



Número: **0850917-97.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **23ª 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	
FRANCISCO JANILDO DA COSTA (AUTOR)		GUSTAVO RODRIGO MACIEL CONCEICAO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13011067	01/11/2017 11:11	<u>Procuração 0774</u>	Procuração
13011099	01/11/2017 11:11	<u>Documentos Pessoais 0775</u>	Documento de Identificação
13011136	01/11/2017 11:11	<u>Declaração de Residência 0777</u>	Documento de Comprovação
13011180	01/11/2017 11:11	<u>Comprovante de Residência 0776</u>	Documento de Comprovação
13011206	01/11/2017 11:11	<u>Boletim de Ocorrência 0778</u>	Documento de Comprovação
13011242	01/11/2017 11:11	<u>Documento Médico 01</u>	Documento de Comprovação
13011282	01/11/2017 11:11	<u>Documento Médico 02</u>	Documento de Comprovação
13011324	01/11/2017 11:11	<u>Documento Médico 03 0781</u>	Documento de Comprovação
13011331	01/11/2017 11:11	<u>Documento Médico 04 0782</u>	Documento de Comprovação
13011335	01/11/2017 11:11	<u>Comprovante de Sinistro Administrativo</u>	Documento de Comprovação

## PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

**OUTORGANTE:** Francisco Jamildo da Costa, brasileiro, natural de Bem Fesus/RN, solteiro, portador RG nº 2.654.183 SSP/RN, CPF nº 094.902.704-56, residente e domiciliado no Povoado Lagoa da Real, nº 15, AP-01, Círculo Rural, Bem Fesus/RN.

**OUTORGADOS:** GUSTAVO RODRIGO MACIEL CONCEIÇÃO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB-RN 680-A, com endereço profissional na Avenida Prudente de Moraes, nº 3151, Edifício Multi Empresarial, Salas 102 e 103, Lagoa Seca, Natal - RN;

**PODERES:** Confere amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive propor quaisquer ações, defender-me nas que me forem propostas, cíveis ou penais, reconvir, promover quaisquer medidas cautelares, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, efetuar levantamentos, requerer laudos, avaliações e perícias, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, transigir, fazer acordo, confessar, renunciar, desistir, impugnar, receber alvará, cheque e dar quitação, firmar compromissos, requerer abertura de inventário ou arrolamentos, assinar termo de compromisso de inventariante, de renúncia, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o outorgante seja autor ou reclamante e defendendo-o, na condição de reclamado bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso.

Natal/RN, 30/02/2017.

Francisco Jamildo da Costa  
Outorgante

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL  
NOME

002.654.183

DATA DE EMISSÃO

22/11/2016

FUNÇÃO

FRANCISCO JAVILDO DA COSTA

NATURALIDADE

LUÍZ NÍCIO DA COSTA

MARIA ZELIA DA COSTA

DATA DE NASCIMENTO

31/05/1965

DOC. IDENT.

CEAT DE NASCIMENTO L-14 F-43 RG-6602

SIN JESUS SP-AUTÔNOMO 0100-14303

CNPJ

074.802.704-56

Assinatura do Titular

Assinatura do Emissor

LEI Nº 7.116 DE 26/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNICO-CIENTIFICO DE POLICIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

POLEGAR DIREITO

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

### DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco Jamildo da Costa

RG nº 002.654.183, data de expedição 22/11/16, Órgão SSP/RN

CPF nº 074.902.704-56, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Po Lagoa do Mel
Número	15
Apto / Complemento	AP-01 Luiz Nicacio da Costa
Bairro	Lagoa do Mel
Cidade	Bom Jesus
Estado	RN
CEP	59.270-000
Telefone de Contato	<b>Contato:</b> <b>(84) 3206-3717</b>
E-mail	<b>(84) 9609-9481</b> SMSCONVICOSRN@GMAIL.COM

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Declarante: Francisco Jamildo da Costa

**Tarifa Social de Energia Elétrica** Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
**COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE**  
 Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
 Rua Manoel, 155, São João, Rio Grande do Norte - CEP 55205-250  
 CNPJ 08.324.998/0001-91 | Insc. Est. 20.055.169-2 | www.cosern.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

**LUIZ NÍCACIO DA COSTA**

CNPJ: 970.118.514-53

**B1 RESIDENCIAL RESIDENCIAL Monofásico**

**Nº DA NOTA FISCAL** 000635788  
**SÉRIE ÚNICA** 1508/2017  
**APRESENTAÇÃO** 15/08/2017  
**Nº DO CLIENTE** 3000467051  
**Nº DA INSTALAÇÃO** 89991

