES	
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA		4- CNES 3515168	
Identificação do Paciente			
5- PACIENTE WASHINGTON LOURENCO DA COSTA		6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO 750860	
7- CARTÃO NACIONAL/SUS 7023605712125744	8- DATA DE NASCIMENTO 19/08/1990	9- SEXO MASCULINO	10- RAÇA/COR PARDA
11- NOME DA MÃE FRANCILENE LOURENCO DA COSTA		12- TELEFONE DE CONTATO 999319831	
13- NOME DO RESPONSÁVEL ADRIANE PAULINO DA CRUZ PINHEIRO		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA BUMBA MNEU BOI, 1			
16- MUNICÍPIO NATAL	17- BAIRRO LAGOA AZUL	18- UF RN	19- CEP
Justificativa de Internação			
20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Fratura de antebraço e luxação de cotovelo esquerdo. Intenso para procedimento			
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Anomalia + manobra física + Rx			
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) As acima			
23- DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura de antebraço	24- CID 10 PRINCIPAL S62.01	25- CID 10 SECUND. S62.02	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
Procedimento Solicitado			
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO No antebraço		28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29- CLÍNICA	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO () CNS () CPF	32- Nº DOCUMENTO DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Dr. Uirá de Oliveira CRM/RN 4315
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 04 MAR 2018	
Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)			
36- () AC. TRÂNSITO	39- CNPJ DA SEGURADORA	40- Nº DO PÔLETE	41- SÉRIE
37- () AC. TRABALHO TÍPICO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNAE DA EMPRESA	44- CBOR
38- () AC. TRABALHO TRAJETO			
45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47- COD. ORGAO EMISSOR	
48- DOCUMENTO () CNS () CPF		52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) CONFERE COM ORIGINAL Servidor 198527-8	







PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA		
ORTOPEDIA		
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO
DATA	HORA	150860
04/03/2018	9:10	GIH
PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO
WASHINGTON LOURENCO DA COSTA		19/08/1990
ESTADO CIVIL	PROFISSAO	
SOLTEIRO	VIGILANTE	
ENDEREÇO (RUA, Nº)		
RUA BUMBA MNEU BOI, 1		
MUNICIPIO	BAIRRO	UF
NATAL	LAGOA AZUL	RN
CEP	TELEFONE	
LOCAL DE TRABALHO		
FILIAÇÃO		
FRANCILENE LOURENCO DA COSTA	SEVERO VIEIRA DA COSTA	
RESPONSÁVEL	TELEFONE	
ADRIANE PAULINO DA CRUZ PINHEIRO	999319831	
ENDEREÇO		
DIAGNOSTICO PROVISORIO		
DIAGNOSTICO DEFINITIVO		

DATA DE ADMISSAO

ALTA

13-03-2018

OBITO

HISTORIA CLINICA

Paciente sofreu acidente com fraturas
de antebraço e luxação do corpo articular.
Necessita de fisioterapia

Dr. Wladimir de Oliveira

04 MAR. 2018

CONFERE COM ORIGINAL
Servidor

198574





di- fionel urbe souwerye ...
nãõ do sear - 752 605+ 1212 57-14



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

CPF- 097.865.884-010

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

NOME: Washington Lourenço da Costa
IDADE: 19.08.1980 COR: Pardo SEXO: Masculino ESTADO CIVIL: Solteiro
NATURALIDADE: Natal-RN PROFISSÃO: Militar PROCEDÊNCIA: Ortopedia
ENDEREÇO: Rua Bumba-meu-boi BAIRRO: Lagoa Azul
CIDADE: Natal DATA: 04/03/2018 HORA: 08:20

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM ☐

NÃO ☐

PUPILAS

A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)

B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

C) PRESSÃO ARTERIAL

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

TEMP.

RESPIRAÇÃO

PULSO

T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

queda de moto autôm.
m. e profundidade antebraço e pulso E.

