



Número: **0806205-17.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **19ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **19/02/2020**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

| Partes                                    |                    | Procurador/Terceiro vinculado          |                            |
|-------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------|----------------------------|
| ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS (AUTOR)         |                    | LARISSA DE OLIVEIRA MAIA (ADVOGADO)    |                            |
| Porto Seguro Cia. de Seguros Gerais (RÉU) |                    |                                        |                            |
| Documentos                                |                    |                                        |                            |
| Id.                                       | Data da Assinatura | Documento                              | Tipo                       |
| 53546773                                  | 19/02/2020 09:16   | <a href="#">Petição Inicial</a>        | Petição Inicial            |
| 53546774                                  | 19/02/2020 09:16   | <a href="#">OAB ITAMAR</a>             | Documento de Comprovação   |
| 53547237                                  | 19/02/2020 09:16   | <a href="#">adm</a>                    | Documento de Comprovação   |
| 53547239                                  | 19/02/2020 09:16   | <a href="#">bo</a>                     | Documento de Comprovação   |
| 53547248                                  | 19/02/2020 09:16   | <a href="#">doc pessoais</a>           | Documento de Identificação |
| 53547249                                  | 19/02/2020 09:16   | <a href="#">docs do hospital</a>       | Documento de Comprovação   |
| 53547250                                  | 19/02/2020 09:16   | <a href="#">docs do hospital2</a>      | Documento de Comprovação   |
| 53547253                                  | 19/02/2020 09:16   | <a href="#">procuração</a>             | Procuração                 |
| 53547262                                  | 19/02/2020 09:16   | <a href="#">prontuario cirurgico 1</a> | Documento de Comprovação   |
| 53547268                                  | 19/02/2020 09:16   | <a href="#">prontuario cirurgico 2</a> | Documento de Comprovação   |
| 53547273                                  | 19/02/2020 09:16   | <a href="#">samu</a>                   | Documento de Comprovação   |
| 53558401                                  | 19/02/2020 12:38   | <a href="#">Decisão</a>                | Decisão                    |

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

**ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS**, brasileiro, inscrito no CPF/MF sob o nº 061.000.304-62, portador do RG: 2493909 SSP/RN, residente e domiciliado na Rua João Paulo II, nº 1380-A, Nossa Senhora da Apresentação, Natal/RN, CEP 59114-150, vem respeitosamente à presença de Vossa Excelência, por intermédio de sua advogada, legalmente constituída, conforme procuração em anexo, com escritório profissional na Rua Edgar Dantas, s/nº454-C, Santos Reis, Parnamirim/RN, local onde deverá receber todas as intimações de praxe, propor a presente

**AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)**

Em desfavor da **PORTO SEGURO CIA. DE SEGUROS GERAIS**, pessoa jurídica de direito privado, com personalidade jurídica própria, com inscrição do CNPJ sob o nº



02.149.205/0001-69, com endereço para receber citação e intimação na Avenida Prudente de Morais, 4055, Lagoa Nova, Natal/RN. CEP: 59056-200, pelas razões fáticas e jurídicas que passo a expor:

## **I - DA JUSTIÇA GRATUITA**

1. Inicialmente requer os benefícios da Justiça Gratuita, por ser pobre na forma da Lei, bem como pelo fato de que se tivesse que arcar com as custas e emolumentos judiciais encontrar-se-ia em estado de miserabilidade. Tudo com inteligência na Lei 1.050/60 e suas concomitantes legais.

## **II - DOS FATOS E DA FUNDAMENTAÇÃO JURÍDICA**

2. O Autor foi vítima de acidente automobilístico na Avenida Santarém, no centro no município de Montanhas/RN. O fato ocorreu no dia **05 de Novembro de 2015**, conforme denota sobeja documentação em anexo. Em decorrência desse trágico acidente o Requerente teve **FRATURA NA TÍBIA**

3. Insta salientar que o Autor requereu o seguro DPVAT na via administrativa, mas foi pago indevidamente, tendo em vista o grau da lesão, a indenização foi menor do que prescreve na tabela do Seguro DPVAT.

4. Sendo assim, o Suplicante munido de documentação necessária, a que alude ao acidente automobilístico, vem requerer de direito o seguro DPVAT.

## **III - DA LEGITIMIDADE ATIVA AD CAUSAM:**

5. O Seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículo automotores de vias terrestres - DPVAT, conhecido popularmente como seguro obrigatório, tem a finalidade de socorrer as vítimas de acidente de trânsito em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa.



6. No caso em comento, é de direito do autor **perceber uma indenização por danos pessoais**, ante a seu estado de incapacidade parcial, em caráter permanente, em decorrência aos danos causados pelo acidente, visto que teve fratura do pé e punho direito.

#### **IV - DA LEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM: -----**

---

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

6. Nesse sentido também dispõe a Resolução CNSP 154/2006:

*“Art. 5º (...) §6º Os consórcios de que trata o caput deste artigo deverão estipular que qualquer uma das sociedades seguradoras se obriga a receber as reclamações que lhes forem apresentadas. §7º Os pagamentos de indenizações serão realizados pelos Consórcios, representados por seus respectivos líderes.”*

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

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



**V- DA DESNECESSIDADE DE PRÉVIO PROCEDIMENTO (REQUERIMENTO)**  
**ADMINISTRATIVO.**

---

9. A Lei nº 6.694/74(Instituto de Seguro Obrigatório- DPVAT), alterada pela Lei nº 11.945/2009, em seu conteúdo normativo não estabelece a necessidade de esgotamento da esfera administrativa, para pleitear o percebimento do seguro, assim como não exige a negativa por parte das seguradoras que fazem parte do Consórcio do Seguro DPVAT, para tal fim.

10. É que os comandos legais acima elencados foram devidamente recepcionados pela norma constitucional vigente na questão em consonância com os princípios básicos estabelecidos e previstos dentro dos direitos e garantias fundamentais, tais como: O princípio da legalidade, inafastabilidade e indeclinabilidade da prestação jurisdicional.

11. O princípio da legalidade registra de forma sintética que ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer algo, senão em virtude de lei. Para tanto, o princípio em questão serve de orientação para o legislador infraconstitucional, bem como aos cidadãos que estão sobre o prisma da carta constitucional. O princípio da legalidade mostra-se como preceito fundamental ao estado democrático da direito, ao tempo que estabelece freios ao poder do Estado, em sua relação com o cidadão.

12. Já o princípio da inafastabilidade da prestação jurisdicional, atribuída constitucionalmente ao poder judiciário, aduz que nenhuma norma legal ou outro ato normativo poderá fazer frente ou obstacularizar a atividade legítima do poder judiciário, na apreciação de lesão ou ameaça de lesão ao direito, sob pena de flagrante inconstitucional.

13. Neste sentido, o ilustre doutrinador Alexandre de Moraes, registra palavras a respeito da inexistência condicionada ou instância administrativa de curso forçado, aduzindo:

*“Inexiste obrigatoriedade de esgotamento da instancia administrativa para que a parte possa acessar o judiciário. A Constituição de 1988,*



*diferentemente da anterior, afastou a necessidade da chamada jurisdição condicionada ou instancia administrativa de curso forçado, pois já se decidiu pela inexigibilidade de exaurimento das vias administrativas para obter-se o provimento judicial, uma vez excluiu a permissão, que a emenda constitucionalidade n.º 7 há constituição anterior estabeleceria, de que a Lei condicionar-se o ingresso em juízo a exaustão das vias administrativas, verdadeiro obstáculo ao princípio do livre acesso ao judiciário.” (EM DIREITO CONSTITUCIONAL, 156 Ed, São Paulo).*

**14.** Pois bem, neste sentido andou bem a lei já mencionada que instituiu o DPVAT, sendo certo que a inexistência de prévio pleito administrativo está de acordo com os princípios basilares elegidos pelo poder constituinte originário, ao passo que qualquer forma de exigência a prévio esgotamento de via administrativa mostra-se ilegal e manifestamente inconstitucional.

**15.** É também o entendimento dos nossos Tribunais, ou seja, da desnecessidade de requerimento administrativo para pleitear a Ação de cobrança do seguro DPVT, vamos a eles:

"CONSTITUCIONAL E PROCESSUAL CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. COBRANÇA DO SEGURO **DPVAT**. SENTENÇA QUE EXTINGUIU O FEITO SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO POR AUSÊNCIA DE PLEITO ADMINISTRATIVO PRÉVIO. **DESNECESSIDADE. PRINCÍPIO DO AMPLO ACESSO AO JUDICIÁRIO. ART. 5º, XXXV, DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL** .DESCONSTITUIÇÃO DA SENTENÇA. PRECEDENTES. CONHECIMENTO E PROVIMENTO DO APELO. O fato do demandante não ter formulado pleito administrativo prévio para recebimento da indenização securitária, não obstaculariza o ingresso em juízo, Art. 5.º, XXXV, da nossa Carta Magna. (Apelação Cível nº 2009.006430-0, julgamento em 18/08/2009, 2ª Câmara Cível, Relatora: Juíza Maria Zeneide Bezerra (Convocada)) (grifos acrescidos)

"CIVIL. AÇÃO ORDINÁRIA DE COBRANÇA. PRELIMINAR NÃO CONHECIMENTO DO RECURSO SÚSCITADA PELO APELADO. REJEIÇÃO. PRELIMINAR DE ILEGITIMIDADE PASSIVA DA SEGURADORA REJEITADA. PRELIMINAR DE



CARÊNCIA DE AÇÃO POR AUSÊNCIA DE INTERESSE DE AGIR. TRANSFERÊNCIA PARA O MÉRITO. MÉRITO: SEGURO OBRIGATÓRIO **DPVAT**. ACIDENTE COM VEÍCULO AUTOMOTOR. INVALIDEZ PERMANENTE DO PUNHO ESQUERDO. INTERESSE DE AGIR AMPLAMENTE DEMONSTRADO. **DESNECESSIDADE DE PLEITO ADMINISTRATIVO ANTERIOR AO AJUIZAMENTO DA AÇÃO**. COMPROVAÇÃO DO FATO, DO DANO E DO NEXO DE CAUSALIDADE – INDENIZAÇÃO EM PERCENTUAL DO VALOR MÁXIMO LEI 6.194/74, NA REDAÇÃO VIGENTE À ÉPOCA. PRECEDENTES. DESPROVIMENTO DO RECURSO. SENTENÇA MANTIDA PELOS SEUS PRÓPRIOS FUNDAMENTOS." (Apelação Cível nº 2009.013139-5, julgamento em 23/03/2010, 2ª Câmara Cível, Relator: Des. Aderson Silvino) (grifos acrescidos)

9. Fica claro a desnecessidade de requerimento administrativo para se pleitear a Ação de Cobrança do DPVAT.

#### **VI - DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO:**

10. Anota o Art.5.º da Lei 6.194/74 que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, vejamos:

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

11. Destarte, o§1.º, “a” do mesmo artigo, alterado pela Lei 8.441/92. Assevera que a indenização será paga mediante a apresentação dos seguintes documentos, a saber:

- a) ***Certidão de Óbito***
- b) ***Registro de Ocorrência no Órgão Policial competente***
- c) ***Prova de qualidade de beneficiários em caso de morte.***



12. Reforçando a ideia do artigo acima citado pontifica o art. 7.º Caput, da Lei 6.194/74 ao estabelecer que:

*“Art. 7.º-A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, por seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido será pago nos mesmos valores, condição e prazo dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.*

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

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

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

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

**VII - DA ATUALIZAÇÃO MONETARIA DESDE 29.12.2006, DATA DA MEDIDA PROVISÓRIA N. 340, POSTERIORMENTE CONVERTIDA NA LEI Nº 11.482/2007:**

-



**16.** A Medida Provisória nº340 de 29 de dezembro de 2006, posteriormente convertida na lei nº11.482/2007, apenas transformou os 40 (quarenta) salários mínimos em reais, chegando ao valor de R\$ 13.500,00, sem prever a forma de atualização monetária. Para evitar que a indenização amargue, ano após ano, os efeitos da corrosão da moeda, até que se torne irrisória, existe a necessidade que o referido valor seja corrigido desde o dia 29/12/06.

