



Número: **0847428-52.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **18/12/2018**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ALEXANDRE NASCIMENTO DA SILVA (AUTOR)	JONATAS NEVES MARINHO DA COSTA (ADVOGADO)
PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12706 161	11/10/2017 18:15	BO	Outros documentos
12706 165	11/10/2017 18:15	DECLARAÇÃO FINANCEIRA	Outros documentos
12706 168	11/10/2017 18:15	PROCURAÇÃO	Outros documentos
12706 173	11/10/2017 18:15	RG	Outros documentos
12706 177	11/10/2017 18:15	Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo	Outros documentos
12706 243	11/10/2017 18:15	DOCUMENTOS MEDICOS-ilovepdf-compressed 1	Outros documentos
12706 268	11/10/2017 18:15	DOCUMENTOS MEDICOS-ilovepdf-compressed 211	Outros documentos
12706 301	11/10/2017 18:15	DOCUMENTOS MEDICOS-ilovepdf-compressed 21	Outros documentos



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 1ª DELEGACIA MUNICIPAL DE PARNAMIRIM
Endereço: RUA EDGAR DANTAS, 1660, SANTOS REIS, PARNAMIRIM

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2017023002441
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO
1.2 Data de Expedição: 19/05/2017 11.06.58
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 19/07/2016 20.00.00
2.3 Fato: Consumado
2.4 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.8 Número: S/N
2.10 Complemento:
2.12 Bairro: PASSAGEM DE AREIA
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
2.2 Autoria: Desconhecida
2.4 Flagrante: Não
2.7 Logradouro: NA RUA CANADA COM A RUA MARIA T. ABEL GALVÃO
2.9 CEP:
2.11 Ponto de Referência:
2.13 Cidade: PARNAMIRIM

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: ALEXANDRE NASCIMENTO DA SILVA
3.3 Etnia: Parda
3.5 Mãe: CLEGIA MARIA DO NASCIMENTO
3.7 Sexo: MASCULINO
3.9 CPF: 70780865464
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: ESTUDANTE
3.15 Telefone(s): 84 36318829
3.17 Número: 45
3.19 Bairro: ZONA RUAL DE MACAIBA
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.4 Pai: SILVANALDO ALEXANDRE DA SILVA
3.6 Data de Nascimento: 21/01/1998
3.8 RG: 003429638 - ITEP/RN
3.10 Passaporte:
3.12 Naturalidade: SANTO ANTONIO - RN
3.14 E-Mail:
3.16 Logradouro: RUA ASSENTAMENTO MARGARIDA ALVES
3.18 CEP:
3.20 Cidade: MACAIBA

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS VÍTIMAS)

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não
7.1.3 Chassi:
7.1.5 Placa: OWET282
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.9 Ano do Modelo: 2015
7.1.11 Cor do veículo: PRETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: FRANCISCO DAS CHAGAS BATISTA
7.1.17 Nome do condutor:
7.1.18 Observações:
7.1.2 Seguradora:
7.1.4 Renavam:
7.1.6 Estado:
7.1.8 Modelo: NXR160 BROS ESDD
7.1.10 Ano de Fabricação: 2014
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.14 Número do Motor:
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL, PARA INFORMAR QUE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, QUE O DECLARANTE TRANSITAVA NA RUA CANADÁ COM A RUA MARIA T. ABEL GALVÃO NO BAIRRO DE PASSAGEM DE AREIA, NA SUA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/NXR160 BROS ESDD, DE COR PRETA - PLACA: OWET282 EM NOME DE FRANCISCO DAS CHAGAS BATISTA, QUANDO FOI COLIDIDO POR UM VEÍCULO DE MARCA PALIO QUE NÃO SABE INFORMAR A PLACA, QUE O DECLARANTE COM A COLISÃO FICOU CAÍDO E SENDO SOCORRIDO POR UMA VIATURA DA SAMU PARA O HOSPITAL WALFREDO GURGEL, CONFORMAR DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA PELO DECLARANTE.

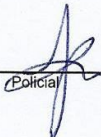
9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS

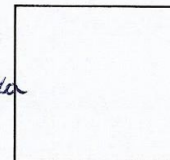
Data do Complemento: 16/06/2017
Usuário: 1691805 - JOSE RICARDO DE OLIVEIRA
Complemento: onde se ler 19/07/2016 ler-se 10/06/2016 conforme documentação apresentada do boletim de atendimento de urgência de nº 184737 do hospital walfredo gurgel

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data 19/05/2017 11.06.58


Policial


Interessado



Atendimento: 1691805 - JOSE RICARDO DE OLIVEIRA
Impresso por: 1691805 - JOSE RICARDO DE OLIVEIRA em 16/06/2017 10:41:56

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

J2017023002441

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Declaro para todos os fins e efeitos que, no momento, não disponho de recursos econômicos para custear quaisquer despesas processuais tanto de custas processuais, depósito recursal e honorários sem prejuízo do meu sustento e da minha família, posto que encontro-me desprovido de recursos para tal desiderato nos termos do Art. 1º da lei 7.115/83 de 29 de Agosto de 1983, da lei 1.060/50 e legislação pertinente, responsabilizando-me pelos termos dessa declaração.

Sendo a expressão da verdade, firmo a presente declaração, sob as penas da lei.

Natal, 05 de Setembro de 20 14

Alexandre Norcimento da Silva

AUTOR: Alexandre Norcimento da Silva

CPF: 404.808.654.64

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Alexandre Nascimento da Silva, portador(a) da
cédula de identidade RG 003.429.638, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº.
407.808.654.64, residente e domiciliado (a) no endereço
Rua Assentamento Mangarida Alves, 45
Zona Rural. Macaíba RN;

OUTORGADO: JONATAS NEVES MARINHO DA COSTA, RG 07010121 37, CPF:
816.001.435-04, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/BA sob o nº
25.893, com endereços profissionais na Av. Almirante Alexandrino de Alencar,
nº. 750, Alecrim, CEP 59031-350, Natal - Rio Grande do Norte.

PODERES: Para o foro em geral e repartições públicas, na forma do art. 38 do Código de
Processo Civil e art. 5º, § 2º, da Lei nº 8906, de 4 de julho de 1994, com cláusula "ad extra" e
"ad judicium", bem como PODERES ESPECÍFICOS para: receber citação, confessar, reconhecer
a procedência do pedido, transigir, desistir, receber valores e alvarás, receber, sacar e
endossar cheques nominativos, dar quitação, celebrar acordos e firmar compromisso,
podendo praticar atos em qualquer juízo ou fora dele, em qualquer instância ou tribunal,
inclusive repartições públicas administrativas e municipais, estaduais e federais como autor
ou réu, em conjunto ou isoladamente, independentemente da ordem de nomeação,
podendo ainda substabelecer esta, com ou sem iguais poderes e tudo mais praticar para o
fiel cumprimento deste mandato por prazo indeterminado.

Natal, 05 de Setembro de 2014.

