



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
<b>REGINALDO CARVALHO DE LIMA (AUTOR)</b>	<b>ANDRESSA DE SOUSA MARIANO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA DPVAT (RÉU)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57242 943	02/07/2020 10:50	<a href="#"><u>Petição Inicial</u></a>	Petição Inicial
57242 946	02/07/2020 10:50	<a href="#"><u>INICIAL</u></a>	Outros documentos
57242 948	02/07/2020 10:50	<a href="#"><u>PROCURAÇÃO</u></a>	Procuração
57242 949	02/07/2020 10:50	<a href="#"><u>DOCS PESSOAIS E COMP RES</u></a>	Documento de Identificação
57242 950	02/07/2020 10:50	<a href="#"><u>BO</u></a>	Boletim de Ocorrência Circunstaciado
57242 951	02/07/2020 10:50	<a href="#"><u>PAGAMENTO ADMINISTRATIVO</u></a>	Documento de Comprovação
57242 952	02/07/2020 10:50	<a href="#"><u>DOCS MEDICOS 1</u></a>	Documento de Comprovação
57242 953	02/07/2020 10:50	<a href="#"><u>DOCS MEDICOS 2</u></a>	Documento de Comprovação
57242 954	02/07/2020 10:50	<a href="#"><u>DOCS MEDICOS 3</u></a>	Documento de Comprovação
57271 552	02/07/2020 22:05	<a href="#"><u>Despacho</u></a>	Despacho

REQUER A JUNTADA DE PETIÇÃO INICIAL E DOCUMENTOS.



Assinado eletronicamente por: ANDRESSA DE SOUSA MARIANO - 02/07/2020 10:49:42  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070210494189600000055005816>  
Número do documento: 20070210494189600000055005816

Num. 57242943 - Pág. 1



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](mailto:ANDRESSAMADV@HOTMAIL.COM)



Assinado eletronicamente por: ANDRESSA DE SOUSA MARIANO - 02/07/2020 10:49:42  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070210494268400000055005819>  
Número do documento: 20070210494268400000055005819

Num. 57242946 - Pág. 1



## 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





*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 Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	Percentual da Perda
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	
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	100
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	
<b>Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés</b>	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
<b>Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé</b>	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	Percentuais das Perdas
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

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



Assinado eletronicamente por: ANDRESSA DE SOUSA MARIANO - 02/07/2020 10:49:42  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070210494268400000055005819>  
Número do documento: 20070210494268400000055005819

Num. 57242946 - Pág. 4



ANDRESSA DE SOUSA MARIANO  
Advocacia & Assessoria Jurídica

INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** *REGINALDO CRUZALHO 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 judicia 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 estabelecer, 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 Cruzalho de Lima*

Outorgante

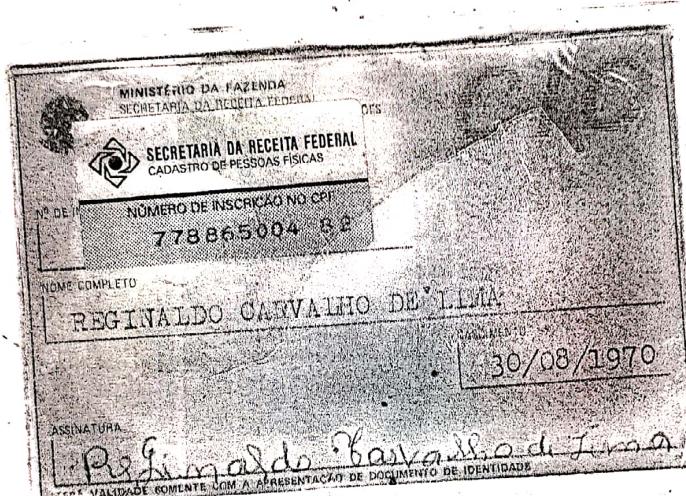
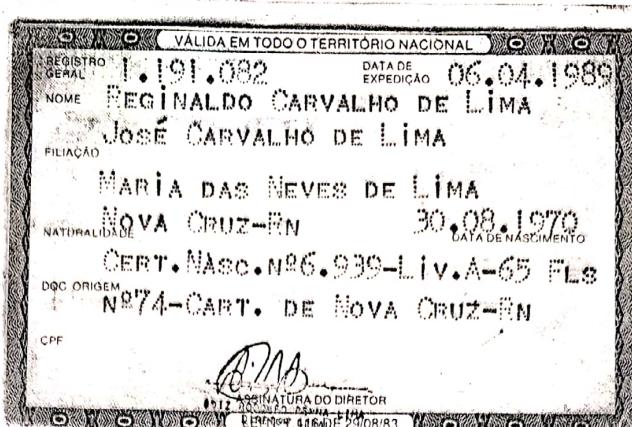
RUA 15 DE NOVEMBRO, 09, CENTRO, NOVA CRUZ/RN – CEP: 59.215-000.  
FONE: (55 84) 3281-3487  
ANDRESSAMADV@HOTMAIL.COM

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANDRESSA DE SOUSA MARIANO - 02/07/2020 10:49:43  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070210494304900000055005821>  
Número do documento: 20070210494304900000055005821

