



Número: **0805655-22.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **25ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **14/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO VICENTE DA SILVA FILHO (AUTOR)		JETTSON RUDYARD BEZERRA LOPES (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
53427048	14/02/2020 16:28	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
53427069	14/02/2020 16:28	<a href="#">Petição inicial Joao vicente</a>	Documento de Comprovação
53427070	14/02/2020 16:28	<a href="#">PROCURAÇÃO</a>	Procuração
53427073	14/02/2020 16:28	<a href="#">RG E CPF COMP RESIDENCIA</a>	Documento de Comprovação
53428234	14/02/2020 16:28	<a href="#">PRONTUARIO 1</a>	Documento de Comprovação
53428237	14/02/2020 16:28	<a href="#">PRONTUARIO 2</a>	Documento de Identificação
53428238	14/02/2020 16:28	<a href="#">RECIBO</a>	Documento de Comprovação
53428239	14/02/2020 16:28	<a href="#">REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO</a>	Documento de Comprovação
53428240	14/02/2020 16:28	<a href="#">BOLETIM DE OCORRENCIA</a>	Documento de Comprovação
53428241	14/02/2020 16:28	<a href="#">LAUDO 1</a>	Documento de Comprovação

Petição Inicial em anexo



EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DE UMAS DAS VARAS CÍVEIS DA COMARCA DE NATAL/RN, A QUEM COUBER POR DISTRIBUIÇÃO LEGAL.

JOÃO VICENTE DA SILVA FILHO, brasileiro, casado, aux bombeiro, Portador da Carteira de identidade nº 1555941, inscrito no CPF sob o nº 025.446.324-02, residente e domiciliada na Rua Severina Moura da Silva, 12, Una, Goianinha /RN, CEP: 59173-000, telefone: 9.9136-2495, vem *mui* respeitosamente à presença de Vossa Excelência, por intermédio de seus bastantes procuradores, conforme procuração inclusa, propor a presente :

#### AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT

em desfavor de SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, companhia de seguros participante do Consorcio de Seguradoras que operam o seguro de danos pessoais causados por veículo de via terrestre, localizada na Rua da Assembleia, nº 100 – 26º Andar, Centro, CEP: 20.011-904 Rio de Janeiro – RJ, pelos motivos de fato e de direito a seguir aduzidos:



## DA JUSTIÇA GRATUITA

Requer à V. Ex<sup>a</sup>. seja deferido o benefício da Gratuidade de Justiça, com embasamento no artigo 98 do CPC, por não ter condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

## DA SITUAÇÃO FÁTICA

No dia 11 de novembro de 2018 às 12:00 horas, contudo, o Requerente sofreu um acidente de trânsito que o tornou definitivamente incapaz para o trabalho. O sinistro aconteceu no município de Goianinha/RN, bairro Cohab, quando saía da rua para a marginal da BR 101 um veículo colidiu lateralmente em sua motocicleta. O Autor, foi socorrido pela Samu, como consequência de tal fato sofre grave lesão na perna esquerda, não conseguindo até os dias de hoje laborar sem dores, andar, correr, pegar peso, tendo em vista as dores que sente constantemente, conforme Boletim de Ocorrência, laudos e atestados em anexo, em requerimento administrativo, sem perícia médica, o réu pagou somente a quantia de R\$ 2.362,50, o que está em desconformidade com a gravidade da lesão sofrida pela autora.

Cabe aqui mencionar que atualmente o requerente já recebeu alta do hospital, mas não conseguiu retornar as suas atividades diárias e laborais, bem como já requereu administrativamente a indenização e não obteve êxito, consoantes documentos anexos,

Salienta-se que o direito da Autora, 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 sua condição atual de invalidez permanente total.

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 pelo Sr. JOÃO VICENTE DA SILVA FILHO, culminado com a sua invalidez permanente total, busca a tutela jurisdicional do Estado para fazer valer o seu Direito.

### DO DIREITO

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 “l” nestes termos:*

*Art. 20, l – 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 vitimada:*



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 que se tornou incapaz totalmente.

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 DEPRECIÇÃO INFLACIONÁRIA RECURSO DESPROVIDO. (TJPR - 8771997 PR 877199-7 (Acórdão) TJPR).*

*EMENTA: SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT INDENIZAÇÃO POR MORTE CORREÇÃO MONETÁRIA QUE DEVE TER O SEU TERMO INICIAL DE INCIDENCIA A PARTIR DA DATA DO ÓBITO VERBA INDENIZATORIA QUE 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.

## DA PERÍCIA

Requer que seja realizada a perícia para constatar a incapacidade total do requerente, uma vez que em consequência de tal acidente ficou com limitações, e necessitando de demais cuidados. Por fim, pugna por prazo para formular quesitos periciais.

## DO PEDIDO

Diante do exposto, **REQUER-SE:**

A citação do requerido para que apresente defesa caso queira, sob pena de revelia, prosseguindo-se nos ulteriores termos de Direito, para no final ser a ação julgada procedente com a condenação do requerido ao pagamento do Seguro Obrigatório (DPVAT), no valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), acrescidos de juros de mora, atualização



monetária, custas processuais e honorários de advogado na base usual de 20% sobre o valor total do débito e demais cominações legais.

Seja concedido os benefícios da Justiça Gratuita, por ser o requerente pessoa pobre nos termos do artigo 98 CPC.

Protesta provar o alegado através de todos os meios de prova em Direito admitido, especialmente pelos documentos inclusos, e prova testemunhal.

Dá-se a causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Nestes Termos,

Pede e Espera DEFERIMENTO.

Natal, 14 de fevereiro de 2020.

**JETTSO RUDYARD BEZERRA LOPES**  
OAB/RN 10604



# PROCURAÇÃO

*ad judicium et extra*

**OUTORGANTE:** Nome: JOÃO VICENTE DA SILVA FILHO  
conhecido por: JOÃO, Nacionalidade: BRASILEIRO, Estado  
Civil: CASADO, Profissão: AUX. BOMBEIRO, portador(a) da Cédula de  
Identidade n.º 1555941 (SSPRM), inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 025.446.324-02,  
residente e domiciliado(a) na RUA SEVERINA MOURA, DA SILVA, 12,  
UNA, GOIANINHA/RN. 59173-000 91362495.

**OUTORGADOS:** JETTSON RUDYARD BEZERRA LOPES, advogado inscrito na OAB/RN sob o nº 10.604, com escritório na Rua Luiz Belarmino da Costa, 1327A, Centro, Goianinha/RN, CEP 59173-000, cujo telefones para contato são 84 99126.9304 e 99979.8723.

**PODERES PARA O FORO EM GERAL:** O(A) OUTORGANTE confere aos OUTORGADOS *amplos poderes para o foro em geral* com as cláusulas "*ad judicium et extra*" para estes, em conjunto ou separadamente, praticar todos os atos extrajudiciais de representação e defesa, propor contra quem de direito ações judiciais competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando os recursos legais e realizando o seu completo acompanhamento, na forma do Art. 105, *caput*, do CPC/15.