Alexandre Nascimento da Silva

OUTORGANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



Alexandre Nascimento da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 003.429.658 DATA DE EXPEDIÇÃO 27/01/2014

NOME **ALEXANDRE NASCIMENTO DA SILVA**

FILIAÇÃO **SILVANALDO ALEXANDRE DA SILVA
CLEGIA MARIA DO NASCIMENTO**

NATURALIDADE **SANTO ANTONIO - RN** DATA DE NASCIMENTO **21/01/1998**

BOC. ORIGEM **CERT. DE NASCIMENTO L-A011 F-202 RG-8320
BREJINHO RN-1 CARTORIO**

707.808.654-64

M. Filho
Diretor

Geordana

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
707.808.654-64

Nome
ALEXANDRE NASCIMENTO DA SILVA

Nascimento
21/01/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



(1)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170338893 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ALEXANDRE NASCIMENTO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO ALEXANDRE NASCIMENTO DA SILVA

CPF/CNPJ: 70780865464

Posição em 11-10-2017 17:24:29

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
21/08/2017	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)

Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 18/06/2016 17:04

Dados do Paciente

Paciente: **ALEXANDRE NASCIMENTO DA SILVA** Registro: 114907
Num. RG: **003429638** CPF: **707.808.654-64** Nascimento: **21/01/1998** 18 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **RUA ANITA ALVES MACIEL** N.: **2039** Bairro: **BELA PARNAMIRIM**
Cidade: **PARNAMIRIM** UF: **RN** CEP: **59150000** Fone: **84991203147**
Profissão: _____ Mãe: **CLEGIA MARIA DO NASCIMENTO**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **18/06/2016 17:29** Previsão saída: **20/06/2016 11:00** Atendente: **JAISIAK**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **160843082880005**
Médico: **Dr. RICARDO COSTA GOMES** CRM: **2161** **ENFERMARIA 110-A**

Dados do Responsável

Responsável: **CLEGIA MARIA DO NASCIMENTO** CPF: **915.144.364-34** RG: **001717856**
Parentesco: **MAE**

Termo de Responsabilidade

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora esta autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Assinatura: [] Paciente [X] Responsável

X Clegia Maria do Nascimento

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Ent. *18/06/16*
Marta

Observações
PACIENTE COM 2 RX - MEDICO NAO CIENTE



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@qualisnet.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 18/06/2016 17:34

Dados do Paciente

Paciente: **ALEXANDRE NASCIMENTO DA SILVA** Registro: 114907
Num. RG: 003429638 CPF: 707.808.654-64 Nascimento: 21/01/1998 18 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Solteiro(a)
Endereço: RUA ANITA ALVES MACIEL N.: 2039 Bairro: BELA PARNAMIRIM
Cidade: PARNAMIRIM UF: RN CEP: 59150000 Fone: 84991203147
Profissão: Mãe: CLEGIA MARIA DO NASCIMENTO

Dados do Internamento

Num. Internamento: 1 Entrada: 18/06/2016 17:29 Previsão saída: 20/06/2016 11:00 Atendente: JAISIAK
Convênio: SUS ESTADUAL Matrícula/CNS: 160843082880005
Médico: Dr. RICARDO COSTA GOMES CRM: 2161 **ENFERMARIA 110-A**

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

Data da Baixa: _____ No. de dias de hospitalização: _____ No. de US: _____

Doc. Apresentado: _____ Diagnostico Definitivo: _____

Procedencia: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatório sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratorios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinário e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Emi: _____



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 18/06/2016 17:34

Dados do Paciente

Paciente: **ALEXÂNDRE NASCIMENTO DA SILVA** Registro: 114907
Num. RG: 003429638 CPF: 707.808.654-64 Nascimento: 21/01/1998 18 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Solteiro(a)
Endereço: RUA ANITA ALVES MACIEL N.: 2039 Bairro: BELA PARNAMIRIM
Cidade: PARNAMIRIM UF: RN CEP: 59150000 Fone: 84991203147
Profissão: Mãe: CLEGIA MARIA DO NASCIMENTO

Dados do Internamento

Num. Internamento: 1 Entrada: 18/06/2016 17:29 Previsão saída: 20/06/2016 11:00 Atendente: JAISIAK
Convênio: SUS ESTADUAL Matrícula/CNS: 160843082880005
Médico: Dr. RICARDO COSTA GOMES CRM: 2161 **ENFERMARIA 110-A**

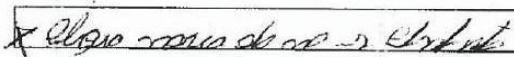
Dados do Responsável

Responsável: CLEGIA MARIA DO NASCIMENTO CPF: 915.144.364-34 RG: 001717856
Parentesco: MAE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

- Autorizo o(a) Dr. RICARDO COSTA GOMES a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: S8557 TRATAMENTO CIRURGICO DE ERATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (CO
- O(A) Dr. RICARDO COSTA GOMES, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
- Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização.
Preenchido pelo responsável do paciente



Assinatura: [] Paciente [] Responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, seus benefícios, riscos e suas alternativas, respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável compreendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. RICARDO COSTA GOMES - CRM 2161

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em [] de [] de [] de []

MedicWare

Página 1

CONSULTAS->AIH GERADA

Código 169637012

N. AIH 241610044838-8

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MONSENHOR WALTREDO GURGEL
Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 -- TIROL
Município Regulador NATAL
Data de Solicitação 18.06.2016 - 13:44:02
Data de Autorização 20/06/2016 - 10:50:30
Data de Reserva 20.06.2016
Data de Internação 21.06.2016
Data Prevista de Alta 24.06.2016
Data de Alta 24/06/2016 - 09:04:29
Motivo da Alta 1.2 ALTA MELHORADO

CNES:
2653923
CNES:
2408252
Município
NATAL
Operador 84687940315GEORGIA
Operador 63721392434CRISTIANA
Operador PATRIC
Operador PATRIC

DADOS DO PACIENTE

CNS
160843082880005
Nome do Paciente
ALEXANDRE NASCIMENTO DA SILVA
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
21/01/1998 (18 anos)
Nome da Mãe:
GLEGIA MARIA DO NASCIMENTO
Tipo Logradouro:
RUA
Número:
45
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):
(84) 9177-4302 (Exibir Lista Detalhada)
Nome do Responsável
NAO INFORMADO

Nome Social/Apelido:

Raça:
AMARELA
Tipo Sanguíneo:

Naturalidade:
SANTO ANTONIO - RN
Logradouro: LAGOA DO SITIO
Complemento:
Bairro: RURAL
CEP: 59280000
Município de Residência: MACAIBA
UF: RN

Telefone do Responsável
991203147

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:
00756668476
CPF do Médico Executante:
24292613400
Diagnóstico Inicial - CID:
FRATURAS DE OUTRAS PARTES DO FEMUR - S728
Classificação de Risco
VERMELHO - emergência, necessidade de atendimento imediato.
Caráter
11 - Urgência
Clínica:
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR (SINTESE)

Nome do Médico Solicitante: LEONARDO DOS SANTOS CORRÊA
Status da Solicitação: APROVADO
Nome do Médico Executante: RICARDO COSTA GOMES

OBSERVAÇÕES GERAIS

Obs feita em 20/06/2016 - 10:50:30 por: 63721392434CRISTIANA
vaga liberada no dia 18 de junho de 2016 pelo Memorial

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
PACIENTE COM FRATURA DO FEMUR
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
SEMIOLOGIA + RX

Clínica Complementar:
Nenhuma
Código: 040805789
HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 879
59101-590 Natal / RN
Confere com original
Em: 20/06/2016
Patric

CONSULTAS->AIM GERADA

Código 169637012

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL
Município Regulador NATAL
Data de Solicitação 18.06.2016 - 13:44:02
Data de Autorização 18/06/2016 - 14:34:06
Data de Reserva 18.06.2016
Data Prevista de Alta 21.06.2016