Num. 57242948 - Pág. 1

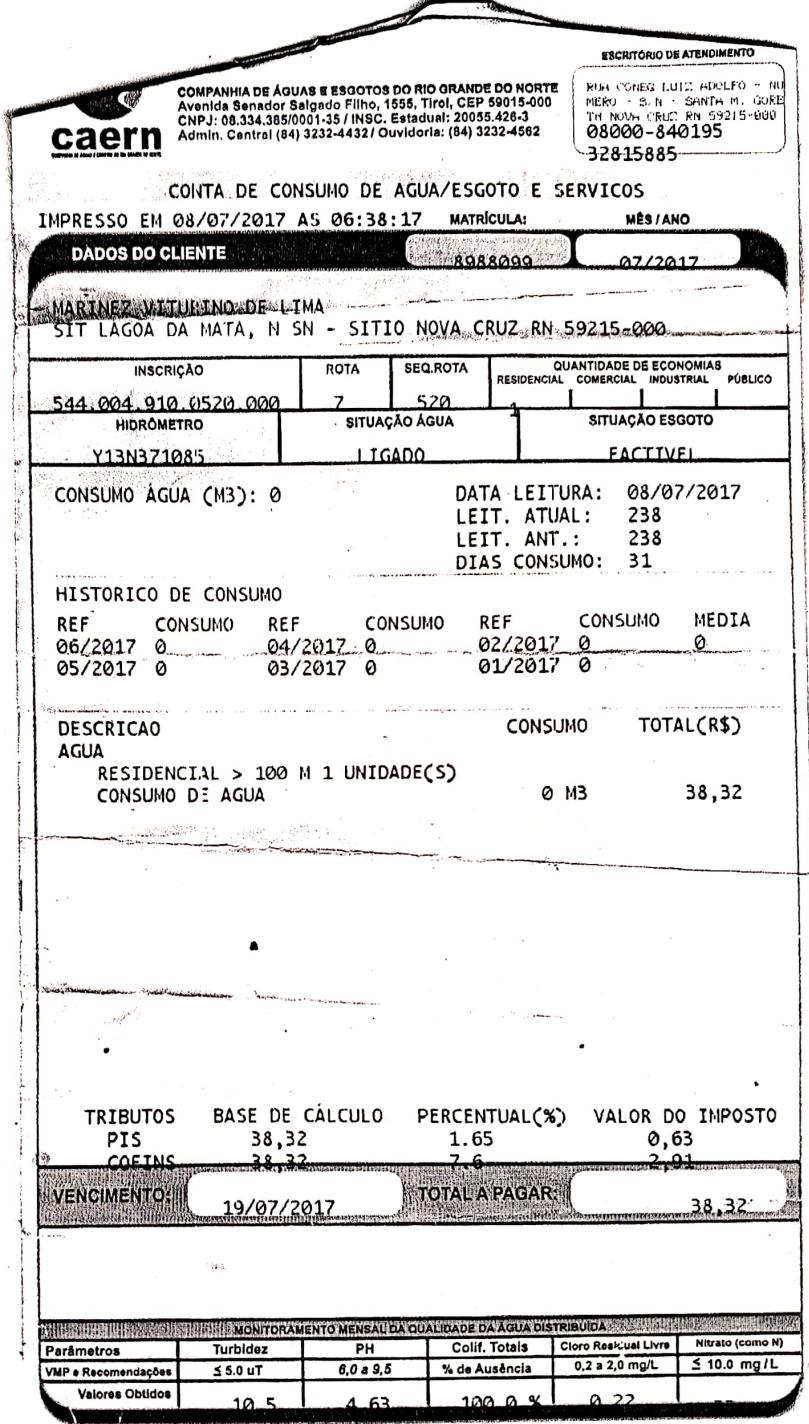


Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANDRESSA DE SOUSA MARIANO - 02/07/2020 10:49:43  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007021049434710000055005822>  
Número do documento: 2007021049434710000055005822

Num. 57242949 - Pág. 1





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
RETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
DELEGACIA GERAL DE POLICIA CIVIL – DEGEPOL  
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 SITIO LAGOA DA MATA 11 – NOVA CRUZ – RN

**Telefone:** (84)

**ACUSADO:**XXXXXXXXXXXX

**Endereço:** XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**Histórico:** a vítima compareceu a esta Unidade de Polícia Judiciária e narrou o seguinte: QUE é proprietário do Veículo HONDA/ CG 125 FAN KS. COR ROXA, PLACA NNW 3914 – RN , ANO / MOD 2012/ 2012, RENAVAM 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 cai, 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 PRONTUARIO 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



Assinado eletronicamente por: ANDRESSA DE SOUSA MARIANO - 02/07/2020 10:49:44  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070210494447800000055005824>  
Número do documento: 20070210494447800000055005824

Num. 57242951 - Pág. 1

MS-DATASUS  
VERSÃO: 14.20

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

O.E: M240810201	ESFERA: PÚBLICO	ESPELHO DA AIH	PAG.:
Num AIH: 241710121010-6	Situação: APURADA	Tipo: 01-INICIAL	APRESENTAÇÃO: 11 / 2017
Especialidade: 03 - CLINICOS	Órgão Emissor: M240810201	CRC:	DATA: 20/10/2
Doc autorizado: 207281738880018	Doc med resp: 170023034540004	Doc diretor clínico: 207281809800018	Doc médico solic: 98001628277532
CNES: 2853923 - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL			CNS: 70060094372596
Paciente: REGINALDO CARVALHO DE LIMA			Prontuário: 1161583
Data Nasc.: 30/08/1970	Sexo: MASCULINO	Nacionalidade: 010 - BRASIL	Nome da Mãe: MARIA DAS NEVES DE LIMA
Responsável pac.: REGINALDO CARVALHO DE LIMA		Raça/Cor: 01-BRANCA	Etnia: 0000-NAO SE APLICA
Endereço: SITIO LAGOA DA MATA SN INTEGRACAO Bairro: ZONA RURAL			Telefone: (84)9873-97499 Muda Proc.?
Município: 240830 - NOVA CRUZ	UF: RN CEP: 59215-000		
Procedimento solicitado: 03.08.01.001-9 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA			
Procedimento principal: 03.08.01.001-9 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA			
Diag. principal: T023-FRATURAS ENVOLVENDO REGIOES MULTIPLAS DE UM MEMBRO INFERIOR			Diag. secundário:
Complementar:			Causa Obito:
Caráter atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO			Modalidade: HOSPITALAR
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 Previdêncial:		CBOR: -	

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Anular	Valor p/	Qtd	Cmpt	Descrição
1	0308010019	98001600499975522570	225270	2653923	2653923	10	07/2017	CONSULTA/AVALIAÇÃO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA	
2	0308010170	98001600499975522570	225270	2653923	2653923	10	07/2017	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO	
3	0308010016	123550729160018	223505	2653923	2653923	1	07/2017	COMPANHANTE ADULTO (COM)	

VALORES DA PRÉVIA

CID SECUNDÁRIO	Cid Característica	Descrição	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional		TOTAL	
			Direto		Direto			
			Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro		
03.08.01-CONSULTAS MEDICAS/OUTROS						20,88	20,88	
03.08.01-TRAUMATISMOS		170,12				8,34	178,46	
04.01.01-PEQUENAS CIRURGIAS		2,40					32,40	
08.02.01-DIARIAS		80,00					80,00	
Total Geral:		282,52				29,20	311,72	