EXAME FÍSICO

CONFERE COM ORIGINAL

Assinador

1981574

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

fract. antebraço E + fract. lux. pulso E



EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input checked="" type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input checked="" type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input checked="" type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

CONDUTA

Interno p/ H. cirurgia

Dr. Eudimar Gonçalves
CRM-FM 346

04 MAR 2018
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 ____/____/____ 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		Nº prontuário	
Nome do paciente: <u>Washington Lourenço da Costa</u>			
Data operação: <u>08/02/15</u>	Enf.	1º auxiliar: <u>Dr. João</u>	Leito
Operador: <u>Dr. Osvaldo</u>	2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador
Anestesista: <u>Dr. Igor</u>	Tipo de anestesia		
Diagnóstico pré-operatório: <u>fratura-luxação do carpo A</u>			
Tipo de operação: <u>tratamento cirúrgico p/ fratura-luxação do carpo direito</u>			
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

OBS: Orientado o paciente sobre a gravidade da lesão, e o risco de necrose e pseudotumor. Com história de +/- 7 dias

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO do acidente, aumentando o risco de complicações

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

1. Anestesia
2. Antissepsia + Campos
3. Incisão em região posterior do punho e ulnar
4. Exposição do rádio distal e 1ª fíbula do carpo
5. Fixação da fratura-luxação do carpo
6. Redução da fratura-luxação (tração/sem tração)
7. Fixação com os fios de Kirschner
8. fechamento da ferida por planos após lavagem extensiva da ferida

11 CIRURGIAS MÚLTIPLAS	1987018
04150100125	
0415030013	
1 PROC. CLÍNICO	
1 PROC. CIRÚRGICO	
0408070906	
1 CBO. 225225	
1 CBO. 225270	
12 DIAS	
1 CID S620	

CONFERE COM ORIGINAL

JOÃO JERÔNIMO BARRETO

Ortopedista e Traumatologista

CRM 3200 - TEOT 6432

Fabrizio: 1304/2017 Val: indeterminada

Registro ANVISA Nº: 8083650038

Material: Aço Inox 316L

Regist. ANVISA Nº: 8083650038

Luiz Guilherme Sertori & Cia Ltda - EPP

CNPJ: 04.861.631/0001-20 - Rio Claro / SP

Tel: +55 19 3538-1910 - comercial@sertoriltda.br

OBS: fratura-luxação do carpo direito



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital: <u>WOM</u>		Enfermaria		Leito	Nº prontuário	
Nome: <u>Claudio Jose Ferreira da Silva</u>				Idade: <u>27</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u>B</u>
Data: <u>10/03/2016</u>	Pressão arterial: <u>120x80</u>	Pulso: <u>60 bpm</u>	Respiração	Temperatura	Peso	Outras
Tipo sanguíneo	Hemátias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia	
	Uniz					
Ap. respiratório: <u>91 silta</u>				Asma		Bronquite
Ap. circulatório: <u>51 silta</u>				Eletrocardiograma		
Ap. digestivo			Dentes	Pescoço	Ap. urinário	
Estado mental: <u>LOTC</u>			Atarácicos	Corticoides	Alergia: <u>Nego</u>	Hipotensores
Diagnóstico pré-operatório: <u>Fratura - Lesão do osso do corpo</u>					Estado físico: <u>ASA I</u>	Risco
Anestésias anteriores						
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito	
Agentes Anestésicos	<u>Midazolam 0.5 mg</u> <u>Propofol 100 mg</u> <u>O₂ - 10 L/min</u>					
Líquidos	<u>Agente 1 - Lidocaina 1% 10 mL</u> <u>Agente 2 - Lidocaina 1% 10 mL</u>					
Oper. <input type="radio"/> Anest. <input checked="" type="radio"/> O Resp.: <input type="radio"/> P Pulso <input checked="" type="radio"/>	260	Agente 1: 1) Lidocaina 1% 2) Propofol 100 mg 3) Midazolam 0.5 mg 4) Fentanyl 100 mcg 5) Sufentanil 10 mcg 6) Alfentanil 10 mcg				
	250					
240						
230						
220						
210						
200						
190						
180						
170						
160						
150						
140						
130						
120						
110						
100						
90						
80						
70						
60						
50						
40						
30						
20						
10						

SÍMBOLOS

ANOTAÇÕES

POSIÇÃO

Agentes

Técnica

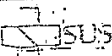
Operação

Cirurgiões

Anestesiistas

Observações

Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias. Perda sanguínea

 Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE			
6 - DATA DE NASCIMENTO		7 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> 1 Feme. <input type="checkbox"/> 3	
8 - RACIA DO PACIENTE		9 - RACIA DO PACIENTE	
10 - NOME DA MÃE		11 - TELEFONE DE CONTATO 12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO 15 - TELEFONE DE CONTATO	
16 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		17 - CDD. ISCE MUNICÍPIO	
18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		19 - UF	
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)		21 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	

