



Número: **0801142-58.2019.8.20.5126**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Santa Cruz**

Última distribuição : **08/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 20.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trabalho**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO AVELINO DO NASCIMENTO (AUTOR)		PAULO EDUARDO VICENTE DA SILVA LEMOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47658960	08/08/2019 10:06	Petição Inicial	Petição Inicial
47659931	08/08/2019 10:06	inicial DPVAT	Outros documentos
47659929	08/08/2019 10:06	radiografias	Outros documentos
47659939	08/08/2019 10:06	proc, comprov de res e ident	Outros documentos
47659941	08/08/2019 10:06	laudo de internação	Outros documentos
47659942	08/08/2019 10:06	doc do walfredo	Outros documentos
47659946	08/08/2019 10:06	declaração do samu	Outros documentos
47659949	08/08/2019 10:06	consulta de sinistro	Outros documentos
47659956	08/08/2019 10:10	Substabelecimento	Substabelecimento
47659957	08/08/2019 10:10	substabelecimento de procurações	Outros documentos

inicial



**EXCELENTÍSSIMO (a) SENHOR (a) DOUTOR (a) JUIZ (a) DE DIREITO DA
VARA CÍVEL DA COMARCA DE SANTA CRUZ – RN**

FRANCISCO AVELINO DO NASCIMENTO, brasileiro, casado, moto-taxista, RG de nº 863108, e CPF nº 512.656.484-68, residente e domiciliado na Rua Padre José Anchieta nº 105, Bairro: Paraíso, Santa Cruz/RN, CEP: 59.200-000, por seu bastante procurador, infra-assinado, (conforme substabelecimento de procuração em anexo), com escritório profissional situado à Rua Augusto Severo, nº 116, Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP: 59200-000, onde recebe as correspondências de estilo, vem perante **Vossa Excelência**, com fulcro na legislação pertinente, propor:

AÇÃO CÍVEL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT

Em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGUROS DPVAT S/A**, empresa com sede na Rua Senador Dantas, nº. 74, 5º andar, Centro – Rio de Janeiro / RJ, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 09.248.608/0001-04, pelos fatos e fundamentos jurídicos que passa a expor:

DA JUSTIÇA GRATUÍTA

Requer à V. Exª. seja deferido o benefício da Gratuidade de Justiça, com embasamento na lei 1.060/50, com alterações introduzidas pela lei 7.510/86, por não ter condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

DOS FATOS

O requerente sofreu acidente de moto no dia 28 de dezembro de 2018, conforme toda a documentação juntada a este processo, tendo tido lesões perna, inclusive se submetido a procedimento cirúrgico.

*Escritório - Rua Miguel Barbosa, 147 - Centro
Telefone (84) 3292-2061 (84) 9933-6063 (84) 9999-3233 – Tangará/RN
edutangara@hotmail.com*



O requerente adentrou com pedido administrativo de indenização DPVAT, tendo há época recebido o valor de 2.362,50 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Salienta-se que o direito do Autor, consiste no recebimento da indenização coberta pelo seguro obrigatório de DPVAT, sendo lhe devido o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), uma vez que resta comprovado na documentação acostada aos autos o nexo causal entre o acidente e a morte e gravidade da lesão.

Denota-se legítimo o dever da Ré em efetuar o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT, ora pleiteada, visto que a mesma pertence ao rol de seguradoras que compõem atualmente o Consórcio referente ao Convênio DPVAT.

Nesse sentido Excelência, em decorrência do acidente sofrido requeremos a complementação do valor recebido e para isto acreditamos no socorro jurisdicional desta vara para que obtenhamos justiça.

DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS

O Seguro DPVAT foi criado no ano de 1974 pela Lei Federal nº 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, que determina que todos os veículos automotores, paguem anualmente uma taxa que garante, na ocorrência de acidentes, o recebimento de indenização tanto no caso de ferimento quanto no caso de morte.

Em conformidade com o art. 3º da lei nº. 6.194/74, os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte,



invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar, vejamos o que nos diz este artigo com sua alínea:

“Art. 2º – Fica acrescida ao artigo 20, do Decreto-Lei nº. 73, de 21 de novembro de 1966, a alínea “I” nestes termos:

Art. 20, I – Danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas não transportadas ou não.

Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vítima:

I – R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de morte;

Art. 4º – A indenização no caso de morte será paga, na constância do casamento ao cônjuge sobrevivente; na sua falta, aos herdeiros legais. Nos demais casos o pagamento será feito diretamente à vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados.

Assim, resta claro que o requerente deve ser indenizado pelo seguro, como medida de direito, visto pai sobrevivente da vítima.

Neste sentido, vejamos nossa Jurisprudência:

APELAÇÃO CÍVEL AÇÃO DE COBRANÇA SECURITÁRIA DPVAT - INDENIZAÇÃO POR MORTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA IRRELEVÂNCIA JUNTADA DE DOCUMENTO HÁBIL A DEMONSTRAR A EXISTÊNCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE O ACIDENTE E O DANO ALEGADA CARÊNCIA DE AÇÃO AFASTADA CORREÇÃO MONETÁRIA TERMO A QUO EDIÇÃO DA MP Nº 340 /2006 MERA RECOMPOSIÇÃO DA MOEDA EM RAZÃO DA



Paulo Eduardo Vicente da Silva Lemos
Advogado - OAB / RN 8244

DEPRECIAÇÃO INFLACIONÁRIA RECURSO DESPROVIDO. (TJPR - 8771997
PR 877199-7 (Acórdão)a TJPR).

*Escritório - Rua Miguel Barbosa, 147 - Centro
Telefone (84) 3292-2061 (84) 9933-6063 (84) 9999-3233 – Tangará/RN
edutangara@hotmail.com*



DEVE SER FIXADA COM BASE NO SALÁRIO MÍNIMO EM VIGOR NA DATA DO FALECIMENTO DA VÍTIMA RECURSOS IMPROVIDOS.(TJSP - Apelação APL 9196426172009826 SP 9196426-17.2009.8.26.0000).

