



Número: **0800690-71.2020.8.20.5107**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de Nova Cruz**

Última distribuição : **02/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
REGINALDO CARVALHO DE LIMA (AUTOR)		ANDRESSA DE SOUSA MARIANO (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57242 943	02/07/2020 10:50	Petição Inicial	Petição Inicial
57242 946	02/07/2020 10:50	INICIAL	Outros documentos
57242 948	02/07/2020 10:50	PROCURAÇÃO	Procuração
57242 949	02/07/2020 10:50	DOCS PESSOAIS E COMP RES	Documento de Identificação
57242 950	02/07/2020 10:50	BO	Boletim de Ocorrência Circunstanciado
57242 951	02/07/2020 10:50	PAGAMENTO ADMINISTRATIVO	Documento de Comprovação
57242 952	02/07/2020 10:50	DOCS MEDICOS 1	Documento de Comprovação
57242 953	02/07/2020 10:50	DOCS MEDICOS 2	Documento de Comprovação
57242 954	02/07/2020 10:50	DOCS MEDICOS 3	Documento de Comprovação
57271 552	02/07/2020 22:05	Despacho	Despacho

REQUER A JUNTADA DE PETIÇÃO INICIAL E DOCUMENTOS.





ANDRESSA DE SOUSA MARIANO
Advocacia & Assessoria Jurídica

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DE UMA DAS
VARAS DA COMARCA DE NOVA CRUZ/RN, A QUEM COUBER POR
DISTRIBUIÇÃO LEGAL.

REGINALDO CARVALHO DE LIMA, brasileiro, inscrito no CPF
sob o nº. 778.865.004-82, residente e domiciliado no Sítio Lagoa da Mata, s/n, Zona Rural,
Nova Cruz/RN, CEP 59.215-000, através de sua procuradora regularmente constituída, *ut*
instrumento de mandato incluso, vem à presença de Vossa Excelência propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT

em face da **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**,
pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº. 09.248.608/0001-04,
podendo ser citada por intermédio de seu representante legal, na Rua Senador Dantas, nº.
74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20031205, pelos motivos de fato e de direito
a seguir expostos:

RUA QUINZE DE NOVEMBRO, 09, CENTRO, NOVA CRUZ/RN – CEP: 59.215-000.
E-MAIL: ANDRESSAMADV@HOTMAIL.COM





I – DAS RAZÕES FÁTICAS:

O Requerente, na data de **10/07/2017**, por volta das 16h57min, foi vítima de acidente automobilístico, conforme boletim de ocorrência anexo.

Em virtude do citado acidente, o Requerente sofreu inúmeras lesões pelo corpo, dentre elas **PERDA COMPLETA DE UM DOS MEMBROS INFERIORES**, em decorrência de **FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO**, consoante inclusa documentação.

De acordo com a Lei 6.194/74, que dispõe sobre o SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS - DPVAT, o Requerente teria direito a receber, em virtude da intensidade das lesões sofridas e das sequelas irreversíveis a que foi acometido, a quantia correspondente ao valor máximo indenizável, correspondente a lesões, ou seja, a quantia de R\$ 6.750,00 (seis mil setecentos e cinquenta reais).

Todavia, ao pleitear administrativamente a indenização do seguro em apreço, recebera tão somente a importância de R\$ 3.375,00 (três mil trezentos e setenta e cinco reais), na data de 05/02/2018, conforme extrato que segue anexo.

Neste diapasão, requer a procedência da presente ação para recebimento do *quantum* correspondente ao valor máximo indenizável, consoante a base legal e jurisprudencial a seguir esposada sopesadamente.

II – DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS:

DO QUANTUM INDENIZATÓRIO:

De acordo com 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, senão vejamos:

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: (Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos).

Essa mesma norma preceitua a estimativa do valor pago a título de indenização à vítima de acidente de trânsito em caso de invalidez permanente, *in verbis*:

“Art. 3º (...)

RUA QUINZE DE NOVEMBRO, 09, CENTRO, NOVA CRUZ/RN – CEP: 59.215-000.
E-MAIL: ANDRESSAMADV@HOTMAIL.COM





ANDRESSA DE SOUSA MARIANO
Advocacia & Assessoria Jurídica

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte; [\(Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007\)](#) (g,n)

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e [\(Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007\)](#) (g,n)

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas. [\(Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007\)](#)

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do **caput** deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo: [\(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009\)](#). [\(Produção de efeitos\)](#).

ANEXO
[\(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009\)](#).
[\(Produção de efeitos\)](#).

(art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974)

Danos Corporais Totais	Percentual da Perda
Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	
Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	Percentuais das Perdas
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	25
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentuais das Perdas
Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25

RUA QUINZE DE NOVEMBRO, 09, CENTRO, NOVA CRUZ/RN – CEP: 59.215-000.

E-MAIL: ANDRESSAMADV@HOTMAIL.COM





III - DOS REQUERIMENTOS:

Ante todo o exposto, requer:

- 1) A Citação da Requerida no endereço declinado na exordial, para querendo, responder nos termos da presente ação sob pena de revelia e confissão.
- 2) Seja dado ao presente feito, com base no art. 10 da Lei 6.194/74, o rito sumário;
- 3) Que seja JULGADO PROCEDENTE o pedido para condenar a Requerida ao pagamento da quantia de R\$ 3.375,00 (três mil trezentos e setenta e cinco reais) ao Requerente, quantia essa correspondente a diferença havida entre o montante pago administrativamente e o valor máximo indenizável para o caso em apreço, além de juros legais e correção monetária até a data do efetivo pagamento;
- 4) Seja concedido os benefícios da Justiça Gratuita, por ser o Requerente pobre nos termos da Lei nº 1.060/50.

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos.

Dá-se a causa o valor de R\$ 3.375,00 (três mil trezentos e setenta e cinco reais).

Pede deferimento.

Nova Cruz/RN, 02 de julho de 2020.

ANDRESSA DE SOUSA MARIANO
OAB/RN 7310





ANDRESSA DE SOUSA MARIANO
Advocacia & Assessoria Jurídica

INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: REGINALDO CAVALHO DE LIMA, BRASILEIRO, INSCRITO NO CPF SOB O Nº 778.865.004-82, RESIDENTE E DOMICILIADO NO SÍTIO LAGOA DA MATA, S/N, ZONA RURAL, NOVA CRUZ/RN, CEP 59.215-000.

OUTORGADOS: Nomeia e constitui como bastantes procuradores para defender seus direitos fundamentais e interesses jurídicos a **Dra. ANDRESSA DE SOUSA MARIANO**, brasileira, Advogada, inscrita na OAB/RN sob o nº 7310, recebendo a comunicação de quaisquer atos processuais no Escritório de Advocacia sito à **Rua Quinze de Novembro, nº 09, Centro, Nova Cruz/RN, CEP 59.215-000.**

PODERES: Amplos e gerais poderes de representação para o exercício do procuratório judicial e extrajudicial, atinentes a cláusula "*ad judicium et extra*", especialmente visando defender direitos do(a) outorgante, podendo ainda, requerer Justiça Gratuita, variar de ações, receber intimações, desistir, transigir, confessar, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, apresentar, juntar e desembaraçar documentos e papéis, recibos e guias em repartições públicas, inclusive receber alvarás judiciais, firmar compromisso, produzir provas ou justificações, requerer, *concordar com cálculos e avaliações, ratificar desistências, interpor recursos até Superior Instância e praticar, enfim, todos os atos necessários que visem a boa e fiel desincumbência dos deveres e prerrogativas advocatícias de defesa dos direitos subjetivos e interesses jurídicos do outorgante, para o que são conferidos todos os poderes, ainda que aqui não declarados expressamente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de poderes.