CNES:
2653923
CNES:
2408252
Município
NATAL
Operador 84687940315GEORGIA
Operador 63721392434CRISTIANA

CNS
160843082880005
Nome do Paciente
ALEXANDRE NASCIMENTO DA SILVA
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
21/01/1998 (18 anos)
Nome da Mãe:
GLECIA MARIA DO NASCIMENTO
Tipo Logradouro:
RUA
Número:
45
Pais de Residência:
BRASIL
Telefone(s):
(84) 9177-4302 (Exibir Lista Detalhada)
Nome do Responsável
NAO INFORMADO

Nome Social/Apelido:

Raça:
AMARELA
Tipo Sanguíneo:

Naturalidade:
SANTO ANTONIO - RN

Logradouro: LAGOA DO SÍTIO
Bairro: RURAL
Município de Residência: MACAIBA
Complemento:
CEP: 59280000
UF: RN

Telefone do Responsável
991203147

CPF do Médico Solicitante:
00756668476

Nome do Médico Solicitante: LEONARDO DOS SANTOS CORREIA
Status da Solicitação: APROVADO

Diagnóstico Inicial - CID:
FRATURAS DE OUTRAS PARTES DO FEMUR - S728
Classificação de Risco
VERMELHO - emergência, necessidade de atendimento imediato.
Caráter
II - Urgência

Clinica Complementar:

Nenhuma
Código:
0408050489

Clinica:
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR (SINTESE)

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em
[Assinatura]

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
PACIENTE COM FRATURA DO FEMUR
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
SEMILOGIA + RX
Condições que Justificam a Internação:
NECESSIDADE DE CIRURGIA



BLOCO CIRÚRGICO
BOLETIM DE SALA

Reg 114907 NOME: Alexandre Nascimento da Silva APTO:

Cirurgia Realizada: Tto cirúrgico de fratura diafisaria do fêmur D

DATA: 21/06/2016 INICIO: HS: MIN: TÉRMINO: HS: MIN:

Table with columns: EQUIPE, NOME, CIC/MF, CRM, CIRURGIA. Includes names like Dr EDUARDO LOPES and 2156.

- 1. Paciente em decúbito dorsal na mesa cirurgica 2. Assepsia e antissepsia 3. Campos operatórios 4. Redução e fixação com placa DCP reta larga de grandes fragmentos e parafusos corticais 5. Fechamento plano à plano.

Main table with columns: CÓD., DESCRIÇÃO, UNID., QUANT., CÓD., DESCRIÇÃO, UNID., QUANT., CÓD., DESCRIÇÃO, UNID., QUANT. Includes categories like MEDICAMENTOS, FIOS, and DESCARTÁVEL.

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 8191
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Contato original
Em 02/07/2016

Handwritten signature of Dr. Eduardo Lopes

CIRURGIAO: DR. EDUARDO LOPES CRM 2156 - RN
CIRCULANTE: Paulo Medeiros

RELATÓRIO ANESTESIA

I.S.D.A.

PRÉ-ANESTÉSICO:

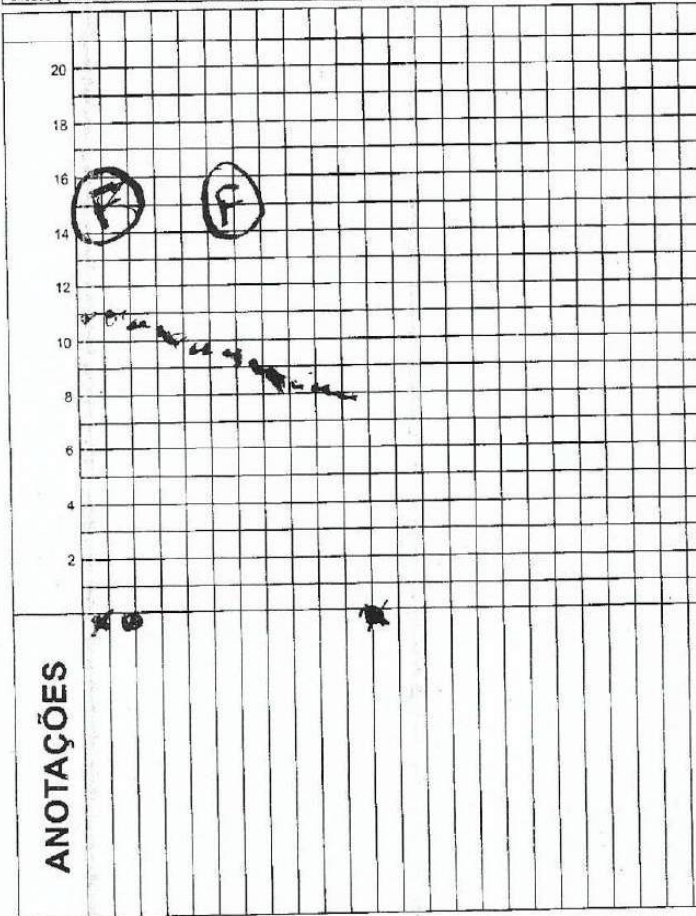
DROGAS:

TÉCNICA ANESTÉSICA:

Raqui-anestesia

DROGAS USADAS NA ANESTESIA

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
000150	Adrenalina	AMP		008818	Narcam	AMP					
026956	Água Bidestilada	AMP		007527	Plasil 10mg	AMP					
000942	Atropina 25	AMP		007858	Prostigmina	AMP					
002050	Cloreto de Potássio	AMP		005292	Kelalar	AMP					
001460	Cloreto de Sódio	AMP		003353	Quelicim 100mg	AMP					
016920	Dimorf 2mg	AMP		000040	Quelicim 500mg	AMP					
002115	Diprivan	AMP		003543	Rapifen	AMP					
002953	Dolanina	AMP		000974	Sevorane	ML					
003060	Dormionid 15mg	AMP		008449	Sol. Ringer Simples	FRS					
017076	Dormionid 5mg	AMP		026125	Sol. Fisiológica	FRS					
003071	Efedr. I	AMP		008740	Sol. Glicosado	FRS					
003511	Fentanil 2ml	AMP		008829	Sol. Ringer Lactado	FRS					
003780	Forane	ML		001002	Thienembutal	FRS					
017036	Halotano	ML		003913	Tracrium	AMP					
004695	Hyalomidate	AMP		009727	Valium	AMP					
002487	Inovel	AMP		001475	Xilocaina 1%	AMP					
010588	Laxat	AMP		008985	Xilocaina 2% s/A	AMP					
005897	Marcaina 0,5 c/A	AMP		010026	Xilocaina 2% c/A	AMP					
005894	Marcaina 0,5 s/A	AMP		010033	Xilocaina Pesada	AMP					
010595	Marcaina Pesada	AMP									



Interocepções

Neocaina Pesada - 01 ml
 Sono fisiológico - 1000 cc
 Teles B. - 01 ml
 Ce. Protóxido - 07 ml
 Sargene 15 - 01 ml
 Fentanil - 01 cc
 Polisorb - 01 ml

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Oxímetro	OK
Cardioscópio	OK
Capnógrafo	
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Oxigênio Líquido	3 l
Protóxido Líquido	

HOSPITAL MEMORIAL
 Av. Juvenal Lamarine, 6791
 Tirol 59.022-020 Natal / RN
 Confira com original
 Em: 20/06/16
Trueta