22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		23 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		25 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
26 - DIAGNÓSTICO INICIAL		27 - CID 10 PRINCIPAL	
28 - CID 10 SECUNDÁRIO		29 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

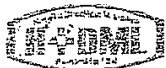
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		31 - CDD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
32 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		33 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III	
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		35 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		37 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		39 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
40 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		41 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	

42 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
CONFERE COM ORIGINAL Servidor	CONFERE COM ORIGINAL Servidor

43 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		44 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
45 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		46 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		48 - DATA DE AUTORIZAÇÃO	
49 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		50 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	







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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Washington Laureano da Costa Idade: 27 / N: 19/08/1990
Pront.: 150860 Município: Natal Procedência: () Interno () Externo
Data da cirurgia: 10/03/18 Hora Admissão: Bloco 1405 Sala: 1 Hora Saída: 15:00 Peso: 70
Alergias: () Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras neg
Uso de medicações: () Não () Sim Jejum: () Não () Sim 25h
SSV Admissão: PA: 120/80 mmHg Pulso: 70 bpm FI: 100 rpm FC: 100 bpm SpO₂: 98 % T: 36 °C
Enfermeiro(a): CRUZ Instrumentado(a): CRUZ Circulante: LIPOVA
Cirurgia: T.T. Colecistectomia Aberta Especialidade: Coloproctologia Sala: I
Hora Início: 15:00 Hora Término: 17:00 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: Dr. Osvaldo Aux.: Dr. João Residente: Dr. João
Anestesia: () Local (X) Sedação () Geral TOT: X Bloqueio () Raquidiana Ag.nº 15 () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag.nº 15 Cateter nº: 15 Início: 15:05 Garrote: (X) Smarch () Pneumático Início: 15:05 Término: 16:20
Anestesiologista: Dr. João

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

SINAIS VITAIS				POSIÇÃO		COXIM		MMSS	
FC	87	98		<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal					Anatômicos
Pulso	87	98		<input type="checkbox"/> Ventral				<input checked="" type="checkbox"/>	Abduzidos
Oximetria	99%	99%		<input type="checkbox"/> Lateral					Fletidos
Capnografia				<input type="checkbox"/> Litômica					MMII
PA	138x80	150x74		<input type="checkbox"/> Trendleburg					Anatômicos
				<input type="checkbox"/> Canivete					Abduzidos
				<input type="checkbox"/> Proclive					Fletidos

ACESSO VENOSO				PLACA DO BISTURI ELÉTRICO			
<input type="checkbox"/> Punção Arterial				<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não (X) Metal () Descartável			
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica				Local: <u>Partitura da 1ª costela</u>			
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Central				DEGERMAÇÃO		TRICOTOMIA	
<input type="checkbox"/> Dissecção venosa				<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não		() Sim (X) Não	
Local:				Local: <u>USE</u>	Solução: <u>Chlorhexidina</u>	Local:	
Cateter:							

SONDAGEM GÁSTRICA				IMPLANTE CIRÚRGICO			
<input type="checkbox"/> SNG nº				Drenos:			
Retorno:				Tela:			
				Cateter:			
				Ostomia:			
				Fio de KC:			
				Placa - tipo:			
				Outros:			

CATETERISMO VESICAL				ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO			
<input type="checkbox"/> SVF nº				Caixa cirúrgica: <u>Dilicab + Pen F</u>	Quant. Material:		
Dilúese:				Val: <u>13103</u>	Contagem de gaze:		
Profissional responsável:				<u>49103</u>			

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)			



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:
() Hemoconcentrado _____ Unid. () Plasma _____ Unid. () Plaquetas _____ Unid.
() Albumina _____ Unid. () Expansor plasmático _____ Unid.
MEDICAÇÕES UTILIZADAS
h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____

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

ANATOMO PATOLÓGICO

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

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

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

INTERCORRÊNCIAS: Procedimento realizado sem intercorrência

Ass: Pinouro Coren: 233309

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: (X) Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel (X) O₂ ambiente Curativo: (X) Oclusivo () Compressivo () Bolsa de
colostomia () Outro: _____
Diurese: (X) Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: CRO

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

Hora: 14:05 Data: 10/03/18 Nível de consciência: (X) Acordado () Sonolento () Narcose (X) Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O₂ (X) O₂ Ambiente
Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não () Sim Tipo: AVP Local: MSB Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim (X) Não Especifique: _____
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno insuficiente () Coágulos
Curativo: (X) Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG (X) Oxímetro () PA

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

SINAIS VITAIS

Líquidos administrados na URPA:

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat %	Dor	
Admissão		81		20	96%	100	Soro glicosado: _____ ml
30'		82		—	98%	100	Soro Fisiológico: _____ ml
60'		70		—	100%	105	Ringer: _____ ml
Alta		81		—	98%	105	Irrigação vesical contínua: _____ ml

Medicações administradas URPA:

Eliminações:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura		Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação
					Recebido da SO				
					Desprezado				
					URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: Paciente admitido na SRA - FCB - mantém AVP + cateter + msc + imobilizado.