BASE LEGAL: Art. 133, da Constituição da República, Arts. 1.288 a 1.330, do Código Civil Brasileiro, Art. 38, do Código de Processo Civil e Arts. 1º, inciso I, 2º, 5º, 7º e 44, inciso I, do Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil.

DOS HONORÁRIOS: Os honorários ficam fixados na porcentagem de 30% (trinta por cento), sobre o valor da condenação (em caso êxito na demanda) ou do acordo (composição amigável judicial ou extrajudicial), a serem pagos no escritório da CONTRATADA.

Nova Cruz/RN, 5 de Junho de 2020

Reginaldo Cavalho de Lima

Outorgante

RUA 15 DE NOVEMBRO, 09, CENTRO, NOVA CRUZ/RN – CEP: 59.215-000.
FONE: (55 84) 3281-3487
ANDRESSAMADV@HOTMAIL.COM

Digitalizado com CamScanner



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.191.082 DATA DE EXPEDIÇÃO 06.04.1989

NOME REGINALDO CARVALHO DE LIMA

FILIAÇÃO JOSÉ CARVALHO DE LIMA

MARIA DAS NEVES DE LIMA

NATURALIDADE NOVA CRUZ-RN DATA DE NASCIMENTO 30.08.1970

CERT. NASC. Nº 6.939-Liv. A-65 FLS

DQC ORIGEM Nº 74-CART. DE NOVA CRUZ-RN

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LENTON 44640 E 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nº DE INSCRIÇÃO NO CPF 778865004-82

NOME COMPLETO REGINALDO CARVALHO DE LIMA

DATA DE NASCIMENTO 30/08/1970

ASSINATURA Reginaldo Carvalho de Lima

VÁLIDA SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE

CARTeira DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR Reginaldo Carvalho de Lima

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

Digitalizado com CamScanner



caernCOMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1556, Tirol, CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.385/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.426-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO

RUA CORREIA LUIZ ADOLFO - N.º 111
MÉDIA - S. N. - SANTA M. GORE
TR. NOVA CRUZ, RN 59215-000
08000-840195
32815885

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 08/07/2017 ÀS 06:38:17

MATRÍCULA:

MÊS/ANO

DADOS DO CLIENTE

R088000

07/2017

MARINEZ VITURINO DE LIMA

SIT LAGOA DA MATA, N.º SN - SÍTIO NOVA CRUZ, RN 59215-000

INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ.ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS			
544.004.910.0520.000	7	520	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
HIDRÔMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA		SITUAÇÃO ESGOTO			
Y13N371085	LIGADO		EFFECTIVE			

CONSUMO ÁGUA (M3): 0

DATA LEITURA: 08/07/2017

LEIT. ATUAL: 238

LEIT. ANT.: 238

DIAS CONSUMO: 31

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MEDIA
06/2017	0	04/2017	0	02/2017	0	0
05/2017	0	03/2017	0	01/2017	0	

DESCRIÇÃO
ÁGUA

CONSUMO

TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL > 100 M 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

0 M3

38,32

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	38,32	1.65	0,63
COFINS	38,32	7.6	2,91

VENCIMENTO:

19/07/2017

TOTAL A PAGAR:

38,32

MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

Parâmetros	Turbidez	PH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)
VMP e Recomendações	≤ 5.0 uT	6.0 a 9.5	% de Ausência	0.2 a 2.0 mg/L	≤ 10.0 mg/L
Valores Obtidos	10.5	4.63	100.0 %	0.22	



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
RETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL – DEGEPO
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN
DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL - NOVA CRUZ – 6ª DRPC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA nº 1069/2017

Ocorrência: ACIDENTE MOTO
Local: SAÍDA PARA JACARAÚ – RN
Data e hora: 10/07/2017 por volta das 16:57 horas
COMUNICANTE: a própria vítima

VÍTIMA: REGINALDO CARVALHO DE LIMA
RG: 1.191.082 ITEP/RN
CPF: 778.8635004-92
Filiação: JOSE CARVALHO DE LIMA E MARIA DAS NEVES DE LIMA
Natural: Nova Cruz/RN Nascimento: 30/08/1970
Profissão: AGRICULTOR.
Endereço: ZONA RURAL SÍTIO LAGOA DA MATA 11 – NOVA CRUZ – RN
Telefone: (84)

ACUSADO:XXXXXXXXXXXX

Endereço: XXX

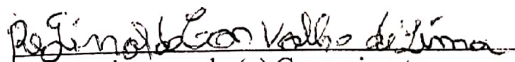
Histórico: a vítima compareceu a esta Unidade de Polícia Judiciária e narrou o seguinte teor: QUE é proprietário do Veículo HONDA/ CG 125 FAN KS. COR ROXA, PLACA NNW 3914 – RN , ANO / MOD 2012/ 2012, RENAVAL nº 00464569150, CRLV em meu nome QUE NO DIA 10/07/2017 POR Volta das 16:57 hr. , Perdeu o controle da sua motocicleta devido outro veículo que foi para contramão , vindo a cair, que na queda sofreu lesão corporal traumatizado com fratura no fêmur (E) com Boletim de Atendimento de nº 31681 do hospital Monsenhor Walfredo Gurgel em Natal em anexo , QUE FOI TRANSFERIDO PARA OUTRO HOSPITAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA DE N DE PRONTUÁRIO 148465 AMBOS EM ANEXO, QUE O DECLARANTE APRESENTOU UMA DECLARAÇÃO DO SAMU DATADA EM 10/07/2017 . SOLICITOU O BO, para dar entrada no seguro. Nada mais a declarar.

Testemunha(s):

Providência (s) Adotada (s): Registro de B.O

Nova Cruz/RN, 08/11/17

Hora: 16:12


Assinatura do (a) Comunicante


Assinatura e Matrícula do (a) Servidor
Sandro NEGREIROS

Rua Assis Chateaubriand, 842 – CEP. 59215-000 – fone/fax (84)3281-5905/5912

Digitalizado com CamScanner



Nº DE SINISTRO	NOME	NATUREZA	DIA DO PAGAMENTO	VALOR DA INDENIZAÇÃO
3170628733	REGINALDO CARVALHO DE LIMA	INVALIDEZ	05/02/2018	R\$ 3.375.00

Digitalizado com CamScanner



MS-DATASUS
VERSÃO: 14.20

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL
ESPELHO DA AIH

O.E.: M240810201 ESFERA: PÚBLICO APRESENTAÇÃO: 11 / 2017 PAG.: DATA: 20/10/2017
Num AIH: 241710121010-6 Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 11/2017 Data Autorização: 10/07/2017