**17.** Tal incidência decorre do fato da indenização não mais ser calculada com base no salário mínimo, o qual por si só mantinha-se atualizado, e sim, ter como o seu teto máximo, conforme ditames da Medida Provisória 340/2006, a quantia certa de R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), valor este que sofre depreciação inflacionária desde a sua previsão.

**18.** A atualização monetária serve para recompor o valor da moeda em razão da depreciação inflacionária ocorrente no país. Neste sentido, espera-se que o Judiciário, tendo sempre como norte o caráter eminente social do seguro obrigatório (DPVAT), pacifique o entendimento que esses valores (R\$ 13.500,00 ou R\$ 2.700,00) devem ser atualizados desde a referida MP, mormente levando-se em conta que a atualização monetária não representa nenhum plus, acréscimo, ônus ou penalidade, mas tão somente uma medida para evitar um enriquecimento ilícito à custa das já penalizadas vítimas do trânsito.

-

**19.** O Egrégio Tribunal de Justiça do Paraná comunga, neste sentido, recentes julgados que pacificaram o entendimento:

“EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. ACIDENTE CAUSADO POR VEÍCULO ESTRANGEIRO - IRRELEVÂNCIA - INDENIZAÇÃO DEVIDA. QUANTUM INDENIZATÓRIO CALCULADO CONFORME A EXTENSÃO DA INVALIDEZ DA VÍTIMA - EXEGESE DO ARTIGO ARTIGO 3º, §1º, II, DA LEI 6194/74. **CORREÇÃO MONETÁRIA INCIDENTE DESDE A VIGÊNCIA DA MP 340/2006** - TETO MÁXIMO INDENIZATÓRIO FIXADO EM R\$ 13.500,00 - VALOR QUE SOFRE DEPRECIÇÃO DESDE A SUA PREVISÃO. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO POR UNANIMIDADE. 1 - Frisa-se que mesmo se tratando de automóvel estrangeiro, a indenização referente a seguro DPVAT é devida. 2 - Tem-se como acertado o valor indenizatório fixado pelo juízo a quo (R\$4.725,00), eis que de



acordo com os ditames do artigo 3º, §1º, II, da Lei 6194/74. 3- No que tange à correção monetária, coaduna-se ao entendimento que para os casos posteriores à Medida Provisória 340/2006, o seu marco inicial deve ocorrer da vigência de tal norma. Processo: 915183-5 (Acórdão) Relator(a): José Laurindo de Souza Netto Órgão Julgador: 8ª Câmara Cível Comarca: Foz do Iguaçu Fonte/Data da Publicação: DJ: 943 06/09/2012”

“APELAÇÃO CÍVEL COBRANÇA DO SEGURO DPVAT AUSÊNCIA DE PLEITO ADMINISTRATIVO - DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A INSTRUÇÃO DO PROCESSO APRESENTADOS – INDENIZAÇÃO PROPORCIONAL AO GRAU DE INVALIDEZ DA VÍTIMA LAUDO PERICIAL QUE ATESTA A INVALIDEZ PARCIAL INCOMPLETA VALOR DA INDENIZAÇÃO SEGUNDO O GRAU DE REPERCUSSÃO EXEGE DO INCISO II, DO §1º, DO ART. 3º DA LEI 6.194/74 - *CORREÇÃO MONETÁRIA TERMO A QUO*. – HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS - LIMITE PREVISTO PELA LEI Nº 1.060/50 INAPLICABILIDADE. RECUSOS DESPROVIDOS. 1- A inexistência de pedido administrativo não pode levar ao reconhecimento da falta de interesse processual, nem, tampouco, no indeferimento da inicial. 2 Os documentos acostados aos autos demonstram a existência de acidente automobilístico com vítima, sendo, pois, suficientes para embasar a indenização pretendida. 3 – A combinação do artigo 3º, II, com o artigo 5º, §5º, da Lei 6.194/74, que taxativamente limita a indenização do Seguro Obrigatório em "até" R\$13.500,00, permite concluir que o valor da cobertura nos casos de invalidez permanente, varia conforme o grau de incapacidade da vítima. 4 - Estabelecido que o valor da indenização deve ser calculado com base no valor estabelecido pela MP 340/2006, é a partir sua entrada vigor que deve incidir a correção monetária, vez que nada acrescenta ao capital, apenas recompõe o poder da moeda. 5 - Sendo vencedora a parte que estava ao abrigo da assistência judiciária gratuita, a fixação de honorários advocatícios prevista no artigo 11, § 1º, da Lei nº1.060/50, pode ultrapassar o limite de 15% (quinze por cento), desde que observadas as regras previstas no CPC, norma geral que prevalece sobre a regra específica contida no mencionado dispositivo. (TJPR - 10ª C.Cível - AC 914227-8 - Londrina - Rel.: Luiz Lopes - Unânime - J.19.07.2012)”

---

## VIII- DO QUANTUM INDENIZATÓRIO

---



20. A vigente redação da Lei nº 6.194/74, resultado das modificações oriundas das medidas Provisórias nº 340/2006 (convalidada pela Lei nº 11.482/2007) e nº 451/2008 (Lei nº 11.945/2009), dispõe que o seguro DPVAT destina-se a indenizar os seguintes danos, nos valores:

*“Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada: (...) I- R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de morte; II- até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de invalidez permanente; e 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. § 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 acidentes e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, **classificando-se a invalidez permanente parcial completa** e incompleta conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o dispositivo abaixo: (Incluído pela Lei 11.945, de 2009). I – quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura, e (Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009). II – quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funciona na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de seqüelas residuais. (Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009).”(grifamos)*

21. A tabela a que se refere o dispositivo, agora como anexo à Lei nº 6.194/74, está assim desenhada:



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 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 esfincteriano; (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)                                                                                                                                                                                                                                                                                | Percentuais das Perdas |
| Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores                                                                                                                                                                                                                                                             |                        |
| 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                     |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço                                                            | 10                     |

FONTE: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/l6194.htm#art33](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/l6194.htm#art33)

#### **IV - DA PERÍCIA**

-



22. Diante da situação fática, se o Douto Julgador entender a necessidade de se fazer Exame Pericial, segue os quesitos que deverão ser respondidos pelo (o) perito (a):

a) Quais as lesões sofridas pelo Autor ?

b) As lesões decorreram de acidente de trânsito?

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

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

-

-

#### X - DOS PEDIDOS

-

23. Por tudo resta acima exposto, requer o Autor, que Vossa Excelência se digne a:

a) Receber a presente ação, deferindo a mesma, os benefícios da Justiça Gratuita, nos moldes e pelos fatos acima mencionados, além disso, impingir a mesmo o rito sumário, conforme disposição expressa do art. 275 e SS do CPC;

b) Determinar a citação da Ré no endereço acima declinado, para que a mesma produza a sua defesa, querendo, sob pena de ser decretada a sua revelia e as penalidades decorrentes de tal fato.

c) Sejam aplicadas as regras da Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), sobretudo **A INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA** em favor do Autor, como bem preceitua o art. 6º, inc. VIII, da aludida lei que afirma: **“a facilidade da defesa dos seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova em seu favor, em processo civil, quando, a critério do juiz for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências”**.



d) Julgar a demanda **PROCEDENTE EM SUA TOTALIDADE**, condenando a Ré a pagar ao Autor o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) a título de indenização do seguro DPVAT, **corrigindo desde a data da Medida Provisória nº340/2006**, posteriormente convertida na lei nº11.482/2007, **acrescido de juros de mora**, em conformidade com as Súmulas 43 e 54 do Colendo Superior Tribunal de Justiça.

e) Que seja condenada a parte Ré aos honorários sucumbência, arbitrados em 20% sob o valor da condenação.

f) Entendendo Vossa Excelência necessidade de perícia, que sejam respondidos os quesitos do item IV.

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

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

Nestes Termos,

Pede e espera deferimento.

Natal/RN, 19 de janeiro de 2020.

***ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA***

***OAB/RN nº 11.925***



**LARISSA DE OLIVEIRA MAIA**

**OAB/RN nº 13.421**

**NÚSIA LEILA FERNANDES DE OLIVEIRA MAIA**

**OAB/RN nº 13.561**





SINISTRO 3160091103 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS  
**COBERTURA** Invalidez  
**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** ARUANA  
SEGURADORA S/A  
**BENEFICIÁRIO** ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS  
**CPF/CNPJ:** 06100030462

**Posição em 19-02-2020 08:50:45**  
O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.  
Data do Pagamento: XX/XX/XXXX  
Valor da Indenização: R\$00.000,00  
Juros e Correção: R\$00.000,00  
Valor Total: R\$00.000,00

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 22/07/2016        | R\$ 2.362,50         | R\$ 0,00         | R\$ 2.362,50 |





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPO  
DELEGACIA ESPECIALIZADA EM ACIDENTES DE VEÍCULOS - DEAV  
Esplanada Silva Jardim, s/n, Ribeira - Natal/RN, ☎ (84) 3232-2533

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**



OCORRÊNCIA N.º 033/2016

LIVRO: 001

DATA DO REGISTRO: 02/02/2016

HORA: 11:24

COMUNICANTE: ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS

PROFISSÃO: AGRICULTORA RG. 2.493909 ORG.EXP: SSP/RM CPF: 06100030462

END/RESIDENCIAL: RUA JOÃO PALO II, 1380ª-NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO

PONTO REFERÊNCIA: PRÓXIMO AO SUP. FAVORITO FONE: (84) 99198-4711

**HISTÓRICO:**

LOCAL/OCORRÊNCIA: AVENIDA SANTARÉM- VIA PÚBLICA

DATA: 05/11/2015 HORA: 21H 04M RESULTOU: MORTE ☐ LESÕES ☒

TIPO: COLISÃO ☐ TOMBAMENTO ☐ CAPOTAMENTO ☐ CHOQUE ☐

ATROPELAMENTO ☒ ABALROAMENTO: ☐ OUTROS: ☐

**VEÍCULOS ENVOLVIDOS:**

1. Tipo: Marca: Cor: Placa: UF:

Condutor: Idade:

Endereço:

Prontuário: Categoria: UF:

Proprietário:

Endereço:

2. Tipo: Marca: Cor: Placa: UF:

Condutor: Idade:

Endereço:

Prontuário: Categoria: UF:

Proprietário:

Endereço:

1. Vitima: A COMUNICANTE RG: Idade: Naturalidade: Estado civil:

Profissão: Filiação: Endereço:

1. Testemunha: Fone:

Endereço:

**HISTÓRICO:**

COMPARECEU A ESTA ESPECIALIZADA A PESSOA DA COMUNICANTE, E RELATOU QUE NA DATA, HORA E LOCAL ACIMA MENCIONADOS, AO ATRAVESSAR A AVENIDA VINHA UMA MOTOCICLETA, ORA IDENTIFICADA, QUE ATROPELOU A VÍTIMA E A MESMA VEIO A SOFRER LESÕES CONFORME BAA DE NÚMERO 134339/2015, ORIUNDO DO PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO.