**PODERES ESPECÍFICOS:** O(A) OUTORGANTE confere aos OUTORGADOS *poderes especiais* para **RENUNCIAR VALORES EXCEDENTES À COMPETÊNCIA DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL FEDERAL E ESTADUAL, ACORDAR, CONFESSAR, TRANSIGIR, DESISTIR, RECONHECER A PROCEDÊNCIA DO PEDIDO, FIRMAR COMPROMISSOS, ASSINAR TERMOS E DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA, REQUERER JUSTIÇA GRATUITA, RECEBER DEPÓSITOS DE ALVARÁS E DAR QUITAÇÃO** (Art. 105 do CPC/2015).

**PODERES PARA SUBSTABELECER:** O(A) OUTORGANTE confere, ainda, aos OUTORGADOS *poderes* para praticar tudo quanto for útil e necessário na defesa dos seus direitos e interesses perante todas as instâncias judiciais (juízos ou Tribunais), podendo ainda *substabelecer* para outrem, com ou sem reservas, os poderes ora conferidos.

Natal (RN), 05 de Fevereiro de 2020.

João Vicente da Silva Filho  
**OUTORGANTE**

"Art. 107. O advogado tem direito a: I - examinar, em cartório de fórum e secretaria de tribunal, mesmo sem procuração, autos de qualquer processo, independentemente da fase de tramitação, assegurados a obtenção de cópias e o registro de anotações, salvo na hipótese de segredo de justiça, nas quais apenas o advogado constituído terá acesso aos autos; II - requerer, como procurador, vista dos autos de qualquer processo, pelo prazo de 5 (cinco) dias; III - retirar os autos do cartório ou da secretaria, pelo prazo legal, sempre que neles lhe couber falar por determinação do juiz nos casos previstos em lei. § 1º Ao receber os autos o advogado assinará carta em fita ou documento próprio. § 2º Sendo o prazo comum de







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE REGISTRO E TRANSITO  
SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICACAO

**JOAO VICENTE DA SILVA FILHO**

IDENTIDADE / ORG. EMISSOR: **1255941 288 RN**

DATA NASCIMENTO: **23/12/1974**

LOCAL: **RN**

PROFISSAO: **RECEITA FISCAL DA SILVA**

SEXO: **M**

DATA EMISSAO: **22/06/2022**

VALIDADE: **28/09/2021**

REGISTRO: **05313419756**

OBSERVAÇÕES: **NÃO**

Assinatura: *João Vicente da Silva Filho*

LOCAL: **RN**

DATA EMISSAO: **27/09/2017**

Assinatura: *Letícia Maria Galvão Gomes*

Coordenadora do Registro de Condicionais

1484761008

PROIBIDO PLASTIFICAR

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RIO GRANDE DO NORTE







Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

## CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL

Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Rua Mermoz, 150. Baldo, Natal - RN. CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.195/0001-81 | Ins. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

## DADOS DO CLIENTE

JOAO VICENTE DA SILVA FILHO

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SEVERINA MOURA DA SILVA 12

CPF 025 446 324-02

UNA/UNA  
GOIANINHA RN  
59173-000

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
027930505	UNICA	02/09/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
02/09/2019	3000721372	276783

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0853074616	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO
09/08/2019	03/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	55,81

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	72,0000000	0,64944758	46,78
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,28
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,24
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,63
Multa por atraso-NF 025017553 - 03/06/19			0,98
Juros por atraso-NF 025017553 - 03/06/19			0,48
Atualização IGPM-NF 025017553 - 03/06/19			0,43

TOTAL DA FATURA 55,81

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	CONSUMO (KWh)
216045500	CAT	03/07/2019	2.116,00	02/08/2019	2.188,00	30	1,0000	72,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês/Ano kWh		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
AGO 19 72		48,24	18,00	8,69	Geração de Energia R\$ 18,92 39,16%
JUL 19 72		48,24	0,74	0,35	Transmissão R\$ 1,79 3,71%
JUN 19 78		48,24	3,47	1,65	Distribuição (Cosern) R\$ 11,25 23,30%
MAI 19 68					Perdas de Energia R\$ 3,02 6,26%
ABR 19 68					Encargos Setoriais R\$ 2,81 5,41%
MAR 19 77					Tributos R\$ 10,69 22,14%
FEV 19 69					Total R\$ 48,28 100%
JAN 19 87					
DEZ 18 77					
NOV 18 75					
OCT 18 75					
SET 18 76					
AGO 18 70					

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Peque no ponto mais perto de você a seguir correção gongar: rua professor ibaricio, centro / atampa modas: fr antonio gladino 26, controlista completa em www.cosern.com.br. O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. Na data da leitura a Bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é responsável quando há violação da continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagos em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEL), Juros 1% (Lei 10.438/02) e atualização monetária no índice. O Cliente é responsável quando há desconhecimento do prazo de validade para os casos de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorreu a suspensão.

## ATENÇÃO! COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE				
Vencido	Exatidão	Valor	Vencido	Exatidão
10/07/19	02/08/19	54,38		

Este comunicado NÃO substitui avisos de débitos anteriores e NÃO contém débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 89 R\$ 414/ANEL. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
CONJUNTO	VALOR ANUAL	LÍMITE MENSAL	LÍMITE TRIMESTRAL	LÍMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO (V)	
GOIANINHA	0,00	5,78	11,56	23,16	220	MÍNIMO	MÁXIMO
DIC	0,00	3,30	6,60	13,20		202	231
FIC	0,00	3,37	6,74	13,48			
DIC	0,00	3,37	6,74	13,48			

Limite DCR: 12,22 EUSO - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 18,33

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
0853074616	08/2019	09/08/2019	55,81

83820000000-2 55810038400-9 85307461620-1 01468120663-2




### INFORMATIVO

Venho através deste, informar que nossa instituição não poderá disponibilizar o RX do(a) paciente **JOÃO VICENTE DA SILVA FILHO**, SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE), só pegará diante de uma auditoria feita e nela terá que constar ambos, o pré-operatório e o pós-operatório. Deixando claro o motivo pelo qual não será liberado, conforme solicitação de vossa senhoria.

Natal, 12 de Setembro de 2019.

RECEPÇÃO

  
PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA





208 A.



927 X

REGISTRO DE INTERNAMENTO		
Nº AIH:	Nº ATENDIMENTO 386374	DATA: 11/11/18 HS:
TIPO DE INTERNAMENTO:	(X) CIRÚRGICO ( ) CLÍNICO ( ) PEDIÁTRICO	
ACOMODADO: 10m	LEITO:	CONVÊNIO SUS
MATRICULA 898 0040 3617 3288	VALIDADE	
ASS. DO RESPONSÁVEL PELO INTERNAMENTO:		

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME: João Vicente da Silva Filho	SEXO: (X) M ( ) F
DATA DE NASCIMENTO: 23/12/1974 RG: 1555.941 CPF: 025 446 324 02	
FILIAÇÃO MÃE: Severina Moura da Silva	
PAI: João Vicente da Silva	
ENDEREÇO: Rua Severina Moura da Silva, 12	
BAIRRO: Una	CIDADE: Goiânia
ESTADO: RN	CEP: 59173.000
RESPONSÁVEL:	PARENTESCO:
FONE: (84) 991817610	FONE:

SUMÁRIO DE ALTA	
TIPO DE ALTA: ( ) MÉDICA ( ) ADMINISTRATIVA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) ÓBITO	
DATA: / / 2018 HORA:	ASS. RESPONSÁVEL DO SETOR:

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO
<p>PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA CNPJ: 09.417.742/0001-91 Confere com o Original Data: 12/09/2019 <u>Sibéria Roque</u></p>
CARIMBO E ASS. DO MÉDICO





PACIENTE:

REG. - ACIENTE Nº

CONVENIO:

CIRURGIÃO:

EQUIPE MÉDICA: *Dr. Arthur Caldas*EQUIPE DE ANESTESIA: *Dr. Arthur Caldas*EQUIPE DE ENFERMAGEM: *Dr. Arthur Caldas*EQUIPE DE FISIOTERAPIA: *Dr. Arthur Caldas*EQUIPE DE RADIOLOGIA: *Dr. Arthur Caldas*EQUIPE DE LABORATÓRIO: *Dr. Arthur Caldas*EQUIPE DE NUTRIÇÃO: *Dr. Arthur Caldas*EQUIPE DE OUTROS: *Dr. Arthur Caldas*

1ª AUXILIAR:

2ª AUXILIAR:

3ª AUXILIAR:

ANESTESISTA:

INSTRUMENTADOR(A):

FIORES CIRÚRGICO

NÍVEL 2.0 (2CM)

NÍVEL 3.0 (4CM)

ETHYBOND 2.0

CATGUT SIMPLES 5.0

CATGUT CROMADO 1.0

VICRYL 0

PROLENE 2.0

MONOCRYL 3.0

PDS II 1.0

FIO ALGODÃO C/ AGULHA

CERA OSSEA

MEDICAMENTOS

DIPIRONA

DRAMIN B6DL

EFEDRINA

EPINEFRINA

FENERGAN 50MG 2ML

FUROSEMIDA

GLICONATO DE CALCIO 10%

HIDROCORTISONA 500MG

IPSILON 1G

IPSILON 4MG

METOCLOPRAMIDA

ONDASETRONA

PROSTIGMINE

RANITIDINA

TILATIL 40MG

SELOKEN 5 MG / 5ML

DIPROSPAM

C. PAPAVERINA 50MG/2ML

TRIDIL

CLORETO DE SUXAMETÔNIO

CLONIDIN

NIBIUM

RETENÇÃO DE RECEITA

DIMORE

DOLANTINA

FENTANIL

FLUMAZENIL

ISOFLORANE

KETAMINA

MIDAZOLAM

NARCAN

NILPERIDOL

NUBAIN

PROPOFOL

SERVOFLORANE

TRAMAL

MATERIAL ORTÓPEDICO

ATADURA GESSO

ATADURA CREPOM

ATADURA DE ALGODÃO

MALHA TUBULAR

LUVAS DE PROCEDIMENTO

COMPRESSA CIRÚRGICA

GASES 10X10 PCT 20

SERINGA DESC. 3ML

SERINGA DESC. 5ML

SERINGA DESC. 10ML

SERINGA DESC. 20ML

ÁGUA OXIGENADA

ARRUELAS

CIDEX POR ML

CIMENTO ORTÓPEDICO

FIO DE KIRSCHNER

FIO DE LUQUE

FIXADOR EXTERNO

GANCHO

GEO-FOAM

GRAMPO

HASTER

LIGAMENTO SINTÉTICO

PARAFUSO CORTICAL

PARAFUSO ESPONIOSO

PARAF. INTERF. TITÂNIO

PINO

PINO DESLIZANTE

PLACA 18 BUCAS 16 QUIS

PARAFUSO CANULADO

LAMINA DE SHAVER

PROTESE

SURGICEI

DRILL ELÉTRICO

ASPIRADOR

PARAFUSO ANCORA

PLAST ANEL 1.4

PARAFUSO TRANSVERSO

SONDAS

URETRAL 4

ASPIRAÇÃO TRAQUEAL 04

NASO LONGA 04

SONDA DE FOLEY

OUTROS

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)

Framontida (est)



# RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME João Vicente de Souza Filla Nº REGISTRO \_\_\_\_\_  
Data Nascimento 23/12/74 IDADE 43 Sexo M LEITO: 202 A Data de Admissão 1/1  
MÉDICO: Dr. Hausenauer

## ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

JEIUM COMPLETO INCLUINDO AGUA? ( ) Não ( ☒ ) Sim início 5:00 PESO: 75 Kg Altura: 1,66 m

RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: ( ) SIM ( ☒ ) NÃO

ALERGIAS: NÃO ( ) SIM: Não

DOENÇAS PREGRESSAS: ( ) DM ( ) HAS ( ) TABAGISMO ( ) HIV ( ) Hep B ( ) Hep C ( ) Arritmias ( ) DPOC ( ) AVC ( )  
Marcapasso ( ) Outros: \_\_\_\_\_ Medicções de uso frequente: \_\_\_\_\_

Consentimento Cirúrgico Preenchido ( ) Não ( ☒ ) Sim

Exames: ( ☒ ) Labor ( ☒ ) Raio x ( ) USG ( ) TC ( ) RNM ( ) Risco cirúrgico Outros: \_\_\_\_\_

Encaminhado: ( ) Deambulando ( ) Cadeira de Rodas ( ☒ ) Maca ( ☒ ) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Orientado ( )  
Desorientado

Anotações de Enfermagem: \_\_\_\_\_

Conferido informação acima por: [Assinatura] Admitido na sala: 02 Hora \_\_\_\_\_

## ETAPA I: PRÉ -INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta Funct. tubic E

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO: ( ☒ ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Potencialmente Contaminada ( ) Infectada

- Equipe completa presente ( ☒ ) Sim ( ) Não
- Paciente com identificação e cirurgia confirmada ( ☒ )
- Termo de consentimento ( ☒ ) Cirúrgico ( ) hemoterapico ( ) não, caso não esteja assinado contatar o médico.
- Local da intervenção marcado corretamente ( ☒ ) sim ( ) não ( ) não aplicável
- Bisturi elétrico disponível e testado ( ☒ )
- Aparelho de Anestesia ( ☒ )
- Equipamento de Vídeo ( )
- Monitor Multi-Parâmetro ( ☒ )
- Saída de: Oxigênio ( ☒ ) Ar Comprimido ( ) Vácuo ( )
- Aspirador cirúrgico disponível e testado ( ☒ )
- Mesa cirúrgica testada ( ☒ )





12. Hemoderivados solicitados e reservados ( ) sim (X) Não ( ) Não aplicável  
 13. Paciente tem alergia conhecida ( ) sim (X) não  
 14. Aparelho de anestesia testado (X) sim ( ) não  
 15. Esterilizações dos instrumentais com indicadores (X) sim ( ) não

## ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

16. Confirma nome do paciente, local da intervenção e cirurgia proposta (X)  
 17. Confirma preparo da pele com clorexidine degermante e tópica (X) Sim ( ) não  
 18. Confirmar antibiótico profilático administrado (X) sim ( ) não aplicável  
 19. Paciente em posição adequada (X) sim ( ) não

## EQUIPE DE ENFERMAGEM

20. Confirmar se a disponibilidade dos materiais e equipamentos solicitados para cirurgia (X)  
 20. Confirmar com a equipe médica se os exames necessários estão disponíveis (X)  
 21. Confirma bisturi elétrico e placas instalados corretamente (X)

## INTRA-OPERATORIO

Posicionamento: Dorsal (X) Lateral direita ( ) Lateral esquerda ( ) Posição Ginecológica ( )  
 ( ) Decúbito Proclie ( ) Decúbito Ventral