Especialidade: 03 - CLINICOS Orgão Emissor: M240810201 CRC: Doc autorizador: 207281738880018 Doc med resp: 170023034540004 Doc diretor clínico: 207281609800018 Doc médico solíc: 98001628277532
CNES: 2653923 - HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL CNS: 70060094372596
Paciente: REGINALDO CARVALHO DE LIMA Prontuário: 1161583 Doc: 1191082
Data Nasc.: 30/08/1970 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo Doc.: Identidade Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES DE LIMA
Responsável pac.: REGINALDO CARVALHO DE LIMA Endereço: SÍTIO LAGOA DA MATA SN INTEGRACAO Bairro: ZONA RURAL Raça/Cor: 01-BRANCA Ethnia: 0000-NAO SE APLICA
Município: 240830 - NOVA CRUZ UF: RN CEP: 59215-000 Telefone: (84)9873-97499 Muda Proc.?:
Procedimento solicitado: 03.08.01.001-9 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA
Procedimento principal: 03.08.01.001-9 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA
Diag. principal: T023-FRATURAS ENVOLVENDO REGIOES MULTIPLAS DE UM MEMBRO INFERIOR Diag. secundário:
Complementar: Causa Obito: Modalidade: HOSPITALAR
Carater atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO
Data Internação: 10/07/2017 Data saída: 20/07/2017 Mot saída: 31 - TRANSFERENCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO
Liberação SISAIH01: AIH Anterior: AIH Posterior:
[Causas Externas (Acidente ou Violência)]
CNPJ do Empregador: CNAER: -
Vínculo Previdência: CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento CBO	CNES/CNPJ	Anular	Valor p/ Qtde	Cmpd	Descrição
1	03.08.01.001-9	980016004999755 225270	2653923		2653923	10	07/2017 TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE
2	03.08.01.001-9	980016004999755 225270	2653923		2653923	10	07/2017 CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
3	08.02.01.001-6		2653923		2653923	1	07/2017 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM
4	04.01.01.001-5	123550729160018 223505	2653923		2653923	1	07/2017 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO

VALORES DA PRÉVIA

VALORES DA PRÉVIA	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL
	Direto		Direto		Rateado		
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
03.01.01-CONSULTAS MEDICAS/OUTROS					20,88		20,88
03.08.01-TRAUMATISMOS	170,12				8,34		178,46
04.01.01-PEQUENAS CIRURGIAS	27,40						27,40
08.02.01-DIARIAS	80,00						80,00
Total Geral:	282,52				29,20		311,72

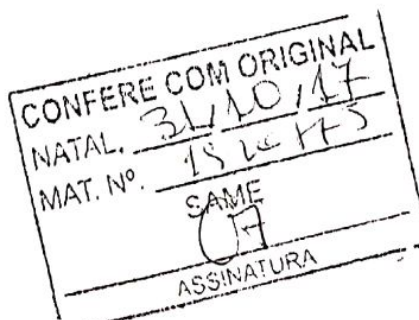
CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
V299	PREEXISTENTE	MOTOCICLISTA (QUALQUER) TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos Número de Saídas Nº Pré-Natal:
Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clévis Sarinho

RELATORIO DE
HISTORIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Nome: REGINALDO CARVALHO DE LIMA

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTORIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSONAIS

Data: 10/02/14

Hora:

07:00h

Paciente de história recente
do tipo (E) submetido a traço
injetivo

AS ANIR

Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5387-1/01-12425

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 31/10/14

MAT. Nº. 1566872

SAME

ASSINATURA

Obrigar, 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.

Digitalizado com CamScanner





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

Nome: REGINALDO CARVALHO DE LIMA Nº Registro: _____

Serviço: _____ Idade: _____ Leito: _____

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDICIPLINAR
10/07/17	<u>Ortopedia</u> Paciente submetido a cirurgia N equilíbrio mantido sem intercorrências
	Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro Ortopedia e Traumatologia CRM/RN 5387 - TEOT 12425
11/07/17	Pot sem intercorrências Boa V.R.
	Dr. Michel Freire de Araújo Ortopedista e Traumatologista Ortopedia Oncológica CRM 4423 - TEOT 10751
12/07/17	<u>Ortopedia</u> Paciente evolui estável sem intercorrências
	Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro Ortopedia e Traumatologia CRM/RN 5387 - TEOT 12425
14/07/17	Pot bem e / s / g mixos Boa V.R.
	Dr. Michel Freire de Araújo Ortopedista e Traumatologista Ortopedia Oncológica CRM 4423 - TEOT 10751
15/07/17	Pot bem e / s / g mixos Boa V.R.
	Dr. Michel Freire de Araújo Ortopedista e Traumatologista Ortopedia Oncológica CRM 4423 - TEOT 10751
16/07/17	<u>Ortopedia</u> Paciente evolui estável sem intercorrências
	Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro Ortopedia e Traumatologia CRM/RN 5387 - TEOT 12425

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NÓS



Prescrição Verificação de Lema

Leid - 412

18/1/17

01 Dieta Livre

02 S.F. 0,9% - 1.000ml - IV - 14gts/min

03 Keflin 01Gr + 20ml ABD - IV - 6/6h Sustem 30

04 Tilatil 40mg + 20ml ABD - IV - 1XDig

05 Antak 150mg - 01 comp. - VO - 12/12h

06 Tramal 100mg + 100ml S.F. - IV - S/N - 8/8h

07 Dipirona 02ml + 08ml ABD - IV - S/N - 6/6h modificado

08 Plasil 02ml + 18ml ABD - IV - S/N - 8/8h

09 Sinais Vitais 6/6h

Dipirona - 400mg, 6/6h gn

Dr. Michel Freire de Araújo
Ortopedista e Traumatologista
Ortopedia Oncológica
CRM 4423 - TEOT 10751

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 31/10/17
MAT. Nº 4520873
SAME
ASSINATURA



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: _____ UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 10 / 07 / 2017 Alta: _____ / _____ / _____
Nome: Reginaldo Carvalho de Lima Naturalidade: Nova Cruz - RN
Idade: 46 Sexo: ☒ Masculino () Feminino Data de Nascimento: 30 / 08 / 1970
RG: 1.191.082 Estado Civil: casado Nível de Instrução: Fundamental
Filiação: Pai: Jose Carvalho de Lima Mãe: Maria das Neves de Lima
Endereço: Sítio Lagoa da Mata - zona rural Cidade: Nova Cruz - RN
Telefone: 987397499 - Naurimões () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: _____ Outros telefones: _____
Composição familiar: Reside com a esposa e três filhos
Outras informações: Faz uso de ☒ Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Agricultor Trabalho c/ vínculo empregatício ☒ Não () Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSE
Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa: CONHECER
MAT. N.º: 3112017

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares () Trazido pelo SAMU
() Socorrido em via pública () Outros meios
(X) Encaminhado: Hospital de origem: Nova Cruz

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não (X) Sim Qual o motivo? fratão de fratura
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Maurício Vitorino de Silva
Parentesco: esposa Telefone: 987397499
Endereço do Responsável: o mesmo

Evolução

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

Paciente vítima de acidente com fratura
do fêmur. Internado pela ortopedia.
Solicitação de xerox de documentos e
orientação sobre normas hospitalares.

Saída

óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs. RES 8720
Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____
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.