INÍCIO ANESTESIA: <u>16:00</u>	INÍCIO CIRURGIA:	DATA: <u>20/06/16</u>
FINAL CIRURGIA:	FINAL ANESTESIA: <u>17:20</u>	ANESTESIOLOGISTA: <u>Jonatas Neves Filho</u> CRM - 1183
		CRM: <u>2163</u>



Hospital Memorial de Natal

AV JUVENAL LAMARTINE 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3131-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

PROTÓCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 114907 IH: 1 Paciente: ALEXANDRE NASCIMENTO DA SILVA
Nascimento: 21/01/1998 (18 anos Internação: 18/06/2016 17:29:13 Leito: ENFERMARIA 110-A

ANTES DO ATO CIRÚRGICO 20/06/2016 17:25:00 COREN - 981845 - ANDRE LUIZ MIGUEL PEREIRA

Observações:

PACIENTE ADMITIDO NO CENTRO CIRÚRGICO DE PRÉ OPERATÓRIO DE fratura de femur. O MESMO
NEGA AM+DM+HAS PUNCIADO EM MSE COM JELCO N°18 VIAB: SF0.9%. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE
DE ENFERMAGEM.

Doença pré-existente:

Há reserva sanguínea: NÃO Prótese: NÃO Jóias: NÃO Membro e lado da cirurgia: nd

Exame laboratorial: SIM Histo Citologia: NÃO Raio X: PRE-SIM-QTD. 01

Alérgias (medicamentos, alimentos, etc.): NÃO

Assinatura Responsável

Curso Exames:

SINA 20/06/2016 17:25:00 COREN - 981845 - ANDRE LUIZ MIGUEL PEREIRA

Nível de consciência: CONSCIENTE OR. ESTADO. Oxigenoterapia: 02 AMBIENTE

Assesão venosa: SIM Diurese: SIM Pulso: NÃO Palidez: NÃO Sudorese: NÃO Tremores: NÃO

Hipotensão: NÃO Raio X de Controle: YAO

Medicação administrada:

Encaminhamento

PACIENTE ENCAMINHADO AO CENTRO DE PRÉ OPERATÓRIO DE FRATURA DE
FEMUR. EM 02 AMBIENTE. PUNÇÃO EM MSE DIURSE PRESENTE. REALIZAR RX DE
CONTROLE. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Assinatura Responsável

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em [assinatura]
[assinatura]



Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

EVOLUÇÃO ASSISTENTE SOCIAL

Dados do Paciente

Paciente: **ALEXANDRE NASCIMENTO DA SILVA** Registro: **114907** Num. Internação: **1**
Nascimento: **21/01/1998 18 anos** Data Internação: **18/06/2016 17:29:16**
Acompanhante: Parentesco:

Endereço para Correspondência:

Endereço:
Cidade : **BREJINHO**
Bairro :

Ocorrência:

DURANTE A VISITA DO SERVIÇO SOCIAL NA ENFERMARIA ESPECIFICA A ACOMPANHANTE INFORMOU QUE O PACIENTE FRATUROU O FÊMUR VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO HÁ ONZE DIAS.

Evolução do Prontuário:

X - Paciente/Acompanhante recebeu(ram) orientações a respeito das Normas Hospitalares.

Observações:

**PACIENTE/USUARIO SENDO ACOMPANHADO COM A MÃE - CLEGIA ACOMPANHANTE CIENTE ORIENTADA EM RELAÇÃO AS NORMAS HOSPITALARES, CONDUTA DO HOSPITAL, NÃO LIBERADO ALIMENTAÇÃO PARA O ACOMPANHANTE.
110-A**

CONDUTA HOSPITALAR

- Não sentar ou deitar na cama do paciente (risco de infecção hospitalar);
- O acompanhante/ou visitante não deve usar roupas impróprias (transparentes, justas, decotes e shorts). Procurar usar roupas confortáveis e adequadas ao espaço público;
- Não trazer ou deixar objetos de valores nas dependências das enfermarias, pois o hospital não se responsabiliza pela perda ou roubo destes;
- Não fumar nas dependências do hospital, haja visto o risco à saúde, medida esta amparada pela Lei Federal 9294/96;
- Não colocar objetos em cima do leito do paciente;
- Não é permitida a entrada de alimentos de fora nas enfermarias para impedir a proliferação de insetos e evitar a infecção hospitalar, a equipe de nutrição planeja uma alimentação adequada ao estado de saúde do paciente;
- Faça silêncio nas enfermarias. A tranquilidade no ambiente hospitalar é importante para a recuperação dos pacientes;
- É necessário lavar as mãos antes de entrar no quarto, antes e após prestar cuidados ao paciente e após o uso do sanitário;
- No caso de dúvidas em relação aos cuidados com o paciente (administração de medicamentos, troca de soro, curativos, etc) procurar a equipe de enfermagem;
- Para evitar riscos a saúde do paciente pedimos aos acompanhantes que permaneçam nas respectivas enfermarias. Portanto, evite circular nas enfermarias bem como saídas do hospital;

ADRIELY CRISTINA BATISTA DE LACERDA
CRAS - 4403

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em 18/06/2016
Qualificação

INÍCIO DE CIRURGIA: 08:00
CIRURGIÃO: D^o Leonardo
1º AUXILIAR: —
2º AUXILIAR: —
3º AUXILIAR: —
TIPO DE CIRURGIA: Tração transesquelética em MID.

TÉRMINO DE CIRURGIA: 08:15
SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO (x) N° DA SONDA: —
SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (x) N° DA SONDA: —
EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (x) RX: SIM () NÃO (x)
RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO (x) TIPO: —
RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (x) TIPO: —

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

OBSERVAÇÕES: Paciente admitido no CC proveniente da ortopedia. Chegou de maca consciente e orientado. Submetido a anestesia local, realizado debridamento + antissepsia de MID e realizado procedimento cirúrgico sem intercorrências. Colocado fêrula com 5kg em MID. Paciente encaminhado ao CRO, consciente, orientado e verbalizando.
Brenna Lucyely B. Marques
Téc. em Enfermagem
COREN-584170

Assinatura do (a) Enfermeiro(a) Brenna Lucyely B. Marques
Téc. em Enfermagem + Socorro
COREN-584170
Assinatura do Circulante
Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



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

BOLETIM
 OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Anderson A. de Souza Reg. N° _____
 Diagnóstico pré-operatório: Fr. Fech. 2
 Indicação terapêutica: _____
 Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: _____ Início: _____ Término: _____ Duração: _____
 Operador: Dr. Leonardo Costa CRM/CRO: _____
 1º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____
 2º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____
 Instrumentador: _____
 Anestesista: _____ CRM/CRO: _____

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- 1) Realizar a RTH sob anestesia
- 2) Redução RTH.
- 3) Praxia fechada RTH.
- 4) Realizar fixação transistival por via 2.
- 5) Curar.