É entendimento já pacificado pela jurisprudência pátria que o pagamento do referido seguro deverá ser efetuado por qualquer seguradora privada integrante do consórcio instituído pela resolução 1/75 do CNSP. Vejamos o seguinte julgado:

EMENTA: FACULDADE DE ESCOLHA DA SEGURADORA FINALIDADE DO VEICULO. IRRELEVANCIA. Qualquer seguradora responde pelo pagamento da indenização do seguro obrigatório, pouco importando a condição do veículo e a finalidade a que se destina, defeso torna-se a imposição de limites por Resolução. (Acórdão nº 2.115/01, proferido nos autos do Recurso nº 926/01, publicado do DJ-MA em 06/07/01).

Os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, amoldando-se perfeitamente à condição para recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:

Art. 5º. O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado. (grifo nosso)

Desse modo, recorremos ao Poder Judiciário com a esperança de resolução desta causa.

DOS PEDIDOS

Ante o exposto passa a requerer:



a) A citação da demandada, na pessoa de seus representantes legais, para, querendo, responder a presente ação, sob pena de revelia;

b) A procedência da ação, determinando a parte demandada ao pagamento da complementação do seguro obrigatório DPVAT, no percentual de 60% (sessenta por cento), segundo o valor apontado pelos laudos em anexo, valor este corrigido e acrescido de juros de mora a partir da citação;

c) Seja concedido o benefício de assistência jurídica gratuita ao autor, tendo em vista que não possui condições econômicas para arcar com as custas processuais, sem prejuízo de seu próprio sustento e sua família;

d) Provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, especificamente, pericial, documental e depoimento pessoal do Promovente;

e) A condenação da parte ré nas custas processuais e pagamento de honorários sucumbências arbitrados por Vossa Excelência, onde aponta o percentual de 20% (vinte por cento).

Dá-se a causa o valor de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais).

Termos em que, Pede deferimento.

Santa Cruz/RN, 24 de Abril de 2017.

Paulo Eduardo Vicente da Silva Lemos

OAB/RN- 8244



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 13318 /2018

Prontuário: 1179268

Paciente: 107921 - FRANCISCO AVELINO DO NASCIMENTO

Cartão SUS: CPF: 51265648468

Dt Nasc: 15/06/1967

Idade: 51 anos 6 meses 13 dias Sexo: M Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: AUTA MARIA DA CONCEICAO

Nome do pai: MANUEL AVELINO DO NASCIMENTO

Rua/Av: PADRE ANCHIETA

Nº: 105

Complemento: NAO APRESENTOU CARTAO SUS

Bairro: PARAISO

CEP: 59200000

Cidade: SANTA CRUZ

Telefone: 84 999930624 84 999930624

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1007

Responsável: FRANCISCO AVELINO DO NASCIMENTO -

Usuário: FRANCISCO DE ASSIS MORAIS QUEIROZ

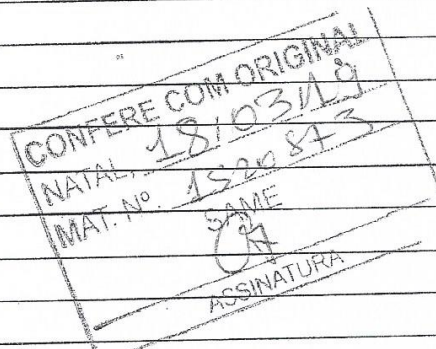
Transf. 06.01.19

Admissão: 28/12/2018 12:54:44 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.7 - FRATURAS MULTIPLAS DA PERNA
408050500 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA



NATAL, 28 de Dezembro de 2018.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

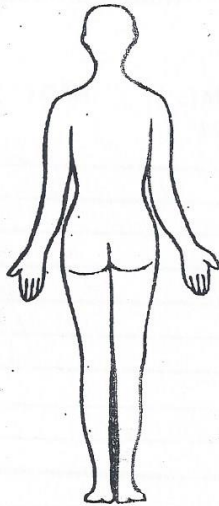
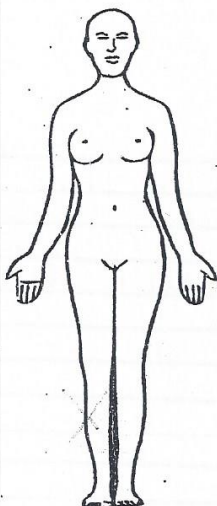
FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Monusco - Wilfredo do Nascimento
DATA DE NASCIMENTO: 15.08.67 IDADE: 51 anos
REGISTRO: 28.12.18 HORA: 21:00h
DATA DE ADMISSÃO: 07/08/2019
ADMISSÃO DO PACIENTE:
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: 07/08/2019
HIDRATAÇÃO: SIM (✓) NÃO () VIA: PERIFÉRICO () ACESSO CENTRAL: ()
NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE () ORIENTADO () VIGIL () AGITADO ()
INCONSCIENTE: ()
ESTADO GERAL: BOM (✓) REGULAR () GRAVE ()
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE () M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()
ALÉRGICO: SIM () NÃO (✓) HIPERTENSO: SIM () NÃO (✓)
DIABÉTICO: SIM () NÃO (✓) ASMÁTICO: SIM () NÃO (✓)
DOENÇA RENAL: SIM () NÃO (✓) OUTRAS PATOLOGIAS: _____
MEDICAÇÕES EM USO: Não
CIRURGIAS ANTERIORES: Não
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM (✓) NÃO ()
OBSERVAÇÃO: Na