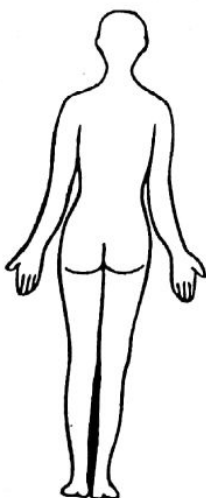
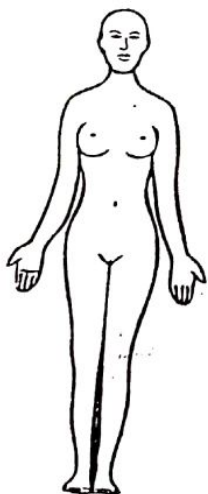




GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Reginaldo da Silva
DATA DE NASCIMENTO: 30/07/1970 IDADE: 49
REGISTRO: 400.017 DATA DE ADMISSÃO: 10/07/2020 HORA: 23:00
ADMISSÃO DO PACIENTE: Dr. Medeiros
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Dr. Medeiros
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: _____
CIRURGIAS ANTERIORES: _____
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()
OBSERVAÇÃO: _____
ÁREA DE TRICOTOMIA: _____
ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____
OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



CONFERE COM ORIGINAL
NATAL. 31/10/17
MAT. Nº. 150513
SAME
ASSINATURA

INSTRUMENTADO _____ JALECO Nº _____ ACESSO CENTRAL: _____
CIRCULANTE _____
TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI () PERIDURAL () B.P.B. () LOCAL ()
OBS.: _____
ANESTESISTA: _____
INÍCIO DE ANESTESIA: _____
TÉRMINO DE ANESTESIA: _____
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: _____
HORA: _____

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

Digitalizado com CamScanner



INICIO DE CIRURGIA: 02.30
CIRURGIÃO: Ricardo (Pereira)
1º AUXILIAR: _____
2º AUXILIAR: _____
3º AUXILIAR: Marcelo Augusto F. Rocha
TIPO DE CIRURGIA: de Rins

TÉRMINO DE CIRURGIA: _____
SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO () N° DA SONDA: _____
SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () N° DA SONDA: _____
EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO () RX: SIM () NÃO ()
RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO () TIPO: _____
RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO () TIPO: _____

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO () FEITO FICHA: SIM () NÃO ()
MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO () ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO: SIM () NÃO ()
FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO ()
DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO ()
COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM () NÃO () QUANTIDADE: _____
GAZES CONFERIDAS: SIM () NÃO () QUANTIDADE: _____
CAIXA CIRÚRGICA: _____
COMPLETA: SIM () NÃO () OBS.: _____
ÓBITO: SIM () NÃO () HORA: _____ REALIZADO RCP: SIM () NÃO ()
RESPONSÁVEL PELA RCP: _____
PACIENTE ENCAMINHADO: CRO () UTI () ALTA ()
EM AR AMBIENTE: SIM () NÃO () TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO ()
ENTUBADO: SIM () NÃO ()
PREENCHIDO AIH: SIM () NÃO ()
FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM () NÃO ()
FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM () NÃO ()

OBSERVAÇÕES: paciente encaminhado para UTI no PC 1111
de 11/11/2020 às 13h00
de 11/11/2020 às 13h00

Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Assinatura do Circulante

Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

Digitalizado com CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Waifredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Agustão Carlos de Souza Reg. Nº _____
Diagnóstico pré-operatório: fratura de fêmur
Indicação terapêutica: _____
Urgência ☒ Eletiva ☐

INTERVENÇÃO

Data: 23/03 Início: 23:00 Término: 23:55 Duração: _____
Operador: Ricardo Emmanuel CRM/CRO: _____
Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____
Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____
Instrumentador: _____
Anestesiologista: _____ CRM/CRO: _____

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Realizado em DTH por anestesista
Tratado com 8 kg.

Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5387 - TECT 12925

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL: 31/10/11
MAT. Nº 15.10.11
SAME
ASSINATURA

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

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

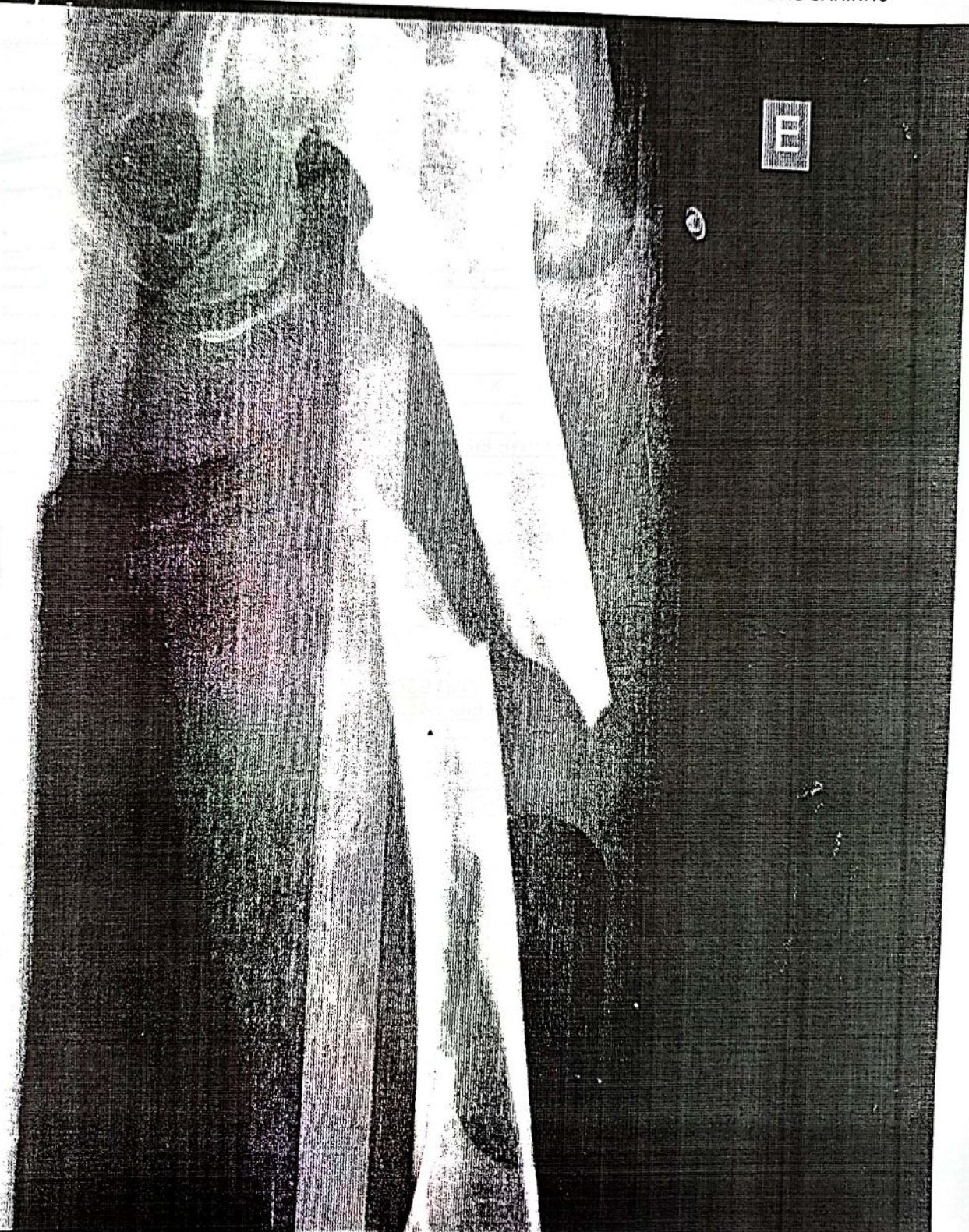
Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

Digitalizado com CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE - SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL - PRONTO SOCORRO DR. CLÓVIS SARINHO



Id. Paciente: 31681/2017 Data Exame: 10/07/2017 17:23:35
Paciente: REGINALDO CARVALHO DE LIJMA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: EDSON
Idade: 46 ano(s) TORAX AP
54,1 %