**ENDEREÇO DO CLIENTE**

**PO LAGOA DO MEL 15 NR-01 LUIZ NÍCACIO DA COSTA**

**LAGOA DO MEL/ÁREA RURAL - BOM JESUS RN**

**55270-000**

**CONTA CONTRATO** 0850179530  
**MÊS/ANO** 08/2017  
**DATA DE VENCIMENTO** 14/09/2017  
**DATA PRÓXIMA PROPOSTA/LEITURA** 14/09/2017  
**TOTAL A PAGAR (R\$)**

**QUANTIDADE** 224,0000000  
**PREÇO (R\$)** 0,65021718  
**VALOR (R\$)** 123,24

Consumo Ativo (kWh) 3,13  
 Acréscimo Bandeira AMARELA 4,14  
 Acréscimo Bandeira VERMELHA 14,87  
 Contribuição Iluminação Pública 2,76  
 Multa por atraso-NF 000637311 - 14/08/17 1,84  
 Juros por atraso-NF 000637311 - 14/08/17

**TOTAL DA FATURA** 149,98

**DEMONSTRATIVO DE LÍMITE DA CONTA NOTA FISCAL**

MÊS DO MESUROR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
15/08/17	Res	14/07/2017	27 181,00	14/08/2017	27 379,00	30	1,00000		224,00

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPÓSTO	%
Consumo Ativo (kWh)	0,41000000	100%



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE BOM JESUS

Endereço: Rua Antônio Marques, 06, Centro, BOM JESUS. FONE/FAX: 3253-2205

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2017211000283

1.2 Data de Expedição: 28/08/2017 09:51:15

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.4 Ligon CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 30/08/2017 13:30:00

2.2 Autoria: Conhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.7 Logradouro: RUA ALMIR FREIRE

2.8 Número: SN

2.9 CEP:

2.10 Complemento: centro

2.11 Ponto de Referência: BR 226

2.12 Bairro: NÃO INFORMADO

2.13 Cidade: BOM JESUS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FRANCISCO JANILDO DA COSTA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: LUIZ NÍCACIO DA COSTA

3.5 Etnia: Parda

3.6 Mãe: MARIA ZELIA DA COSTA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 07490270456

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 31/05/1985

3.13 Profissão: PASTELEIRO

3.14 RG: 002654163 - ITEP/RN

3.15 Telefone(s): 84 986887521

3.16 Passaporte:

3.17 Número: SN

3.18 Naturalidade: BOM JESUS RN

3.19 Bairro: ZONA RURAL

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: SÍTIO LAGOA DO MEL

3.23 Cidade: BOM JESUS

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: 9C6KG0660E0026716

7.1.4 Renavam: 01021068486

7.1.5 Placa: OWE9708

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.7 Marca: YAMAHA

7.1.8 Modelo: YS150 FAZER ED

7.1.9 Ano do Modelo: 2014

7.1.10 Ano de Fabricação: 2014

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: FRANCISCO JANILDO DA COSTA

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor: O DECLARANTE

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE RELATA QUE NA DATA, LOCAL E HORA DO FATO CITADO, QUE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO CONDUZIA O VEÍCULO CITADO, O FATO ACONTECEU APOS UM OUTRO VEÍCULO TIPO AUTOMÓVEL E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO FEZ UMA MANOBRA PERIGOSA E O DECLARANTE AO DESVIAR PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO VINDO À CAIR E SENDO SOCORRIDO PELO SERVIÇO DA AMBULÂNCIA DO HOSPITAL DE BOM JESUS, NO QUAL FOI TRANSFERIDO PARA O PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO NO MUNICÍPIO DE NATAL/RN, NO QUAL RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO CONFORME O BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 30062/2017, NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

REGISTRO DO B.O.