Monitorização cardíaca: (X) sim ( ) não PNI/Manguito em: M5D Placa neutra: Local: \_\_\_\_\_

Passado faixa de smarch: Não (X) sim, em: MIE Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório: ( ) Clorex degermante ( ) Clorex aquoso  
 ( ) Clorex Alcoolica (X) PVPI degermante  
 (X) PVPI tintura ( ) \_\_\_\_\_

Infusões: SF0,9% 1000 ml R.Lactato: 1000 ml R.Simples \_\_\_\_\_ ml SG5% \_\_\_\_\_ ml

Drenos: ( ) Penrose nº \_\_\_\_\_ ( ) Porto-vac nº \_\_\_\_\_ ( ) Tórax nº \_\_\_\_\_

Sinais vitais: PA 96x59 mmHg FC: 88 bpm Sat: 97 % T: \_\_\_\_\_ °C Hora: \_\_\_\_\_

Anestesia: Início 14:00 Término 15:40 ( ) Geral Inalatório ( ) Geral Venosa ( ) Sedação ( ) Local  
 ( ) Peridural (X) Raqui ( ) Bloqueio: \_\_\_\_\_

IOT: (X) Não ( ) sim - Cânula nº \_\_\_\_\_ IOT aramado: (X) não ( ) sim nº \_\_\_\_\_

AVP: ( ) não (X) sim MSE, Jelco nº 20 por Dr. Arthur Coladas

Cateter O2: (X) não ( ) sim SNG: (X) NÃO ( ) SIM nº \_\_\_\_\_ SVD (X) NÃO ( ) SIM nº \_\_\_\_\_

Ferida operatória: Curativo Limpado e selado

Cultura: \_\_\_\_\_ Anát. Patológico: (X) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_ Unid \_\_\_\_\_

Material Explantado: \_\_\_\_\_

Conferido por Guuma, Intercorrência 5/

## ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

Confirmar se a contagem de compressas, instrumentais e agulhas foi realizada (X) sim ( ) não

Caso a cirurgia realizada não tenha sido a proposta,

Medicações administradas (anotar horários): Clozapina 22 FA + diclofenaco 25 comp  
difenidramina 25 comp + Paracetamol 500 mg + Ibuprofeno 400 mg  
Ibuprofeno 400 mg





( ) NÃO ☒ SIM, qual

1 placa 8 furios, 2 parafusos 28, 1 parafuso 35  
3 parafusos 30, 2 parafusos 40, todos corticais.  
1 placa 6 furios, 4 parafusos corticais, 2 parafu-  
sos 16, ambos corticais

Anotações de Enfermagem e Intercorrências 5/1

Início da cirurgia: 14:30 Término da cirurgia: 15:40

QUIRURGIÃO Dr. Helder ASSISTENTE: — ANESTESIOLOGISTA Arthur Caldas  
INSTRUMENTADORA Polina CIRCULANTE: Gluma ENFERMEIRA: Edna

### URPA (Unidade de Recuperação pós-anestésica)

#### Condições de admissão do paciente:

☒ Acordado ( ) Sonolento ( ) agitado Ar ambiente ( ) MV 50%

( ) Cateter de O2 ( ) TQT ☒ AVP ( ) AVC

( ) Hipotensão ( ) Hipertensão ( ) Bradicardia ( ) Taquicardia ( ) Tremor ( ) Dor ( ) Baixa Saturação

( ) Hemorragias ( ) Desorientação ( ) Agitação ( ) Dispneia ( ) Broncoespasmo ( ) Outros. \_\_\_\_\_

Medicações Administradas na URPA (anotar horários) \_\_\_\_\_

### Encaminhado para o andar

☒ AVC ( ) SNG ( ) SVD FECHADA ( ) DRENOS ( ) CÚRATIVOS LIMPO ☒

GESSO EM: MSD ( ) MSE ( ) MID ( ) MIE ( )

EXAMES: ( ) Labort ( ) Raio x ( ) USG ( ) TC ( ) RNM ( ) RISCO CIRURGICO ( ) OUTROS \_\_\_\_\_

ENCAMINHADO: ☒ Enfermaria ( ) UTI ( ) Alta Hospitalar ( ) Outros \_\_\_\_\_

Anotações de Enfermagem: \_\_\_\_\_

ENCAMINHADO POR: \_\_\_\_\_ HORA:- \_\_\_\_\_





Prontoclínica Dr. Paulo Gurgel  
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

MÉDICO: Hausmann

ENTE: Jose Vicente de Silva SETOR: 1º LEITO: 202 A  
AGNOSTICO MÉDICO: Prone IDADE: 43

PROCEDÊNCIA: ( ) DOMICILIAR (x) HOSPITALAR: QUAL: Deordão  
ALERGIAS: \_\_\_\_\_ DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: \_\_\_\_\_

EVOLUÇÃO 12/11/18 HORÁRIO: 14h

ASPECTO GERAL

(x) CONSCIENTE (x) ORIENTADO ( ) ALGO ORIENTADO \_\_\_\_\_  
( ) ATIVO ( ) REATIVO ( ) HIPOATIVO  
( ) HIPERTÔNICO ( ) HIPOTÔNICO  
( ) COMATOSO ( ) SEDADO ( ) ANASARCA ( ) EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

( ) AVP: \_\_\_\_\_  
( ) AVC: \_\_\_\_\_  
( ) Jelo: \_\_\_\_\_  
( ) Scalp: \_\_\_\_\_

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

( ) HV: \_\_\_\_\_  
( ) BI: \_\_\_\_\_  
( ) ATB: \_\_\_\_\_

PELE

(x) HIDRATADA ( ) RESSECADA ( ) ICTÉRICA  
(x) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA ( ) CIANOSE  
( ) EXTREMIDADE FRIAS ( ) NORMOTÉRMICA  
( ) HIPOTERMIA: \_\_\_\_\_  
( ) HIPERTERMIA: \_\_\_\_\_  
DRENO Local: \_\_\_\_\_  
Característica do líquido: \_\_\_\_\_

APARELHO CARDIOPULMONAR

(x) EUPNEICO ( ) DISPNEICO ( ) TAQUIPNEICO  
( ) BRADIPNEICO ( ) TIRAGEM: \_\_\_\_\_  
( ) RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: \_\_\_\_\_  
( ) TAQUICÁRDICO ( ) NORMOCÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES: Paciente atendida, aguda, agitando os membros, com febre, irritável e sem queixas.  
Ex. laboratoriais + Relato de R. OK.  
POI: Sem queixas, dieta OK.  
Aguda, diurese, agitando R. por

VENTILAÇÃO

(x) O2 AMB ( ) MV \_\_\_\_\_ % ( ) HOOD: \_\_\_\_\_  
( ) ENTUBADO TOT Nº \_\_\_\_\_  
OBS: \_\_\_\_\_

ELIMINAÇÕES

DIURESE

(x) ESPONTÂNEA ( ) SVA A CADA: \_\_\_\_\_  
( ) HEMATÚRIA ( ) OLIGÚRIA ( ) ANÚRIA  
( ) POLIÚRIA ( ) SVD \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

EVACUAÇÃO

(x) ESPONTÂNEA  
( ) ESTÍMULO: \_\_\_\_\_  
( ) AUSENTE \_\_\_\_\_ DIAS  
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN

(x) FLACIDO ( ) GLOBOSO ( ) SEMI GLOBOSO  
( ) DISTENDIDO ( ) DOR A PALPAÇÃO  
( ) TÍMPANICO ( ) MACIÇO ( ) RUÍDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

( ) DEAMBULANDO ( ) CADEIRA DE RODAS  
( ) SOBRE MACA ( ) MULETA

DIETA

( ) AO SEIO ( ) ORAL/COPINHO ( ) GTM  
( ) SOG/SNG \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
( ) RESÍDUO GÁSTRICO: \_\_\_\_\_  
(x) ZERO ( ) VÔMITO \_\_\_\_\_ vezes

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 12/11/18 HORÁRIO: 22:00

ASPECTO GERAL

(x) CONSCIENTE (x) ORIENTADO ( ) ALGO ORIENTADO \_\_\_\_\_  
(x) ATIVO (x) REATIVO ( ) HIPOATIVO  
( ) HIPERTÔNICO ( ) HIPOTÔNICO  
( ) COMATOSO ( ) SEDADO ( ) ANASARCA ( ) EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

(x) AVP: \_\_\_\_\_  
( ) AVC: \_\_\_\_\_  
( ) Jelo: \_\_\_\_\_  
( ) Scalp: \_\_\_\_\_

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

(x) HV: \_\_\_\_\_  
( ) BI: \_\_\_\_\_  
colaboração

VENTILAÇÃO

(x) O2 AMB ( ) MV \_\_\_\_\_ % ( ) HOOD: \_\_\_\_\_  
( ) ENTUBADO TOT Nº \_\_\_\_\_  
OBS: \_\_\_\_\_

ELIMINAÇÕES

DIURESE

(x) ESPONTÂNEA ( ) SVA A CADA: \_\_\_\_\_  
( ) HEMATÚRIA ( ) OLIGÚRIA ( ) ANÚRIA  
( ) POLIÚRIA ( ) SVD \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

EVACUAÇÃO

( ) ESPONTÂNEA





DA ( ) RESSECADA ( ) ICTÉRICA  
CORADA ( ) HIPOCORADA ( ) CIANOSE  
EMIDADE FRIAS (X) NORMOTÉRMICA  
OTERMIA: \_\_\_\_\_  
IPERTERMIA: \_\_\_\_\_  
DRENO Local: \_\_\_\_\_  
Característica do líquido: \_\_\_\_\_

#### APARELHO CARDIOPULMONAR

(X) EUPNEICO ( ) DISPNEICO ( ) TAQUIPNEICO  
( ) BRADIPNEICO ( ) TIRAGEM: \_\_\_\_\_  
( ) RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: \_\_\_\_\_  
( ) TAQUICÁRDICO (X) NORMOCÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO

#### OBSERVAÇÕES:

6 Rx Pós Iox  
+ 5/2

( ) ESTÍMULO: \_\_\_\_\_  
(X) AUSENTE \_\_\_\_\_ DIAS  
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

#### APARELHO DIGESTÓRIO

##### ABDOME

(X) FLACIDO ( ) GLOBOSO ( ) SEMI GLOBOSO  
( ) DISTENDIDO ( ) DOR A PALPAÇÃO  
( ) TIMPÂNICO ( ) MACIÇO ( ) RUIDOS HIDROAÉREOS

##### LOCOMOÇÃO

( ) DEAMBULANDO (X) CADEIRA DE RODAS  
( ) SOBRE MACA ( ) MULETA

##### DIETA

( ) AO SEIO (X) ORAL/COPINHO ( ) GTM  
( ) SOG/SNG \_\_\_\_\_  
( ) RESÍDUO GÁSTRICO: \_\_\_\_\_  
( ) ZERO ( ) VÔMITO \_\_\_\_\_ vezes

Kassya W. de OLIVEIRA  
Enfermeira  
COREN/RN: 214248

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 13/11/18

HORÁRIO: 09h

#### ASPECTO GERAL

( ) CONSCIENTE (X) ORIENTADO ( ) ALGO ORIENTADO  
( ) ATIVO ( ) REATIVO ( ) HIPOATIVO  
( ) HIPERTÔNICO ( ) HIPOTÔNICO  
( ) COMATOSO ( ) SEDADO ( ) ANASARCA ( ) EDEMA

#### VENTILAÇÃO

(X) O2 AMB ( ) MV \_\_\_\_\_ % ( ) HOOD: \_\_\_\_\_  
( ) ENTUBADO TOT Nº \_\_\_\_\_  
OBS: \_\_\_\_\_

#### CESSO VENOSO (Local e data de inserção)

(X) AVP: \_\_\_\_\_  
( ) AVC: \_\_\_\_\_  
( ) Jelco: \_\_\_\_\_  
( ) Scalp: \_\_\_\_\_

#### ELIMINAÇÕES

##### DIURESE

(X) ESPONTÂNEA ( ) SVA A CADA: \_\_\_\_\_  
( ) HEMATÚRIA ( ) OLIGÚRIA ( ) ANÚRIA  
( ) POLIÚRIA ( ) SVD \_\_\_\_\_  
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

#### INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

( ) IV  
( ) BI  
( ) ATB Clazina

#### EVACUAÇÃO

( ) ESPONTÂNEA  
( ) ESTÍMULO: \_\_\_\_\_  
(X) AUSENTE \_\_\_\_\_ DIAS  
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

#### ELE

(X) HIDRATADA ( ) RESSECADA ( ) ICTÉRICA  
(X) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA ( ) CIANOSE  
( ) EXTREMIDADE FRIAS ( ) NORMOTÉRMICA  
( ) HIPOTERMIA: \_\_\_\_\_  
( ) HIPERTERMIA: \_\_\_\_\_  
( ) DRENO Local: \_\_\_\_\_  
Característica do líquido: \_\_\_\_\_

#### APARELHO CARDIOPULMONAR

(X) EUPNEICO ( ) DISPNEICO ( ) TAQUIPNEICO  
( ) BRADIPNEICO ( ) TIRAGEM: \_\_\_\_\_  
( ) RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: \_\_\_\_\_  
( ) TAQUICÁRDICO (X) NORMOCÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO

#### APARELHO DIGESTÓRIO

##### ABDOME

( ) FLACIDO ( ) GLOBOSO ( ) SEMI GLOBOSO  
( ) DISTENDIDO ( ) DOR A PALPAÇÃO  
( ) TIMPÂNICO ( ) MACIÇO ( ) RUIDOS HIDROAÉREOS

##### LOCOMOÇÃO

( ) DEAMBULANDO ( ) CADEIRA DE RODAS  
(X) SOBRE MACA ( ) MULETA

##### DIETA

( ) AO SEIO (X) ORAL/COPINHO ( ) GTM  
( ) SOG/SNG \_\_\_\_\_  
( ) RESÍDUO GÁSTRICO: \_\_\_\_\_  
( ) ZERO ( ) VÔMITO \_\_\_\_\_ vezes

OBSERVAÇÕES: Paciente sem queixas, adianta com boa evolução,  
eliminação fisiológicas satisfatórias até o momento.  
- diurese OK,  
- Rx 2 películas OK  
- exames lab. OK