AV. SENADOR SALGADO FILHO, S/N - TIROL - NATAL / RN - CEP.: 59015-380
TEL : (84) 3232-7500 / 3232-7530 - EMAIL: SADT@RN.GOV.BR - SITE: WWW.WALFREDOGURGEL.RN.GOV.BR

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANDRESSA DE SOUSA MARIANO - 02/07/2020 10:49:45
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070210494511600000055005825>
Número do documento: 20070210494511600000055005825



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 31681 /2017
Admissão: 10/07/2017 16:57:31

12



CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 28737 - REGINALDO CARVALHO DE LIMA (46 a 10 m 11 d)
Nascimento: 30/08/1970 Natural: NOVA CRUZ, BRASIL

Sexo: M Cor: SEM
INFORMACAO

CNS: 700600943725967

CPF:

Prof:

Mãe: MARIA DAS NEVES DE LIMA

Pai: JOSE CARVALHO DE LIMA

Endereço: LAGOA DA MATA, 1

CEP: 59215000

Bairro: NOVA CRUZ

Cidade: NOVA CRUZ

Telefone: 84.87397499 84 87397499

Compl:

Evento: MOTO X OBJETO FIXO

Origem: AMBUL. SAMU RN

Tipo: REFERENCIADO

Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS: VINDO NA SAMU

Classificação: 10/07/2017 16:47:26

HORA	P.A.	HGT	Sat	E.R.	E.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	130x80		98		98			

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO MOTO PEDRA/TRAUMA EM FEMUR ESQUERDO

Hora:

Todo tipo de acidente de moto, colisão com uma
pedra. Lesão no osso da perna, lesão no dorso da mão esquerda,
emunhação, dor no lateral. Nada de mais, muito

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A Vio via físico

B ~~ex~~ UV E, lesão no Sat 98.

C FC: 97 36 FAVOL

D 15

E Exame em mão E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdom: Indica a palpaci

Membros Simétricos

Saida: -

RAIOS-X
Realizado em: 10/07/2017 Hora: 16:57:31
Técnico: [Assinatura]

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Fratura de perna (?) / Fourn

Gerado via SX por CELEIDE FERNANDES NASCIMENTO. Impresso em 10 de Julho de 2017.

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANDRESSA DE SOUSA MARIANO - 02/07/2020 10:49:46

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070210494611200000055005826

Número do documento: 20070210494611200000055005826

Num. 57242953 - Pág. 1

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

SINAIS):

16/0

MEDICAÇÕES EM USO):

Nenhum

DOENÇAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

Nenhum

ALIMENTOS INGERIDOS):

SINTOMAS E EVENTOS DO TRAUMA):

HISTÓRICO VACINAL):

Atualizado

EXAME COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

RX Tórax AP

RX Pélvis AP

RX Fêmur esq

LABORATÓRIO DE ANÁLISE CLÍNICAS

OUTROS

CONDIÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

RX Tórax Normal

RX Pélvis Normal

RX Fêmur Normal

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

1:	Deixado	HORA:	DATA:
2:		HORA:	DATA:
3:		HORA:	DATA:

Assinatura e Carimbo do Médico

Correto do boletim de atendimento de urgência produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais fidedignos e protege o paciente e o profissional de saúde.



INDICAMENTO ESPECIALIZADO 2: _____

ANAMNESE _____

EXAME FÍSICO _____

DIAGNÓSTICO _____

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

LABORATÓRIO _____

OUTROS _____

TRATAMENTO PRIMÁRIO: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

TÍTULO DO PACIENTE: _____ Nº do Boletim de Atendimento: _____

EXAME NA CLÍNICA: *ortopedica* DATA: *10/07/17* HORA: *19:00*

DATA: / / HORA: / /

Exame Médico ☐ À Revelia ☐ Transferido para: _____

DATA: / / HORA: / /

Exame à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐

Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5387 - TEOT 17425

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

TÍTULO DO PACIENTE: _____ Nº do Boletim de Atendimento: _____

EXAME NA CLÍNICA: _____ DATA: / / HORA: / /

DATA: / / HORA: / /

Exame Médico ☐ À Revelia ☐ Transferido para: _____

DATA: / / HORA: / /

Exame à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐

Digitalizado com CamScanner





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 REGINALDO CARVALHO DE LIMA		6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO 148465	
7- CARTÃO NACIONAL SUS 700600943725967	8- DATA DE NASCIMENTO 30/04/1989	9- SEXO MASCULINO	10- RAÇA/COR PARDA
11- NOME DA MÃE MARIA DAS NEVES DE LIMA		12- TELEFONE DE CONTATO 987397499	
13- NOME DO RESPONSÁVEL MARINEZ VITORINO DE LIMA		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) SI LAGOA DA MATA, 11			
16- MUNICÍPIO NOVA CRUZ	17- BAIRRO ZONA RURAL	18- UF RN	19- CEP 59215000
Justificativa de Internação			
20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS DOR + INFORMANTE + INCOMPETÊNCIA FUNCIONAL NO MIE.			
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO ACCIDENTE M. T. C. CONJUGO			
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Rx DA CAXA CR. AP/P.			
23- DIAGNÓSTICO INICIAL fratura fêmur cr.	24- CID 10 PRINCIPAL S72.3	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO trat. cirúrgico fr. fêmur			
28- CLÍNICA ortopedica	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO () CNS () CPF	32- Nº DOCUMENTO CRM 5781
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA E CARIMBO, Nº DO REGISTRO DO CONSELHO	
Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)			
36- () AC. TRÂNSITO	39- CNPJ DA SEGURADORA	40- Nº DO SILHETE	41- SÉRIE
37- () AC. TRABALHO TÍPICO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNAE DA EMPRESA	44- CBOE
38- () AC. TRABALHO TRAJETO			
45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47- COD. ORGÃO 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	



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO
		148455
DATA	HORA	CATEGORIA
20/07/2017	10:41	GIH
PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO
REGINALDO CARVALHO DE LIMA		28/04/1969 30/08/1970
ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	
CASADO	AGRICULTOR	
ENDEREÇO (RUA, Nº)		
SI LAGOA DA MATA, 11		
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF
NOVA CRUZ	ZONA RURAL	RN
LOCAL DE TRABALHO		CEP
		59215000
		TELEFONE
FILIAÇÃO		
MARIA DAS NEVES DE LIMA	JOSE CARVALHO DE LIMA	
RESPONSÁVEL		TELEFONE
MARINEZ VITORINO DE LIMA		967397499
ENDEREÇO		
O MESMO		

DIAGNOSTICO PROVISÓRIO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

fratura fêmur end

DATA DE ADMISSÃO

20/07/17

ALTA 06-08-17

ÓBITO

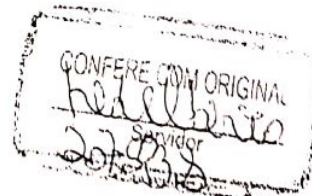
HISTORIA CLINICA

Vitória de A.C. de Melo Rê. O
Sintoma, proveniente do trauma e fratura
de fêmur end.

sem lesões neurovasculares, sem sang.

IL - Intensas p/ tra endo.