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 28/08/2017 09:51:15

Wilton José SENA dos SANTOS  
Agente de Polícia Civil  
Mat. 167.138-3

Francisco Janildo da Costa  
Interessado



Polgar direito

Atendimento: 1671383 - WILTON JOSÉ SENA DOS SANTOS

Impresso por: 1671383 - WILTON JOSÉ SENA DOS SANTOS em 28/08/2017 09:51:25

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Estado do Rio Grande do Norte  
Prefeitura Municipal de Bom Jesus  
Secretaria Municipal de Saúde  
Rua Manoel Andrade, 09 Centro - CEP: 59.270-000  
CNPJ: 08.002.404/0001-26 Telefax: (84) 3253-2207

## UNIDADE MISTA SEVERINA AZEVEDO DE OLIVEIRA

### FICHA DE PRONTO-ATENDIMENTO

DATA: 30/06/2017

#### Identificação:

Nome: Francisco Jamildo da Costa

DN: 31/05/1955 Idade: 37 anos

Endereço: sítio lagoa do mel

Hora da Chegada: 14:10 Hora de Saída:

Nº CARTÃO SUS: 701 4096 84 05 17 34

Sinais Vitais:

Pressão Arterial: X Temperatura: Peso:

Pulso: HGT:

#### Motivo do Atendimento e Descrição do Exame Clínico:

Queixa de dor abdominal, presente desde o início da manhã, dor tipo cólica, localizada no quadrante inferior direito, dor tipo cólica, localizada no quadrante inferior direito.

#### Hipótese Diagnóstica:

**Resultado de Exames:**

**PRESCRIÇÃO MÉDICA:**

*Exc. de 15 dias de trabalho*

*[Assinatura]*  
Dr. João Felipe Rosas  
Médico do Trabalho  
CRM-8251

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:**

**Conduta:**

☐ **Liberado**

☒ **Encaminhado**





SESAP/RN - HOSPITAL MOISÉS WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 30062 /2017

Admissão: 30/06/2017 15:34:33

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 27330 - FRANCISCO JANILDO DA COSTA (32 a 30 d)

Nascimento: 31/05/1985

Natural: BOM JESUS, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

ID: 701409684051734

CPF: 07490270456

Prof:

MARIA ZELIA DA COSTA

Pai: LUIZ ICACIO DA COSTA

Endereço: LAGOA DO MEL, 1

Cep: 59270000

Bairro: AREA RURAL

Cidade: BOM JESUS

Telefone: 84.988887541 84 988887541

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

\*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS: REGULADO COM RESIDENTE LARISSA					Classificação: 30/06/2017 15:28:29				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

#### HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: FRATURA DE ANTEBRAÇO

História:

Paciente sem antecedentes de interesse com história de queda de moto (ciclismo) de baixo impacto I. Nega TCE, trauma torácico, trauma abdominal.

EGF. sem problemas  
Vida: flácida

#### EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A - Vias aéreas patentes
- B - Boa respiração
- C - Bom pulso
- D - Glasgow 15
- E - Definição de MSD

OUTRAS OBSERVAÇÕES:



DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Fratura de MSD

\*Gerado via SX por IVANILDA ALVES PEREIRA. Impresso em 30 de Junho de 2017.

## EXAME FÍSICO (S JNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS):

M (MEDICAÇÕES EM USO):

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

L (LÍQ. E ALIMENTOS INGERIDOS):

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL):

## EXAME COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

## LABORATÓRIO DE ANÁLISE CLÍNICAS

OUTROS

## CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: Urologia

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2:

HORA:

DATA:


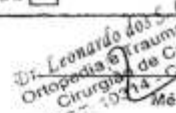
ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

Assinatura e Carimbo do Médico

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

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:			
ANAMNESE <i>AC. MONICUSMA 14 = 12</i> <i>Ata da CIA 6001</i>			
EXAME FÍSICO <i>Post. Primeira 21.05.2012</i> <i>Sem dor no 21.05.2012</i> <i>100% normal</i>			
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA <i>FX OSSOS ATB @ 100%</i>			
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****		LABORATÓRIO	
		OUTROS	
CONDUÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
<i>- Tra. Atb - 100% @</i> <i>- 21.05.2012 100% normal</i> <div style="text-align: center;">   <b>Dr. Leonardo dos S. Correia</b>                      Ortopedia e Traumatologia                      Cirurgião de Coluna                      3314 - CRM 4547                 </div>			
Assinatura e Carimbo do Responsável		Assinatura e Carimbo do Responsável	
DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: <i>ORTOPEDIA</i>		DATA: <i>1 / 1</i> HORA:	
SAÍDA:		DATA: <i>1 / 1</i> HORA:	
Decisão Médica <input type="checkbox"/>		À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:	
ÓBITO:		DATA: <i>1 / 1</i> HORA:	
Entregue à família		com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	
		<div style="text-align: center;">   <b>Dr. Leonardo dos S. Correia</b>                      Ortopedia e Traumatologia                      Cirurgião de Coluna                      3314 - CRM 4547                      Médico (Carimbo)                 </div>	
Destacar nessa folha e entregar ao paciente após a sua liberação			
DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:		DATA: <i>1 / 1</i> HORA:	
SAÍDA:		DATA: <i>1 / 1</i> HORA:	
Decisão Médica <input type="checkbox"/>		À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:	
ÓBITO:		DATA: <i>1 / 1</i> HORA:	
Entregue à família		com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	