Nº de Nascedos

Número de Saldas

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

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL. 31/10/17  
MAT. N° 1514175  
SAME  
CH  
ASSINATURA





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

RELATÓRIO DE  
HISTÓRIA CLÍNICA  
E EXAME FÍSICO

Nome: REGINALDO CARVALHO DE LIMA

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: 10/03/18

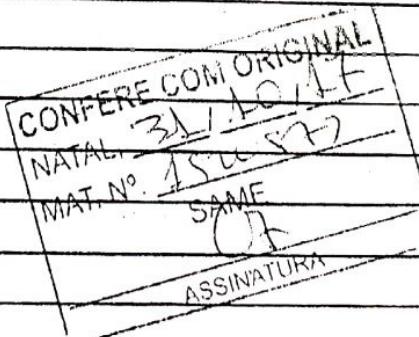
Hora:

Ortopedia

Presente de náuseas e vertigens  
desde ontem (1) subunindo a hora  
agudizado

as avir

Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 5387 / EOT 12425



... 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.

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

Num. 57242952 - Pág. 2



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

 <p><b>ERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE</b>          Secretaria de Estado da Saúde Pública          Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel          Pronto Socorro Clóvis Sarinho</p>	
Nome: <u>REGINALDO CARVALHO DE LIMA</u> Nº Registro: Serviço: _____ Idade: _____ Leito: _____	
<b>DATA</b>	<b>EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR</b>
10/07/11	<u>Ortopédico</u> <p>Recomendação: Aconselhado a fazer exames de esqueleto para avaliação de articulações.</p> <div style="text-align: right;">           Dr. Ricardo Emanoel P. Monteiro            Ortopedista e Traumatologista            CRM 5387 - TEOT 12425         </div>
11/07/11	<u>Ortopédico</u> <p>Pet sem infecções.            Col: VPA</p> <div style="text-align: right;">           Dr. Michel Freire de Araújo            Ortopedista e Traumatologista            Ortopedia Oncológica            CRM 4423 - TEOT 10751         </div>
12/07/11	<u>Ortopédico</u> <p>Pet evolução estável</p> <div style="text-align: right;">           CRM/AN 5387 - TEOT 12425            Dr. Ricardo Emanoel P. Monteiro            Ortopedista e Traumatologista         </div>
13/07/11	<u>Ortopédico</u> <p>Pet bem e /A /gmix.</p> <div style="text-align: right;">           Dr. Michel Freire de Araújo            Ortopedista e Traumatologista            Ortopedia Oncológica            CRM 4423 - TEOT 10751         </div>
14/07/11	<u>Ortopédico</u> <p>Pet bem e /A /gmix.</p> <div style="text-align: right;">           CONFÉRENCIA ORIGINAL            MAT. 21/10/11            MAT. N° 1111            SAME            ASSINATURA         </div>
15/07/11	<u>Ortopédico</u> <p>Pet evolução estável</p> <div style="text-align: right;">           Dr. Michel Freire de Araújo            Ortopedista e Traumatologista            Ortopedia Oncológica            CRM 4423 - TEOT 10751         </div>
16/07/11	<u>Ortopédico</u> <p>Pet evolução estável</p> <div style="text-align: right;">           CRM/AN 5387 - TEOT 12425            Dr. Ricardo Emanoel P. Monteiro            Ortopedista e Traumatologista         </div>

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOS



Protocolo BonVivere de Livre

L. 2000 - 412

13/11/17

01 Dieta Livre

- 02 S.F. 0,9% - 1.000ml - IV - 14gts/min  
Keflin 01Gr + 20ml ABD - IV - 6/6h *System 50*  
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  
Dipirona 02ml + 08ml ABD - IV - S/N - 6/6h *Menifilco*  
08 Plasil 02ml + 18ml ABD - IV - S/N - 8/8h  
09 Sinais Vitais 6/6h

*Dr. M. Freire - 1007 (VO, 6/6h S/N)*

CONFEREE COM ORIGINAL	NATAL, 31/10/17	MAT. N. 4526823	NAME	ASSINATURA
-----------------------	-----------------	-----------------	------	------------

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



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: José Carvalho de Lima Mão: Mariê das Neves de Lima  
Endereço: Sítio Baúzio de Mata - zona Rural Cidade: Nova Cruz - RN  
Telefone: 987397499 - Marilé ( ) 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: Agropecuária Trabalho c/ vínculo empregatício  Não  Sim  
( ) Aposentado  Auxílio doença  BPC  Autônomo  Pensionista  Desempregado

Programas e Serviços:  Passe Livre  Bolsa Família  PETI  PSF CONHECIMENTO ORIGINAL

Internação decorrente de acidente de trabalho?  Não  Sim Nome da Empresa: Natal 31/10/2017

Forma de Acesso ao Serviço

( ) Sozinho - procurou atendimento	( ) Trazido por familiares	( ) Trazido pelo SAMU
( ) Socorrido em via pública	( ) Outros meios	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> Encaminhado: Hospital de origem: <u>Nova Cruz</u>		

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos?  Não  Sim Qual o motivo? Franquia de ferien

Portador de deficiência:  Auditiva  Visual  Física  Mental

Responsável pelo paciente: Mariê das Neves de Lima

Parentesco: esposa Telefone: 987397499

Endereço do Responsável: 2 andares

Evolução

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

Este é o paciente que ...  
do ferimento: Internado para ortopedia.  
Exames de x-ray de documentos e  
orientações sobre anamnese hospitalar.

Saída

Óbito: Encaminhamento: ITEP ( ) SVO ( ) DO ( ) Obs. \_\_\_\_\_

REIS B77

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.