Marcos Vinicius C. Freire
Ortopedia / Traumatologia
CRM/RN 5781
TEOT 14320



Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANDRESSA DE SOUSA MARIANO - 02/07/2020 10:49:46

<https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070210494611200000055005826>

Número do documento: 20070210494611200000055005826

Num. 57242953 - Pág. 6



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

CPF: 778865004-82

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

36 Nº 011

NOME: Reginaldo Carneiro de Lima
IDADE: 30/08/1970 COR: M SEXO: M ESTADO CIVIL: Casado
NATURALIDADE: Nova Guiz-IV PROFISSÃO: Agricultor PROCEDÊNCIA:
ENDEREÇO: Rua: Sítio Jaqueira da mata BAIRRO: Jona Reinal
CIDADE: Nova Guiz-RN DATA: 30/07/2017 HORA: 10:05

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):

fratura fêmur iso

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

frat. fêmur iso

Marcus Vinícius C. Freire
Ortopedia / Traumatologia
CRM/RN 9781
TEOT 4910

CONFERE
Rafael
Lopes

EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPIEDIA	<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

⇒ Sol. intensas p/ Hto em yno

Marcus Vinicius C. Freire
Ortopedia / Traumatologia
CRM/RN 5781
TEOT 14912

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

FICOU NO LOCAL A _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <u>Ortopedia</u>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
SAIU-SE POR A ____/____/____ O ____/____/____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/>
REGUE A FAMÍLIA <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	<p>Marcus Vinicius C. Freire Ortopedia / Traumatologia CRM/RN 5781 TEOT 14912</p> <p>MÉDICO (Carimbo)</p> <p>CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)</p>	

Digitalizado com CamScanner





Nome do paciente		Hospital	
Reginaldo Cavallho da Lima		Nº prontuário	
Data operação	28/07/17	Em	Leito
Operador	Dr. João	1º auxiliar	Dr. Paulo
2º auxiliar	Dr. Rogério	3º auxiliar	
Anestesiista	Dr. Rafael	Instrumentador	
Diagnóstico pré-operatório		Tipo de anestesia	
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 - viceras

1. Anestesia
2. Antropia + curativo
3. Incisão em região lateral da coxa
4. Exposição da fístula do fêmur
5. Redução da fratura + fixação com placa + parafusos
6. Reforço: enxerto ósseo do ilíaco
7. Colocação de enxerto ósseo no local
8. fechamento da ferida com placas
9. Curativo

X 0408050579
CBC 225270
X CBC 225270
6 DIAS
CIC 5723

Assinatura do cirurgião

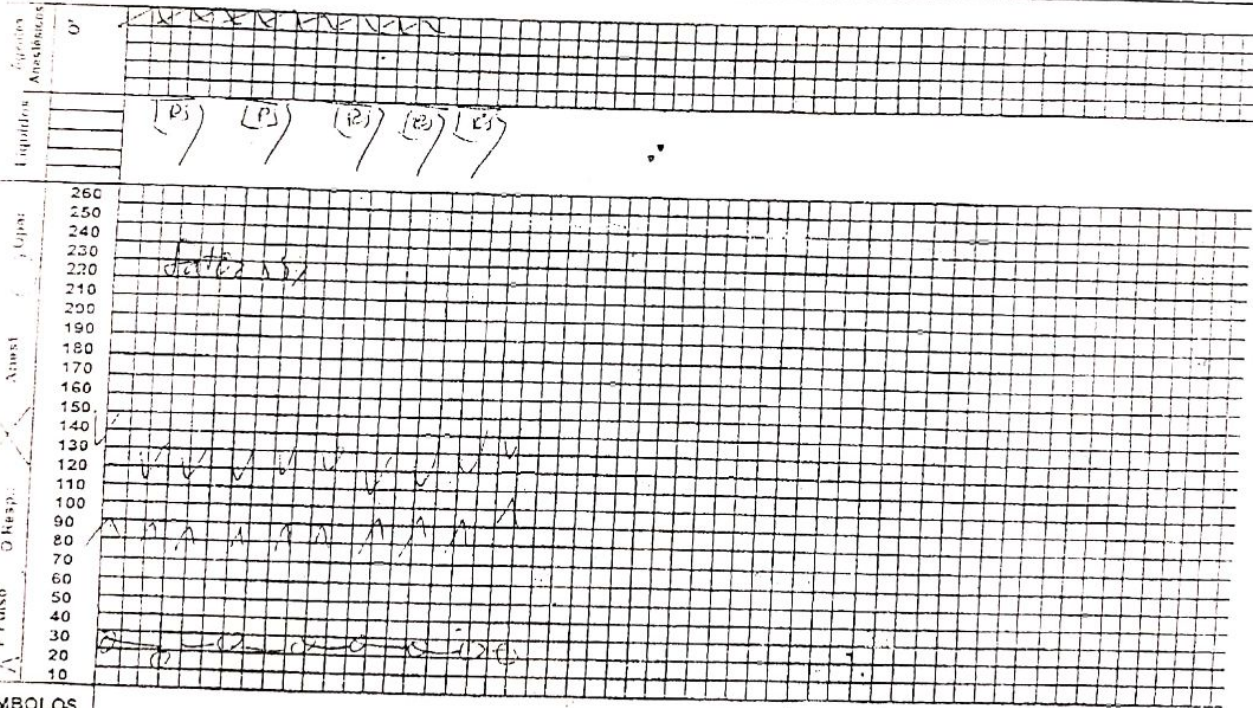
CONFERE COM ORIGINAL

CONFERE COM ORIGINAL
Assinatura do anestesista



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital: HEDAPL		Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Nome: Reginaldo Carvalho de Almeida				
Data: 28/04/17	Pressão arterial: 120x80	Pulso: 100	Respiração: 18x4	Temperatura: 36,5
Idade: 46	Sexo: M	Cor: B	Peso	Outros
Grupo sanguíneo	Hemáticas	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia
Unina		Uréia		
Ap. respiratório: SAIB			Asma	Bronquite
Ap. circulatório: SAIB			Eletrocardiograma	
Ap. digestivo: Jejum		Dentes	Pescoço	Ap. urinário
Estado mental: consciente		Atarácicos	Corticoides	Alergia
Diagnóstico pré-operatório: fratura do fêmur		Hipotensores		
Anestésias anteriores		Estado físico		
Risco				
Medicação pré-anestésica		Aplicada às	Efeito	



SIMBOLOS	
NOTAÇÕES	
POSICÃO	Q1
Agentes	Neocainas; 2ml; Ciproflox, Dipriva, Etadion, Rantodina, Anestesia
Técnica	Biquilidina com 2ml de Anest
Operação	Tto cirúrgico fratura fêmur E.L.
Cirurgiões	Dr. João + Dr. Pedro + Dr. Roberto
Anestesistas	Dr. Carlos
Observações	
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias	

Dr. Carlos
Anestesiologista
CRM 10344
CPF 027950097-14





Hospital

Nome do paciente		Reginaldo Carvalho de Lima		Nº prontuário
Data operação	28/07/17	Enf.		
Operador	Dr. Jean	1º auxiliar	Dr. Paulo	
2º auxiliar	Dr. Roberto	3º auxiliar		
Anestesista	Dr. Kleber	Tipo de anestesia		
Diagnóstico pré-operatório				
Fratura segmentar do fêmur e				
tratamento cirúrgico p/ fixação da				
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 - viceras

1. Anestesia
2. Antissepsia + curpos
3. Incisão em região lateral da coxa
4. Exposição da fratura do fêmur
5. Redução da fratura + fixação com placa + parafusos
6. Reforço com o cinto do ilíaco
7. Colocação de curpo após a fixação
8. fechamento da ferida com planch
9. Curativo