ÁREA DE TRICOTOMIA: _____

ÁREA DE PUNÇÃO: Mão

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PUNÇÃO E TRICOTOMIA



CONFERE COM ORIGINAL
NATAL: 15.08.67
MAT. Nº: 15.08.67
ASSINATURA: 07

Lote: 000128 Código: AF35 8 680
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
C X 4,5 X 200 X T

Feb: 14/08/2018 Val: 08/2023
Registro Anvisa Nº 80083650026
Material ACO INOX F138

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 000128 Código: AF35 8 680
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
C X 4,5 X 200 X T

Feb: 14/08/2018 Val: 08/2023
Registro Anvisa Nº 80083650026
Material ACO INOX F138

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

JALECO Nº _____ ACESSO CENTRAL: _____

INSTRUMENTADO: clsa

CIRCULANTE: 200mg de morfina

TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI () PERIDUAL () B.P.B. () LOCAL ()

OBS: _____

ANESTESISTA: Luiz - F. Mendes

INÍCIO DE ANESTESIA: 21:10h

TÉRMINO DE ANESTESIA: _____

ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: 240mg gentamicina

HORA: 22:00

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Francisco Augusto do Nascimento Reg. NºDiagnóstico pré-operatório: Fratura exposta de osso de Viena DIndicação terapêutica: Fixação Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: Início: Término: Duração:

Operador: Dr. Gustavo M. Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5410

CRM/CRO:

1º Auxiliar:

CRM/CRO:

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista:

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- ① Paciente sob anestesia
- ② Assépsia e antissepsia
- ③ Curva + Desbrida
- ④ Lavagem com OP.
- ⑤ Redução + Fixação externa
com Placa.
- ⑥ Sutura x curativo

OBS - Paciente ci saiu de 12h de
evolução da ex. de
uso de UTI

Dr. Gustavo M. Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5410

04080505005) 5827

R\$ 846,

0402030406

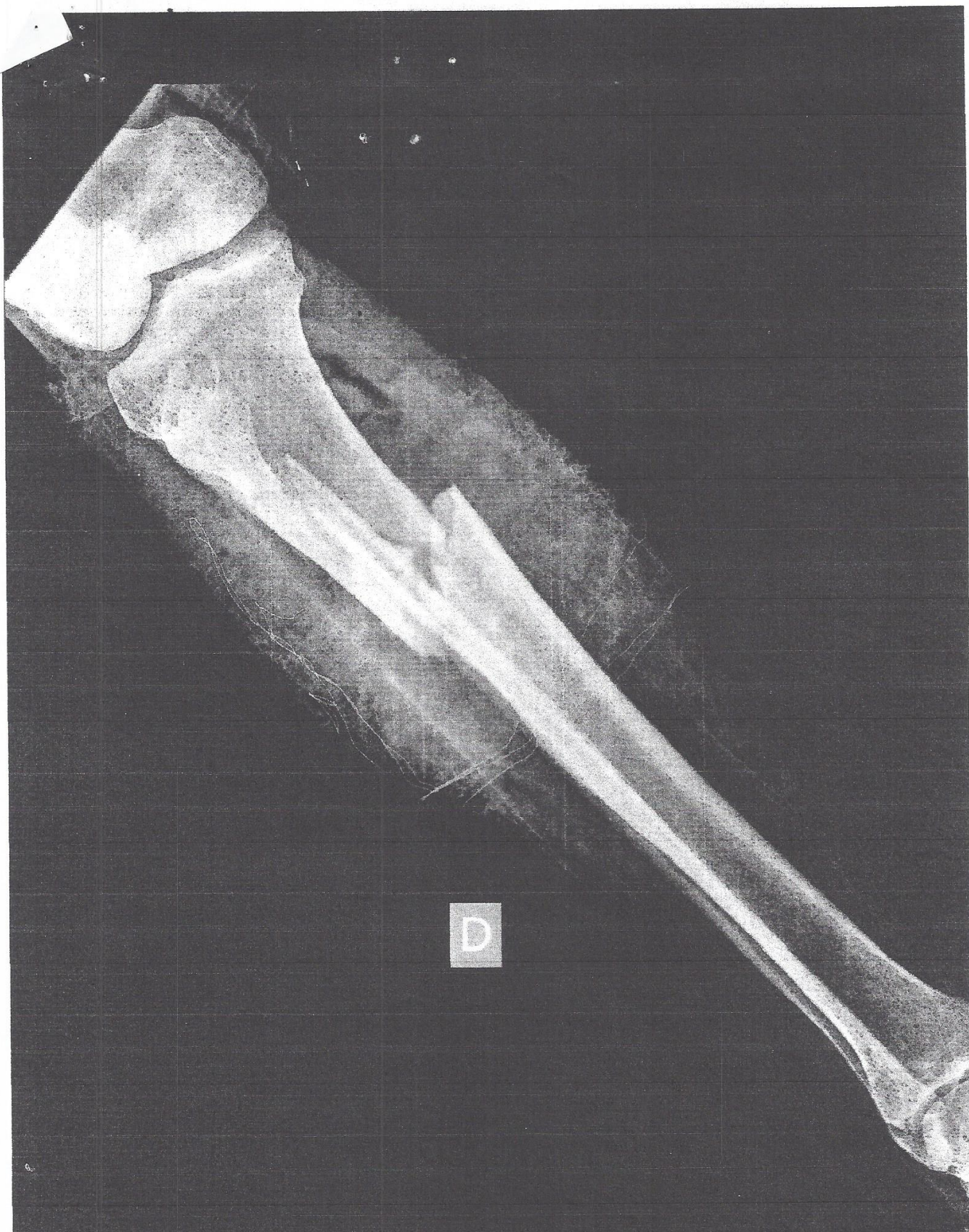
0702030805

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

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





Id. Paciente: 68343 Data Exame: 28/12/2018 12:13:09
Paciente: FRANCISCO AVELINO DO NASCIMENTO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: TEC. COSMA DE PAULA
Idade: 51 ano(s) TORAX AP
54.2 %