DISSE AINDA QUE FORA CONDUZIDA PELO SAMU, CONFORME OCORRENCIA DE NÚMERO 68789/1-2015, ORIUNDO DA SMS.

NADA MAIS DISSE

*Rosilda da Paz dos Santos*

Assinatura do(a) Comunicante

*Francisco Armando Falcão Leal*

Assinatura/Carimbo Servidor(a)

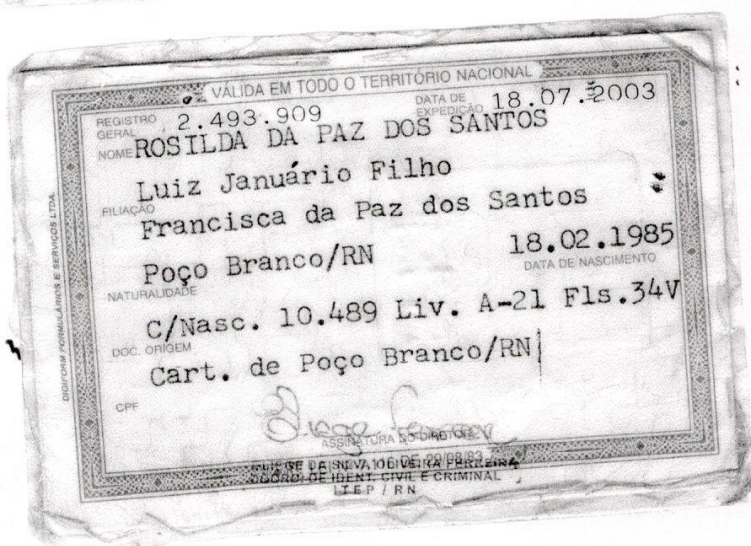
Francisco Armando Falcão Leal

Agente de Polícia

Mat. 190.961-4

Chefe de Investigação





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 24/04/02

**cosern** Grupo Neoenergia

Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Rua Mendonça, 150 - Jd. Santa Helena - Natal - Rio Grande do Norte - CEP 59025-250  
CNPJ nº 06.977.155/0001-00 - Insc. Est. 20055199-9 | www.cosern.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
MARLENE FELIX REZERRA

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
RUA JOAO PAULO II 1380 --A

CPF 736 547 264-72

**NOSSA SETHURA DA APRESENTAÇÃO/ÁREA**  
NATAL RIT  
59114-150

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

|                                       |                       |                             |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| <b>Nº DA NOTA FISCAL</b><br>000370188 | <b>SÉRIE</b><br>ÚNICA | <b>EMIÇÃO</b><br>09/12/2015 |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------------|

|                                         |                                                    |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>DATA DE VENCIMENTO</b><br>16/12/2015 | <b>DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA</b><br>08/01/2016 |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------|

**TOTAL A PAGAR (R\$)** 19,68

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL    | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|-----------------------------|------------|-------------|-------------|
| Consumo Ativo ( kWh)        | 44,00      | 19,68       | 19,68       |
| Acrescimo Bandeira VERMELHA |            |             | 2,10        |
| <b>TOTAL DA FATURA</b>      |            |             | 19,68       |

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

| Nº DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | DATA       | ANTERIOR LEITURA | DATA       | ATUAL LEITURA | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (KWH) |
|---------------|----------------|------------|------------------|------------|---------------|------------|-----------|--------|---------------|
| 7069460       | CAT            | 09/11/2015 | 4.230,00         | 09/12/2015 | 4.274,00      | 30         | 1,00000   |        | 44,00         |

**HISTÓRICO DE CONSUMO**  
Média Anual kWh

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**



Assinado eletronicamente por: LARISSA DE OLIVEIRA MAIA - 19/02/2020 09:15:22

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021909152222900000051619101>

Número do documento: 20021909152222900000051619101



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

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

## Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS

143524

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RAÇA/COR

708004879921025

18/02/1985

FEMININO

PARDA

11- NOME DA MÃE

12- TELEFONE DE CONTATO

FRANCISCA DA PAZ DOS SANTOS

991984711

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

MARIA ELIANE DA PAZ DOS SANTOS

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA JOAO PAULO II 1380- A

16- MUNICÍPIO

17- BAIRRO

18- UF

19- CEP

NATAL

NSA SENHORA APRES

RN

59114150

## Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com infecção no perone direito  
que surgiu após trauma noturno - AM

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Anomalia e trauma - Rx

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

As am

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Osteomielite do perone D

## Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Tratamento

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

36- ( ) AC. TRÂNSITO

37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO

38- ( ) ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ÓRGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura e Carimbo do Profissional Autorizador





## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA  
ORTOPEDIA

|                                |                   |                     |                    |
|--------------------------------|-------------------|---------------------|--------------------|
| ENFERMARIA Nº                  | LEITO             | PRONTUÁRIO          |                    |
|                                |                   | 143524              |                    |
| DATA                           | HORA              | CATEGORIA           | GIH                |
| 23/03/2016                     | 16:40             |                     |                    |
| PACIENTE                       |                   |                     | DATA DE NASCIMENTO |
| ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS      |                   |                     | 18/02/1985         |
| ESTADO CIVIL                   |                   | PROFISSÃO           |                    |
| SOLTEIRA                       |                   | APOSENTADA          |                    |
| ENDEREÇO (RUA, Nº)             |                   |                     |                    |
| RUA JOAO PAULO II1380- A       |                   |                     |                    |
| MUNICIPIO                      | BAIRRO            | UF                  | CEP                |
| NATAL                          | NSA SENHORA APRES | RN                  | 59114150           |
| LOCAL DE TRABALHO              |                   |                     | TELEFONE           |
|                                |                   |                     |                    |
| FILIAÇÃO                       |                   |                     |                    |
| FRANCISCA DA PAZ DOS SANTOS    |                   | LUIZ JANUARIO FILHO |                    |
| RESPONSÁVEL                    |                   |                     | TELEFONE           |
| MARIA ELIANE DA PAZ DOS SANTOS |                   |                     | 991984711          |
| ENDEREÇO                       |                   |                     |                    |
| O MESMO                        |                   |                     |                    |

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO

ALTA

X 050416

ÓBITO

## HISTÓRIA CLÍNICA

# Paciente foi operado 4 anos po  
a. Alipio. Evoluiu com proleto  
infecção local.

ALTA HOSPITALAR

Dr. Carlos Magno P. de Carmo  
Ortopedia - Traumatologia  
Pós-grad. Traumatologia  
CRM 2108 - TEOT 5981  
CPF: 188.304.824-44





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA - CNES 3515168  
PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 32 ORT

DR. RESPONSÁVEL (PSA)

KATIA

MATRICULA

DATA

23/03/2016

HORA

12:44

### DADOS DO PACIENTE

|                             |                     |            |              |                    |  |
|-----------------------------|---------------------|------------|--------------|--------------------|--|
| PACIENTE                    |                     | MASCULINO  |              | FEMININO           |  |
| ROZILDA DA FAZ DOS SANTOS   |                     |            |              | FEMININO           |  |
| NACIONALIDADE               | DATA DE NASCIMENTO  | IDADE      | RELIGIÃO     | RACIA/COR          |  |
| BRASILEIRA                  | 18/02/1985          | 31         | EVANGELICA   | PARDA              |  |
| ESCOLARIDADE                | ESTADO CIVIL        | PROFISSÃO  | TELEFONE     |                    |  |
| ENSINO FUND. INCOMPLETO     | SOLTEIRA            | APOSENTADA | 84 991984711 |                    |  |
| NOME DA MÃE                 | NOME DO PAI         |            |              |                    |  |
| FRANCISCA DA PAZ DOS SANTOS | LUIZ JANUARIO FILHO |            |              |                    |  |
| CPF                         | RG                  | ORG. EXP.  | UF           | CARTÃO DO SUS      |  |
| 061.000.304-62              | 2.493.909           |            | RN           | 708 0048 7992 1025 |  |
| ENDEREÇO                    | COMPLEMENTO         |            |              |                    |  |
| RUA JOAO PAULO II 1380      | A                   |            |              |                    |  |
| CIDADE                      | MUNICÍPIO           | UF         | CEP          |                    |  |
| NSA DA APRESENTAÇÃO         | NATAL               | RN         | 59114-150    |                    |  |
| RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE | PARENTESCO          |            | TELEFONE     |                    |  |
| EDNALDO FRANCA DA SILVA     | CONCUNHADO          |            | 84 991771303 |                    |  |

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

|                                         |        |
|-----------------------------------------|--------|
| ENCAMINHAMENTO                          | MOTIVO |
| Regulac ( ) SAMU ( ) Demanda Espontânea |        |
| PRINCIPAL                               |        |

FLUXOGRAMA DESCRIMINADOR

DOENÇAS PREEEXISTENTES ALERGIAS

PESO: ALTURA: SSVV: FC: FR: T: SO2: PA: GLICEMIA:

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL COREN DATA HORA



PRIORIDADE

( ) AZUL ( ) VERDE ( ) AMARELO ( ) LARANJA ( ) VERMELHO

### ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- ☐ SALA VERMELHA
- ☐ URGÊNCIA
- ☐ ORTOPEDIA
- ☐ CONSULTA MÉDICA
- ☐ BUCOMAXILO
- ☐ PEQUENA CIRURGIA
- ☐ ACIDENTE DE TRABALHO
- ☐ VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
- ☐ QUEDA
- ☐ OUTROS

| Abertura Ocular | Esponânea                 |   |
|-----------------|---------------------------|---|
|                 | A voz                     | 4 |
|                 | A dor                     | 3 |
|                 | Nenhuma                   | 2 |
| Resposta Verbal | Orientada                 | 5 |
|                 | Confusa                   | 4 |
|                 | Palavras inapropriadas    | 3 |
|                 | Palavras incompreensíveis | 2 |
|                 | Nenhuma                   | 1 |
| Resposta Motora | Pede comandos             | 6 |
|                 | Localiza dor              | 5 |
|                 | Movimento de retirada     | 4 |
|                 | Flexão anormal            | 3 |
|                 | Extensão anormal          | 2 |
|                 | Nenhuma                   | 1 |

### HISTÓRIA CLÍNICA

Tacento com dor, coar, rubor  
perna D

### EXAME FÍSICO

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Definição de perna D





Hospital

|                                   |  |                   |  |                |  |
|-----------------------------------|--|-------------------|--|----------------|--|
| Nome do paciente                  |  | Hospital          |  | Nº prontuário  |  |
| Data operação                     |  | Enf.              |  | Leito          |  |
| Operador                          |  | 2º auxiliar       |  | 1º auxiliar    |  |
| Anestesista                       |  | 3º auxiliar       |  | 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 - víceras

1. Punção e DDI sob Anestesia Geral venosa, DCO, sob Braquiavertebral
2. Abertura e inspeção + Lavagem
3. Aprox 4 cm de extensão
4. Incisão A tração lateral para (D)
5. Marcação de placa + frangimento
6. Imposição curveta (semelhante punk-to)
7. Colocação de Fimbre Externa
8. Sutura
9. Curto

João Paulo Araújo  
Oncologia / Traumatologia  
CRM - RN 3730 / RCO 13.273

*[Assinatura]*



## Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                              |                                                  |                                    |                            |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |          |                                                |  |  |  |  |  |  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |        |                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |         |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------|--|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|----------|------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| Hospital <u>Hospital de Clínicas de Maringá</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                              | Enfermaria                                       | Leito                              | Nº prontuário              |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |          |                                                |  |  |  |  |  |  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |        |                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |         |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
| Nome <u>Rosilene da Paz dos Santos</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                              | Idade <u>31a.</u>                                | Sexo <u>F.</u>                     | Cor                        |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |          |                                                |  |  |  |  |  |  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |        |                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |         |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
| Data <u>02/04/20</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Pressão arterial <u>120x80mmHg</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Pulso <u>80bpm</u>          | Respiração                   | Temperatura                                      | Peso                               | Outros                     |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |          |                                                |  |  |  |  |  |  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |        |                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |         |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
| Tipo sanguíneo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Hemácias <u>4.800.000/mm³</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Hemoglobina <u>11,5g/dl</u> | Hematócrito <u>34,5%</u>     | Glicemia                                         | Ureia                              |                            |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |          |                                                |  |  |  |  |  |  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |        |                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |         |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
| Ap. respiratório <u>sem alterações</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                              | Asma <u>Negativa</u>                             |                                    | Bronquite <u>Negativa</u>  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |          |                                                |  |  |  |  |  |  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |        |                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |         |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
| Ap. circulatório <u>sem alterações</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                              | Eletrocardiograma                                |                                    |                            |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |          |                                                |  |  |  |  |  |  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |        |                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |         |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
| Ap. digestivo <u>sem alterações</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             | Dentes                       | Pescoço                                          | Ap. urinário <u>sem alterações</u> |                            |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |          |                                                |  |  |  |  |  |  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |        |                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |         |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
| Estado mental <u>consciente, orientada, ansiosa</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             | Atarácicos                   | Corticoides                                      | Alergia <u>Negativa</u>            |                            |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |          |                                                |  |  |  |  |  |  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |        |                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |         |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
| Diagnóstico pré-operatório <u>osteomielite de perna @</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             | Estado físico <u>ASA III</u> |                                                  | Risco <u>Baixo</u>                 |                            |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |          |                                                |  |  |  |  |  |  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |        |                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |         |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
| Anestésias anteriores <u>Ragui anestesia para osteomielite de perna @</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                              | Medicação pré-anestésica <u>Midazolam 5mg EV</u> |                                    | Efeito <u>sedação leve</u> |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |          |                                                |  |  |  |  |  |  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |        |                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |         |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
| Aplicada às <u>16:30h</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                              |                                                  |                                    |                            |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |          |                                                |  |  |  |  |  |  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |        |                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |         |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"> <tr> <td>Agentes Anestésicos</td> <td colspan="7"> </td> </tr> <tr> <td>Líquidos</td> <td colspan="7"> <u>F16 250ml 15ml/h</u><br/> <u>500ml 40ml/h</u> </td> </tr> <tr> <td>Oper</td> <td colspan="7"> <u>260</u><br/> <u>250</u><br/> <u>240</u><br/> <u>230</u><br/> <u>220</u><br/> <u>210</u><br/> <u>200</u><br/> <u>190</u><br/> <u>180</u><br/> <u>170</u><br/> <u>160</u><br/> <u>150</u><br/> <u>140</u><br/> <u>130</u><br/> <u>120</u><br/> <u>110</u><br/> <u>100</u><br/> <u>90</u><br/> <u>80</u><br/> <u>70</u><br/> <u>60</u><br/> <u>50</u><br/> <u>40</u><br/> <u>30</u><br/> <u>20</u><br/> <u>10</u> </td> </tr> <tr> <td>Anesi.</td> <td colspan="7"> <u>150</u><br/> <u>140</u><br/> <u>130</u><br/> <u>120</u><br/> <u>110</u><br/> <u>100</u><br/> <u>90</u><br/> <u>80</u><br/> <u>70</u><br/> <u>60</u><br/> <u>50</u><br/> <u>40</u><br/> <u>30</u><br/> <u>20</u><br/> <u>10</u> </td> </tr> <tr> <td>P Pulso</td> <td colspan="7"> <u>80</u><br/> <u>70</u><br/> <u>60</u><br/> <u>50</u><br/> <u>40</u><br/> <u>30</u><br/> <u>20</u><br/> <u>10</u> </td> </tr> </table> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                              |                                                  |                                    |                            |  | Agentes Anestésicos |  |  |  |  |  |  |  | Líquidos | <u>F16 250ml 15ml/h</u><br><u>500ml 40ml/h</u> |  |  |  |  |  |  | Oper | <u>260</u><br><u>250</u><br><u>240</u><br><u>230</u><br><u>220</u><br><u>210</u><br><u>200</u><br><u>190</u><br><u>180</u><br><u>170</u><br><u>160</u><br><u>150</u><br><u>140</u><br><u>130</u><br><u>120</u><br><u>110</u><br><u>100</u><br><u>90</u><br><u>80</u><br><u>70</u><br><u>60</u><br><u>50</u><br><u>40</u><br><u>30</u><br><u>20</u><br><u>10</u> |  |  |  |  |  |  | Anesi. | <u>150</u><br><u>140</u><br><u>130</u><br><u>120</u><br><u>110</u><br><u>100</u><br><u>90</u><br><u>80</u><br><u>70</u><br><u>60</u><br><u>50</u><br><u>40</u><br><u>30</u><br><u>20</u><br><u>10</u> |  |  |  |  |  |  | P Pulso | <u>80</u><br><u>70</u><br><u>60</u><br><u>50</u><br><u>40</u><br><u>30</u><br><u>20</u><br><u>10</u> |  |  |  |  |  |  |
| Agentes Anestésicos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                              |                                                  |                                    |                            |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |          |                                                |  |  |  |  |  |  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |        |                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |         |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
| Líquidos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <u>F16 250ml 15ml/h</u><br><u>500ml 40ml/h</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |                              |                                                  |                                    |                            |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |          |                                                |  |  |  |  |  |  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |        |                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |         |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
| Oper                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <u>260</u><br><u>250</u><br><u>240</u><br><u>230</u><br><u>220</u><br><u>210</u><br><u>200</u><br><u>190</u><br><u>180</u><br><u>170</u><br><u>160</u><br><u>150</u><br><u>140</u><br><u>130</u><br><u>120</u><br><u>110</u><br><u>100</u><br><u>90</u><br><u>80</u><br><u>70</u><br><u>60</u><br><u>50</u><br><u>40</u><br><u>30</u><br><u>20</u><br><u>10</u> |                             |                              |                                                  |                                    |                            |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |          |                                                |  |  |  |  |  |  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |        |                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |         |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
| Anesi.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <u>150</u><br><u>140</u><br><u>130</u><br><u>120</u><br><u>110</u><br><u>100</u><br><u>90</u><br><u>80</u><br><u>70</u><br><u>60</u><br><u>50</u><br><u>40</u><br><u>30</u><br><u>20</u><br><u>10</u>                                                                                                                                                           |                             |                              |                                                  |                                    |                            |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |          |                                                |  |  |  |  |  |  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |        |                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |         |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
| P Pulso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <u>80</u><br><u>70</u><br><u>60</u><br><u>50</u><br><u>40</u><br><u>30</u><br><u>20</u><br><u>10</u>                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |                              |                                                  |                                    |                            |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |          |                                                |  |  |  |  |  |  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |        |                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |         |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
| <b>SÍMBOLOS</b><br><u>① Midazolam 5mg</u> <u>② Ranitidina 50mg</u> <u>③ Amoxicilina 500mg</u><br><u>④ Fentanil 50mg</u> <u>⑤ Neosedron 8mg</u> <u>⑥ Tenoxicam 40mg</u><br><u>⑦ Cefazol 2g</u> <u>⑧ Oxidron 100mg</u> <u>⑨ Dipirona 8g</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                              |                                                  |                                    |                            |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |          |                                                |  |  |  |  |  |  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |        |                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |         |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
| <b>ANOTAÇÕES</b><br><u>Posição: decúbito dorsal</u><br><u>Técnica: Ragui anestesia</u><br><u>Operação: colocação de fixador externo + limpeza de ferida operatória.</u><br><u>Cirurgiões: Dr. João Paulo + Dr. Osvaldo</u><br><u>Anestesiistas: Dr. Allisson</u><br><u>Observações: Perda sanguínea</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                              |                                                  |                                    |                            |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |          |                                                |  |  |  |  |  |  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |        |                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |         |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |



HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES T UCENA  
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