PROF. DR. JOÃO
CBO 22527-2
X CBO 22527-0
6 DIAS
CID S72.3

PROF. DR. PAULO
CBO 22527-2
X CBO 22527-0
6 DIAS
CID S72.3

CONFERE COM ORIGINAL

CONFERE COM ORIGINAL

Sócio

Sócio

Digitalizado com CamScanner





HOSPITAL REGIONAL DE ORLA DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Bernardo Carvalho de Lima Idade: 46 D/N: 30/08/1978
Pront.: 10845 Município: Orla de Lucena Procedência: Interno () Externo
Data da cirurgia: 28/07/12 Hora Admissão: 08:00 Bloco: 04 Sala: 02 Hora Saída: 12:00 Peso: 72Kg
Alergias: () Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras não
Uso de medicações: () Não () Sim não Jejum: () Não () Sim
SSVV: Admissão: PA: 120/80 mmHg Pulso: 72 bpm FI: 12 rpm FC: 72 bpm SpO₂: 98 % T: 36 °C

Enfermeiro(a): Lidiane Instrumentado(a): Saua Circulante: Sim
Cirurgia: 01 - 22mm (E) + 22mm (E) + 22mm (E) Especialidade: Otorrinolaringologia Sala: 03
Hora Início: 08:00 Hora Término: 12:00 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1ª Cirurgião: D. Dixon Aux.: D. Jean Residente: 2º Aux. D. Rogério
Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: 1 Bloqueio () Raquidiana Ag. nº 25 () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag. nº 01 Cateter nº: 01 Início: 08:40 Garrota: () Smarch () Pneumático Início: 08:40 Término: 12:00
Anestesiologista: Dra. Leticia

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

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	97	88	89	Bpm
Pulso	96	86	88	Bpm
Oximetria	97%	98%	98%	%
Capnografia				%
PA	103/57	112/63	126/72	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		<input type="checkbox"/> MMII	
<input type="checkbox"/> Trendleburg				<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos	
<input type="checkbox"/> Canivete				<input type="checkbox"/> Abduzidos	
<input type="checkbox"/> Proclive				<input type="checkbox"/> Fletidos	

ACESSO VENOSO	
<input type="checkbox"/> Punção Arterial	
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica	
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Central	
<input type="checkbox"/> Dissecção venosa	
Local: <u>1-15K</u>	
Cateter: <u>JELCO</u>	

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não () Metal () Descartável	
Local: <u>Particularidade cirúrgica</u>	
DEGERMAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	
Local: <u>Art + MTE</u> Solução: <u>DEG</u>	
TRICOTOMIA	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	
Local: <u>Art + MTE</u>	

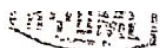
SONDAGEM GÁSTRICA	
<input type="checkbox"/> SNG nº:	
Retorno:	
CATETERISMO VESICAL	
<input type="checkbox"/> SVF nº:	
<input type="checkbox"/> SVA nº:	
Diurese:	
Profissional responsável:	

IMPLANTE CIRÚRGICO	
Drenos:	
Tela:	
Cateter:	
Ostomia:	
Flo de KC:	
Placa - Tipo: <u>20 2uros DCP LARGA</u>	
Outros:	

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

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
Caixa cirúrgica: <u>15 + 15 + 15</u>	Quant. Material: <u>OK</u>
Val.: <u>04.08.17</u>	Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

() Hemoderivado _____ Unid.
() Albumina _____ Unid.

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

() Plaquetas _____ Unid.

Medicamentos
h: *10:30*
h: *10:30*
h: *10:30*

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

() Soro Fisiológico: _____ ml
() Soro Glicosado: _____ ml

HIDRATAÇÃO VENOSA
() Soro Ringer Simples: _____ ml
(X) Soro Ringer Lactato: *1* ml

Quantidade total de volume administrado: *1.000 ml*

(X) Não () Sim Peça:

ANATOMO PATOLÓGICO

Swab para cultura: _____

Peça para sepultamento: (X) Não () Sim

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

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

INTERCORRÊNCIAS: *paciente em uso de medicação para hipertensão arterial; pt.*

Ass: *Luciana* Coren: *64.186*

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

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

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

Hora: *12:45* Data: *28/02/17* Nível de consciência: (X) Acordado () Sonolento () Narcose (X) Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂ (X) O₂ Ambiente
Mobilização MMII: () Normal () Diminuída (X) Sem mobilidade Mobilização MMSS: (X) Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não (X) Sim Tipo: _____ Local: *HSD* Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomas: () Sim () Não Especifique: _____
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
Curativo: (X) Oclusivo () Descoberto (X) Limpo () Sujo Monitorização: (AECG X) Oxímetro (X) PA

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

SINAIS VITAIS

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	-	83	115x72	-	99%	Neg
30'	-	85	130x90	-	100	Neg
60'	-	90	140x90	-	100	Neg
Alta	-	91	120x70	-	100	Neg

Líquidos administrados na URPA:

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

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

	Diurese	Retorno-Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SD				
Desprezado URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

paciente em uso de medicação para hipertensão arterial; pt. em uso de medicação para dor; pt. em uso de medicação para náuseas e vômitos; pt. em uso de medicação para sangramento; pt. em uso de medicação para dor; pt. em uso de medicação para bexigoma; pt. em uso de medicação para alteração PA; pt. em uso de medicação para alteração FC.

Ass: *Luciana* Coren: *64.186*





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>Reynaldo Carlos de L.</i>	6 - Nº DO PROTOCOLO					
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO	1	FEMININO	2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO					
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)						
MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP			

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Fratura de hum</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessidade de cirurgia</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Rx Fratura de hum</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Rx hum</i>	21 - CID INICIAL <i>I7</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Osteomiter</i>	26 - LEITO / CLÍNICA <i>Ortob</i>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro</i> Ortopedia e Traumatologia CRM/RN 5387 - TEO 12425
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>048050519</i>		29 - DT SOLICITAÇÃO <i>10.07.12</i>	30 - CNS / CPF
ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO		DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
41 - CID PRINCIPAL		43 - ()	44 - () GRAVE
42 - CID SECUNDÁRIO		45 - () GRAVÍSSIMA	

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	CONFERE COM ORIGINAL <i>heloisa</i> Servidor <i>27.538</i>
48 - CNS / CPF	52	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

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 a luz dos valores éticos e humanitários.





PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA CRUZ
O FUTURO COMEÇA AQUI

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA CRUZ
SECRETARIA DE SAÚDE
RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: _____

Atestado médico

Declaro para os fins necessários que o senhor, Reginaldo Conceição de Lima, 47 anos, em reabilitação por acidente com motorista em julho de 2017, tendo sido submetido a procedimento cirúrgico ortopédico, encontra-se evoluindo satisfatoriamente, não estando momentaneamente apto ao trabalho, haja vista o lesão local, extensa e eliminação da amplitude de movimento de flexão do joelho esquerdo.

CSF Catê
09.01.13

Mirelle Alves Genuíno
Médica
CRM-RN 8473





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

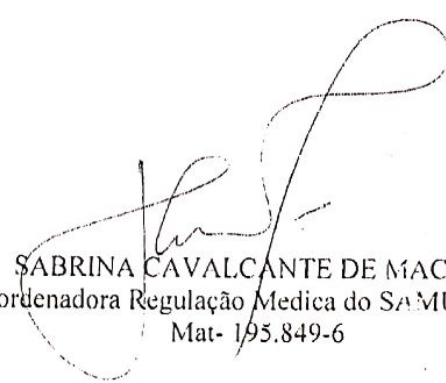


192

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessário, que em busca no sistema informatizado do SAMU 192 RN que foi encontrado a ocorrência Nº S263895 referente ao paciente **REGINALDO CARVALHO DE LIMA** 46 anos, atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 RN, no dia 10/07/2017 Nova Cruz/RN vítima queda/moto. Conforme ficha anexa.