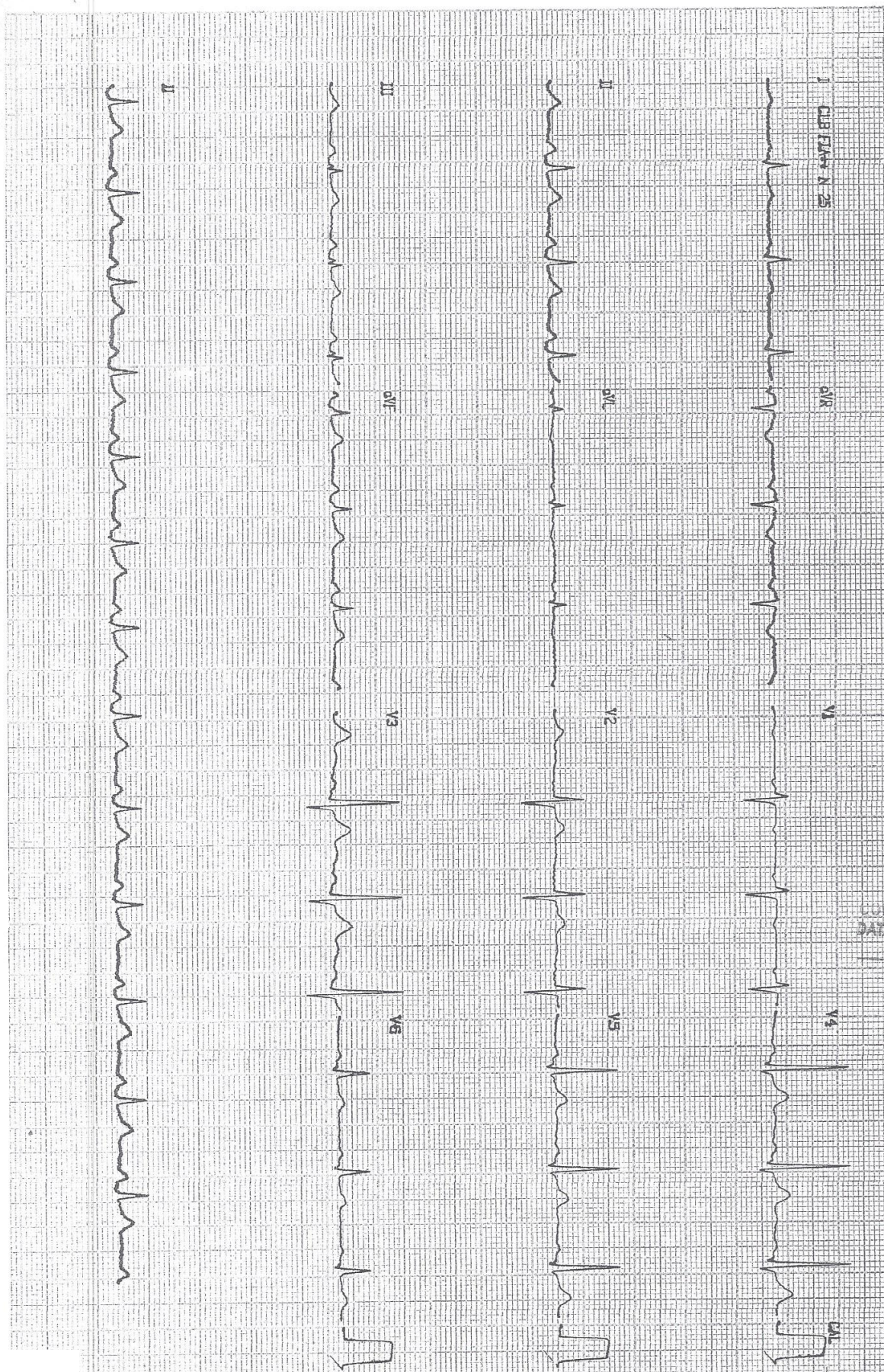


FRANCISCO MUCIANO DO MANTOVANO

DN: 15-06-1961 SF 19005

CONFIRMAÇÃO
DATA: 01-07-2019
Assinatura

01-07-2019



FRANCISCO AVELINO DO NASCIMENTO , : DX from 28/12/2018



PROCURAÇÃO

AD JUDICIA ET EXTRA

Outorgante:

Francisco Avelino do Nascimento Brasileiro
Estado Civil - Solteiro no RG 863108
CPF 632.656.484-68 Endereço - PACHE AMCHIELE
Nº 305 Bairro - Povoado Santa Cruz, RN

Outorgados: Bel. MIGUEL ALEXANDRE DE ALMEIDA BORGES, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 9.617, com escritório profissional na Rua Lourenço da Rocha, nº 152, Centro, Santa Cruz/RN – CEP: 59.200-000.

Poderes: PODERES: Nos termos do art. 105 do Código de Processo Civil, os contidos na cláusula “ad judicium et extra”, para, em nome do outorgante, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, ou fora deles, defender seus interesses, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender os interesses da outorgante nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, reconhecer procedência de pedido, renunciar a direito no qual se funda ação agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, requerer a gratuidade da justiça, renunciar valores que excedem a 60 (sessenta salários mínimos) dando tudo por bom, firme e valioso.

Contrato de honorários: Pela propositura da ação judicial, o/a autorgante pagará ao outorgado a título de honorários advocatícios o percentual de 30% (trinta por cento).

Santa Cruz/RN, em 27 de Maio de 2019.