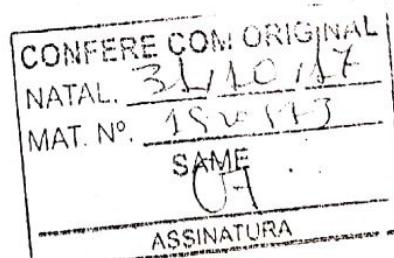
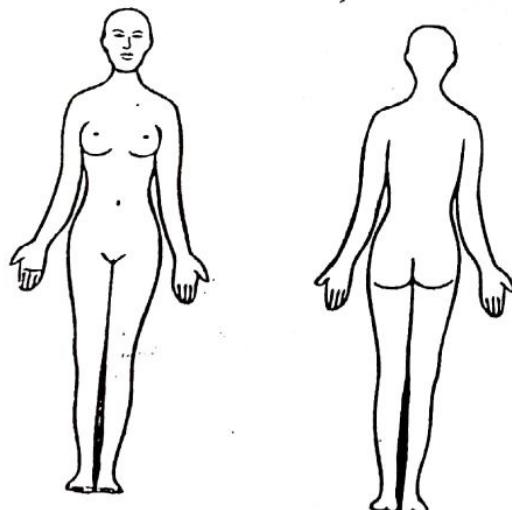


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Secretaria de estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sárinho  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Reginaldo data litis de maio  
DATA DE NASCIMENTO: 28/07/19  
REGISTRO: 461.0.1 IDADE: 46  
DATA DE ADMISSÃO: 10/07/17 HORA: 23:00  
ADMISSÃO DO PACIENTE:  
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL:  
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: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
ÁREA DE PUNÇÃO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



INSTRUMENTADO: 3/4 JALECO N°: 22 ACESSO CENTRAL: 22  
CIRCULANTE: 22 PERIODICO: 22 B.P.B.: 22 LOCAL: 22  
TIPO DE ANESTESIA: GERAL  RAQUI  PERIDUAL  B.P.B.  LOCAL   
OBS.:  
ANESTESISTA: \_\_\_\_\_  
INÍCIO DE ANESTESIA: \_\_\_\_\_  
TÉRMINO DE ANESTESIA: \_\_\_\_\_  
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: \_\_\_\_\_  
HORA: \_\_\_\_\_

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



INÍCIO DE CIRURGIA:

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

TIPO DE CIRURGIA:

TÉRMINO DE CIRURGIA:

SONDAGEM VESICAL: SIM ( ) NÃO ( )

Nº DA SONDA:

SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM ( ) NÃO ( )

Nº 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 ( )

TRAQUEOSTOMIZADO: SIM ( ) NÃO ( )

NÃO ( )

EM AR AMBIENTE: SIM ( ) NÃO ( )

ENTUBADO: SIM ( ) NÃO ( )

PREENCHIDO AIH: SIM ( ) NÃO ( )

FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM ( ) NÃO ( )

FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM ( ) NÃO ( )

OBSERVAÇÕES: *lactação* *parcial* *no* *PC* *anterior*

*anterior* *anterior* *anterior* *anterior*

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 Walfrido Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Barinho

## BOLETIM OPERATÓRIO

### IDENTIFICAÇÃO

Nome: Reginaldo Carvalho de Souza Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de joelho

Indicação terapêutica: Urgência  Eletiva

### INTERVENÇÃO

data: 11/01/2015 Início: 07:00 Término: 23:00 Duração:

Operador: Reginaldo Francisco CRM/CRO:

Auxiliar: CRM/CRO:

Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador: CRM/CRO:

Anestesista: CRM/CRO:

### RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Ressecção em D1/D4 poli anseos  
Proximal transfixa 8 kg.

Dr. Ricardo Emanuel M. Monteiro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 5387 - TECR 12425

CONFERE COM ORIGINAL	
NATAL, 31/10/15	
MAT. Nº 151017	
SAME	OF
ASSINATURA	

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

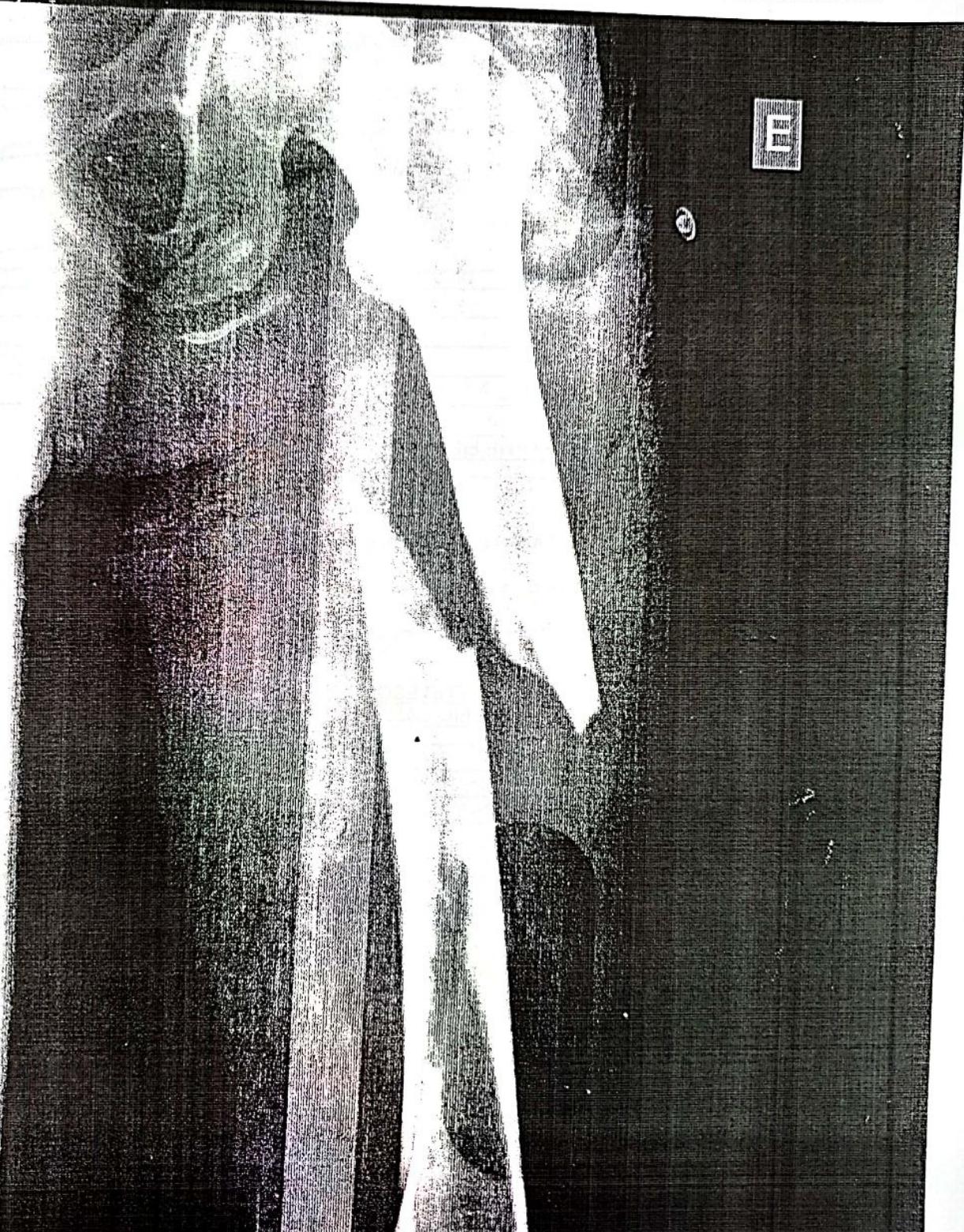
ta de material para microbiologia: ( ) NÃO ( ) SIM QUAL?