Maria de Souza Bezerra Ana Clér  
no. 536.101-ENF COREN/RN  
214248

Carimbo  
L-ENF

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro





RELATORIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE João Vicente da Silva Filho  
APTO.: 202 A Nº REGIST. \_\_\_\_\_  
CONVEN. SUS

USO DE:	DATA / H	USO DE:	DATA
BOMBA DE INF. DIL		ECG	
NEBULIZADOR Nº		OXIG./UMIDIF.	
ASPIRADOR DIL		BERÇO AQUECIDO	
CURATIVO		FOTOTERAPIA	
		INCUBADORA	

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT.
12.11.18	18:20	Paciente encaminhado ao C.C. acompanhado por maqueiro.	2012 Lourenço T. - COREN/RN-011329 TE Meariz
12/11/18	18:12	2012 Lourenço T. - COREN/RN-011329 TE da comp. pel. maqueiro, acompanhando HIV?	Maldenir Oliveira Ferreira Téc. Enfermagem COREN/RN-120125
12/11/18	20h	Adm. med. ev dipirona 1g + ABD e tiludol 20 mg + ABD.	Maria Eduarda da S. Costa COREN/RN-1075839 TE
12/11/18	—	Pcte realizou o Rx pos.	
12/11/18	22h	Adm. med. ev cefazolina 1g + ABD.	Maria Eduarda da S. Costa COREN/RN-1075839 TE
13/11/18	24h	Adm. med. ev dipirona 1g + ABD.	Maria Eduarda da S. Costa COREN/RN-1075839 TE
13/11/18	04h	Adm. med. ev dipirona 1g + ABD.	Maria Eduarda da S. Costa COREN/RN-1075839 TE
13/11/18	06h	Adm. med. ev cefazolina 1g + ABD.	Maria Eduarda da S. Costa COREN/RN-1075839 TE
13/11/18	08h	Adm med. dipirona + ABD + 000m temoxifen 20 mg + ABD	1161002
13/11/18	12h	Adm. med. dipirona + 18 ABD	1161002
13/11/18	14h	Adm. med. cefazolina 1g + 20 ABD EV	1161002
13/11/18	16h	Adm med. dipirona + ABD EV	1161002
13.11.18	18h	Pcte saiu de alta hospitalar levando todos os seus pertences	





**Pharmatécnica**  
**PACIENTE**  
**REGISTRO**

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

JORGE LILIANO DA SILVA APTO/ENE: 302A  
 DATA: 12/11/18

PRESCRIÇÃO	HORARIOS
1- DIETA LÍQUIDA ALTA DO CPO	3ND
2- R. SIMPES 1000mg EV, 14 dias 1x1	500
3- CEFALOXINA 1g - 01 FA + 20ml ADJ EV, 8 dias	220 1000mg 4x1
4- PANTOPRAZOL 40mg - 01 FA + 20ml ADJ EV, 14 dias	200 1000mg 4x1
5- PANTOPRAZOL 40mg - 01 NUP + 18ml ADJ EV, 6 dias	200 1000mg 4x1
6- PLASIV 10mg - 01 NUP + 100ml SPO, EV, 8 dias SIN	SN
7- PANTOPRAZOL 40mg + 100ml SPO, EV, 8 dias SIN	SN
8- SONDA EM VESIGL DE ALUMINIO SIN	SN
9- SSUV / CCG	Rotine

Dr. Arthur Carlos  
 Médico Assistente  
 CRM 15.000  
 RC FARMACIA

RECIBO

DÉBITOS
SERINGA 01
SERINGA 03 cc
SERINGA 05 cc
SERINGA 10 cc
SERINGA 20 cc
EQUIPO MICROGOTAS
EQUIPO P/ BI
EQUIPO P/ SANGUE
FEICO Nº
SCALP Nº
POLIFIX
LUVA PROCEDIMENTO
LUVA ESTER. Nº
GASES PCT
ESPARADRAPO
MICROPORE
PVPI
ETER
ALCOOL 70%ml
ALGUDÃO BOLA
AGULHA DESC. 25x8
CREPOM Nº
ALGODÃO ORTOP.
CEPACOL ml
POMADA
SONDA DE FOLEY
SONDA URETRAL
SONDA NASO
COLETOR FECHADO
COLETOR ABERTO
LAMINA BISTURI
ELETRODO
MASC. DESCAT
SORO FISIO. 0,9%
FITA HGT





APTO/ENF.

DATA:

### CONVÊNIO:

**REGISTRO**

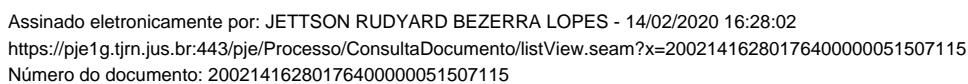
## DÉBITOS

SERINGA 01
SERINGA 03 cc
SERINGA 05 cc
SERINGA 10 cc
SERINGA 20 cc
EQUIPO MICROGOTAS
EQUIPO P/ BI
EQUIPO P/ SANGUE
JELCO Nº
SCALP Nº
POLIFIX
LUVA PROCEDIMENTO
LUVA ESTER. Nº
GASES PCT
ESPARADRAPO
MICROPORE
PVPJ
ETER
ALCOOL 70%ml
ALGUDÃO BOLA
AGULHA DESC.
CREPOM nº
ALGODÃO ORTÓP.
CEPAÇOL ml
POMADA
SONDA DE FOLEY
SONDA URETRAL
SONDA NASO
COLETOR FECHADO
COLETOR ABERTO
LAMINA BISTURI
ELETTROLDO
MASC. DESCAT
SORO FISIO. 0,9%
FITA HGT

PRESCRIÇÃO	HORARIOS
<p>13/11/13</p> <p>Problema</p> <p>Café da manhã</p> <p>Dispositivo de controle</p> <p>Alto e baixo</p>	

**RC FARMÁCIA**

**RECIBO**





**PRONTOCLINICA**  
**Dr. Paulo Gurgel**

**EVOLUÇÃO MEDICA**

PACIENTE: <u>João Lima</u>	REGISTRO Nº
APTO.: _____	CONVENIO <u>Sus</u>
MÉDICO: _____	

DATA / HORA	DESCRIÇÃO MEDICA
12.11.18/10:30	Nutricionista Paciente admitido p/ realizar procedimento cirúrgico perna (C). Nega alergia alimen- tar e doenças pré-existentes. Afebril, di- fície presente e eliminação intestinal ausen- te em dieta zero.
13.11.18/10:10	Paciente estável em dieta líquida, afebril, di- fície presente e eliminação intestinal ausente.
13/11/18	Colmeia em apênd. Perfurado (P) (C) Alto e onetico.
	Dr. Hausmann Martins Cirurgião Geral CRM 63141/UBO 1221







CONTROLE HÍDRICO E T.P.R.