Natal, 16 de agosto de 2017


SABRINA CAVALCANTE DE MACEDO
Coordenadora Regulação Médica do SAMU 192 RN
Mat- 195.849-6

SAMU 192 RN

END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 - BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545
FONE: 84 3209-5316

Digitalizado com CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA

FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA

FICHA DE ATENDIMENTO:	S263895
DATA DA OCORRÊNCIA:	10/07/2017 13:48:51
CIDADE:	NOVA CRUZ
BAIRRO:	
PONTO DE REFERÊNCIA:	
LOGRADOURO:	RN SENTIDO NOVA CRUZ A JACARAÍ
INTERESSADO:	ROSALVO
TELEFONE:	991107737
TIPO:	M01
NATUREZA:	OCORRÊNCIA PARA REGULAÇÃO
IMPRESSO POR:	IVAN JOSÉ DE ARAÚJO CARDOSO
DATA DA IMPRESSÃO:	16/08/2017 10:24:28

DATA	HORA	TERMINAL	OPERADOR	EVENTOS
10/07/2017	13:48:51	tarm11	79065574	PCU REGINALDO 43 ANOS
10/07/2017	13:48:51	tarm11	79065574	DEPOIS DO CAJUEIRO
10/07/2017	13:48:51	tarm11	79065574	DEPOIS DO CAMPO SOCY
10/07/2017	13:48:51	tarm11	79065574	NA SAÍDA DE NOVA CRUZ
10/07/2017	13:49:36	regsam01	35614144	COLISÃO MOTO X PEDRA
10/07/2017	13:49:52	regsam01	35614144	CONSCIENTE E MACILADO EM PERNA
10/07/2017	13:50:01	regsam01	35614144	LIBERO USB38 EM COD 2
10/07/2017	13:50:03	despsam1	19385794	VIATURA USB38 DESPACHADA - Comandante da VTR: (CIODS CIODS)
10/07/2017	13:50:03	despsam1	19385794	VIATURA USB38 EM ROTA
10/07/2017	13:52:25	despsam1	19385794	
10/07/2017	13:52:05	despsam1	19385794	SEM USB38 NO MOMENTO RETORNANDO DE MACAIBA PRO PA 13:53
10/07/2017	13:53:43	despsam1	19385794	FAZ UMA MÍDIA HORA
10/07/2017	13:54:03	despsam1	19385794	VTR - PROXIMA USB38 STO ANT SAINDO DO PA 13:53
10/07/2017	14:38:23	despsam1	19385794	VIATURA USB38 CHEGOU AO LOCAL
10/07/2017	14:43:59	regsam02	10794374	USB38 REGINALDO CARVALHO LIMA 46 AO SOLO, SENTADO, CONSCIENTE E ORIENTADO.
10/07/2017	14:43:59	regsam02	10794374	QUEDA DE MOTO APOS COLISÃO COM PEDRA. NAO DESMAIOU. SUPOSTA FRATURA FECHADA
10/07/2017	14:43:59	regsam02	10794374	FEMUR L, CABECA, TORAX E ABDOME INTEGROS. PA 130X90, FC 98, FR 20, SAI 90.
10/07/2017	14:45:17	despsam1	19385794	IMOBILIZADO, ACESSO SRL E QTH HOSP LOCAL.
10/07/2017	14:45:18	despsam1	19385794	VIATURA USB38 INFORMOU O CÓDIGO CL
10/07/2017	15:04:34	regsam02	10794374	VIATURA USB38 INFORMOU O CÓDIGO UG
10/07/2017	15:04:34	regsam02	10794374	MEDIC O DE NOVA CRUZ INFORMA QUE PACIENTE DEVERA SEGUIR PARA O WILFREDO GURGEL
10/07/2017	17:10:07	despsam1	19385794	FRATURA DE FEMUR. QTH CLOVIS SARINHO
10/07/2017	17:10:08	despsam1	19385794	VIATURA USB38 INFORMOU O CÓDIGO CL
10/07/2017	18:30:28	despsam1	19385794	VIATURA USB38 INFORMOU O CÓDIGO UG
10/07/2017	18:30:37	despsam1	19385794	USB QTH CLOVIS 16:40
10/07/2017	18:30:41	despsam1	19385794	PCTE AC DE DR FREDERICO ORTOPIEDIA
10/07/2017	18:30:44	despsam1	19385794	18:30
10/07/2017	18:31:35	despsam1	19385794	MACA PRI SA
10/07/2017	18:31:35	despsam1	19385794	VIATURA USB38 INFORMOU O CÓDIGO CL
10/07/2017	18:31:35	despsam1	19385794	VIATURA USB38 INFORMOU O CÓDIGO UG
10/07/2017	20:17:38	despsam1	26853714	VIATURA USB38 FINALIZOU A OCORRÊNCIA COMO (OSP) [ENCAMINHADO HOSPITAL] COMENTARIO ADICIONAL: SEM COMENTARIO

2.168.0.5/mvc/cronologia/impressao/S263895

Digitalizado com CamScanner



Cronologia

SABRINA CAVALCANTE DE MACÊDO
COORDENADORA DE REGULAÇÃO MÉDICA





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
1ª Vara da Comarca de Nova Cruz

Processo: 0800690-71.2020.8.20.5107

Ação: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: REGINALDO CARVALHO DE LIMA

RÉU: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Segundo o rito do novo CPC, no procedimento comum, inicia-se com a audiência de conciliação/mediação, nos moldes do artigo, nos moldes do artigo 334, caput e parágrafos, do CPC, sendo o seu fundamento base a norma fundamental contida no artigo 3º, §3º, do atual CPC, que tem o seguinte teor:

§ 3º A conciliação, a mediação e outros métodos de solução consensual de conflitos deverão ser estimulados por juízes, advogados, defensores públicos e membros do Ministério Público, inclusive no curso do processo judicial.

Entretanto, há muito este Juízo e diversas Varas já vinham convertendo o rito sumário em ordinário, justamente para se aumentar a probabilidade de acordo nos processos em que se discute indenizações do seguro DPVAT e quando o réu era a Fazenda Pública.

Já chegamos a fazer dezenas de audiências pelo rito sumário nestes assuntos, sendo a tentativa de acordo quase que 100% infrutífera, elevando-se tal percentual para mais de 50% quando se faz primeiro a citação e/ou mutirões de perícia.

Destarte, penso que se encontra plenamente fundamentada a mudança no rito genérico, no sentido de que primeiro se faça a citação, justamente para se aumentar a probabilidade de composição quando da vindoura realização da audiência, já que as seguradoras e o Poder Público, repito, só ofertam propostas de acordo quando primeiro há a citação e conhecimento prévio da documentação acostada.

Isto posto, com fundamento no artigo 3º, §3º, do atual CPC, visando estimular a solução consensual dos conflitos, determino que primeiro se faça a citação para que o requerido conteste a presente demanda, no prazo de 15 (quinze) dias úteis, sob pena de revelia.

Intimem-se.

Com a chegada da contestação, ou decorrido o prazo, conclua-se.

Nova Cruz/RN, 2 de julho de 2020.

RICARDO HENRIQUE DE FARIAS



Juiz de Direito

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)