Ass:

Ass: Pinouro Coren: 168301





Hospital

Nome do paciente

WASHINGTON LOURENÇO DA COSTA

Nº prontuário

150860

Operação

050318

Enf.

Leito

Lor

JOSEMAR MENEZES

1º auxiliar

CARLOS MAGNO

Lar

3º auxiliar

Instrumentador

Sista

160R

Tipo de anestesia

Histórico pré-operatório

FRATURA DE ANTÉBRIO ESQUERDO

e operação

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO
INTERNA

Histórico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Relatório radiológico no ato

Ocorrências durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

PACIENTE SOB ANESTESIA, ASSGASIA
CALHAOS, INCISÃO POSTERIOR, DISSECA-
ÇÕES RESOLUÇÃO. PLACA DCP COM 07
PILAS. COM PARAFUSOS CORTICIS. SUTU-
RADO POR PLANO. TENTADO RESOLUÇÃO DO
CARPO SEM SUCESSO. CURATIVOS COM
ALGODÃO E CREPON

CIRURGIAS MÚLTIPLAS
(0415010012)
POLITRAUMATIZADO
(0415030013)
PROC. CLÍNICO
PROC. CIRÚRGICO
0408020423
CBO. 225225
CBO. 225270
3 DIAS
CID. 552.4

Dr. Carlos Magno B. do Carmo
Ortopedista - Traumatologia
Bacharel em Traumatologia
CRM 2106 - TEOT 5981
CPE: 128.304.204-14

CONFERE COM ORIGINAL

Servidor

118679

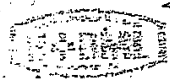


Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria		Leito		Nº prontuário													
Nome		Idade		Sexo		Cor													
Data	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros													
Tipo sanguíneo	Hematias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia														
Ap. respiratório		Asma		Bronquite															
Ap. circulatório		Eletrcardiograma																	
Ap. digestivo		Dentes	Pescoco	Ap. urinário															
Estado mental	Ataraxicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores															
Diagnóstico pré-operatório	Estado físico	Risco																	
Anestésias anteriores																			
Medicação pré-anestésica		Aplicada às		Efeito															
<table border="1"> <tr> <td>Agentes Anestésicos</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Líquidos</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Oper</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AnesL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>O Resp.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>P Pulso</td> <td></td> </tr> </table>								Agentes Anestésicos		Líquidos		Oper		AnesL		O Resp.		P Pulso	
Agentes Anestésicos																			
Líquidos																			
Oper																			
AnesL																			
O Resp.																			
P Pulso																			
SIMBOLOS																			
E																			
ANOTAÇÕES																			
POSIÇÃO																			
Agentes																			
Técnica																			
Operação																			
Cirurgiões																			
Anestésistas																			
Observações																			

Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Washington Lawrence da Costa Idade: 27a D/N: 19/08/1990

Cont.: 150860 Município: Natal Procedência: () Interno () Externo

Data da cirurgia: 05/03/18 Hora Admissão: Bloco: 13:40 Sala: : Hora Saída: : Peso: ±

Alergias: (X) Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras negas

Uso de medicações: () Não () Sim Jejum: () Não (X) Sim

VV Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm FI: rpm FC: bpm SpO₂: 100 % T: °C

Enfermeiro(a): Lidiane Instrumentado(a): Danielo Circulante: Plumbão

Especialidade: ortopedia Sala: :

Hora Início: 15:05 Hora Término: 16:45 Tipo de cirurgia: (X) Eletiva () Urgência (X) Limpa () Contaminada () Infectada

Cirurgião: Dr. Jolison Aux.: Dr. Inês Magalhães Residente: :

Anestesia: () Local () Sedação (X) Geral TOT: () Bloqueio () Raquidiana Ag.nº () Peridural () c/cateter () s/cateter