Ofercer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas exatas, 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 humanitários.





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



Id. Paciente: 31681/2017 Data Exame: 10/07/2017 17:23:35

Técnico: EDSON

Paciente: REGINALDO CARVALHO DE LIJMA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Idade: 46 ano(s)

TORAX AP  
54,1 %

AV. SENADOR SALGADO FILHO, S/N - TIROL - NATAL / RN - CEP.: 59015-380

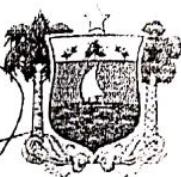
TEL : (84) 3232-7500 / 3232-7530 - EMAIL: SADT@RN.GOV.BR - SITE: WWW.WALFREDOGURGEL.RN.GOV.BR

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

Num. 57242952 - Pág. 9



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

CPF: 700600943725967

CPF:

Prof:

Mae: 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:

Veículo: MOTO X OBJETO FIXO

Veículo: AMBUL. SAMU RN

Fluxograma:

OBS: VINDO NA SAMU

HORA	P.A.	HGT	SATZ%	EPID	ER	FC	TEMP.	Glasgow	RTS
	130K80								

**HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA**

Queixas: COLISAO MOTO PEDRA/TRAUMA EM FEMUR ESQUERDO

Hora:

Parte: Vídeo do acidente. O motorista colidiu com uma pedra. Ficou com o pé ferido, mas não deu lesão no pé, mas no joelho, dor no joelho. Nega ferimento, dor no joelho, dor no joelho.

**EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)**

- A V.o sem reação
- B ~~epi~~ ur. E, capilar. Sat 98%
- C FG: 97 5674 VOL
- D Oxyto 15
- E Exame: em mto E

**CUTRAS OBSERVAÇÕES:**

- Abdome: Inflama a palpável
- Náuseas: Simbólico

Saída:

**DIAGNÓSTICO INICIAL - CID** Fratura de perna (?) / ferida

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



## EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

GIAS): 16/0

MEDIÇÕES EM USO): 16/0

MÉDIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): 16/0

ALIMENTOS INGERIDOS):

ENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

ADO VACINAL): Adolescente.

EXAME COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

RX TORAX AP

RX PÁTRO 1P

RX FONDA 80

LABORATÓRIO DE ANÁLISE CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

RX TORAX Normal

Rx Pátria an

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

1:	Ortopedia	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 fideliados e protege o paciente e o profissional de saúde.

Digitalizado com CamScanner



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

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

Número do documento: 20070210494611200000055005826

Num. 57242953 - Pág. 2

二二八

one one is to 26 - open  
At seven on from 60

### EXAMPLES

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

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

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

**OUTROS**

#### CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

## ANOTACÕES DE ENFERMAGEM

(1) In home car  
(2) Dec a down - 1 fire or 1  
(3) Dismount - 2 fire or 1  
(4) Trans mount & round of car

CONFERE CON ORIGINAL  
NATAL 31/10/11  
MAT. N° 156475  
SAME

Dr. Ricardo Emanuele M. Moreira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-MT 5387 - TEF 32425  
GIM-RN 7514  
Ortopedico D.O. - Lima  
Ortopedico D.O. - Lima

**Assinatura e Carambo do Responsável**

**Assinatura e Carimbo do Responsável**

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Otros se abreia espontâneamente.	4
Otros se move se comande verbal. (Não confundir com o despertar de um sono profundo doloroso, ou se for marcar 4, se não 2.)	3
Otros se abrem por estímulo doloroso	2
Otros não se abrem.	1
Máscara (resposta verbal (MRV))	
Orientação: Preponde. (Orientação e apropriadação de 10 perguntas sobre seu nome, idade, mês/ano, etc. na pergunta, 2 se não é res.	3
Confusão: (Responde às perguntas incorretamente, mas só porque de percepção e memória)	2
Perda intertemporal (Perde memória, mas sem uma memória residual.)	1
Sens. inapropriados: (Ocorre com um articulado paciente.)	2
Autom.:	1
Máscara motora (RM)	
Obedece a ordens verbais. (Paz ordens simples quando lhe é apresentada.)	5
Locutas eletivas admissíveis.	6
Reações inapropriadas à dor.	4
Pode falar à dor (Desconforto).	3
Pode se mover à dor (Desconforto).	3
Sem respostas motoras.	1
Perda de consciência.	0

-ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4 9-12 = 3 6-8 = 2 4-5 = 1 3 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA -	18-29 = 4 27-30 = 3 6-17 = 2 1-5 = 1 0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	> 90 = 4 76-99 = 3 50-75 = 2 1-49 = 1 0 = 0

<sup>1</sup>Espectro de Transmisión (TS): Banda indicada de soberano para pacientes de transito testicular. Referencia: Adaptado de Charnsion H.R, Sacco W.J, Coppe, et al; 2. revisión de la Transito 2007, J. Transm 2007; 57: 2203.

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível



ENDIMENTO ESPECIALIZADO

MINES

NAME FÍSICO

RESSÃO DIAGNÓSTICA

MES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*

LABORATÓRIO

OUTROS

DATA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

TÍPO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

ENTAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: 10/07/17 HORA: 19:30

Médica

À Revelia

Transferido para:

DATA: / / HORA:

O:

DATA: / /

HORA:

De volta à família

com Atestado

S.V.O.

I.T.E.P.