Dr. Leonardo A. S. Costa
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgião de Mão
 TEOT: 10314

11006116

CONFERE COM ORIGINAL
 NATAL, 17/01/17
 MAT. N° 152
 SAME
 [Signature]
 ASSINATURA

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

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



FICHA DE ACOMPANHAMENTO SOCIAL

Enfermaria: 4 Leito: 416
 UTI: _____ Leito: _____
 Data de admissão: 20 / 06 / 16
 Alto: 1 / 1

1. Identificação

Nome: Alexandre Nascimento da Silva Naturalidade: _____
 Idade: 18 Sexo: Masculino Feminino Data de Nascimento: 21 / 01 / 1998
 RG: 003429638 Estado Civil: _____ Nível de Instrução: _____
 FILIAÇÃO: PAI: Silvonaldo Alexandre da Silva
 MÃE: Clecia Maria do Nascimento
 Endereço: São João Nº 3 Bairro - Mangum de Arica Cidade: Ranomiirim
 Telefone: (84) 99120-3147 Residencial Trabalho Recado
 Contato: Mãe Outros telefones: _____
 Responsável pelo paciente: mãe - Clecia Mª do Nas Parentesco: mãe
 Endereço do Responsável: São João Nº 3

2. Situação Ocupacional do Paciente e Vinculação Previdenciária

Atividade que desenvolve: não - Estudante
 Trabalha com vínculo empregatício Sim Não
 Aposentado Sim Não Benefício da LOAS Sim Não
 Composição familiar: Pai, mãe

3. Forma de Acesso ao Serviço:

() Sozinho - procurou atendimento (X) Trazido por familiares (X) Trazido pelo SAMU
 () Socorrido em via pública
 () ENCAMINHADO: Hospital de origem: _____
 Médico: _____

CONFERE COM ORIGINAL
 NATAL: 17/01/1998
 MAT. Nº: 12
 Trazido pelo SAMU
 ASSINATURA

4. Paciente encontra-se nos requisitos para ter acompanhamento?

Sim Não
 Em caso positivo, qual o motivo? Sim condições de se locomover sozinho

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

Paciente vítima de acidente de trânsito, colisão entre carro e moto. Visita ao Reito e feita orientações, realizado Podastrio e se encontra com a mãe acompanhando/ Clecia da Silva Social / solicitada comp. Residência.
 Gêlia Dantas - 916

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPONSABILIDADE DA VÍTIMA 2 - PEÇA AJUDA OU IRRÁ PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPÍTAIS) E PELA UM RESUSCITAÇÃO (CPR) 3 - ABRIR A VIA AÉREA 4 - AVALIE A RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 5 - SE APNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA) 6 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EMLACTANTE) 7 - SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSÕES TORÁCIAS, 100MIN PROPORÇÃO 30:2 ATÉ A CHEGADA DO DEAF, 8 - DEAF DISPONÍVEL: APLIQUE 1 CHOQUE 100 (200 PJ DEAF BIFÁSICO), E REINICIE RCP 10 - RÍTIMO NÃO CHOCÁVEL, REINICIE RCP (30:2), 11 - AVALIE O RÍTIMO A CADA 5 CICLOS, 12 - PARE RCP QUANDO O EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MEÇA, 13 - COLOQUE-A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO.

CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PRÓPRIOS DO HOSPITAL - REQUISIÇÃO DE EXAMES - FOLHA DE PRESCRIÇÃO E ANEXO O BOLETIM

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: *ortopedie*

ANAMNESE
*fx femur deslocada
ol deside*

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA
Fx. femur

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

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Ad C.C.

*para fratura
esquelética*

Femur
15F09X 100ml
+ transel 100ml
11/01/18
11/01/18
11/01/18

Dr Ricardo Emmanuel M. Monteiro
Ortopedista e Traumatologista
CRM/RN 5387 - 165413425

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONFERE COM ORIGINAL
17/01/18
NATAL, *17/01/18*
MAT N.º: *18*
SABIE
[Assinatura]
ASSINATURA

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	4
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado: (Responde coerentemente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, está, o porquê a data e etc.)	5
Confuso: (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas: (Fala aleatória, mas sem troca conversacional.)	3
Sons ininteligíveis: (Demanda sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais: (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inespecífica a dor.	4
Padrão flexo à dor: (Desorientação).	3
Padrão extensor à dor: (Descreçãoção).	2
Sem resposta motora.	1

**ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13 - 150 = 4
	9 - 120 = 3
	6 - 80 = 2
	4 - 50 = 1
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	30 = 0
	10 - 29 = 4
	8-29 = 3
	6-9 = 2
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	1-50 = 1
	50-59 = 2
	60-89 = 3
	90 = 4

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

03 - 08 grave (necessidade de intubação imediata);
09 - 13 moderado;
14-15 leve

* Referência: TEASDALE G. JENNET, B. Assesimed of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974 2:81-84

** A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 2 anos. Na Escala Qualitativa avalia-se se doente que classifica a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos:

SFM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pain Possível
0	1	2	3	4

**Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.J. Copps, et al: A revision of the Trauma score. J. Trauma 23(5) 624, 1988.

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

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE: N° do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: *Ortopedia* DATA: 10/06/16 HORA: 02:35

SAÍDA: DATA: / / HORA:

Decisão Médica À Revelia Transferido para:

ÓBITO: DATA: / / HORA:

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

[Signature]
Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro
Ortopedia e traumatologia
CRM/RN 5387 - EUT 2425

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTACAR

DESTINO DO PACIENTE: N° do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA:

SAÍDA: DATA: / / HORA:

Decisão Médica À Revelia Transferido para:

ÓBITO: DATA: / / HORA:

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



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



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessário, que em busca no sistema informatizado do SAMU 192 RN, foi encontrada a ocorrência Nº S220637 referente ao paciente **Alexandre Nascimento da Silva**, 18 anos, atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 RN, no dia 10/06/2016 em Parnamirim/RN, conforme ficha anexa.

Natal, 17 de janeiro de 2017.

SABRINA CAVALCANTE DE MACEDO
Coordenadora Regulação Médica do SAMU 192 RN
Mat.195.846-6

SAMU 192 RN
END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 – BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545
FONE: 84 3209-5316



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

FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA

FICHA DE ATENDIMENTO:	S220637
DATA DA OCORRÊNCIA:	10/06/2016 20:15:39
CIDADE:	PARNAMIRIM
BAIRRO:	
PONTO DE REFERÊNCIA:	
LOGRADOURO:	MARIA TEREZA ABBOTT - VP - BAIRRO PASSAGEM DE AREIA -
INTERESSADO:	ANA
TELEFONE:	9*8111-9686
TIPO:	TRA
NATUREZA:	TRAUMA
SUB-TIPO:	TRA20
NATUREZA:	COLISÃO AUTOMÓVEL/MOTO
IMPRESSO POR:	IVAN JOSE DE ARAUJO CARDOSO
DATA DA IMPRESSÃO:	17/01/2017 13:30:23