**APT<sub>0</sub>**

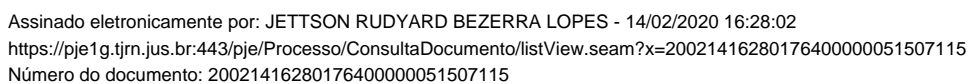
**CONVÊNIO.:**

**MÍDICO.:**

**REG.:**

**NOME.:**

DIA	HORAS	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PULSO	DIETA	VÔMITO	DIURSE	EVACUAÇÃO	ASSINATURA
13/11	06	13 x 70	—	36,3°C	—	—	—	—	—	—
13/11	06	13 x 80	—	37°C	—	—	—	—	—	—
12.11.18	22:00	120 x 80	—	36,9°C	—	auts	—	—	—	—
13/11/18	06h	120 x 80	—	36,1°C	—	AC	—	—	—	—
13/11/18	12h	110 x 90	95%	39,2°C	76	AC	+	+	—	—
13/11/18	1800	126 x 73	96%	37,2°C	78	—	—	—	—	—





99181-7610

SUS 898 0040 3617 3088

Semel



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA

PARANAMIRIM / RN

Mae: Severina Moura da Silva

OK

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 38

NOME: João Vicente da Silva Filho  
IDADE: 23.12.1974 COR: SEXO: M ESTADO CIVIL: Casado  
NATURALIDADE: Arês PROFISSÃO: Aux. de Bombeiros PROCEDÊNCIA:  
ENDEREÇO: Rua Severina Moura da Silva 12 BAIRRO: Una  
CIDADE: Geronimha DATA: 11/11/2018 HORA: 13:18

## 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) Paciente vítima de colisão moto -  
carro, c/ capacete, s/ perda de consciência. Refere  
em MIE.

## EXAME FÍSICO

- A) VA peveis, crecricos estóves  
B) Ventilação espontânea, torax estóves  
C) Abd e pelve estóves  
D) ECG = 15  
E) Aparente fotura fechada em MIE.

## SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Trauma

Assinatura  
S. Paulo





## EXAMES COMPLEMENTARES

Assinatura  
S. Barber  
DATA: 22/03/2016  
CONFERE COM ORIGINAL  
0969234

Ass. do Responsável

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

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

## CONDUTA

① Dipirone 500mg/ml - 1amp + ABD, EV, agora  
 ② Tenotônico 40mg - 01 PA + ABD, EV, agora

Dr. Laujer Holanda Vidal  
Médico  
CRM/RN 9444

04/7  
Dr. Eudimar Carneiro  
Ass. do Responsável

## DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____
HORA ____ HS		HORA ____ PARA ____
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
DATA ____/____/____	HORA ____	
ÓBITO ____/____/____	HORA ____	
ENTREGUE À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



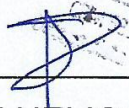


## RECIBO

HAUSEMANN HELIOGABARO LOPES DE MORAIS CRM:  
5314 CPF 010.558.044-98, declaro ter recebido da Sr.(a) JOAO  
VICENTE DA SILVA FILHO, Inscrição do RG 1555941, a importância  
de R\$ 100,00 (Cem Reais) referente ao serviço de Consulta Médica.

Não tendo nada a reclamar em juízo ou fora deste.

Natal, 09 de SETEMBRO de 2019.

  
Dr. Hausemann Moraes  
CRM 5314-530712213

---

HAUSEMANN HELIOGABARO LOPES DE MORAIS  
CRM 5314  
Ortopedista / Traumatologia






**Prontoclínica da Criança Ltda.**  
Rua Monte Sinai, 1948 - Mirassol - CEP 59078-360  
CNPJ 09.417.742/0001-91  
Fone: (84) 4008.5000 - Fax: (84) 4008.5001 - Natal/RN

Data, 09 / 09 / 2019

Nome: JOÃO VICENTE DA SILVA FILHO Data, 01

Quant.	Discriminação
01	CONJ

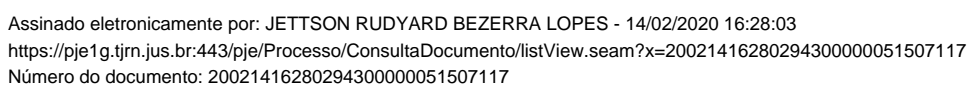
Data		09 / 09 / 2017	
VICENTE DA SILVA FILHO			
Quant.	Discriminação		Valor
01	CONSULTA ORTOPEDICA ( PARTE CLINICA )		50,00
01	RATO X		40,00
			/
		Total	90,00

Assinatura  PROTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA

Assinatura

PRONTUÁRIO DA CRIANÇA LTDA

**Total**







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190670298**

**Vítima: JOAO VICENTE DA SILVA FILHO**

**Data do Acidente: 11/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOAO VICENTE DA SILVA FILHO**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

**Recebedor: JOAO VICENTE DA SILVA FILHO**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 001**

**Agência: 000001066-9**

**Conta: 0000014622-6**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01863/01864 - carta\_15R - INVALIDEZ





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE GOIANINHA

Endereço: RUA PROF. JOÃO TIBÚCIO, 141, CENTRO, GOIANINHA

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019087001404

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 22/11/2019 10.03.05

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 11/11/2018 12.00.00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: 00

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: COHAB

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: VIA PUBLICA

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência: PROXIMO A PADARIA DE MARCIO

2.13 Cidade: GOIANINHA

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOÃO VICENTE DA SILVA FILHO

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Sem Informação

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF:

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: ASG

3.15 Telefone(s): 84 991817610

3.17 Número: 12

3.19 Bairro: UNA

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: GOIANINHA

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.4 Pai: JOÃO VICENTE DA SILVA

3.6 Mãe: SEVERINA MOURA DA SILVA

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 23/12/1974

3.14 RG: 1555941 - SSP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: ARES/RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA SEVERINA MOURA

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

5.1.1 Nome Completo: JOSE ROBERTO DE MORAIS

5.1.3 Nome Social:

5.1.5 Estado civil:

5.1.7 Etnia:

5.1.9 Data de Nascimento:

5.1.11 RG: Não informado

5.1.13 Profissão:

5.1.15 Passaporte:

5.1.17 Características:

5.1.18 Logradouro:

5.1.19 Número:

5.1.21 Bairro:

5.1.23 Estado:

5.1.2 Alcinha:

5.1.4 Pai:

5.1.6 Mãe:

5.1.8 Identidade de Gênero:

5.1.10 Orientação Sexual:

5.1.12 Sexo: NÃO IDENTIFICADO / SEM INFORMAÇÃO

5.1.14 CPF:

5.1.16 Nacionalidade:

5.1.20 CEP:

5.1.22 Cidade:

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi: \*\*\*\*\*32546

7.1.5 Placa: MZK9252

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2009

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: ELINALDO LIMA DA SILVA

7.1.17 Nome do condutor: JOÃO VICENTE DA SILVA FILHO

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam:

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN KS

7.1.10 Ano de Fabricação: 2009

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.2.1 Segurado: Não

7.2.3 Chassi: \*\*\*\*\*13281

7.2.5 Placa: MOK8206

7.2.7 Marca: I

7.2.9 Ano do Modelo: 2008

7.2.11 Cor do veículo: PRETA

7.2.13 Nota Fiscal:

7.2.15 Nome do proprietário: JOSE ROBERTO DE MORAIS

7.2.17 Nome do condutor:

7.2.18 Observações:

7.2.2 Seguradora:

7.2.4 Renavam:

7.2.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.2.8 Modelo: GM TRACKER 2.0

7.2.10 Ano de Fabricação: 2008

7.2.12 Tipo do veículo: UTILITARIO

7.2.14 Número do Motor:

7.2.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

INFORMA QUE CONDUZIA A MOTO CITADA E AO SAIR DE UMA VIA NO BAIRRO COHAB E ACESSAR A MARGIA DA BR 101, O VEICULO GM TRACKER COLIDIU LATERALMENTE EM SUA MOTOCICLETA. QUE FOI SOCORRIDO PELA SAMU LOCAL E LEVADO AO HOSPITAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA EM PARNAMIRIM/RN E DEPOIS LEVADO A PRONTO CLINICA DR. PAULO GURGEL EM NATAL/RN. QUE DO ACIDENTE RESULTOU FRATURA DA PERNA ESQUERDA.