Jr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 5387 - TEOF 17425

Destaca nessa linha a entregar ao paciente após a sua liberação

TÍPO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

ENTAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

Médica

À Revelia

Transferido para:

DATA: / / HORA:

De volta à família

com Atestado

S.V.O.

I.T.E.P.

Digitalizado com CamScanner



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- RACIAÇÃO  
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- ENDERECO (RUA, N°)

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 + deformidade + incapacidade funcional  
no MIE.

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

meiossoc de at fto Cervicico

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

Rx da CoxA pro APIP.

Procedimento Solicitado

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CASAS ASSOCIAÇÕES

fratura femur crn

572-3

27- Diagnóstico Inicial

fract cunapio frst femur

28- Caráter da Internação

30- Documento

29- N° do Silhete

ortopedia

31- N° do Documento

32- N° do Documento

ortopedia

33- N° do Documento

34- N° do Documento

35- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

36- DATA DA SOLICITAÇÃO

37- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

38- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

39- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

40- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

41- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

42- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

43- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

44- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

45- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

46- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

47- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

48- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

49- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

50- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

51- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

52- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

53- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

54- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

55- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

56- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

57- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

58- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

59- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

60- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

61- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

62- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

63- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

64- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

65- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

66- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

67- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

68- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

69- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

70- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

71- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

72- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

73- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

74- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

75- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

76- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

77- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

78- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

79- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

80- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

81- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

82- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

83- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

84- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

85- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

86- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

87- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

88- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

89- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

90- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

91- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

92- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

93- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

94- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

95- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

96- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

97- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

98- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

99- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

100- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

101- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

102- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

103- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

104- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

105- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

106- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

107- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

108- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

109- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

110- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

111- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

112- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

113- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

114- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

115- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

116- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

117- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

118- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

119- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

120- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

121- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

122- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

123- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

124- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

125- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

126- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

127- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

128- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

129- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

130- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

131- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

132- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

133- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

134- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

135- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

136- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

137- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

138- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

139- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

140- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

141- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

142- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

143- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

144- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

145- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

146- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

147- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

148- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

149- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

150- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

151- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

152- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

153- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

154- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

155- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

156- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

157- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

158- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

159- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

160- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

161- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

162- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

163- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

164- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

165- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

166- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

167- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

168- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

169- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

170- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

171- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

172- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

173- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

174- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

175- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

176- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

177- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

178- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

179- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

180- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

181- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

182- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

183- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

184- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

185- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

186- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

187- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

188- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

189- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

190- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

191- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

192- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

193- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

194- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

195- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

196- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

197- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

198- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE



## 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	- 30/08/1990 - 30/08/1970		
ESTADO CIVIL	PROFISSAO		
CASADO	AGRICULTOR		
ENDERECO (RUA, Nº)			
SI LAGOA DA MATA, 11			
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF	CEP
NOVA CRUZ	ZONA RURAL	RN	59215000
LOCAL DE TRABALHO	TELEFONE		
FILIAÇÃO			
MARIA DAS NEVES DE LIMA	JOSE CARVALHO DE LIMA		
RESPONSÁVEL	TELEFONE		
MARINEZ VITORINO DE LIMA	987397499		
ENDERECO			
O MESMO			

## DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

*Fratura fémur esq*

*20/07/17*

DATA DE ADMISSÃO

OBITO

## HISTÓRIA CLÍNICA

*Ufrus de ac. de moto esq. de  
Scamara, provavelmente no fêmur e/ou fratura  
do fêmur esq.*

*sem feridas hemorrágicas, sem dissecção.*

*EC - Exames g/ fto envolvidos.*

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

*CONFERE COM ORIGINAL  
2020/07/20  
Servidor*





RG: 191.082 GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA  
PARNAMIRIM / RN 85397-11

CPF: 778865004-82

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

36 Nº 044

NOME: Reginaldo Evangelista de Lima  
IDADE: 30/08/1970 COR: M SEXO: M ESTADO CIVIL: casado

NATURALIDADE: Nova Gurg-10v PROFISSÃO: Agricultor PROCEDÊNCIA:   
ENDERECO: Rua Sítio Jagoré da mata BAIRRO: Jagoré  
CIDADE: Nova Gurg-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 (ALEGAD.)

fratura fémur esq

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

fract. fémur esq

*Marcus Vinícius C. Freire  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM/RN 14910  
TEOT 14910*

*CONFIRME  
Natal  
2017*



EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

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

CONDUTA

⇒ Sol. internos p/ Hf em yra

Marcus Vinícius C. Freire  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM/RN 5731  
TEOT 14919

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

FICOU NO LOCAL A _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>Ortopedia</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ / _____ / _____ HORA _____ PARA _____
ENTROU-SE POR A _____ / _____ / _____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/>
TO _____ / _____ / _____	HORA _____	
REGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/> Marcus Vinícius C. Freire Ortopedia / Traumatologia CRM/RN 5731 TEOT 14919	S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
MÉDICO (Carimbo)	CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)	

Digitalizado com CamScanner





Hospital

Nome do paciente

Reginaldo Correia de Lima

Nº prontuário

Data operação

28/07/17 EM

Letra

Operador

Dr. Jecel

1º auxiliar

Dr. Pedro

2º auxiliar

Dr. Fábio

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Dr. Sérgio

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

metrora segmentar do fêmur e

Tipo de operação

fraturamento articular p/ listra 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. Antirrágia + curpar
3. Incisões em região lateral da coxa
4. Exposição da fratura do fêmur
5. Redução da fratura + fixação com placas + parafusos
6. Reforço: enxerto ósseo do ilíaco
7. Colocação de curativo ecoline
8. Fochinharoto do fêmur p/ placas
9. Curativo