DATA	HORA	TERMINAL	OPERADOR	EVENTOS
10/06/2016	20:15:39	tarm1	98762684	PCT DESCONHECIDO APX 30 ANOS
10/06/2016	20:15:39	tarm1	98762684	PX AO COLEGIO NESTOR LIMA // PX A ZE PRETO MOVEIS
10/06/2016	20:16:55	regsamu03	51055474	INFORMANTE RELATA QUE HOUE UM ACIDENTE DE MOTO EM VIA PÚBLICA
10/06/2016	20:17:08	regsamu03	51055474	COLISÃO MOTO-CARRO
10/06/2016	20:18:39	regsamu03	51055474	O PACIENTE, QUE PILOTAVA A MOTO, APRESENTA DEFORMIDADE EM PERNA DIREITA, SEM
10/06/2016	20:18:39	regsamu03	51055474	SANGRAMENTO EXTERNO
10/06/2016	20:19:03	regsamu03	51055474	PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, APRESENTANDO ESCORIAÇÕES EM MMSS
10/06/2016	20:19:56	despsamu1	701800674	VIATURA USB29 DESPACHADA - Comandante da VTR: (CIODS CIODS)
10/06/2016	20:20:30	regsamu03	51055474	NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, NAUSEAS, VÔMITOS
10/06/2016	20:20:34	regsamu03	51055474	ECG 15
10/06/2016	20:21:04	regsamu03	51055474	INFORMANTE RELATA ESTAR FAZENDO CONTROLE CERVICAL MANUAL DA VÍTIMA
10/06/2016	20:21:28	despsamu1	701800674	VIATURA USB29 EM ROTA
10/06/2016	20:21:51	regsamu03	51055474	CD: ORIENTO SINALIZAR O LOCAL PARA EVITAR NOVOS ACIDENTES + LIBERO USB COD 3
10/06/2016	20:22:12	regsamu03	51055474	RETORNAR A LIGAÇÃO, EM CASO DE PIORA
10/06/2016	20:22:40	regsamu03	51055474	
10/06/2016	20:33:43	despsamu1	701800674	VIATURA USB29 CHEGOU AO LOCAL
10/06/2016	20:53:31	regsamu03	51055474	USB 39 (TEC ANTONIA)
10/06/2016	20:53:44	regsamu03	51055474	QRA ALEXANDRE NASCIMENTO DA SILVA, 18 ANOS
10/06/2016	20:53:55	regsamu03	51055474	VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-CARRO
10/06/2016	20:54:20	regsamu03	51055474	SSVV : PA 90X60 FC 90 FR 18 PO2 995 EM AR AMBIENTE
10/06/2016	20:57:03	regsamu03	51055474	FRATURA FECHADA EM FEMUR, PATELA E TÍBIA DIREITO, NÃO PALPA PULSOS, CIANOSE E
10/06/2016	20:57:03	regsamu03	51055474	DORMÊNCIA NO PÉ,
10/06/2016	20:57:29	regsamu03	51055474	EXTREMIDADE DA MID FRIA
10/06/2016	20:57:51	regsamu03	51055474	FAZIA USO DE CAPACETE QUE OI REHRADO POR TERCEIROS
10/06/2016	20:58:42	regsamu03	51055474	TORAX, ABDOME ALGO TENSO, PELVE INIEGRA
10/06/2016	20:58:57	regsamu03	51055474	SEM SANGRAMENTO ATIVO
10/06/2016	21:01:25	regsamu03	51055474	CD: QTI PSCS + AVP COM RINGER LACTATO 1000ML, ABERTO + DAPIRONA 2 AMP + ABD,
10/06/2016	21:01:25	regsamu03	51055474	EV,AGORA
10/06/2016	21:08:07	regsamu03	51055474	
10/06/2016	21:11:02	despsamu1	701800674	VIATURA USA06 DESPACHADA
10/06/2016	21:11:04	despsamu1	701800674	VIATURA USA06 EM ROTA
10/06/2016	21:22:02	despsamu1	701800674	VIATURA USA06 CHEGOU AO LOCAL

10/06/2016	21:22:29	despsamu1	701800674	VIATURA USA06 FINALIZOU A OCORRÊNCIA COMO (M01) [OCORRÊNCIA PARA REGULAÇÃO] COMENTÁRIO ADICIONAL: SEM COMENTÁRIO
10/06/2016	21:23:03	despsamu2	52412064	VIATURA USB29 INFORMOU O CÓDIGO CL
10/06/2016	21:23:03	despsamu2	52412064	VIATURA USB29 INFORMOU O CÓDIGO UG
10/06/2016	22:13:53	regsamu03	51055474	** Tipo do evento alterado de M01 para TRA(TRA20) as 10/06/16 22:13:53
10/06/2016	22:13:53	regsamu03	51055474	** Event Priority changed from 4 to 0 at: 06/10/16 22:13:53
10/06/2016	22:13:53	regsamu03	51055474	** >>>> by: ALYNE ALVES SOBRINHO on terminal: regsamu03
10/06/2016	22:13:53	regsamu03	51055474	** >>>> by: ALYNE ALVES SOBRINHO on terminal: regsamu03
10/06/2016	22:14:32	regsamu03	51055474	REALIZADO IMOBILIZAÇÃO DO MID PELA EQUIPE
10/06/2016	22:14:50	regsamu03	51055474	
10/06/2016	22:24:02	despsamu1	701800674	VIATURA USB29 FINALIZOU A OCORRÊNCIA COMO (HSP) [ENCAMINHADO HOSPITAL] COMENTÁRIO ADICIONAL: SEM COMENTÁRIO


 SABRINA CAVALCANTE DE MACEDO
 COORDENADORA DE REGULAÇÃO MÉDICA



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **ALEXANDRE NASCIMENTO DA SILVA** Idade: 18 anos
 Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: 114907 Prontuário:
 Unidade: **POSTO I**
 Leito: **ENFERMARIA 110-A**
 Admissão: **18/06/16 17:29** 0 dia(s) de internação
 Diag.: **S728 - Fraturas de outras partes do fêmur]**

18/06/2016 18:28	Solic. (Estoque): 116.61938	Horários de Aplicação	3943
1) DIETA LIVRE, Conforme SND		DO (SND)	
2) RANITIDINA 150MG COM (ANTAK) Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.		DO 20:00 08:00	<i>milana</i>
3) TRAMADOL, CLORIDRATO 50 MG COM (TRAMAL) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas Se Necessário. Se dor refratária à dipirona		DO (SN)	
4) HEPARINA SUBC. 0,25 I Uso: 0,25 ml, via subcutânea, 12 em 12 horas.		DO 20:00 08:00	<i>milana</i>
5) DIPIRONA 500MG/ML 40 GOTAS (DOSE) Uso: 1 flaconete, via oral, 06 em 06 horas Se Necessário. Se dor ou temp. maior ou igual a 38°C		DO (SN)	
6) AO MÉDICO-ASSISTENTE		DO	
7) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas		DO (M T N)	

Alexandre Magno

Dr. ALEXANDRE MAGNO GOMES DE LIMA
CRM - 3943

HOSPITAL MEMORIAL
 Av. Juvenal Lamartine, 8791
 Tirol 59.022-020 Natal / RN
 Confere com original
 Em *06/16*
Quarta

Ver mud. uso 20:00hs - Long. Prax. Juc. Karim. Rmef. Aquino e Tava
 MedicWare - 18/06/2016 19:38 (U207/ASSIST.692) / (DWO:69)

Adm. das 07 as 12 hs - Enfª milana.