Ag.nº Cateter nº: Início: Garrote: (X) Smarch () Pneumático Início: 15:50 Término: 16:30

Anestesiologista: Dr. Jolison

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

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>87</u>	<u>80</u>	<u>78</u>	Bpm
Pulso	<u>87</u>	<u>80</u>	<u>78</u>	Bpm
Oximetria	<u>96</u>	<u>98</u>	<u>98</u>	%
Capnografia				%
PA	<u>130/86</u>	<u>138/60</u>	<u>142 x 73</u>	mmHg

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

Local: MSD

Cateter: Jelco 18

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

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

Profissional responsável:

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

<input type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Glicosimetria

<input type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)

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

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
() Sim (X) Não () Metal () Descartável

Local: :

DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA
(X) Sim () Não	() Sim () Não

Local: MSD Solução: Alcon Local: :

IMPLANTE CIRÚRGICO
CONFERE COM ORIGINAL

Drenos:

Tela:

Cateter:

Ostomia:

Fio de KC:

Placa - Tipo: 7 furos BCP

Outros:

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO

Caixa cirúrgica: 11308 Contagem de gaze e compressas: () Não () Sim



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:
☐ Hemoderivado _____ Unid. ☐ Plasma _____ Unid. ☐ Plaquetas _____ Unid.
☐ Fator VIII _____ Unid. ☐ Expansor plasmático _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS
 _____ 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
 Swab para cultura: _____ Líquido: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES
 FO de aspecto: ☐ limpo ☐ c/exsudato ☐ Contaminada ☐ Aparelho gessado ☐ Bandagens ☐ Talas ☐ Outros:
 INTERCORRÊNCIAS: 513/18 14105 Proctostomia sem intercorrências

 Ass: Amibio Coren: _____

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 ☐ Hematúria ☐ Irrigação Vesical ☐ Oligúrico Destino após a cirurgia: MRN

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO
 Hora: 16:50 Data: 05/03/18 Nível de consciência: ☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Narcose ☐ Orientado
☐ Desorientado ☐ Agitado ☐ Choro Vias aéreas: ☐ Intubado ☐ Extubado ☐ Cânula de Guedel ☐ Cateter O₂ ☒ Ambiente
 Mobilização MMII: ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Sem mobilidade Mobilização MMSS: ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Sem mobilidade
 Venoclise: ☐ Não ☒ Sim Tipo: Arterial Local: USD 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
 Relato: neg

SINAIS VITAIS

Hora	TC	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão		89	120/80		99	
30'		68			92	
60'		82			97	
Alta		81	130/80		99	

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

Eliminações:

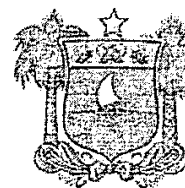
	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: 5 Intercorrências, encaminhado p/ clínica ortopédica + Rx. Alta de ortopedica. HUBA, P.

Ass: Fernanda Coren: 647506



ESALRN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 10147 /2018

Admissão: 03/03/2018 19:48:35

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **63818** - WASHINGTON LOURENCO DA COSTA (27 a 6 m 15 d)

Nascimento: 19/08/1990 Natural: NATAL.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: CPF:

Prof:

Mãe: FRANCILENE LOURENCO DA COSTA

Pai: SEVERO VIEIRA DA COSTA

Logradouro: BUMBA-MEU-BOI, 1

CEP: 59135000

Bairro: LAGOA AZUL

Cidade: NATAL

Telefone: 84.999319831

Compl:

Motivo: MOTO X MOTO - COLISÃO

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS.:

Classificação: 03/03/2018 19:48:55

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	160x90		98%		23	84			

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: ac moto/trauma em cabeça/frat mse

Hora: 19:51

Paciente vítima de colisão moto-moto há cerca de 1 hora. Relato que estava
esperando no momento do acidente, mas não se recorda de durante o impacto corporal saiu da
cabeça ou foi atingido. Refere perda de consciência. Alega vômitos. Foi levado pelo SAMU com
Diqueno e Voltaren

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Visão aérea geral, sem alteração
- B Exame em os ombros, MV+, sem alteração
- C Sem sinais de hemorragia
- D ECG: 15
- E Apresenta edema periorbitário em olho E, com lacrimação em gotículas suaves. Lacrimação em olho

CONFERE COM ORIGINAL

Servidor

199168

OUTRAS OBSERVAÇÕES: Lacrimação em os olhos, sem alteração (notas de pontos/então)

ABO: undado à pulpa
pulsa: estavel

TOMOGRAFIA/HMWG

Data: 02/03/18 Hora 20:37

Técnico: J. P. M. / A. C. A.