X PRC 100 2017

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Digitalizado com CamScanner





H-DM

H. ITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA  
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Edson Carvalho de Lima Idade: 46 D/N: 30/08/19  
 Pront.: 103465 Município: Alvorada Procedência: Interno ( ) Externo  
 Data da cirurgia: 28/07/12 Hora Admissão: 20 Bloco: 20 Sala: 1 Hora Saída:  Peso: 77Kg  
 Alergias: ( ) Não ( ) Sim Comorbidades: ( ) H/S ( ) DM ( ) Outras maia  
 Uso de medicações: ( ) Não ( ) Sim metformina Jejum: ( ) Não ( ) Sim  
 SSW/Admissão: PA: mmHg Pulsos: bpm Fl: rpm FC: bpm SpO<sub>2</sub>: % T: °C  
 Enfermeiro(a): Lidiane Instrumentado-(a): Scayo Circulante: Alvarenga  
 Cirurgia: Ex. 2x10cm ( ) + Tumor de base Especialidade: Ortopedia Sala: C3  
 Hora Início: 10:00 Hora Término: 12:30 Tipo de cirurgia: ( ) Eletiva ( ) Urgência ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada  
 1º Cirurgião: Dr. Pedro R. Aux.: Dr. Lucim Residente: Dr. Alex. Dr. Rodriguez  
 Anestesia: ( ) Local ( ) Sedação ( ) Geral TOT: 1 Bloqueio ( ) Raquidiana Ag. n.º 25 ( ) Peridural ( ) c/cateter ( ) s/cateter  
 Ag. n.º \_\_\_\_\_ Cateter n.º: 10.401 Início: 10:40 Garrote: ( ) Smarch ( ) Pneumático Início:  Término:   
 Anestesiologista: Dr. Látia

## NEUROMUSCULAR

	PELE/HIGIENE
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada
<input type="checkbox"/> Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada
<input type="checkbox"/> Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Cianótica
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Ictérica
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada
<input type="checkbox"/> Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Integra
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões
<input type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese
<input type="checkbox"/> t/dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica
<input checked="" type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória
<input type="checkbox"/> Parapléxico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente
<input type="checkbox"/> Tetrapléxico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas
<input type="checkbox"/> Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia

	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO
<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico
<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia
<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia
<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Choque
<input checked="" type="checkbox"/> Íntegra	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfíglico
<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia
<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia
<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O <sub>2</sub>
<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	
<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	
<input checked="" type="checkbox"/> Manchas	
<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia	

	DISPOSITIVOS
<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
<input type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input checked="" type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/> SNG	<input checked="" type="checkbox"/> Dífrusor
<input type="checkbox"/> SVD	<input checked="" type="checkbox"/> BIC
<input type="checkbox"/> Colostomia	<input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador
<input type="checkbox"/> Cistostomia	
<input type="checkbox"/> Dreno:	
<input type="checkbox"/> Disponível	
<input type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> Talas	

## MONITORIZAÇÃO

<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input checked="" type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input checked="" type="checkbox"/> Dífrusor
<input checked="" type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	97	88	84	Bpm
Pulso	96	86	88	Bpm
Oximetria	97.1	98.1	97.1	%
Capnografia	—	—	—	%
PA	103/57/112/63	126/72	mmHg	

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	<input type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Ventral	<input checked="" type="checkbox"/> PESCOÇO	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Lateral	<input checked="" type="checkbox"/> TÓRAX	<input type="checkbox"/> Fletidos
<input type="checkbox"/> Litotómica	<input checked="" type="checkbox"/> LOMBAR	<input type="checkbox"/> MMIII
<input type="checkbox"/> Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Canivete		<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Proclive		<input type="checkbox"/> Fletidos

## PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

Sim  Não  Metal  Descartável  
 Local: Prateleira Elétrica  
 DEGERMAÇÃO  Sim  Não  
 Local: Alça + MIE Solução: DEC. Local: H. ZE

## IMPLANTE CIRÚRGICO

Drenos:   
 Tela:   
 Cateter:   
 Ostomia:   
 Fló de KC:  Parafuso - tipo:   
 Placa - Tipo: 20 Zuros DCP LARGA  
 Outros:

## ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO

Caixa cirúrgica: 45 + 6x5 + 20x7 Quant. Material: CR  
 Val.: 04.08.17 Contagem de gaze e compressa:  Não  Sim

## 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 (Rádio X)	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

( ) Hemocentrado \_\_\_\_\_ Unid.  
( ) Albumina \_\_\_\_\_ Unid.

( ) Plasma \_\_\_\_\_ Unid.  
( ) Expansor plástico \_\_\_\_\_ Unid.

( ) Plaquetas \_\_\_\_\_ Unid.

2x Ringer  
1x Colapson  
1x Ringer

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

( ) Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml  
( ) Soro Glicosado: \_\_\_\_\_ ml

( ) Soro Ringer Simples: \_\_\_\_\_ ml  
( ) Soro Ringer Lactato: \_\_\_\_\_ ml

Quantidade total de volume administrado: 1.000 ml

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

ANÁTOMO PATOLÓGICO

Peça para sepultamento: ( ) Não ( ) Sim

Líquido: \_\_\_\_\_

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: ( ) Limpo ( ) c/exsudato ( ) Contaminada ( ) Aparelho gessado ( ) Bandagens ( ) Talas ( ) Outros:  
INTERCORRÊNCIAS: Incisão realizada na artéria testicular, pvt.

Nível de consciência: ( ) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Narcose ( ) Coma ( ) Vigil ( ) Agitado.  
Respiratório: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel  $\text{N}_2\text{O}_2$  ambiente Curativo: ( ) Oclusivo ( ) Compressivo ( ) Bolsa de colestomia ( ) Outro:  
Diurese: ( ) Espontânea ( ) Normal ( ) Hematúria ( ) Irrigação Vesical ( ) Oligúrico Destino após a cirurgia: ERCO.

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO  
Hora: 12:45 Data: 28/02/17 Nível de consciência: ( ) Acordado ( ) Sonolento ( ) Narcose ( ) Orientado  
( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Choroso Vias aéreas: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) Cateter  $\text{O}_2$  ( )  $\text{O}_2$  Ambiente  
Mobilização MMII: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade Mobilização MMSS: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade  
Venoclise: ( ) Não ( ) Sim Tipo: \_\_\_\_\_ Local: HSD Sondas: ( ) Gástrica ( ) Enteral ( ) Vesical  
Drenos: ( ) Succión ( ) Torácico ( ) Penrose ( ) Kher Ostomias: ( ) Sim ( ) Não Especifique:  
Irrigação vesical contínua: ( ) Retorno satisfatório ( ) Retorno Insuficiente ( ) Coágulos  
Curativo: ( ) Oclusivo ( ) Descoberto ( ) Limpo ( ) Sujo Monitorização: (AECG) (X) Oxímetro (X) PA

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

SINAIS VITais

Hora	$^{\circ}\text{C}$	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	-	33	115x72	-	99%	N/
30'	-	75	130x70	-	100	N/
60'	-	90	140x70	-	100	N/
Alta	-	91	120x70	-	100	N/

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: \_\_\_\_\_ ml

Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml

Ringer: 500x500 ml

Irrigação vesical contínua: \_\_\_\_\_ ml

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:  
Intercorrência: Abreto 2,0. Segue com monitorização em mto.