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

FICHA DE  
ACOMPANHAMENTO  
SOCIAL

CPF: 074902704-56 Identificação SUS 701409684051734

Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ UTI: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data de admissão: 30/06/17 Alta: 1/1/17

Nome: Francisco Jamildo da Costa Naturalidade: Bom Jesus - RN

Idade: 32 Sexo: (x) Masculino ( ) Feminino Data de Nascimento: 31/05/1985

RG: 002654183 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: Fundamental

Filiação: Pai: Luiz Nicanor da Costa

Mãe: M<sup>te</sup> Zelia da Costa

Endereço: Sítio Lagoa do Mel

Cidade: Bom Jesus - RN

Telefone: 98703-1282 - Lucas - irmão ( ) Residencial ( ) Trabalho ( ) Recado

Contato: 98888-7521 - Mariana Outros telefones: \_\_\_\_\_

Composição familiar: Reside com pais

Outras informações: Faz uso de (x) Alcool ( ) Fumo ( ) Drogas ( ) Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Ajudante Geral Trabalho c/ vínculo empregatício (x) Não ( ) Sim

( ) Aposentado ( ) Auxílio doença ( ) BPC ( ) Autônomo ( ) Pensionista ( ) Desempregado

Programas e Serviços: ( ) Passe Livre ( ) Bolsa Família ( ) PETI ( ) PSF ( ) CAPs ( ) SAD

Interação decorrente de acidente de trabalho? ( ) Não ( ) Sim Nome da Empresa \_\_\_\_\_

Forma de Acesso ao Serviço

( ) Sozinho - procurou atendimento ( ) Trazido por familiares ( ) Trazido pelo SAMU

( ) Socorrido em via pública ( ) Outros meios \_\_\_\_\_

(x) Encaminhado: Hospital de origem: Bom Jesus

CrITÉRIOS para Acompanhante

Possui requisitos? ( ) Não ( ) Sim Qual o motivo? \_\_\_\_\_

Portador de deficiência: ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Física ( ) Mental

Responsável pelo paciente: José Lucas da Costa

Parentesco: Irmão Telefone: 98703-1282

Endereço do Responsável: R. medano

Evolução

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

30.06.17 - Paciente aos cuidados da enfermagem, de queda de moto, chegou acompanhado de irmão, que foi orientado quanto a rotina do hospital e solicitadas cópias da documentação. Glauco

Saída

CRSS 1290

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

Alta hospitalar ( ) Transferência ( ) Destino: \_\_\_\_\_

Orientações/Encaminhamentos: \_\_\_\_\_

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

Francisco Jamildo da Costa



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

LAUDO PARA  
SOLICITAÇÃO DE A

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

6 - Nº DO PROTOCOLO

7 - CARTÃO NACIONAL / SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

MASCULINO

FEMININO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)

13 - MUNICÍPIO

14 - BAIRRO

15 - UF

16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID INICIAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - LEITO / CLÍNICA

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

28 - DT SOLICITAÇÃO

29 - CNS / CPF

Dr. Assis Corrêa  
Ortopedia e Traumatologia (Nº REG. CONSELHO)  
Cirurgião de Coluna  
3314 - CRM 4547

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 -

39 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO

40 - CID PRINCIPAL

41 - CID SECUNDÁRIO

DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL

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 humanísticos.



HOSPITAL MONSEÑOR WILFREDO GURGEL  
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 4396 /2017

Prontuário: 1161230

Paciente: 27330 - FRANCISCO JANILDO DA COSTA

Cartão SUS: 701409684051734

CPF: 07490270456

Dt Nasc: 31/05/1985

Idade: 32 anos 30 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA ZELIA DA COSTA

Nome do pai: LUIZ ICACIO DA COSTA

Rua/Av: LAGOA DO MEL

Complemento:

Nº: 1

Bairro: AREA RURAL

CEP: 59270000

Cidade: BOM JESUS

Telefone: 84 988887541 84 988887541

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: OBS II

Leito: 944

Responsável: JOSE LUCAS DA COSTA - IRMAO (A)

Usuário: ERIVALDO SIQUEIRA DA COSTA

Admissão: 30/06/2017 16:46:50

Alta:

Obito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S52.8 - FRATURA DE OUTRAS PARTES DO ANTEBRAÇO  
408020423 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

NATAL, 30 de Junho de 2017.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



Secretaria de Estado de Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro Cláudio

JANUÁRIO

Nome:

Serviço:

Idade:

Registado:

Letra:

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

~~Pront. Roberto~~ D.R.