Exame: Cerebral / Cerebral

Médico: Dr. J. P. M.

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por FRANCISCO DE ASSIS MORAIS QUEIROZ. Impresso em 03 de Março de 2018.



Assinado eletronicamente por: CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO - 01/11/2018 21:16:01

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18110121154217900000033261261

Número do documento: 18110121154217900000033261261

Num. 34407523 - Pág. 41



ESPECIALIZADO 1: Dr. Velho

ponte e histórico de acidente de trânsito
unco apêndice

EXAME FÍSICO

Exame físico realizado 15 min após trauma
pulsos normais

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

TC crânio sem lesões de importância
nasal e paranasal e parafuso atômico do maxilar
2 (E)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

alta do paciente para casa

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

#HISTÓRICO

paciente vítima de acidente de trânsito
colisão frontal com veículo em movimento
em via pública
colisão com veículo de passeio
- ferimentos por impacto direto no tórax
- ferimentos por impacto direto no abdômen

#EXAME FÍSICO

paciente com trauma crânio e tórax
ferimentos no tórax - hemotórax - hemothorax
ferimentos no abdômen - hemoperitônio - hemothorax
de resumo: colisão frontal com veículo em movimento
colisão com veículo de passeio

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, data, o porquê, a data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala incoerente, mas sem troca conversacional)	3
Sons ininteligíveis (Gemeo sem articular palavras)	2
Ausente	1
Resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirado inspecção a dor.	4
Padrão flexor a dor (Decorticação)	3
Padrão extensor a dor (Decereação)	2
Sem resposta motora.	1
Total	

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4 9-12 = 3 6-8 = 2 3-5 = 1 0 = 0
RESPIRATÓRIA	10-20 = 4 12-20 = 3 6-9 = 2 1-5 = 1 0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	120 = 4 76-89 = 3 50-59 = 2 1-49 = 1 0 = 0

"Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.L. Sacco W.L. Copes, et al; A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 624, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE LESÃO (NLS 2005)

03 - Grave (necessidade de intervenção imediata)
09 - Moderado
14 - Leve

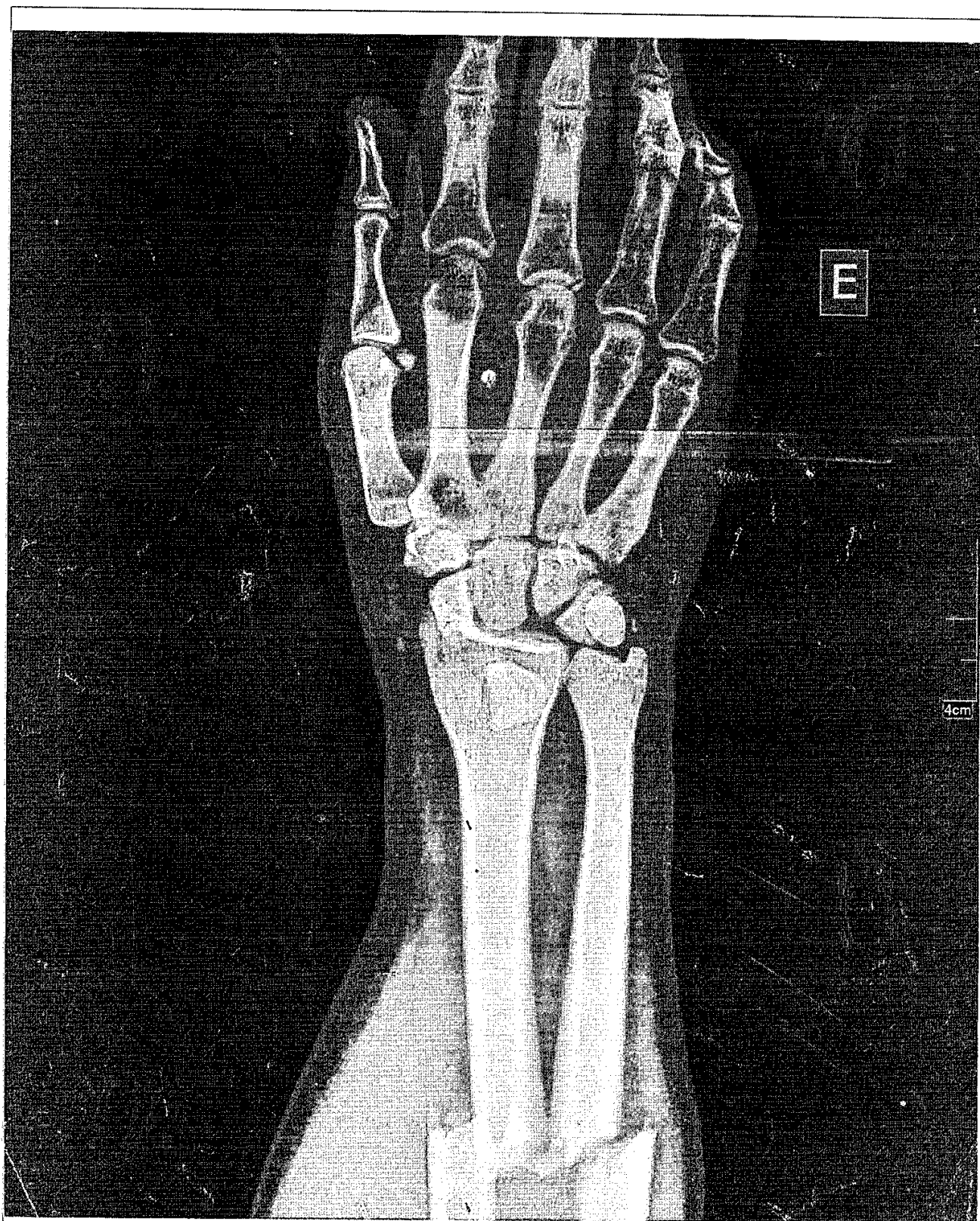
* Referência: TEASDALE G.JENNET, B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale, Lancet 1974;2:81-84