Protocolo: J2019087001404 - Cdigo de autenticao: bc9967b10ff8d9e033404e7d0c30e102



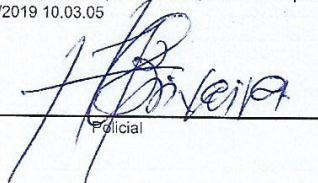


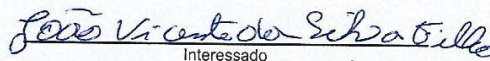
9.2 Informações do CIOSP

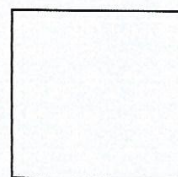
10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.  
Data 22/11/2019 10.03.05

  
Policial

  
Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1686615 - Helmiton Fabiano Barbosa de Oliveira

Impresso por: 1686615 - Helmiton Fabiano Barbosa de Oliveira em 22/11/2019 10:03:16

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA





PRONTOCLÍNICA  
**Dr. Paulo Gurgel**  
Prontoclínica da Criança Ltda.

**PLANTAO 24 HORAS**

CIRURGIAS - CLÍNICO GERAL  
PEDIATRIA - ORTOPEDIA  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES  
PRONTO-SOCORRO - RAIO-X  
ULTRASSONOGRAFIA

Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordeste Ponta Negra) - Natal/RN

João Vicente M. J. Filho

Nota:

FISIOTERAPIA MOTORA P.

M.M.I. do Sessões

FMT. Voz de Mãe.

09.09.19.

Dr. Hausmann / Natal  
C.R. 5214-5007 12/15  
Ortopedia e Fisioterapia

Natal,



**PLANTAO 24 HORAS**

CIRURGIAS - CLÍNICO GERAL  
PEDIATRIA - ORTOPEDIA  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES  
PRONTO-SOCORRO - RAIO-X  
ULTRASSONOGRAFIA

Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordeste Ponta Negra) - Natal/RN


João VILLENTE

Re

Uso oral

① Lisadon ————— olca

olwup 6/6L pi dor

  
Hausemann Morais  
Ortopedista  
CRM 5314 - S BOT 12213

11.03.19

Natal,







Prefeitura Municipal de Goianinha  
Secretaria Municipal de Saúde

### RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente João Vicente da Silva  
Filho, com diagnóstico clínico de  
lesão operatória de natureza de  
tornozelo esquerdo e limitação  
funcional de limitação para  
os movimentos de flexão plantar  
e dorsiflexão o esquerda. (ver 593)  
necessita - de um tratamento  
fisioterapêutico para ganho de  
amplitude de movimento e  
força muscular.

Goianinha, 12 de Setembro  
de 2019.

  
Dra. Maria Augusta Melo de Oliveira  
241295 - F  
Fisioterapeuta





PRONTOCLÍNICA  
**Dr. Paulo Gurgel**  
Prontoclínica da Criança Ltda.

**PLANTÃO 24 HORAS**

CIRURGIAS - CLÍNICO GERAL  
PEDIATRIA - ORTOPEDIA  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES  
PRONTO-SOCORRO - RAIO-X  
ULTRASSONOGRAFIA

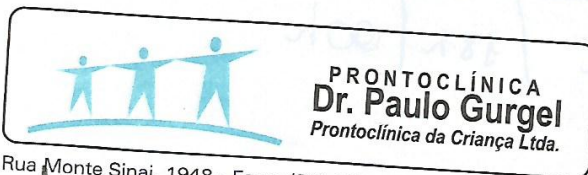
Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordeste Ponta Negra) - Natal/RN

JOÃO VICENTE DA S. A' LKO

FEV. (RETORNO)  
~~MAIO~~: SEGUNDA - 13h00.

Natal,





PRONTOCLÍNICA  
**Dr. Paulo Gurgel**  
Prontoclínica da Criança Ltda.

**PLANTÃO 24 HORAS**

CIRURGIAS - CLÍNICO GERAL  
PEDIATRIA - ORTOPEDIA  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES  
PRONTO-SOCORRO - RAIO-X

Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordeste Ponta Negra) - Natal/RN

M JOÃO VICENTE

Re

USO ORAL

① CEFALLEXINA

500

03c

01 cov 6/6L 08 dias

② LISADON — 03c

01 cov 6/6L 07 dias

③ XANEX 100 — 03c

01 cov 01x 1 dia 10 dias

Natal,

13/11/18

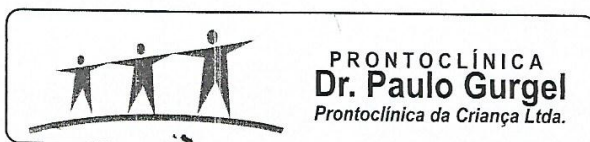
Dr. Hausmann Morais  
Cirurgião Geral / Traumatologista  
CRM 33141 / SSBOT 1221

19/11/18

RETORNO: - AS 12h30







**PLANTAO 24 HORAS**  
CIRURGIAS - CLÍNICO GERAL  
PEDIATRIA - ORTOPEDIA  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES  
PRONTO-SOCORRO - RAIO-X  
ULTRASSONOGRAFIA

Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordeste Ponta Negra) - Natal/RN

JOÃO VICENTE DA SILVA FILHO.

Paciente tratado no controle  
de infecção em urina. Grohe bem;  
no 9º mês pré-operatório. Fract. de  
fêmur consolidada; fêmur com  
aumento de consolidação; sobe  
efortemente lateral por 60 dias  
para controlar medicações.

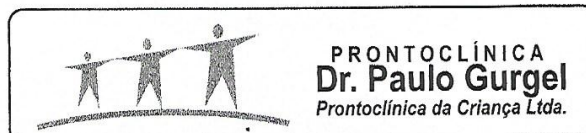
Dr. Hausemann Morais  
CRM 5314-SBOT 12213  
Ortopedista - traumatologista

Unid S.82

Natal,

09.09.19





**PLANTAO 24 HORA**  
CIRURGIAS - CLÍNICO GERAL  
PEDIATRIA - ORTOPEDIA  
LABORATÓRIO DE ANÁLISE  
PRONTO-SOCORRO - RAIOS  
ULTRASSONOGRAFIA

Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordeste Ponta Negra) - Natal

LAIPO MÉDICO

PACIENTE JOAO VICENTE DA SILVA  
FILHO, 44 ANOS, OPERADO POR  
FRATURA DE TIBIA ESQUERDA; EVOLUI  
COM RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO EM TÍBULA  
ESQ.; EM TRATAMENTO. DEVE AFASTAR-SE  
DAS FUNÇÕES LABORAIS POR 90 DIAS  
UTI - 5.82

Hausemann Morais  
Ortopedista  
CRM 5314 - S BOT 12213

11/03/19

Natal,