Do e a nome do Dr. Fernando em

ONE NIN A TAT  
LARGO



ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

Francisco Jamildo da Costa



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 AII

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 Francisco Jamildo da Costa	6 - Nº DO PROTOCOLO
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS 701 4096 8405 1734	8 - DATA DE NASCIMENTO 31/05/1995
9 - SEXO 32a	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Maria Zelina da Costa
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº) Sítio Lagoa do Mel, real	12 - TELEFONE DE CONTATO (84) 98703128
13 - MUNICÍPIO Bonfim	14 - BRILHO Zona Rural
15 - UF RN	16 - CEP 59088750

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Pneumonia 705 01505 20	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO T.T. 6.2.2.2
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) S. 106.2.2.2	20 - DIAGNÓSTICO INICIAL P. 1.2.2.2
21 - CID INICIAL T. 1.0	22 - CID SECUNDÁRIO
23 - LAUDOS ASSOCIADOS	24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 1.2.2.2

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 7080.100.11.0408020423	26 - LEITO / CLÍNICA 1.2.2.2	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 1.2.2.2	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE J. S. Correia
29 - DT SOLICITAÇÃO 30/06/17	30 - CNS / CPF 1.2.2.2	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) Ortopedia e Traumatologia	32 - CID PRINCIPAL 1.2.2.2

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

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

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 da cabeça por lesões mecânicas, térmicas e químicas.





# Hospital Memorial de Natal

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

DIGITALIZADO

S

L 1010

## FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 12/07/2017 09:45

### Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO JANILDO DA COSTA** Registro: **122733**  
Num. RG: **002654183** CPF: **074.902.704-56** Nascimento: **31/05/1985** 32 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**  
Endereço: **PRAIA DE PIRANGI DO NORTE** N.: **188** Bairro: **PARAIRO DE BOM JESUS**  
Cidade: **BOM JESUS** UF: **RN** CEP: **59270000** Fone: **84907031282**  
Profissão: **AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT** Mãe: **MARIA ZELIA DA COSTA**

### Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **12/07/2017 9:42** Previsão saída: **13/07/2017 11:00** Atendente: **MRECEPCAO**  
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **701409684051734** **101-B**  
Médico: **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA** CRM: **5500** **LEITO RESERVA 03**

### Dados do Responsável

Responsável: CPF: RG:  
Parentesco:

### 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: [ X ] Paciente [ ] Responsável

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Tirol 59.022-020 Natal / RN  
Confere com original  
Em 12/07/2017  
Assinado

### Observações

**PACIENTE COM AIH.AUTORIZACAO.UMA FOLHA DE RX. MEDICO CIENTE**



## Hospital Memorial de Natal

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

### FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 12/07/2017 09:45

#### Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO JANILDO DA COSTA** Registro: **122733**  
Num. RG: **002654183** CPF: **074.902.704-56** Nascimento: **31/05/1985** 32 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**  
Endereço: **PRAIA DE PIRANGI DO NORTE** N.: **188** Bairro: **PARAIRO DE BOM JESUS**  
Cidade : **BOM JESUS** UF: **RN** CEP: **59270000** Fone: **84987031282**  
Profissão: **AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT** Mãe: **MARIA ZELIA DA COSTA**

#### Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **12/07/2017 9:42** Previsão saída: **13/07/2017 11:00** Atendente: **MRECEPCAO**  
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **701409684051734**  
Médico : **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA** CRM: **5500**

**LEITO RESERVA 03**

#### 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  
Em, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## Hospital Memorial de Natal

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

Data: 12/07/2017 09:45

### Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO JANILDO DA COSTA** Registro: **122733**  
Num. RG: **002654183** CPF: **074.902.704-56** Nascimento: **31/05/1985** 32 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**  
Endereço: **PRAIA DE PIRANGI DO NORTE** N.: **188** Bairro: **PARAIRO DE BOM JESUS**  
Cidade : **BOM JESUS** UF: **RN** CEP: **59270000** Fone: **8493703128**  
Profissão: **AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT** Mãe: **MARIA ZELIA DA COSTA**

### Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **12/07/2017 9:42** Previsão saída: **13/07/2017 11:00** Atendente: **MRECEPCAO**  
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **701409684051734**  
Médico : **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA** CRM: **5500** **LEITO RESERVA 03**


### Dados do Responsável

Responsável: CPF: RG:  
Parentesco:

### TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA** a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: **S8304 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS**
2. - O(A) **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**, 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.
3. - 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 [ ]

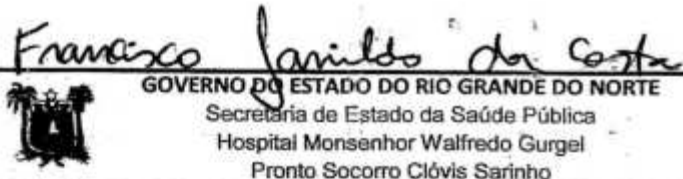
### DEVE SER PREENCHIDO PELO

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. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA - CRM 5500**

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



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

com: 205 359 174

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 Francisco Jamilho da Costa	6 - Nº DO PROTOCOLO				
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS 701 4096 8405 1734	8 - DATA DE NASCIMENTO 31/05/1995	9 - SEXO (32a) MASCULINO	10 - FEMININO	11 - TELEFONE DE CONTATO (84) 987031282	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Maria Zélia da Costa	11 - ENDEREÇO (RUA, Nº) Sítio Lagoa do Mel real	12 - MUNICÍPIO Bonfim	13 - BAIRRO Zona Rural	14 - UF RN	15 - CEP 59240-000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Furto de 205 ossos 20 anestesiado @	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO T.T. Unum.			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Sua 606 e n.	20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FL 950 @	21 - CID INICIAL T10	22 - CID SECUNDÁRIO S529	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Ligadura	25 - LEITO / CLÍNICA 02011 - 1A.	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO URG.	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. S. Correia	28 - DT SOLICITAÇÃO 30.06.17	29 - CNS / CPF 30314 - CRM 4547
---	--	------------------------------------	---	---------------------------------	------------------------------------

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL			
42 - CID SECUNDÁRIO			

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	47 - DT AUTORIZ.	48 - CNS / CPF	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	51 - DT AUTORIZ.	52	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR 1022-020 Natal / RN Em, 30/06/17 Assinado eletronicamente
-------------------------------	------------------	----------------	--	--	------------------	----	--	--

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.

Código Solicitação: 205359174

Número AIH: 241710052600-5

## IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

## Unidade Solicitante:

HOSPITAL MONSENHOR WOLFRED GURGEL

## Unidade Executante:

HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro

AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL

## Central Reguladora

NATAL

## Data de Solicitação

01.07.2017 - 10:49:04

## Data de Autorização

11/07/2017 - 16:39:31

## Data de Reserva

12.07.2017

## Data de Internação

12.07.2017

## Data Prevista de Alta

14.07.2017

## Data de Alta

12/07/2017 - 17:04:18

## Motivo da Alta

1.1 ALTA CURADO

## CNES:

2653923

## CNES:

2408252

## Município Executante

NATAL

## Operador

01987736419MARILENE

## Operador

19980205415CERISE

## Operador

33391521449FRANCISCA

## Operador

33391521449FRANCISCA

## DADOS DO PACIENTE

## CNS:

701409684051734

## Nome do Paciente

FRANCISCO JANILDO DA COSTA

## Nome da Mãe

MARIA ZELIA DA COSTA

## Sexo:

MASCULINO

## Data de Nascimento:

31/05/1985 (32 anos)

## Tipo Logradouro:

SÍTIO

## Número:

## País de Residência:

BRASIL

## Telefone(s):

## Nome Social/Apelido:

## Naturalidade:

BOM JESUS - RN

## Raça:

AMARELA

## Tipo Sanguíneo:

## Logradouro:

LAGOA DOMEL

## Bairro:

CENTRO

## Município de Residência:

BOM JESUS

## Complemento:

CASA

## CEP:

59270-000

## UF:

RN

## DADOS DA SOLICITAÇÃO

## CPF do Médico Solicitante:

00756668476

## CPF do Médico Executante:

19561917807

## Diagnóstico Inicial - CID:

S524 - FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]

## Caráter

11 - Urgência

## Clínica:

ESPEC - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

## Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIÁFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO (C/ SINTESE)