** A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa subdivide-se o doente que classifica a intensidade de sua dor de acordo com as seguintes adjetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possiv.
0	1	2	3	4



WASHINGTON LOURENCO DA COSTA, : DX from 03/03/2018







COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Balgado Filho, 1553, Tirol, CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.385/0001-35 / INSC. Estadual: 20055428-3
Admin. Central (84) 3232-4332 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO

115

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 12/04/2018 ÀS 10:02:08

MATRÍCULA: 633303		MÊS/ANO: 04/2018				
DADOS DO CLIENTE						
SEVERO VIEIRA DA COSTA AV BUNHA-MEU-BOI, N, 592 - LAGOA AZUL NATAL RN 59135-000						
INSCRIÇÃO 215.067.260.1783.000	ROTA 6	SEQ.ROTA 4443	QUANTIDADE DE ECONOMIAS RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO 3			
HIORÓMETRO 0870012262	SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL				
CONSUMO AGUA (M3): 3		DATA LEITURA: 12/04/2018 LEIT. ATUAL: 3233 LEIT. ANT.: 3230 DIAS CONSUMO: 33				
HISTORICO DE CONSUMO						
REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MEDIA
03/2018	3	01/2018	0	11/2017	0	3
02/2018	0	12/2017	0	10/2017	0	
DESCRICAÇÃO				CONSUMO	TOTAL(R\$)	
AGUA						
RESIDENCIAL ATE 50M 2 UNIDADE(S)						
CONSUMO DE AGUA				2 M3	50,80	
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)						
CONSUMO DE AGUA				1 M3	39,99	
MULTA P/IMPOTUALIDADE 03/2018					1,81	
FATURAS EM ATRASO						
REF DB.ATE	782.57	REF 201506	45.16			
REF 201504	43.44	REF 201507	44.3			
REF 201505	43.44	OUTROS	815.42			
TRIBUTOS						
PIS	90,79	PERCENTUAL(%)	1.65	VALOR DO IMPOSTO	1,50	
COFINS	90,79		7.6		6,90	
VENCIMENTO: 22/04/2018		TOTAL A PAGAR: 92,60				
O RELATORIO ANUAL DE QUALIDADE DE AGUA DE 2018, REFERENTE A 2017, ESTA DISPONIVEL NO SITE DA CAERN, NO MENU DESCRITIVO "INFORMACOES TECNICAS"						
MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA AGUA DISTRIBUIDA						
Parâmetros	Turbidez	PH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrito (como N)	
VMP e Recomendações	≤ 5.0 UT	8.0 a 9.5	% de Ausência	0.2 a 2.0 mg/L	≤ 10.0 mg/L	
Valores Obtidos	0.35	6.55	100.0 %	0.71	3.04	