Nome: ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS Idade: 31 D/N: 18/02/1985  
Pront.: 543524 Município: NATAL Procedência: Interno ( ) Externo  
Data da cirurgia: 02/04/16 Hora Admissão: Bloco: 16:25 Sala: 25 Hora Saída: 17:20 Peso: 58  
Alergias: ( ) Não ( ) Sim Comorbidades: ( ) HAS ( ) DM ( ) Outras                       
Uso de medicações: ( ) Não ( ) Sim Jejum: ( ) Não ( ) Sim  
SSVV Admissão: PA: 115/55 mmHg Pulso: 54 bpm FI: 58 rpm FC: 57 bpm SpO<sub>2</sub>: 99 % T: 36 °C  
Enfermeiro(a): CLAUDIA Instrumentado (a): ANIE SARDIA Circulante: SAYONARA  
Cirurgia: LIMPEZA CIRÚRGICA + RETIRADA DE PLACA FIXADO E FIMADO EXTERNO Especialidade: ORTOPEDIA Sala: 03  
Hora Início: 16:43 Hora Término: 17:30 Tipo de cirurgia: Eletiva ( ) Urgência ( ) Limpa ( ) Contaminada X Infectada  
1º Cirurgião: DR. OSVALDO Aux.: DR. JOÃO PAULO Residente:                       
Anestesia: ( ) Local ( ) Sedação ( ) Geral TOT:                      ( ) Bloqueio RAQUIDIANA Ag.º 26 ( ) Peridural ( ) c/cateter ( ) s/cateter  
Ag.º                      Cateter nº:                      Início:                      Garrote: X Smarch ( ) Pneumático Início: 16:40 Término: 17:20  
Anestesiologista: DR. ALISON

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

| SINAIS VITAIS | Início                      | Meio                        | Fim                         | Unid. |
|---------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| FC            | <u>59</u>                   | <u>54</u>                   | <u>58</u>                   | Bpm   |
| Pulso         | <u>57</u>                   | <u>53</u>                   | <u>57</u>                   | Bpm   |
| Oximetria     | <u>99</u>                   | <u>99</u>                   | <u>99</u>                   | %     |
| Capnografia   | <u>                    </u> | <u>                    </u> | <u>                    </u> | %     |
| PA            | <u>115/55</u>               | <u>115/55</u>               | <u>105/48</u>               | mmHg  |

| ACESSO VENOSO                                                |
|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Punção Arterial                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica |
| <input type="checkbox"/> Punção Venosa Central               |
| <input type="checkbox"/> Dissecção venosa                    |
| Local: <u>MSD</u>                                            |
| Cateter: <u>Jelco nº 18</u>                                  |

| SONDAGEM GÁSTRICA                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------|
| SNG nº <u>                    </u>                                    |
| Retorno: <u>                    </u>                                  |
| CATETERISMO VESICAL                                                   |
| SVF nº <u>                    </u> SVA nº <u>                    </u> |
| Diurese: <u>                    </u>                                  |
| Profissional responsável: <u>                    </u>                 |

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

| POSIÇÃO                                    | COXIM                            | MMSS                                           |
|--------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Dorsal | <input type="checkbox"/> Cabeça  | <input type="checkbox"/> Anatômicos            |
| <input type="checkbox"/> Ventral           | <input type="checkbox"/> Pescoço | <input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos  |
| <input type="checkbox"/> Lateral           | <input type="checkbox"/> Tórax   | <input type="checkbox"/> Fletidos              |
| <input type="checkbox"/> Litotômica        | <input type="checkbox"/> Lombar  | <b>MMII</b>                                    |
| <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                                                                                 |                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não <input checked="" type="checkbox"/> Metal ( ) Descartável |                                                 |
| Local: <u>GUÍTEO DIRETO</u>                                                                               |                                                 |
| DEGERMAÇÃO                                                                                                | TRICOTOMIA                                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não                                                           | ( ) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| Local: <u>MSD</u>                                                                                         | Solução: <u>CLOROXIDNE</u> Local: _____         |

| IMPLANTE CIRÚRGICO |                  |
|--------------------|------------------|
| Drenos:            |                  |
| Tela:              |                  |
| Cateter:           |                  |
| Ostomia:           |                  |
| Fio de KC:         | Parafuso – tipo: |
| Placa – Tipo:      |                  |
| Outros:            | FIXADOR EXTERNO  |

| ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO              |                                                                               |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Caixa cirúrgica: <u>BÁSICA + PERFURADOR</u> | Quant. Material: _____                                                        |
| Val.: <u>06.04.16</u>                       | Contagem de gaze e compressa: ( ) Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim |





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

( ) Hemoconcentrado \_\_\_\_\_ Unid. ( ) Plasma \_\_\_\_\_ Unid. ( ) Plaquetas \_\_\_\_\_ Unid.  
( ) Albumina \_\_\_\_\_ Unid. ( ) Expansor plasmático \_\_\_\_\_ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

KEFAROL 25 h: 16:34 DECAURON 10mg h: 16:50  
ANTAK 50mg h: 16:47  
ZOFAROL 8mg h: 16:47

HIDRATAÇÃO VENOSA

Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml Soro Ringer Simples: \_\_\_\_\_ ml Quantidade total de volume  
( ) Soro Glicosado: \_\_\_\_\_ ml ( ) Soro Ringer Lactato: \_\_\_\_\_ ml administrado: \_\_\_\_\_

ANATOMO PATOLÓGICO

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

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

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

INTERCORRÊNCIAS: PROCEDIMENTO CONCLUÍDO SEM INTERCORRÊNCIAS

Sayonara Rodrigues de Araújo  
Assessora Enfermagem  
COREN 534067

Coren: 504067

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: X Consciente ( ) Inconsciente ( ) Narcose ( ) Coma ( ) Vigil ( ) Agitado  
Respiratório: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel X O<sub>2</sub> ambiente Curativo: X Oclusivo ( ) Compressivo ( ) Bolsa de  
colostomia ( ) Outro: \_\_\_\_\_  
Diurese: X Espontânea ( ) Normal ( ) Hematúria ( ) Irrigação Vesical ( ) Oligúrico Destino após a cirurgia: SALPA

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

Hora: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nível de consciência: ( ) Acordado ( ) Sonolento ( ) Narcose ( ) Orientado  
( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Choroso Vias aéreas: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) cânula de Guedel ( ) Cateter O<sub>2</sub> ( ) O<sub>2</sub> Ambiente  
Mobilização MMII: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade Mobilização MMSS: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade  
Venoclise: ( ) Não ( ) Sim Tipo: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Sondas: ( ) Gástrica ( ) Enteral ( ) Vesical  
Drenos: ( ) Sucção ( ) Torácico ( ) Penrose ( ) Kherr Ostomias: ( ) Sim ( ) Não Especifique: \_\_\_\_\_  
Irrigação vesical contínua: ( ) Retorno satisfatório ( ) Retorno Insuficiente ( ) Coágulos  
Curativo: ( ) Oclusivo ( ) Descoberto ( ) Limpo ( ) Sujo Monitorização: ( ) ECG ( ) Oxímetro ( ) PA

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

Relate:

SINAIS VITAIS

| Hora     | T°C | P  | PA | FR | Sat.% | Dor |
|----------|-----|----|----|----|-------|-----|
| Admissão |     | 62 |    |    | 96%   |     |
| 30'      |     | 56 |    |    | 97%   |     |
| 60'      |     |    |    |    |       |     |
| Alta     |     |    |    |    |       |     |

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: \_\_\_\_\_ ml  
Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml  
Ringer: \_\_\_\_\_ ml  
Irrigação vesical contínua: \_\_\_\_\_ ml

Medicações administradas URPA:

| Hora | Medicação | Dose | Via | Assinatura |
|------|-----------|------|-----|------------|
|      |           |      |     |            |
|      |           |      |     |            |
|      |           |      |     |            |

Eliminações:

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

Encomendada ao médico para observação

Ass: \_\_\_\_\_ Coren: 197112



## EXAMES COMPLEMENTARES

( ) LABORATORIAL ( ) RADIOLÓGICO ( ) ECC ( ) TOMOGRAFIA ( ) USG ( ) OUTROS

## CONDUTA MÉDICA PARA REGULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO - NIR

( ) CLÍNICA MÉDICA ( ) CLÍNICA PSIQUIÁTRICA ( ) CLÍNICA ORTOPÉDICA ( ) PEDIATRIA / NEO  
( ) CLÍNICA OBSTÉTRICA ( ) CLÍNICA GERAL ( ) UTI ( ) OUTROS

## DIAGNÓSTICO

## CONDUTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA

## ABERTURA DE HORÁRIO / CHEGAGEM

*la perna D An + L*

Rogério Santos  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 1226 - SBOT 1341

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## DESTINO DO PACIENTE

( ) ALTA

( ) ÓBITO

( ) EVASÃO

[ ] SVO [ ] ITEP [ ] DECLARAÇÃO

( ) SOLICITADO INTERNAMENTO  
NO SERVIÇO DE

Rogério Santos  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 1226 - SBOT 1341

MÉDICO (assinatura e carimbo)

Chefe do Plantão (assinatura e carimbo)

# M&O

Maia | Oliveira

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: *Rosilda da Paz dos Santos*

NACIONALIDADE: *brasileira*

ESTADO CIVIL: *solteira*

PROFISSÃO:

IDENTIDADE: *2.493.909*

CPF: *061.000.304-62*

ENDEREÇO: *R. João Paulo II 1380-A*

BAIRRO: *Nossa Senhora do Aporembó* CIDADE: *Natal - RN*

TELEFONE: *99921-9417 / 99402.9044 / 99198-4711*

**OUTORGADOS:** ITAMAR OLÍMPIO DE VASCONCELOS MAIA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.925, NÚSIA LEILA FERNANDES DE OLIVEIRA, brasileira, casada, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.561, LARISSA DE OLIVEIRA MAIA, brasileira, solteira, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.421 com escritório profissional na Rua Edgar Dantas, nº 454, "C", Santos Reis, Parnamirim/RN.

**PODERES:** A quem concedo (ermos) amplos, limpos e ilimitados poderes, para em conjunto ou separadamente, no foro em geral, perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, propor em quaisquer medidas preliminares preventivas ou assecuratórias dos nossos direitos e interesses, ingressar judicialmente com ação de cobrança do Seguro DPVAT, requerer e receber junto ao **Hospital o Boletim de Primeiro Atendimento e Prontuário Cirúrgico**, usando, para tantos os poderes da cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA" e mais os especiais para transpor (em) compromissos, fazer acordo, receber (em), dar (em) quitação, representarmos juntos as repartições públicas, Estaduais, Municipais, Federa e autárquicas e sociedades de Economia Mista, praticando todos os atos de representação e defesa extrajudiciais, perante quaisquer pessoas físicas em geral, e, finalmente, praticar (em) todos os atos que se tornem mister para o fiel e completo desempenho deste mandato, inclusive interpor (em) total ou parcialmente, com ou sem reservas de poderes, o que tudo darei (ermos) por bom firme e valioso.