Ass: Fernanda Coren: 6435813





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfrido 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>Reginaldo Carvalho de Lima</i>	6 - N° DO PROTOCOLO
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO
	9 - SEXO
MASCULINO	1

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°)

13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP
----------------	-------------	---------	----------

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Fratura de braço*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Necessidade de cura*

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

*Ex radiografia*

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>osteomielite</i>	21 - CID INICIAL <i>17</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
---	-------------------------------	---------------------	------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>osteomielite</i>	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0408050519</i>			29 - DT SOLICITAÇÃO <i>10/07/17</i>
			30 - CNS / CPF

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

31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

32 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - N° DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL			DESCRÍÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ( )	44 - ( ) GRAVE
			45 - ( ) GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - N° DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
/ /	/ /	
48 - CNS / CPF	52	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

GONFERE (COM ORIGINAL)  
*Waldelvira*  
Servidor  
*29/07/17*

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.

Digitalizado com CamScanner





PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**NOVA CRUZ**  
O FUTURO COMEÇA AGORA

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

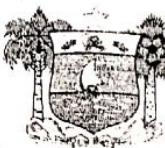
Name: \_\_\_\_\_

parent teacher five times

CSF cable  
9.01.13

572.5  
ENNE T. *Amorim*  
Mireile 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. PRUDENCI 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 SAUDE PUBLICA  
 SERVICO DE ATENDIMENTO MEDICO DE URGENCIA

FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGENCIA

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 JACARAU
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	term11	79065574	PCT REGINALDO 43 ANOS
10/07/2017	13:48:51	term11	79065574	DEPOIS DO CAJUEIRO
10/07/2017	13:48:51	term11	79065574	DEPOIS DO CAMPO SOCYT
10/07/2017	13:48:51	term11	79065574	SA SAIDA DE NOVA CRUZ
10/07/2017	13:49:36	regسام01	35614144	COLISAO MOTO X PEDRA
10/07/2017	13:49:52	regسام01	35614144	CONSCIENTE E MACHUCADO EM Perna
10/07/2017	13:50:01	regسام01	35614144	LIBERO USB EM COD 2
10/07/2017	13:50:03	despسام1	19385794	VIATURA USB38 DESPACHADA - Comandante da VTR: (CIODS CIODS)
10/07/2017	13:52:03	despسام1	19385794	VIATURA USB38 EM ROTA
10/07/2017	13:52:28	despسام1	19385794	
10/07/2017	13:55:09	despسام1	19385794	SLIM USB NCRLZ NO MOMENTO RETORNANDO DE MACAIBA PRO PA 13:53
10/07/2017	13:55:43	despسام1	19385794	FAZ UMA MEIA HORA
10/07/2017	13:54:07	despسام1	19385794	VTR - PROXIMA USB38 SIT ANT SAINDO DO PA 13:53
10/07/2017	14:38:23	despسام1	19385794	VIATURA USB38 CHEGOU AO LOCAL
10/07/2017	14:43:59	regسام02	10794374	USB 38 REGINALDO CARVALHO LIMA 46 AO SOLO, SENTADO, CONSCIENTE E ORIENTADO.
10/07/2017	14:43:59	regسام02	10794374	QULDA DE MOTO APOS COLISAO COM PEDRA NAO DESMAIOU. SUPOSTA FRATURA FECHADA
10/07/2017	14:43:59	regسام02	10794374	FEMOR L CAVILCA. TORAX E ABDOME INTEGROS. PA 130X90, FC 98, FR 20, SAT 96.
10/07/2017	14:43:59	regسام02	10794374	IMORILIZADO. ACESSO SRL L QTH HOSP LOCAL.
10/07/2017	14:45:17	despسام1	19385794	VIATURA USB38 INFORMOU O CODIGO CL
10/07/2017	14:45:18	despسام1	19385794	VIATURA USB38 INFORMOU O CODIGO UG
10/07/2017	15:04:54	regسام02	10794374	MEDICO DE NOVA CRUZ INFORMA QUE PACIENTE DEVERA SEGUIR PARA O ALFREDO GURGEI
10/07/2017	15:04:54	regسام02	10794374	FRATURA DE FEMUR. QTH CLOVIS SARINHO
10/07/2017	17:10:07	despسام1	19385794	VIATURA USB38 INFORMOU O CODIGO CL
10/07/2017	17:10:08	despسام1	19385794	VIATURA USB38 INFORMOU O CODIGO UG
10/07/2017	18:30:28	despسام1	19385794	USB QTH CLOVIS 16:40
10/07/2017	18:30:37	despسام1	19385794	PCTE. AC DE DR FREDERICO ORTOPEDIA
10/07/2017	18:30:41	despسام1	19385794	18:30
10/07/2017	18:30:41	despسام1	19385794	MACA PRI SA
10/07/2017	18:31:35	despسام1	19385794	VIATURA USB38 INFORMOU O CODIGO CL
07/2017	18:31:35	despسام1	19385794	VIATURA USB38 INFORMOU O CODIGO UG
07/2017	20:17:38	despسام1	26853714	VIATURA USB38 FINALIZOU A OCORRÊNCIA COMO (ISP) [ENCAMINHADO HOSPITAL] COMENTÁRIO ADICIONAL: SEM COMENTARIO



Cronologia

SABRINA CAVALCANTE DE MACÉDO  
COORDENADORA DE REGULAÇÃO MÉDICA

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANDRESSA DE SOUSA MARIANO - 02/07/2020 10:49:47  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070210494697800000055005827>  
Número do documento: 20070210494697800000055005827

Num. 57242954 - Pág. 9



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)



Assinado eletronicamente por: RICARDO HENRIQUE DE FARIAS - 02/07/2020 22:05:38  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070222053801000000055032708>  
Número do documento: 20070222053801000000055032708

Num. 57271552 - Pág. 2