## Nome do Médico Solicitante:

LEONARDO DOS SANTOS CORREIA

## Status da Solicitação:

APROVADA

## Nome do Médico Executante:

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

## Classificação de Risco

Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível

## Clínica Complementar:

Nenhuma

## Código:

0408020423

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

PACIENTE SOFREU TRAUMA NO ANTEBRAÇO CAUSANDO FRATURA. FEITO IMOBILIZAÇÃO. REFERE DOR E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS

## Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FÍSICO E RAIO X

## Condições que Justificam a Internação:

NECESSIDADE DE CIRURGIA

## PARECER

## Motivo de Impedimento do Regulador:

## Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

## CRN:

## Data de Solicitação:

01.07.2017 - 10:49:04

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

Data da Extração dos Dados: 19/07/2017 13:39:59





# BLOCO CIRÚRGICO BOLETIM DE SALA

Reg **122738** NOME: **Françesão Jamildo da Costa** APTO:   
Cirurgia Realizada: **Do cirúrgico da fratura do antebraço + Enxerto ósseo**

DATA: **12.07.17** INICIO: **15h** HS:  MIN:  TÉRMINO: **16h** HS:  MIN:

EQUIPE	NOME	CIC/MF	5500 CRM	CIRURGIA
Cirurgião	Dr Helio Garcia	Dr. Tiago Victor A. Carvalho		
1 Auxiliar		Médico Anestesiologista		Pequena
2 Auxiliar				Média
Anestesiologista	Antônia + Tiago	CRM-RN 7134		Grande
Instrumentador				Múltipla

Ata: 1. Paciente em DDH sob bloqueio M Sup D 2. Assepsia e antisepsia 3. Via de acesso dorsal + ulnar 4. Divulsão romba por planos 5. Tratamento cirúrgico da fratura dos ossos do antebraço D com síntese 6. Enxerto osseo 7. RX intra-op 8. Limpeza + sutura + curativo + tala gessada