**CONTRATO:** Fica CONTRATADO, desde já, que os devidos honorários advocatícios serão na base de 20% (vinte por cento) sobre o valor bruto a receber (no caso de indenização e outros recebimentos congêneres), os quais, quando for o caso, serão descontados em favor do constituído (art. 22 §4 da Lei 8.906/94), com expedição do respectivo Alvará pelo juízo da ação, constando a soma dos honorários sucumbenciais e os contratuais, tudo em favor do outorgado que o requerer e conforme pacto através do presente instrumento, sendo que, quando houver prestações continuadas (benefícios mensais previdenciários, pensão alimentícia e congêneres), serão pagos, além os honorários sobre atrasados, também sobre os valores recebidos durante os 12 (doze) meses seguintes. Nas ações que não visem qualquer recebimento em espécie, os honorários serão os constantes da tabela da OAB do Estado onde for ajuizada a Ação. Assim, fica configurado CONTRATO DE ADESÃO, formalizado, para qualquer eventualidade futura.

Parnamirim,

*Rosilda da Paz dos Santos*

OUTORGANTE

Rua Edgar Dantas, nº 454, "C", Santos Reis, Parnamirim/RN, CEP – 59.076-000.  
Email: bcitamaia@hotmail.com





Ministério  
da  
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

|                                                                       |                    |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE                                        | 2- CNES            |
| 3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br>HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA | 4- CNES<br>3515168 |

Identificação do Paciente

|                                                               |                                     |                                             |              |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|
| 5- PACIENTE<br>ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS                      |                                     | 6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO<br>141983           |              |
| 7- CARTÃO NACIONAL/SUS<br>708 0048 7992 1025                  | 8- DATA DE NASCIMENTO<br>18.02.1985 | 9- SEXO<br>MASCULINO ( ) FEMININO (X)       | 10- RAÇA/COR |
| 11- NOME DA MÃE<br>FRANCISCA DA PAZ DOS SANTOS                |                                     | 12- TELEFONE DE CONTATO                     |              |
| 13- NOME DO RESPONSÁVEL<br>GENILZA DA PAZ DOS SANTOS - (IRMÃ) |                                     | 14- TELEFONE DE CONTATO<br>(84) 9-9921-9417 |              |
| 15- ENDEREÇO (RUA, Nº)<br>RUA JOAO PAULO II, 1380             |                                     |                                             |              |
| 16- MUNICÍPIO<br>NATAL                                        | 17- BAIRRO<br>N.S. APRESENTAÇÃO     | 18- UF<br>RN                                | 19- CEP      |

Justificativa de Internação

|                                                                                                          |                               |                    |                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------|------------------------------|
| 20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br>fratura de fíbula distal @                                  |                               |                    |                              |
| 21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br>tratamento cirúrgico                                        |                               |                    |                              |
| 22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)<br>Exame físico + RX |                               |                    |                              |
| 23- DIAGNÓSTICO INICIAL                                                                                  | 24- CID 10 PRINCIPAL<br>S82.3 | 25- CID 10 SECUND. | 26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |

Procedimento Solicitado

|                                                                          |                                       |                                                                                                    |                                              |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br>rx cirúrgico fíbula distal   |                                       | 28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO<br>0408050500                                                           |                                              |
| 29- CLÍNICA<br>Ortopedia                                                 | 30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO<br>URB      | 31- DOCUMENTO<br>( ) CNS ( ) CPF                                                                   | 32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE |
| 33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE<br>Fábio Ferreira Freire | 34- DATA DA SOLICITAÇÃO<br>30.10.2015 | 35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)<br>Fábio Ferreira Freire CRM 5504 TEOT 13187 |                                              |

Freencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

|                                                                                                                             |                        |                     |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------|-----------|
| 36- ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO                                                                                                | 39- CNPJ DA SEGURADORA | 40- Nº DO BILHETE   | 41- SÉRIE |
| 37- ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO                                                                                         | 42- CNPJ DA EMPRESA    | 43- CNAE DA EMPRESA | 44- CBOR  |
| 38- ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO                                                                                        |                        |                     |           |
| 45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA<br>( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO |                        |                     |           |

Autorização

|                                      |                                                       |                                                |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | 47- COD. ORGÃO EMISSOR                                | 52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |
| 48- DOCUMENTO<br>( ) CNS ( ) CPF     | 49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE          |                                                |
| 50- DATA DA AUTORIZAÇÃO              | 51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) |                                                |

CONFERE COM ORIGINAL

3754-0





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA - CNES 3515168  
PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 59 ORT

SERVIDOR RESPONSÁVEL (PSA) HDSF MATRÍCULA 979929 DATA 30/11/2015 HORA 18:45

DADOS DO PACIENTE

PACIENTE  
ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS

NACIONALIDADE DATA DE NASCIMENTO IDADE RELIGIÃO  
BRASILEIRA 18/02/1985 31

ESCOLARIDADE ESTADO CIVIL PROFISSÃO RAÇA/COR  
SOLTEIRA APOSENTADA FEMININ

NOME DA MÃE NOME DO PAI  
FRANCISCA DA PAZ DOS SANTOS

CPF RG ORG. EXP. UF RN CARTÃO DO SUS  
2.493.909 708 0048 7992 1025

ENDEREÇO COMPLEMENTO  
RUA JOAO PAULO II 1380 A

BAIRRO MUNICÍPIO UF CEP  
NOSSA SEN DA APRESENTAÇÃO NATAL RN 59114-150

RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE PARENTESCO TELEFONE  
9 9921-92

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FORMA DE ENCAMINHAMENTO MOTIVO  
( ) Regulado ( ) SAMU ( ) Demanda Espontânea

QUEIXA PRINCIPAL

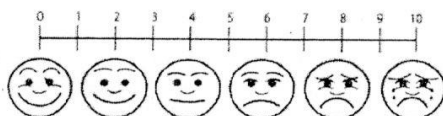
FLUXOGRAMA DESCRIMINADOR

DOENÇAS PREEEXISTENTES ALERGIAS

PESO: ALTURA: SSVV: FC: FR: T: SO2: PA: GLICEMIA:

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL COREN DATA HORA

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR:



PRIORIDADE

○ AZUL ● VERDE ○ AMARELO ○ LARANJA ○ VERMELHO

ACOLHIMENTO  
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- ☐ SALA VERMELHA  
☐ URGÊNCIA  
☐ ORTOPEDIA  
☐ CONSULTA MÉDICA  
☐ BUCOMAXILO  
☐ PEQUENA CIRURGIA  
☐ ACIDENTE DE TRABALHO  
☐ VIOLÊNCIA DOMÉSTICA  
☐ QUEDA  
☐ OUTROS

Abertura Ocular Espontânea  
A voz  
A dor  
Nenhuma

Resposta Verbal Orientada  
Confusa  
Palavras inapropriadas  
Palavras incompreensíveis  
Nenhuma

Resposta Motora Pede comandos  
Localiza dor  
Movimento de retirada  
Flexão anormal  
Extensão anormal  
Nenhuma

HISTÓRIA CLÍNICA

18 dias de febre de pouco

EXAME FÍSICO

CONFERE COM ORIGINAL  
3754-0  
Servidor





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

( ) Hemoconcentrado \_\_\_\_\_ Unid. ( ) Plasma \_\_\_\_\_ Unid. ( ) Plaquetas \_\_\_\_\_ Unid.  
( ) Albumina \_\_\_\_\_ Unid. ( ) Expansor plasmático \_\_\_\_\_ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_

HIDRATAÇÃO VENOSA

( ) Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml ( ) Soro Ringer Simples: \_\_\_\_\_ ml  
( ) Soro Glicosado: \_\_\_\_\_ ml ( ) Soro Ringer Lactato: \_\_\_\_\_ ml  
Quantidade total de volume administrado: \_\_\_\_\_

ANATOMO PATOLÓGICO

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

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

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

INTERCORRÊNCIAS: 09:35 REALIZADO PETIZADA DE FIXAÇÃO SEM INTERCORRÊNCIAS  
CIA PDE DEVE ADO CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Ass: LUCIANA Coren: 322-633

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: (X) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Narcose ( ) Coma ( ) Vigil ( ) Agitado  
Respiratório: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) O<sub>2</sub> ambiente Curativo: ( ) Oclusivo ( ) Compressivo ( ) Bolsa de colostomia ( ) Outro: \_\_\_\_\_  
Diurese: ( ) Espontânea ( ) Normal ( ) Hematúria ( ) Irrigação Vesical ( ) Oligúrico Destino após a cirurgia: 220

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

Hora: 09:40 Data: 04/12/15 Nível de consciência: (X) Acordado ( ) Sonolento ( ) Narcose ( ) Orientado  
( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Choro Vias aéreas: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) cânula de Guedel ( ) Cateter O<sub>2</sub> ( ) O<sub>2</sub> Ambiente  
Mobilização MMII: (X) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade Mobilização MMSS: ( ) Normal (X) Diminuída ( ) Sem mobilidade  
Venoclise: ( ) Não (X) Sim Tipo: DVP Local: MSR Sondas: ( ) Gástrica ( ) Enteral ( ) Vesical  
Drenos: ( ) Sucção ( ) Torácico ( ) Penrose ( ) Kherr Ostomias: ( ) Sim ( ) Não Especifique: \_\_\_\_\_  
Irrigação vesical contínua: ( ) Retorno satisfatório ( ) Retorno Insuficiente ( ) Coágulos  
Curativo: ( ) Oclusivo ( ) Descoberto ( ) Limpo ( ) Sujo Monitorização: ( ) ECG ( ) Oxímetro ( ) PA

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

SINAIS VITAIS

| Hora     | T°C | P | PA | FR | Sat.% | Dor |
|----------|-----|---|----|----|-------|-----|
| Admissão |     |   |    |    |       |     |
| 30'      |     |   |    |    |       |     |
| 60'      |     |   |    |    |       |     |
| Alta     |     |   |    |    |       |     |

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: \_\_\_\_\_ ml  
Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml  
Ringer: \_\_\_\_\_ ml  
Irrigação vesical contínua: \_\_\_\_\_ ml

CONFERE COM ORIGINAL

3754-0  
Servidor

Medicações administradas URPA:

| Hora | Medicação | Dose | Via | Assinatura |
|------|-----------|------|-----|------------|
|      |           |      |     |            |
|      |           |      |     |            |
|      |           |      |     |            |

Eliminações:

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: 09:55 - sem intercorrências encaminha da parte o R. elimina ortopédica.



## Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

|                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |             |             |             |                   |               |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------------|---------------|-----|
| Hospital                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |             | Enfermaria  | Leito             | Nº prontuário |     |
| Nome                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |             |             | Idade             | Sexo          | Cor |
| Data                                                                                                                                                                                                                                            | Pressão arterial | Pulso       | Respiração  | Temperatura | Peso              | Outros        |     |
| Tipo sanguíneo                                                                                                                                                                                                                                  | Hematias         | Hemoglobina | Hematócrito | Glicemia    | Ureia             |               |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | Urina            |             |             |             |                   |               |     |
| Ap. respiratório                                                                                                                                                                                                                                |                  |             |             |             | Asma              | Bronquite     |     |
| Ap. circulatório                                                                                                                                                                                                                                |                  |             |             |             | Eletrocardiograma |               |     |
| Ap. digestivo                                                                                                                                                                                                                                   |                  |             | Dentes      | Pescoço     | Ap. urinário      |               |     |
| Estado mental                                                                                                                                                                                                                                   |                  |             | Atarácicos  | Corticoides | Alergia           | Hipotensores  |     |
| Diagnóstico pré-operatório                                                                                                                                                                                                                      |                  |             |             |             | Estado físico     | Risco         |     |
| Anestesias anteriores                                                                                                                                                                                                                           |                  |             |             |             |                   |               |     |
| Medicação pré-anestésica                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |             | Aplicada às | Efeito            |               |     |
| Agentes Anestésicos                                                                                                                                                                                                                             | O <sub>2</sub>   |             |             |             |                   |               |     |
| Líquidos                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |             |             |                   |               |     |
| <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="margin-bottom: 10px;">Oper.</div> <div style="margin-bottom: 10px;">Anest.</div> <div style="margin-bottom: 10px;">O Resp.:</div> <div>Pulso</div> </div> | 260              |             |             |             |                   |               |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 250              |             |             |             |                   |               |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 240              |             |             |             |                   |               |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 230              |             |             |             |                   |               |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 220              |             |             |             |                   |               |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 210              |             |             |             |                   |               |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 200              |             |             |             |                   |               |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 190              |             |             |             |                   |               |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 180              |             |             |             |                   |               |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 170              |             |             |             |                   |               |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 160              |             |             |             |                   |               |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 150              |             |             |             |                   |               |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 140              |             |             |             |                   |               |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 130              |             |             |             |                   |               |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 120              |             |             |             |                   |               |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 110              |             |             |             |                   |               |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 100              |             |             |             |                   |               |     |
| 90                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |             |             |                   |               |     |
| 80                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |             |             |                   |               |     |
| 70                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |             |             |                   |               |     |
| 60                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |             |             |                   |               |     |
| 50                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |             |             |                   |               |     |
| 40                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |             |             |                   |               |     |
| 30                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |             |             |                   |               |     |
| 20                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |             |             |                   |               |     |
| 10                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |             |             |                   |               |     |
| SIMBOLOS                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |             |             |                   |               |     |
| E                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |             |             |                   |               |     |
| ANOTAÇÕES                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |             |             |                   |               |     |
| POSIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |             |             |                   |               |     |
| Agentes                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |             |             |                   |               |     |
| Técnica                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |             |             |                   |               |     |
| Operação                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |             |             |                   |               |     |
| Cirurgões                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |             |             |                   |               |     |
| Anestesistas                                                                                                                                                                                                                                    |                  |             |             |             |                   |               |     |

CONFERE COM ORIGINAL  
3754-0  
Servidor



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- ① Deciduous forest not affected much, forest remains
- ② Spruce & Fir
- ③ Spruce large quantities
- ④ In some not a trace, some per plants, medium  
the forest, forest also, Spruce plants DCP forest 9 per  
percentage of forest 4.5 in, large 50, 0% 0.22
- ⑤ Spruce forest still in forest area
- ⑥ Forest per plants
- ⑦ Forest
- ⑧ Forest per forest
- ⑨ per ④, 50% MID

~~Dr. Mario Gomez Ar. Aguado  
Ortopedia e traumatologia  
Cel. 11-222-11739~~

CONFERE COM ORIGINAL  
NO 3754-C  
Servidor



# Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

|                                                    |                                                                              |                   |                 |                     |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------|---------------------|
| Hospital <b>DML</b>                                |                                                                              | Enfermaria        | Leito           | Nº prontuário       |
| Nome <b>Rosilda Paz dos Santos</b>                 |                                                                              |                   |                 |                     |
| Data <b>09/12/2015</b>                             | Pressão arterial <b>120/90</b>                                               | Pulso <b>90</b>   | Idade <b>30</b> | Sexo <b>F</b>       |
| Tipo sanguíneo                                     | Hematias                                                                     | Hemoglobina       | Hematócrito     | Glicemia            |
|                                                    | Urina                                                                        |                   |                 | Peso <b>76,0 kg</b> |
| Ap. respiratório <b>N</b>                          |                                                                              | Outros            |                 |                     |
| Ap. circulatório <b>N</b>                          |                                                                              | Asma              |                 |                     |
| Ap. digestivo <b>N</b>                             |                                                                              | Bronquite         |                 |                     |
| Estado mental <b>lúcida</b>                        |                                                                              | Eletrocardiograma |                 |                     |
| Diagnóstico pré-operatório <b>Fratura de tíbia</b> |                                                                              | Ap. urinário      |                 |                     |
| Anestesias anteriores                              |                                                                              | Atarácicos        |                 |                     |
| Medicação pré-anestésica                           |                                                                              | Corticoides       |                 |                     |
|                                                    |                                                                              | Alergia           |                 |                     |
|                                                    |                                                                              | Hipotensão        |                 |                     |
|                                                    |                                                                              | Estado físico     |                 |                     |
|                                                    |                                                                              | Risco             |                 |                     |
|                                                    |                                                                              | Aplicada às       |                 |                     |
|                                                    |                                                                              | Efeito            |                 |                     |
| Agentes Anestésicos                                |                                                                              |                   |                 |                     |
| Líquidos                                           | <b>500ml</b>                                                                 |                   |                 |                     |
| Oper.                                              |                                                                              |                   |                 |                     |
| Anest.                                             |                                                                              |                   |                 |                     |
| O Resp.                                            |                                                                              |                   |                 |                     |
| P Pulso                                            |                                                                              |                   |                 |                     |
| SIMBOLOS                                           | ECG                                                                          |                   |                 |                     |
| E                                                  | PANI-                                                                        |                   |                 |                     |
| ANOTAÇÕES                                          | 802-                                                                         |                   |                 |                     |
| POSIÇÃO                                            | 01                                                                           |                   |                 |                     |
| Agentes                                            | Propofol 0,5% 0,5mg + fentanyl 0,1mg + letrazolinia 0,2g + Dexametasona 10mg |                   |                 |                     |
| Técnica                                            | Raqui-anestésica                                                             |                   |                 |                     |
| Operação                                           | + curativo fnt de tíbia                                                      |                   |                 |                     |
| Cirurgiões                                         | Rogerio + Alípio                                                             |                   |                 |                     |
| Anestesistas                                       | Valle Rosa Maria P. Valle                                                    |                   |                 |                     |
| Observações                                        | Médica Anestesiologista                                                      |                   |                 |                     |





|                                                               |                   |               |                |
|---------------------------------------------------------------|-------------------|---------------|----------------|
| Hospital                                                      |                   | Nº prontuário |                |
| Nome do paciente<br><i>Resilda da Paz dos Santos</i>          |                   |               |                |
| Data operação<br><i>04/11/15</i>                              | Enx               | 1º auxiliar   | Leito          |
| Operador<br><i>Dr. Jean</i>                                   | 3º auxiliar       |               | Instrumentador |
| 2º auxiliar                                                   | Tipo de anestesia |               |                |
| Anestesista<br><i>Dr. Adelar</i>                              |                   |               |                |
| Diagnóstico pré-operatório                                    |                   |               |                |
| Tipo de operação<br><i>fratura das costelas da caixa A</i>    |                   |               |                |
| Diagnóstico pós-operatório<br><i>Retirada de fixador exte</i> |                   |               |                |
| 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 - vicer

1. Anestesia
2. Anestesia + campos
3. Retirada de fixador externo
4. anaf... - Lala

*Rogério Santos*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 1226 - SBO 1341





## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Rosilda do Vaz dos Santos Idade: 30 D/N: 18/02/1985  
Pront.: 141983 Município: Natal Procedência: ( ) Interno ( ) Externo  
Data da cirurgia: 04/10/2015 Hora Admissão: Bloco: 07:30 Sala: 1 Hora Saída: 1 Peso: 70  
Alergias: 64 Não ( ) Sim Comorbidades: ( ) HAS ( ) DM ( ) Outras neoplasia  
Uso de medicações: ( ) Não ( ) Sim Insulina Jejum: ( ) Não ( ) Sim 18h  
SSVV Admissão: PA: 120/80 mmHg Pulso: 72 bpm FI: 100 rpm FC: 100 bpm SpO<sub>2</sub>: 98 % T: 36 °C  
Enfermeiro(a): Gylmaria Instrumentado (a): LUCIANA + MAGLIA Circulante: LUCIANA + MAGLIA

Cirurgia: CECISADA DE FIVANDES Especialidade: Ortopedia Sala: 01  
Hora Início: 09:10 Hora Término: 09:35 Tipo de cirurgia: ( ) Eletiva ( ) Urgência ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada  
1º Cirurgião: Dr. JOAO Aux.: Dr. JOAO Residente: Dr. JOAO  
Anestesia: ( ) Local ( ) Sedação ( ) Geral TOT: 10:00 ( ) Bloqueio ( ) Raquidiana Ag.º 10:00 ( ) Peridural ( ) c/cateter ( ) s/cateter  
Ag.º 10:00 Cateter nº: 10:00 Início: 10:00 Garrote: ( ) Smarch ( ) Pneumático Início: 10:00 Término: 10:00  
Anestesiologista: Dr. JOAO

| NEUROMUSCULAR                                  | PELE/HIGIENE                                    | CARDIOVASCULAR/<br>RESPIRATÓRIO                     | DISPOSITIVOS                               | MONITORIZAÇÃO                           |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Consciente | <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada | <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão     | <input checked="" type="checkbox"/> Jelco  | <input checked="" type="checkbox"/> ECG |
| <input type="checkbox"/> Letárgico             | <input type="checkbox"/> Hipocorada             | <input type="checkbox"/> Hipotensão                 | <input type="checkbox"/> Acesso V. Central | <input type="checkbox"/> Oximetria      |
| <input type="checkbox"/> Coma                  | <input type="checkbox"/> Cianótica              | <input type="checkbox"/> Hipertensão                | <input type="checkbox"/> Cat. Diálise      | <input type="checkbox"/> Capnógrafo     |
| <input type="checkbox"/> Orientado             | <input type="checkbox"/> Ictérica               | <input type="checkbox"/> Normocárdico               | <input type="checkbox"/> Fístula           | <input 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 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 type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica     | <input type="checkbox"/> Eupnéia                    | <input type="checkbox"/> Cistostomia       |                                         |
| <input 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 <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> Aparelho gessado  |                                         |
| <input type="checkbox"/> Tetraplégico          | <input type="checkbox"/> Manchas                |                                                     | <input type="checkbox"/> Tração            |                                         |
| <input type="checkbox"/> Amputações            | <input type="checkbox"/> S/Tricotomia           |                                                     | <input type="checkbox"/> Talas             |                                         |

| SINAIS VITAIS | Início | Meio   | Fim    | Unid. |
|---------------|--------|--------|--------|-------|
| FC            | 62     | 70     | 72     | Bpm   |
| Pulso         | 63     | 71     | 72     | Bpm   |
| Oximetria     | 98     | 98     | 98     | %     |
| Capnografia   | -      | -      | -      | %     |
| PA            | 130/82 | 130/73 | 130/73 | mmHg  |