Francisco Avelino do Nascimento



1234341626

PHOTO PLASTIFICAR

ASSERVAÇÕES

A ; X ;

Assinatura do portador

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

CURRAIS NOVOS, RN

DATA EMISSÃO

03/05/2016

39651840605

RN702402859

ASSINATURA DO PORTADOR

DETRAN - RN - RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIO DA RECEITA FEDERAL

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mermoz, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Ins. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

LUCINEIDE DE SOUZA SILVA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA:

RUA PADRE ANCHIETA 105

CPF 038.823.534-90 NIS 20036405927

CLASSIFICAÇÃO

PARAISO/AREA URBANA
SANTA CRUZ RN
59200-000

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7003790007	04/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA
22/04/2019	13/05/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	44,12

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL		
QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30 00000000	0,21938066
Consumo Ativo Superior a 30 até 100 kWh	89,00000000	0,37436722
Contrib. Ilum. Pública Municipal		25,93
ICMS Parcela Subvencionada		5,00
Multa por atraso-NF 0211111083 - 15/03/19		0,00
Juros por atraso-NF 0211111083 - 15/03/19		5,84
Avaliação IGP-M-NF 0211111083 - 15/03/19		0,15
		0,21

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL										44,12
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWh)	
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA					
2180002456	CAT	15-02-2019	659,00	12-04-2019	758,00	28	1,00000			99,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	Consumo (kWh)
ABR 99	150
MAR 99	200
FEV 99	250
JAN 99	150
DEZ 98	150
NOV 98	150
OUT 98	150
SET 98	150
AGO 98	150
JUL 98	150
JUN 98	150
MAI 98	150
ABR 98	150

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	32,36	10,00
PIS	32,36	1,43
COFINS	32,36	0,61

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	R\$	%
Geração de Energia	R\$ 11,24	34,71%
Transmissão	R\$ 1,65	5,10%
Utilização (Consumo)	R\$ 7,79	24,06%
Perdas de Energia	R\$ 2,09	6,45%
Encargos Setoriais	R\$ 1,19	3,68%
Tributos	R\$ 8,42	26,04%
Total	R\$ 32,38	100%

TARIFFAS APLICADAS

Consumo Abaixo até 20 kWh: 0,16151450
 Consumo Abaixo superior a 20 até 100 kWh: 0,27688500

RESERVADO AO FISC

E43F 217D F11E A24A B922 1AD7 A9B0 8155

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você as Contas de Serviços Públicos e Cidadania, Avenida Barão do Rio Branco, Centro/terminação de Barbosa
rua de poder e meios de 4, controle total completa em: www.bascom.com.br / O pagamento desta Nota Fiscal/Educação deve ser feito somente
em espécie. Na data de leitura e abertura em vigor é a Verde. Mais informações em: www.aneel.gov.br O cliente é consentido
quando há violação na continuidade individual ou do fôlego de uso do fornecimento. Pague em atraso e grávida
2% (Res.41-ANEEEL, Jurecs 15e Lei 10.430/02) e multa de 0,05% diária no prazo. Mais desconto pela aplicação da Tarifa Social de
Energia Elétrica em caráter Lei Nº 10.438 de 2002-04-02 - R\$ 31,95 O cliente é compensado quando há desatendimento do prazo
definido para os casos de atendimento comercial

As condições para o fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.cobep.com.br

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

LEVELS OF 1,2,3,4-D





Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar
Nº 8873 / 2018

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou:

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **107921 FRANCISCO AVELINO DO NASCIMENTO**

Prontuário:

CNS:

Nascimento: 15/06/1967 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: AUTA MARIA DA CONCEICAO

Pai: MANUEL AVELINO DO NASCIMENTO

Endereço: RUA PADRE ANCHIETA, 105 - PARAISO - SANTA CRUZ

Fone: 999930624 /

Município: SANTA CRUZ

Código Municipal IBGE: 241120

UF: RN

CEP: 59200-000

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

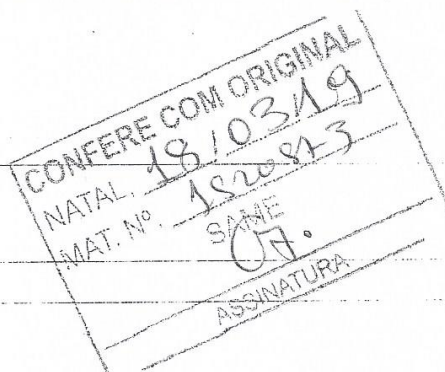
PACIENTE PROVENIENTE DO POLITRAUMA LIBERADO PELA CIRURGIA GERAL VÍTIMA DE INTERCORRÊNCIA DE TRÂNSITO HA CERCA DE 12h COM QUEIXA DE TRAUMA EM PERNA DIREITA
AE: EGB, DOR, EDEMA, DEFORMIDADE, LIMITAÇÃO FUNCIONAL, BOA PERFUSÃO SEM DEFICIT NEUROLÓGICO, COM LESÃO ÓSSEA EXPOSTA EM PERNA DIREITA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

TRATAMENTO CIRURGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX



Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.7 FRATURAS MULTIPLAS DA PERNA*408050500. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Profissional Solicitante / Assistente:

RAMON MARCELLO DE MACEDO TEIXEIRA

CRM: 5148 / RN

Data da Solicitação 28/12/2018

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: Nº do bilhete: Série:

() Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: CNAE da Emp.: CBOR:

() Acidente de Trabalho Trajeto CNPJ da Empresa: CNAE da Emp.: CBOR:

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Nº Autorização da AIH:

Profissional Autorizador: Órgão Emissor:

Documento: () CNS () CPF nº

Data da Autorização: Assinatura/Carimbo:



**GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL****Identificação**

Enfermaria: _____ Leito: 434 UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 28 / 12 / 18 Alta: _____ / _____ / _____
Nome: Francisco Avelino do Nascimento Naturalidade: Stª Cruz - RN
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Data de Nascimento: 15 / 06 / 67
RG: 863.208 Estado Civil: casado Nível de Instrução: alfabetizado
Filiação: Pai: Manuel Avelino do Nascimento
Mãe: Aula Maria da Conceição
Endereço: Rua PE Archielto - 205 Paraisópolis
Cidade: Stª Cruz - RN
Telefone: 9688 - 3839 () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: 9993 0624 Paciente Outros telefones: _____
Composição familiar: nome c/ companhia + 01 enteado + 01 neto - da
Outras informações: Faz uso de ☒ Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos companhia

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Moto Tasec Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC ☒ Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPS () SAD
Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa _____

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares
() Socorrido em via pública () Outros meios
☒ Encaminhado: _____ Hospital de origem: Stª Cruz

CrITÉRIOS para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Buzinete Felipe dos Santos
Parentesco: companheira Telefone: 9688-3839 / 9677-7785
Endereço do Responsável: _____

Evolução

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

02/02/19 Paciente vítima de colisão moto x moto, com
fratura MTD
Elaborada ficha social / orientar / solicitar
documentos / cadastro de acompanhante / orientar
documentos.

Saída

óbito: Encaminhamento: ITP () SVO () DO () Obs. Opélia Dantas
Alta hospitalar () Transferência () Destino: Assin - 946
Orientações/Encaminhamentos: _____

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





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 FRANCISCO AVELINO DO NASCIMENTO		6- NUMERO DO PRONTUÁRIO 163874	
7- CARTÃO NACIONAL/SUS 704 2037 3990 8683	8- DATA DE NASCIMENTO 15/06/1967	9- SEXO MASCULINO	10- RAÇA/COR PARDA
11- NOME DA MÃE AUTA MARIA DA CONCEIÇÃO		12- TELEFONE DE CONTATO 999930624	
13- NOME DO RESPONSÁVEL LUZINETE FELIPE DOS SANTOS		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA PADRE ANCHIETA, 105			
16- MUNICÍPIO SANTA CRUZ	17- BAIRRO PARAISO	18- UF RN	19- CEP 59200000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Paciente com + 10 dias de Rx exposto de pneumonia

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
An Análise

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)
- Rx + exame físico

23- DIAGNÓSTICO INICIAL
Pneumonia

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Hue lacerado

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
00960347929

29- CLÍNICA
Hospital de Santa Cruz

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO
06/11/19

31- DOCUMENTO
() CNS () CPF

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
Dr. Paulo E. de Lencastre Jr.

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
169908 - 1601-11676

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

38- () ACI. TRABALHO TRAJETO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

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

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

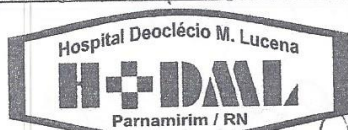
51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

CONFERE COM ORIGINAL
DATA: 08/08/2019
Assinatura



SUS. 704 2037 3990 86 83 Del. 99993 0624 C+WC



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

NOME:

IDADE:

COR:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

NATURALIDADE:

PROFISSÃO:

PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CIDADE:

DATA:

HORA:

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)

10 dias post. trauma @ com fix. ext.

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

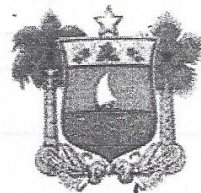
CONFERE COM ORIGINAL

DATA:





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 68343 /2018

Admissão: 28/12/2018 11:59:57

CIRURGIA GERAL

LARANJA

Paciente: 107921 - FRANCISCO AVELINO DO NASCIMENTO (51 a 6 m 13 d)

Nascimento: 15/06/1967 Natural: SANTA CRUZ.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: CPF: 51265648468

Prof:

Mãe: AUTA MARIA DA CONCEICAO

Pai: MANUEL AVELINO DO NASCIMENTO

Logradouro: PADRE ANCHIETA, 105

CEP: 59200000

Bairro: PARAISO

Cidade: SANTA CRUZ

Telefone: 84 .999930624

Compl: NAO APRESENTOU CARTAO SUS

Motivo: MOTO X MOTO - COLISÃO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS: TRAZIDO PELO SAMU

Classificação: 28/12/2018 11:55:07

HORA	P.A.	HGT	Sat	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISÃO MOTO/MOTO COM TRAUMA EM TÍBIA DIREITA

Hora: _____

Paciente vítima de colisão moto x moto há 03 horas, em um de capote, referindo dor de mobilização do MTD. Úlcera parietal de laceração local.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A Vítima acorda por si, sem consciência

B MV +, bilateral, SIRA.

C T.A. 140/100

D Glasgow 15

E membros em MTD.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abd. (+) alt.

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por FRANCISCO DE ASSIS MORAIS QUEIROZ. Impresso em 28 de Dezembro de 2018.



Assinado eletronicamente por: PAULO EDUARDO VICENTE DA SILVA LEMOS - 08/08/2019 10:05:58

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080810055818500000046103356>

Número do documento: 19080810055818500000046103356

FIQUE ATENTO A SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS, EM ESPECIAL A CRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS. DENUNCIE! PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E NOTIFIQUE

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	
ANAI NESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****	LABORATÓRIO
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>2 Meds. Keflin 1g</p> <p>VAT - 1200</p> <p>3/10/11</p> <p>Assinatura e Carimbo do Responsável</p>	<p>Bolsa com vacina anti-tét. + tét. 0.5ml Em no 1/50</p> <p>CONFERE COM ORIGINAL</p> <p>NAIAL 18/03/19</p> <p>MAT. N° 4820813</p> <p>SAME</p> <p>Assinatura e Carimbo do Responsável</p>
DÊSTINO DO PACIENTE: N° do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA:	
SAÍDA: DATA: / / HORA:	
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:	
ÓBITO: DATA: / / HORA:	
Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liber

DESTACAR

DESTINO DO PACIENTE: N°do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA:	
SAÍDA: DATA: / / HORA:	
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:	
ÓBITO: DATA: / / HORA:	
Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	