Prescrição Médica / Evolução Clínica

116.99962

Paciente: ALEXANDRE NASCIMENTO DA SILVA Idade: 18 anos
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 114907 Prontuário:
Unidade: POSTO I
Leito: ENFERMARIA 110-A
Admissão: 18/06/16 17:29 1 dia(s) de internação
Diag.: S728 - Fraturas de outras partes do fêmur

19/06/2016 07:31	Horários de Aplicação	2161
1) DIETA LIVRE, Conforme SND	D1 (SND)	
2) RANITIDINA 150MG COM (ANTAK) Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	D1 20:00 08:00	
3) TRAMADOL, CLORIDRATO 50 MG COM (TRAMAL) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas Se Necessário. Se dor refratária à dipirona	D1 (SN)	
4) HEPARINA SUBC.0,25 I Uso: 0,25 ml, via subcutânea, 12 em 12 horas.	D1 20:00 06:00	
5) DÍPIRONA 500MG/ML 40 GOTAS (DOSE) Uso: 1 flaconete, via oral, 06 em 06 horas Se Necessário. Se dor ou temp. maior ou igual a 38°C	D1 (SN)	
6) AO MÉDICO-ASSISTENTE	D1	
7) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas	D1 (M T N)	

Dr. RICARDO COSTA GOMES
CRM - 2161

1300h às 0700h, 14h e 15h tempo em terapia física.

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 6791
Tirrol 59 022-020 Natal / RN
Confere com original
Em: 19/06/16
[Signature]



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: ALEXANDRE NASCIMENTO DA SILVA Idade: 18 anos
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 114907 Prontoário:
Unidade: POSTO I
Leito: ENFERMARIA 110-A
Admissão: 18/06/16 17:29 2 dia(s) de internação
Diag.: S728 - Fraturas de outras partes do fêmur

Table with columns: Medication/Procedure, Solic. (Estoque): 116.62743, Horários de Aplicação, and 2156. Rows include: 1) DIETA LIVRE; 2) DÍPIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA); 3) DICLOFENACO SÓDICO 50 MG COM (VOLTAREN); 4) TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL); 5) CEFALOTINA 1G FA; 6) METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (PLASIL); 7) RANITIDINA 150MG COM (ANTAK); 8) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML; 9) SORO GLICOSADO 5% 500ML; 10) RIVAROXABANA 10MG COM (XARELTO); 11) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG)

Handwritten signature of Eduardo

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156

Acim med. das 20:00 as 06:00 - Sinais
21/06 - acim medicação das 08:00 as 12:00

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartini, 879
Tírol 59.022-020 Natal / RN
Contate com original
Em: [Signature]



Hospital Memorial de Natal
 AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
 Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
 hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO

Dados do Paciente

Paciente: **ALEXANDRE NASCIMENTO DA SILVA** Registro: **114907** Nº Internação: **1**
 Nascimento: **21/01/1998** 18 anos Data Internação: **18/06/2016 17:29:16**
 Acompanhante: Parentesco:

PROCEDÊNCIA

PACIENTE ACOMPANHADO COM SUA GENITORA ADMITIDO NO POSTO 1 PROVENIENTE DO HOSPITAL WALFREDO GURGEL PARA REALIZAR TTT CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR D.COM FIO PARA TRACAO AOS CUIDADOS DO D^o RICARDO

ESTADO GERAL

<input checked="" type="checkbox"/> - Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> - Responsivo	Higiene	Observações:
<input type="checkbox"/> - Inconsciente	<input type="checkbox"/> - Sonolento	<input checked="" type="checkbox"/> - Com Auxílio	
<input checked="" type="checkbox"/> - Corado	<input type="checkbox"/> - Cianótico	<input type="checkbox"/> - Sem Auxílio	
<input type="checkbox"/> - Hipocorado	<input checked="" type="checkbox"/> - Acianótico		
Respiração	Observações:	Deambulação	Observações:
<input checked="" type="checkbox"/> - O2 Ambiente		<input type="checkbox"/> - Com Auxílio	
<input type="checkbox"/> - Máscara de Venturo		<input type="checkbox"/> - Sem Auxílio	
		<input checked="" type="checkbox"/> - Restrito ao leito	

SINAIS VITAIS

Pressão Arterial: **110/80** Pulso: **78**
 Temperatura: **36** Respiração: **20**

ANAMNESE

Doenças Clínicas SIC DA SUA GENITORA NEGA HAS, NEGA DM	Uso de Medicações NÃO
Alergias Medicamentosas NEGA	Integridade da Pele

ACESSO VENOSO

Tipo: Hiperemia Dor Edema Temperatura:
 Local: Tempo:

DIETA

Tipo: - Oral Sonda Nasogástrica Sonda Nadoenteral Aceita Aceita Parcial Não Aceita
 Observações:

DIURESE

Sonda: Espontâneo: **SIM**

Observações Gerais:

COMUNICADO AO SETOR DA NUTRIÇÃO DA DIETA. SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM

HOSPITAL MEMORIAL
 Av. Juvenal Lamartine, 979
 Tirol 59.022-020 Natal / RN
 Confere com original
 Ent. Original
 18/06/2016 17:53:06
 COREN - 199689
 VIVIANE NUNES DA SILVA



Hospital Memorial de Natal
 AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
 Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
 hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DIÁRIO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **ALEXANDRE NASCIMENTO DA SILVA** Registro: **114907** Nº Internação: **1**
 Nascimento: **21/01/1998 18 anos** Data Internação: **18/06/2016 17:29:16** Leito: **ENFERMARIA 110-A**

ESTADO GERAL

Higiene: Com auxílio
 Respiração: O2 Ambiente
 Deambulação: Restrito ao leito

Corado
 Acianótico

Eliminac. Vesicais: PRESENTE Eliminac. Intestinais: AUSENTE

SINAIS VITAIS
 Pres. Arterial: 130 X 90 Pulso: 79 Temperatura: 37,8 °C Respiração: 19 Saturação O2: _____ Glicose no sangue: _____

ACESSO VENOSO _____ DIETA Oral
 Obs: _____

QUEIXAS DO PACIENTE _____

Observações Gerais:
PACIENTE EM PRE OPERATORIO DE FRATURA DE FEMUR DIREITO COM MEDICACAO ORAL. FOI ADM. CONFORME PRESCRITO O MESMO SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DA ENFERMAGEM.

18/06/2016 21:00:53
 COREN - 619233
 LARISSA REGINA RODRIGUES FERREIRA DA SILVA

ESTADO GERAL

Higiene: Com auxílio
 Respiração: O2 Ambiente
 Deambulação: Restrito ao leito

Corado
 Acianótico

Eliminac. Vesicais: PRESENTE Eliminac. Intestinais: AUSENTE

SINAIS VITAIS
 Pres. Arterial: 120 X 79 Pulso: 76 Temperatura: 36,8 °C Respiração: 20 Saturação O2: _____ Glicose no sangue: _____

ACESSO VENOSO _____ DIETA Oral
 Obs: _____

QUEIXAS DO PACIENTE _____

Observações Gerais:
PACIENTE EM PRE OPERATORIO DE FRATURA DE FEMUR DIREITO COM MEDICACAO ORAL. FOI ADM. CONFORME PRESCRITO FOI HIGIENIZADO NO LEITO + TRCADO ROUPA DE CAMA + ROUPA PESSOAL SEGUE NO LEITO O MESMO SEGUIE NO LEITO AMC E OA S CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

19/06/2016 11:34:13
 COREN - 619233
 LARISSA REGINA RODRIGUES FERREIRA DA SILVA

ESTADO GERAL

Higiene: Com auxílio
 Respiração: O2 Ambiente
 Deambulação: Restrito ao leito

Corado
 Acianótico

Eliminac. Vesicais: PRESENTE Eliminac. Intestinais: AUSENTE

SINAIS VITAIS
 Pres. Arterial: 110 X 70 Pulso: 78 Temperatura: 36,4 °C Respiração: 19 Saturação O2: _____ Glicose no sangue: _____

ACESSO VENOSO _____ DIETA Oral
 Obs: _____

QUEIXAS DO PACIENTE _____

servações Gerais:
PACIENTE EM PRE OPERATORIO DE FRATURA DE FEMUR DIREITO COM MEDICACAO ORAL. CONFORME PRESCRITO, AFERIDO SSVV. SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

19/06/2016 14:31:17
 OUT - 977549
 PRISCILA DA SILVA MARTINS

HOSPITAL MEMORIAL
 Av. Juvenal Lamartine, 979
 Tirol, 59.022-020 Natal / RN
 Confere original em
 Em

O EXAME FÍSICO SECUNDÁRIO E A AVALIAÇÃO DETALHADA CRITÉRIOS DO PACIENTE (DA CABEÇA AOS PÉS); VEJA, NÃO APENAS OLHE; OUÇA, NÃO APENAS ESCUTE; SINTA, NÃO APENAS TOQUE

CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PRÓPRIOS DO HOSPITAL. REQUISIÇÃO DE EXAMES-FOLHA DE PRESCRIÇÃO E ANEXE AO BOLETIM.