ACESSO VENOSO

☒ Punção Arterial

☒ Punção Venosa Periférica veio

☐ Punção Venosa Central

☐ Dissecção venosa

Local: M. GE

Cateter: 10:00

SONDAGEM GÁSTRICA

☐ SNG nº

Retorno: 10:00

CATERETERISMO VESICAL

☐ SVF nº

☐ SVA nº

Diurese: 10:00

Profissional responsável: 10:00

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Hemograma ( ) Gasometria

( ) Coagulograma ( ) Outros

( ) Tipagem Sanguínea ( ) Glicosimetria

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

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

( ) Sim ( ) Não ( ) Metal ( ) Descartável

Local: 10:00

DEGRMAÇÃO

( ) Sim ( ) Não

Local: 10:00

Solução: 10:00

IMPLANTE CIRÚRGICO

Drenos: 10:00

Tela: 10:00

Cateter: 10:00

Ostomia: 10:00

Fio de KC: 10:00

Placa - Tipo: 10:00

Outros: 10:00

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO

Caixa cirúrgica: 10:00 Quant. Material: 10:00

Val.: 10:00 Contagem de gaze e compressa: ( ) Não ( ) Sim



☐ LABORATORIAL

☐ RADIOLÓGICO

☐ ECO

☐ TOMOGRAFIA

☐ USG

☐ OUTROS

### EXAMES COMPLEMENTARES

☐ CLÍNICA MÉDICA

☐ CLÍNICA OBSTÉTRICA

☐ CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

☐ CLÍNICA GERAL

☐ CLÍNICA ORTOPÉDICA

☐ UTI

☐ PEDIATRIA / NEO

☐ OUTROS

### CONDUTA MÉDICA PARA REGULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO - NIR

### DIAGNÓSTICO

### CONDUTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA

### ABERTURA DE HORÁRIO / CHECAGEM

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

|                                    |  |                   |  |                |  |                    |  |
|------------------------------------|--|-------------------|--|----------------|--|--------------------|--|
| ORTOPEDIA                          |  | CLINICA CIRURGICA |  | CLINICA MEDICA |  | CLINICA PEDIATRICA |  |
| ENFERMARIA Nº                      |  | LEITO             |  | PRONTUÁRIO     |  |                    |  |
| DATA                               |  | HORA              |  | CATEGORIA      |  | CIH                |  |
| 30/11/2015                         |  | 19:29             |  |                |  | 141983             |  |
| PACIENTE                           |  |                   |  |                |  | DATA DE NASCIMENTO |  |
| ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS          |  |                   |  |                |  | 18.02.1985         |  |
| ESTADO CIVIL                       |  |                   |  | PROFISSÃO      |  |                    |  |
| SOLTEIRA                           |  |                   |  | APOSENTADA     |  |                    |  |
| ENDEREÇO (RUA, Nº)                 |  |                   |  |                |  |                    |  |
| RUA JOAO PAULO II, 1380            |  |                   |  |                |  |                    |  |
| MUNICÍPIO                          |  | BAIRRO            |  | UF             |  | CEP                |  |
| NATAL                              |  | N.S. APRESENTAÇÃO |  | RN             |  |                    |  |
| LOCAL DE TRABALHO                  |  |                   |  |                |  | TELEFONE           |  |
|                                    |  |                   |  |                |  |                    |  |
| FILIAÇÃO                           |  |                   |  |                |  |                    |  |
| FRANCISCA DA PAZ DOS SANTOS        |  |                   |  |                |  |                    |  |
| RESPONSÁVEL                        |  |                   |  |                |  | TELEFONE           |  |
| GENILZA DA PAZ DOS SANTOS - (IRMÃ) |  |                   |  |                |  | (84) 9-9921-9417   |  |
| ENDEREÇO                           |  |                   |  |                |  |                    |  |
| O MESMO                            |  |                   |  |                |  |                    |  |
| DIAGNÓSTICO PREVISÓRIO             |  |                   |  |                |  |                    |  |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO             |  |                   |  |                |  |                    |  |
| DATA DE ADMISSÃO                   |  | ALTA 11/12/15     |  |                |  | ÓBITO              |  |

HISTÓRIA CLÍNICA

3 semanas de dor de perna @  
em uso de fixador externo transcutâneo  
em tibia distal @

Admitido p/ trat cirúrgico definitivo

30/11/15

Dr. Fabio F. Freire  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 5804 - TEOT 13187

Larissa Prosser

Dr. Carlos Magno P. de Carmo  
Ortopedista - Traumatologista  
Perito em Traumatologia  
CRM 2106 - TEOT 5981  
CPF: 188.804.804-44

CONFERE COM ORIGINAL





Prefeitura Municipal do Natal

A nossa cidade

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SAMU 192 NATAL

### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS** foi vítima de atropelamento por moto no dia 05/11/2015, aproximadamente às 21h04min, na Avenida Santarém, Nossa Senhora da Apresentação, nesta Cidade. Tendo sido atendida pelo SAMU 192 Natal, **sob nº de ocorrência 68789/1** onde foram realizados os procedimentos de praxe pela equipe de plantão e removida para o Hospital Walfredo Gurgel.

Natal, 08 de Dezembro de 2015.

  
**José Machado Júnior**  
Coordenador de Enfermagem do SAMU 192 Natal  
COREN - RN 91.991  
Matrícula 43.899-5

ALFREDO GALVÃO DA SILVA JÚNIOR  
Coord. Administrativo SAMU 192 Natal  
Matrícula: 44.986-5

Rua Potiguares, 300 Dix Sept Rosado Natal/RN CEP 59054-280



07/12/2015

samunatal.no-ip.org/SSONatal/\_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=68789&Digito=1&ReadOnly=1

## FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: **68789/1**

Data: **05/11/2015**

### CHAMADO

**TARM:** BLENA RAYOMARA ARGEMIRO DA SILVA

**Rádio Operador:** SERGIANO ELIAS FARIAS

**Equipe Enfermagem Cena:**

**VTR:** USB 18 (CENTRAL)

**Médico Regulação:** ADSON JOSÉ MARTINS VALE

**Médico Cena:** PÉRICLES DE SOUSA CARDOSO

**Usuário Pós-Cena:**

**Equipe VTR:** FRANCISCO MEDEIROS DE ANDRADE - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA  
JOÃO BATISTA AUGUSTO DE LIMA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

☒ Regulação Médica ☐ Trote ☐ Informação ☐ Engano ☐ Queda da ligação ☐ Sem Médico ☐ Transf./Internação ☐ Eletivo

**Cidade:** NATAL

**Nome do Solicitante:** EVERTON

**Telefone:** (84) 98715-5827

**Nome do Paciente:**

**ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS**

**Idade: \***

**30** ANO(S)

**Sexo: \***

**FEMININO**

☐ Endereço não informado

☐ Coordenadas Informadas

**Latitude:** -5.7541493 **Longitude:** -35.2724733

**Endereço:** AVENIDA SANTARÉM

**Nº:** VP

**Bairro:** NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO

**Outro Bairro:**

**Referência/Complemento:** VALE DOURADO / NA ESQUINA DO SUPERMERCADO FAVORITO

**Unidade de Destino Transferência:** HOSPITAL WALFREDO GURGEL

**Queixa Paciente:** ATROPELAMENTO POR MOTO

**Quem Solicitou:** Transeunte

**Distância do paciente:** Com o Paciente

**Local:** Via Pública

**Histórico Regulação Médica:**

05/11/2015 21:05:55 - **Dr(a). ADSON JOSÉ MARTINS VALE**

**APH:** TRAUMA / **HD:** ATROPELAMENTO POR MOTO

**REGULAÇÃO:** 01 VÍTIMA, CONSCIENTE, RESPIRA NORMAL.

**AÇÃO COM INTERVENÇÃO:** USB

**PRIORIDADE:** VERMELHO

**CÓDIGO DE DESLOCAMENTO:** CÓDIGO 3

**POSSUI CONVÊNIO MÉDICO:** NÃO INFORMADO

**Apoio:**



### OBSERVAÇÕES

**Data:** 05/11/2015 21:42:48 **Usuário:** (RADIO OPERADOR) SERGIANO ELIAS FARIAS

**Observação:** USB QND SEGUIA A SIRENE PAROU DE FUNCIONAR-21H28.



Assinado eletronicamente por: LARISSA DE OLIVEIRA MAIA - 19/02/2020 09:15:27

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021909152675100000051619123>

Número do documento: 20021909152675100000051619123

F:

Recebido por:

☐ Vaga Negada

Motivo da entrada:



☐ Vaga Zero

#### PERTENCES

Nome receptor:

Descrição dos pertences:

Cargo receptor:

Local deixado pertences:

Data:

\_\_/\_\_/\_\_

#### HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:  
05/11/2015  
21:04:31

Saída Local:  
05/11/2015  
22:19:03

Regulação Médica:  
05/11/2015  
21:05:55

Chegada Destino:  
05/11/2015  
22:45:35

Solicitação VTR:  
05/11/2015  
21:18:53

Liberação Destino:  
05/11/2015  
23:41:34

Saída VTR:  
05/11/2015  
21:19:40

Liberação VTR:  
05/11/2015  
23:41:35

Chegada Local:  
05/11/2015  
21:45:07



Processo nº 0806205-17.2020.8.20.5001

Auto: ROSILDA DA PAZ DOS SANTOS

Réu: PORTO SEGURO S/A

### DECISÃO

Considerando o preenchimento dos requisitos objetivos e subjetivos da petição inicial, bem como o atendimento às condições da ação, não sendo caso de improcedência liminar do pedido, recebo a inicial.

Haja vista a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC/15), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

Consoante preconiza o Enunciado n.º 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139, VI, do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”.

Com efeito, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15(quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.



Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 10(dez) dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Havendo interesse de pessoa incapaz(CPC, art. 178, II), dê-vista ao Representante do Ministério Público, pelo prazo de 05(cinco) dias.

P. I. Cumpra-se.

Natal/RN, 19 de fevereiro de 2020

ANDRÉA RÉGIA LEITE DE HOLANDA MACÊDO HERONILDES  
Juíza de Direito em Substituição Legal

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