Hospital

Nome do paciente		Francisco Avulino da Nogueira		Nº prontuário	
Data operação	Enf.	Leito			
Operador	Dr. Michel Guirao	1º auxiliar	Dr. José Paulo		
2º auxiliar		3º auxiliar	Instrumentador		
Anestesista	Tipo de anestesia				
Diagnóstico pré-operatório: Fratura de osso da perna D					
Tipo de operação: osteossíntese C/ placa + parafusos					
Diagnóstico pós-operatório					
Relatório imediato do patologista					
Exame radiológico no ato					
Acidente durante a operação					

<input type="checkbox"/>	CIRURGIAS MÚLTIPLAS
<input type="checkbox"/>	(R415010012)
<input type="checkbox"/>	POLITRAUMATIZADO
<input type="checkbox"/>	(R415030013)
<input type="checkbox"/>	PROC. CLÍNICO
<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	PROC. CIRÚRGICO
<input checked="" type="checkbox"/>	D40800500
<input type="checkbox"/>	CBO. 225225
<input checked="" type="checkbox"/>	CBO. 225270
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	CID S82.2

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. Paciente em DPH sob anestesia Geral veosa
2. Assépsia e Antissépsia
3. Aposição de pos. elétrico
4. Incisão proximal/distal na face anterior da perna
5. Introdução superficial da placa e seu parafusos
6. Introdução de os parafusos distais / os parafusos profundos
7. Sutura por planos
8. Curativo

Paulo Eduardo Vicente da Silva Lemos

CONF. DATA: 08/08/2019
Assinatura





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Francisco Melo de Noronha Idade: 51 a D/N: 15/06/67
Pront: 263874 Município: Santa Cruz Procedência: ☒ Interno () Externo
Data da cirurgia: 15/06/19 Hora Admissão: Bloco: 10:30 Sala: 03 Hora Saída: 17:46 Peso: 85 Kg
Alergias: ☒ Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras —
Uso de medicações: ☒ Não () Sim Jejum: () Não ☒ Sim autem
SSW Admissão: PA: 102/62 mmHg Pulso: 96 bpm FR: 22 rpm FC: 96 bpm SpO₂: 100 % T: — °C
Enfermeiro(a): Juany Instrumentador(a): Rêta Circulante: Kelly
Cirurgia: Clon. de fratura do peroneo Titio Especialidade: Ortopedia Sala: 03
Hora Início: 17:30 Hora Término: 17:50 Tipo de cirurgia: ☒ Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: Dr. Michael Aux.: Dr. João Paulo Residente: —
Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: — () Bloqueio ☒ Raquidiana Ag. n.º 25 () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag. n.º — Cateter n.º — Início: 17:20 Garrote: ☒ Smarch () Pneumático Início: 17:26 Término: 17:46
Anestesiologista: Dr. Kátia

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 type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<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. 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 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"/> Normoesfígnico	<input type="checkbox"/> Cistostomia	
<input checked="" 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"/> Dispnéia	<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 checked="" type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	80	80	88	Bpm
Pulso	94	100	97	Bpm
Oximetria	98	97	97	%
Capnografia	—	—	—	%
PA	135x76	135x78	136x77	mmHg

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	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

ACESSO VENOSO

☐ Punção Arterial CONF. COM ORIGINAL

☒ Punção Venosa Periférica DATA: 15/06/19

☐ Punção Venosa Central —

☐ Dissecção venosa —

Local: MSD

Cateter: Jelco

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

() Sim ☒ Não () Metal () Descartável

Local: —

DEGERMAÇÃO **TRICOTOMIA**

☒ Sim () Não () Sim () Não

Local: Perna Solução: PUPI Degerm Local: —

SONDAGEM GÁSTRICA

☐ SNG n.º —

Retorno: —

CATETERISMO VESICAL

☐ SVF n.º — ☐ SVA n.º —

Diurese: —

Profissional responsável: —

IMPLANTE CIRÚRGICO

Drenos: —

Tela: —

Cateter: —

Ostomia: —

Fio de KC: — Parafuso - tipo: —

Placa - Tipo: 4,5 + Parafusos

Outros: —

EXAMES SOLICITADOS

() Hemograma () Gasometria

() Coagulograma () Outros

() Tipagem Sanguínea () Glicosimetria:

() Radioscopia (Raio X)

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO

Caixa cirúrgica: 4,5 + co. Bap. co. + Parafusos

Val.: 33109139 Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim

2013159





11/01

Hospital	
Nome do paciente	Nº prontuário
Data operação	
Operador	Leito
2º auxiliar	3º auxiliar
Anestesista	Instrumentador
Tipo de anestesia	
Diagnóstico pré-operatório	
Tipo de operação	
Diagnóstico pós-operatório	
Relatório imediato do patologista	
Exame radiológico no ato	
Acidente durante a operação	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

foram feitos os pontos
anestésicos, antissépticos. Retorno
da fix. externa +
unidade + Talc de
Gesso curativo

<input checked="" type="checkbox"/>	CIRURGIAS MÚLTIPLAS
<input checked="" type="checkbox"/>	(0415010012)
<input checked="" type="checkbox"/>	POLITRAUMATIZADO
<input checked="" type="checkbox"/>	(0415030013)
<input checked="" type="checkbox"/>	PROC. CLÍNICO
<input checked="" type="checkbox"/>	PROC. CIRÚRGICO
<input checked="" type="checkbox"/>	0408060360
<input checked="" type="checkbox"/>	CBO: 225225
<input checked="" type="checkbox"/>	CBO: 225270
<input checked="" type="checkbox"/>	DIAS
<input checked="" type="checkbox"/>	CID T84.1