A	
B	
C	
D	
E	
A (ALERGIAS): _____	
M (MEDICAÇÃO EM USO): _____	
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): _____	
L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS) _____	
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): _____	
V (PASSADO VACINAL): _____	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)*** <i>H de tórax, pelve, coxa / perna direita</i>	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS <i>HT: 38</i>
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
<i>1) SRL: 2000ml c.</i>	500 500 500 500
<i>2) Dipirona 2ml c.</i>	<i>21:50</i>
<i>3) Tramadol 100 + SF 200uf</i>	<i>21:50 fratura de fêmur</i>
<i>liberado p/ olopedis</i>	
<i>Assinado Oliveira</i> 21/11/11	
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1: <i>ORT</i>	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

MÉDICO (CARIMBO)

O preenchimento do boletim de atendimento produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais fidedignos e protege o profissional de saúde, contribuindo para a melhoria da assistência no HMWC.



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

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Proteção da diáfise do fêmur (D)</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Neumotórax de ar simples</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>RX - Fx's fêmur (D)</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fx fêmur (D)</i>	21 - CID INICIAL <i>J72</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Osteomítiler fêmur (D)</i>			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	26 - LEITO / CLÍNICA <i>ortopedic</i>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO MAT. N.º: <i>SAME</i>	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
		ASSINATURA <i>Dr. Ricardo Fernandes M. Pereira</i> Ortopedista e Traumatologista CRM/RN 5387 - FEAT 1220	29 - DT SOLICITAÇÃO <i>10, 06, 16</i>
			30 - CNS / CPF
			31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

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

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



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 Secretaria de Estado da Saúde Pública
 Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
 Pronto Socorro Clóvis Sarinho
RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

Nome: _____ Nº Registro: _____
 Serviço: _____ Idade: _____ Leito: _____

1106116 08:00

HISTÓRIA CLÍNICA

AC. MOTOCICLISTA 12 ± 12h.
 AUMENTO E LARGURA DO CA. 60cm.
 FORTISSIMO PULSAÇÃO DO PULSO (P).
 SÓ 2005 TV 21570.
 LARGURA DO T. 1150 FORTISSIMO
 E AUMENTO T. T. OSTOPIED. 21570
 VIA MIN.

Dr. Fernando dos S. Correia
 Cirurgião e Traumatologista
 Cirurgião de Coluna
 TEOR 10374 - CRM 4547

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL, 17/01/17

MAT. Nº. 182

SAME

[Handwritten Signature]

ASSINATURA



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

EVOLUÇÃO
MULTIDISCIPLINAR

Nome

Leito:

Idade:

Nº Registro:

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

12/06/16

Sa 1500hrs
Grav. 2.º TR.

Dr. Leonardo dos S. Correia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião de Coluna
TEOT: 10314 - CRM 4547

13/06/16

Acuza 11.º

Dr. Leonardo dos S. Correia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião de Coluna
TEOT: 10314 - CRM 4547

14/06/16

Acuza 11.º

Dr. Leonardo dos S. Correia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião de Coluna
TEOT: 10314 - CRM 4547

15/06/16

Acuza 11.º

Dr. Leonardo dos S. Correia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião de Coluna
TEOT: 10314 - CRM 4547

16/06/16

Acuza 11.º

Dr. Leonardo dos S. Correia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião de Coluna
TEOT: 10314 - CRM 4547

17/06/16

Acuza 11.º

Dr. Leonardo dos S. Correia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião de Coluna
TEOT: 10314 - CRM 4547

18/06/16

Acuza 11.º

Dr. Leonardo dos S. Correia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião de Coluna
TEOT: 10314 - CRM 4547

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL, 17/01/17

MAT. Nº. 1522

SAME

CR

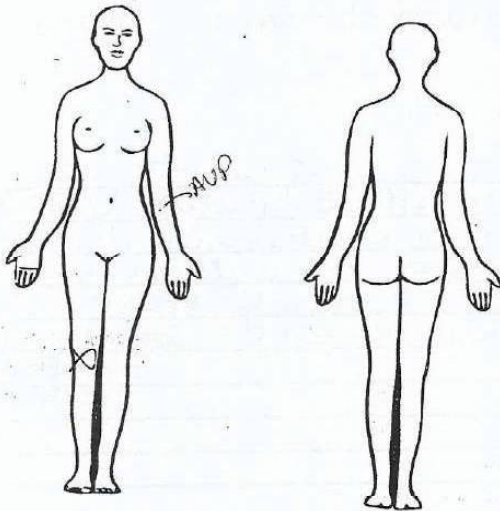
ASSINATURA



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

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Alexandre Nascimento da Silva
 DATA DE NASCIMENTO: 21 01 1998 IDADE: 18 anos
 REGISTRO: 1115956
 DATA DE ADMISSÃO: 11 06 2016 HORA: 07:50h
 ADMISSÃO DO PACIENTE:
 CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Ortopedia
 HIDRATAÇÃO: SIM () NÃO () VIA: PERIFÉRICO: () ACESSO CENTRAL: ()
 NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE () ORIENTADO () VIGIL () AGITADO ()
 INCONSCIENTE: ()
 ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () GRAVE ()
 SISTEMA RESPIRATÓRIO: ARAMBIENTE () M. V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()
 ALÉRGICO: SIM () NÃO () HIPERTENSO: SIM () NÃO ()
 DIABÉTICO: SIM () NÃO () ASMÁTICO: SIM () NÃO ()
 DOENÇA RENAL: SIM () NÃO () OUTRAS PATOLOGIAS: _____
 MEDICAÇÕES EM USO: Nega
 CIRURGIAS ANTERIORES: Nega
 EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()
 OBSERVAÇÃO: _____
 ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____
 ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____
 OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



CONFERE COM ORIGINAL
 NATAL, 17/01/17
 MAT. Nº. 15
 SAME
07
 ASSINATURA

INSTRUMENTADO _____ JALECO Nº _____ ACESSO CENTRAL: _____
 CIRCULANTE Breima + Socorro
 TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI () PERIDUAL () B.P.B. () LOCAL ()
 OBS: _____
 ANESTESISTA: _____
 INÍCIO DE ANESTESIA: 07:55
 TÉRMINO DE ANESTESIA: 08:20
 ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: Cefazolina 20g
 HORA: 08:00h

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.