82650000000 3 92600006215 4 00063330301 1 04201820003 2



MATRÍCULA 633303	MÊS/ANO 04/2018	VENCIMENTO 22/04/2018	TOTAL A PAGAR 92,60
---------------------	--------------------	--------------------------	------------------------



COMPROVANTE DA CAERN



Assinado eletronicamente por: CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO - 01/11/2018 21:16:01
<https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18110121154217900000033261261>
Número do documento: 18110121154217900000033261261



20/08/2018



Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

Buscar no site

COMPANHIA ^ SEGURO ^ DPVAT ^ ATENDIMENTO (Pontos-de-
CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ^ SALA DE ^ IMPRENSA ^ CONOSCO ^ CONTATO ^

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180261129 - Resultado de consulta por beneficiário

VITMA WASHINGTON LOURENÇO DA COSTA

COBERTURA Invalidez

PUNTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Natal-RN

CPF/CNPJ: 09786588410

Postiço em 20-08-2018 15:19:31

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indi

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total
06/07/2018 R\$ 4.725,00 R\$ 0,00 R\$ 4.725,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de Invalidez	(https://sisdvavdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ZFxoUBu_784LbIRbYKc) (https://sisdvavdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ZFxoUBu_784LbIRbYKc)	
Reprogramação de pagamento	(https://sisdvavdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/Fon8ivRCHHqd7FyLQj) (https://sisdvavdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/Fon8ivRCHHqd7FyLQj)	
Aviso de Sinistro	(https://sisdvavdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/vTdQk73fFG299BjFayj) (https://sisdvavdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/vTdQk73fFG299BjFayj)	

ACESSIBILIDADE

https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx



[Faint, illegible text covering the majority of the page, likely bleed-through from the reverse side.]

50



Certifico que, em cumprimento ao mandado, me dirigi ao local e lá CITEI a PORTO SEGURO CIA. DE SEGUROS GERAIS , através do seu representante legal, que após a leitura do mandado, exarou o seu ciente e recebeu a contra fé. O referido é verdade e dou fé.



Successfully created



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

19ª Vara Cível da Comarca de Natal

AC Fórum Seabra Fagundes, 315, Rua Doutor Lauro Pinto 315, Lagoa Nova, NATAL - RN - CEP: 59064-972

Processo nº 0858862-04.2018.8.20.5001

Classe:PROCEDIMENTO COMUM (7)

Autor: WASHINGTON LOURENCO DA COSTA

Réu:SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. e outros

Região do Mandado: 6

Jessica Bispo Pessoa
Porto Seguro
Matrícula: F 0123929-5
44108119
46.13

MANDADO DE CITAÇÃO

De ordem de Sua Excelência a Sra. ELANE PALMEIRA DE SOUZA, Juíza de Direito da 19ª Vara Cível da comarca de Natal, na forma da lei.

MANDA que o Sr. Oficial de Justiça, proceda à **CITAÇÃO** da parte requerida, para tomar conhecimento de todo conteúdo do Ato Judicial e da petição inicial, cujas cópias seguem anexadas, parte integrante do presente mandado, bem como, através de advogado legalmente constituído, querendo, **no prazo de 15 (quinze) dias**, contados a partir da juntada deste mandado aos autos, **apresentar resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.**

ADVERTÊNCIAS:

- 1) Art. 5º, do CPC: "Aquele que de qualquer forma participa do processo deve comportar-se de acordo com a boa-fé"
- 2) Art. 344, do CPC: "Se o réu não contestar a ação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor."

Destinatário:

Nome: **PORTO SEGURO CIA. DE SEGUROS GERAIS**

Endereço: **Avenida Prudente de Moraes, 4055, - de 3299 a 4241 - lado ímpar, Lagoa Nova, NATAL - RN - CEP:**

CUMPRA-SE na forma da lei, e sob suas penas.

Carlos Antunes

06/08/2019 15:01



Natal/RN, 6 de agosto de 2019

ANDRESSA CELLY NASCIMENTO DE CARVALHO

Estagiária

(De ordem: art. 250, inciso VI do C.P.C.)

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº 11.419/06)



Assinado eletronicamente por: **ANDRESSA CELLY NASCIMENTO DE CARVALHO**

06/08/2019 14:40:04

<https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

ID do documento: **47603447**



19080614400327500000046050442



06/08/2019 15:01