Dr. Edmar M. Bontas
CRM - 942
Ortopedia-Traumatologia

CONFERE C. M. V. J. N. A. L.
DATA: 08/08/2019
Assinatura



FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 115438/1

Data: 28/12/2018

CHAMADO

TARM: RAYSSA DE SOUZA

Médico Regulação: CLÁUDIO AUGUSTO CÂMARA DE MACEDO

Rádio Operador: ALESSANDRA KARINA FREIRE DE MEDEIROS

Médico Cena: CLÁUDIO AUGUSTO CÂMARA DE MACEDO

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 57 (SANTA CRUZ)

Equipe VTR: PHELLIPE JOSÉ SANTOS E LIMA DE MEDEIROS - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
MARLUS VENÂNCIO RODRIGUES - TECNICO DE ENFERMAGEM☒ REGULAÇÃO
MEDICA☐ TROTE☐ INFORMAÇÃO☐ ENGANO☐ QUEDA DA
LIGAÇÃO☐ CONTATO COM EQUIPE
SAMU☐ TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: SANTA CRUZ

Nome do Solicitante: DANIEL

Telefone: (84) 98745-6669

Nome do Paciente:

FRANCISCO AVELINO NASCIMENTO

Idade: *

51 ANO(S)

Sexo: *

FEMININO

☐ Endereço não informado☐ Coordenadas Informadas

Latitude: -6.2331377 Longitude: -36.0274205

Endereço: RUA SANTA LUZIA

Nº: VP

Bairro:

Outro Bairro: PARAISO

Referência/Complemento: QTH NA PRAÇA //

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

Observações Rádio Operador: USB57 INFORMA MACA LIBERADA. SEGUINDO PRA BASE QTL E DESINF.

Queixa Primária: COLISÃO MOTO X MOTO

Quem Solicitou:

Distância do paciente:

Local:

Histórico Regulação Médica:

28/12/2018 08:56:19 - Dr(a). CLÁUDIO AUGUSTO CÂMARA DE MACEDO

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE MOTO X MOTO

REGULAÇÃO: QUEDA DE MOTO, 01 VITIMA SEM CAPACETE (CAIU NO IMPACTO), CONSCIENTE E ORIENTADA, RESPIRANDO BEM, COM EPISTAXIS, 02 VITIMA COM FRATURA DE PERNA

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: AMARELO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 28/12/2018 09:01:34 Usuário: (RADIO OPERADOR) ALESSANDRA KARINA FREIRE DE MEDEIROS

Observação: Controle de frota: USB57 STA CRUZ ENVIADA SAIU DO PA. ORIENTADO EQUIPE PASSAR NO HOSPITAL DE TOUROS PEDIR APOIO DUAS VITIMAS NO LOCAL.

Data: 28/12/2018 10:09:19 Usuário: (RADIO OPERADOR) ALESSANDRA KARINA FREIRE DE MEDEIROS

Observação: Controle de frota: USB57 SEGUINDO PRO CLOVIS 10:06

Data: 28/12/2018 12:51:39 Usuário: (RADIO OPERADOR) ALESSANDRA KARINA FREIRE DE MEDEIROS

Observação: Controle de frota: USB57 INFORMA PCTE AC DE DR RAMON NO CLOVIS, MACA RETIDA.

Data: 28/12/2018 13:14:41 Usuário: (RADIO OPERADOR) ALESSANDRA KARINA FREIRE DE MEDEIROS

Observação: Controle de frota: USB57 INFORMA MACA LIBERADA. SEGUINDO PRA BASE QTL E DESINF.

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:
28/12/2018
08:54:17
Saída Local:
28/12/2018
09:37:00Regulação Médica:
28/12/2018
08:56:20
Chegada Destino:
28/12/2018
09:44:00Solicitação VTR:
28/12/2018
08:57:37
Liberação Destino:
28/12/2018
13:14:38Saída VTR:
28/12/2018
09:00:08
Liberação VTR:
28/12/2018
13:14:39Chegada Local:
28/12/2018
09:11:00



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 /RN

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fizerem necessários, que foi encontrado a ocorrência Nº 115438/1 referente ao paciente **FRANCISCO AVELINO NASCIMENTO**, 51 anos atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 28/12/2018 em Santa Cruz. Conforme ficha anexa.

Natal, 08 de março de 2019.

Ubiratan Wagner de Sousa
Coordenador da Regulação Médica do SAMU 192 RN
MAT.210991-3



END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 – BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545 - FONE: 84 3209-5321



SINISTRO 3190279548 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO AVELINO DO NASCIMENTO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO FRANCISCO AVELINO DO NASCIMENTO

CPF/CNPJ: 51265648468

Posição em 27-05-2019 07:50:28

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
06/05/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
15/05/2019	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	
25/04/2019	Aviso de Sinistro	



substabelecimento de procuração



SUBSTABELECIMENTO DE PROCURAÇÃO

Eu, **Miguel Alexandre de Almeida Borges**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN-9617, Substabeleço, com reservas, para o **Dr. Paulo Eduardo da Silva Lemos**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN- 8244, todos com endereço profissional na rua Augusto Severo, nº 116, bairro: Centro, CEP: 59.200-000, Santa Cruz/RN, os poderes que me foram outorgados por

Antônio Borges da Silva,

CPF: 018.066.334-01, RG: 001617.0020,

Francisco Adelino do Nascimento,

CPF: 512.656.484, RG: 863108,

Será Wellington da Silva,

CPF: 132.605.444-06, RG: 03863952,

Maria de Lourdes Guedes,

CPF: 369.304.154-72, RG: 639.329,

Elis Rodrigues de Souza,

CPF: 029.389.374-01, RG: 001.819.778,

Marcos Mavel de Araújo,

CPF: 018.041.401-65, RG: 3419.530, na forma da lei.

Santa Cruz/RN, em 31 de agosto de 2019.

MIGUEL ALEXANDRE DE ALMEIDA BORGES

ADVOGADO - OAB/RN - 9617