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
MEDICAMENTOS				FIOS				DESCARTÁVEL			
028956	Agua Bidentada 100ml	AMP	04	050320	Vicryl 4-0 (Violeta)	ENV		060164	Malha Tubular 12cm	ROL	
000326	Agua Bidentada 10ml	AMP		050377	Vicryl 5-0 (Incolor)	ENV		060188	Malha Tubular 15cm	ROL	
021988	Agua Bidentada 20ml	AMP		050725	Vicryl 6-0	ENV		060783	Miscara Descartável	UND	
000057	Cloranfenicol 1g	AMP		050313	Vicryl 7-0	ENV		060930	Polifen 2 vias	UND	06
000096	Decadron 4mg. Inj.	AMP						064794	Podofina Degermanito / ml.	ML	
000713	Glicose 25% 10ml Inj.	AMP						064787	Povidone Tópico / ml.	ML	80
004283	Glicose 50% 10ml Inj.	AMP						065567	Sabão Líquido	ML	80
004703	Hipocose 50%	FRS						060733	Sopatlina Descartável	UND	12
005049	Inacet Pomada 1M	1/4						063223	Seringa Desc. 01cc of Agulha	UND	
015111	Keflin Neutro 1g	COM						062443	Seringa Desc. 03cc of Agulha	UND	
006667	Novalgina 2ml Inj.	AMP						062475	Seringa Desc. 05cc of Agulha	UND	03
007493	Profenid 100mg. Inj.	AMP						063209	Seringa Desc. 10cc of Agulha	UND	03
008829	Solução Ringier of Lactato	FRS						063216	Seringa Desc. 20cc of Agulha	UND	03
009449	Solução Ringier Simples	FRS						063120	Sonda Unistral 10	UND	
029125	Soro Fisiológico 100ml	FRS	04	061900	Abborcath-T Plus Nº 14	UND		063144	Sonda Unistral 12	UND	
008718	Soro Fisiológico 5% 500ml	FRS		061918	Abborcath-T Plus Nº 16	UND		063151	Sonda Unistral 14	UND	
008740	Soro Glicocido 5% off 500	TB		061925	Abborcath-T Plus Nº 18	UND		063189	Sonda Unistral 16	UND	
009695	Xylocaine 2% chv	AMP		061932	Abborcath-T Plus Nº 20	UND	01	063183	Sonda Unistral 18	UND	
010026	Xylocaine Gelada 2%	BSG		060962	Agulha Descartável 13 x 4,5	UND		060560	Sonda Unistral 20	UND	
bolsa de irrigação				060992	Agulha Descartável 25 x 7	UND	02				
2. pinos				060418	Agulha Descartável 40 x 12	UND	02				
tala de gesso				060575	Alcort 100% 70%	ML	50				
tala de gesso				060582	Atadura Crepon 10cm	ROL	03				
tala de gesso				060630	Atadura Crepon 12cm	ROL					
tala de gesso				060590	Atadura Crepon 15cm	ROL					
tala de gesso				060608	Atadura Crepon 20cm	ROL					
tala de gesso				060701	Atadura Gessada 10cm	ROL					
tala de gesso				060679	Atadura Gessada 12cm	ROL					
tala de gesso				060020	Atadura Ortopédica 10cm	ROL	03				
tala de gesso				066609	Atadura Ortopédica 15cm	ROL					
tala de gesso				061870	Atadura Ortopédica 15cm	ROL					
tala de gesso				060380	Atadura Ortopédica 20cm	ROL					
FIOS				066648	Bandeja Peridural	UND		090736	Aspirador		
050037	Algodão 0 (w/ Agulha)	ENV		061545	Bandeja Raqui	UND		092407	Aspirador		
050685	Algodão 2-0 (w/ Agulha)	ENV		060948	Butterfly 19g	UND		090324	Bomba de Infusão		
050044	Algodão 3-0 (w/ Agulha)	ENV		060955	Butterfly 21g	UND		090331	Capnógrafo		
050162	Cremado 1-0	ENV		062135	Butterfly 23g	UND		090363	Cranectomia		
050130	Cremado 2-0	ENV		062142	Butterfly 25g	UND		090395	Desfibrilador		
050123	Cremado 4-0	ENV		061205	Camisola Descartável	UND	05	090467	Intensificador de imagem		
050259	KI-Caterata	ENV		061244	Compressa Cirúrgica	UND	30	090499	Microsscópio		
050599	Mononylon 0 PRETO	ENV		061989	Eletrodo Descartável	UND	05	090711	Oxigênio Sob Pressão 1M		
050614	Mononylon 2.0 PRETO	ENV		060949	Enterofix 500ml	UND	20	090553	Oxímetro		
050621	Mononylon 3.0 PRETO	ENV	02	062024	Esparadrão 10 x 45	CM		093985	Oxido Nitroso		
050639	Mononylon 4.0 PRETO	ENV		062031	Éter Sulfúrico / ml.	ML	00	092708	Respirador a Pressão		
050646	Mononylon 5.0 PRETO	ENV		062285	Gase 91 x 91	UND	06	090578	Respirador a Volume		
050653	Mononylon 6.0 PRETO	ENV		062830	Gase Funcinada	UND		091556	Taxa de Monitor		
050682	Mononylon 8.0 PRETO	ENV		062364	Gomo Descartável	UND		090428	Taxa de Seta Nº		
050782	Mononylon 10-0 PRETO	ENV		062103	Intrafix Air II, 2,4 M	UND			Taxa de Fibra Ótica		
050542	Mononylon 10-0 PRETO	ENV		061079	Intrafix Padrão	UND			Video Laparoscopia		
050202	Prolene 2-0	ENV		062253	Lâmina Bisturi Nº 11	UND					
050483	Prolene 4-0	ENV		062260	Lâmina Bisturi Nº 15	UND	01				
050449	Prolene 5-0	ENV		060149	Lâmina Bisturi Nº 20	UND					
050431	Prolene 6-0	ENV		062332	Lupa Descartável Nº 7,0	PAR	83				
050510	Seda 2-0	ENV		062640	Lupa Descartável Nº 7,5	PAR					
050550	Seda 3-0	ENV		062429	Lupa Descartável Nº 8,0	PAR					
050660	Seda 6-0	ENV		062411	Malha Tubular 10cm	ROL					
050194	Simples 3-0 (w/ Agulha)	ENV									
050360	Vicryl 4-0 (Incolor)	ENV									

CIRURGIÃO: **Dr Helio Garcia** CIRCULANTE: **Buenos**  
Cirurgião: **Dr Helio Garcia**

I.S.O.A.

## RELATÓRIO ANESTESIA

Paciente com Fratura do Antebraço Direito

PRÉ-ANESTÉSICO:

DROGAS:

TÉCNICA ANESTÉSICA:

Bloqueio do Plexo Braquial Estimulador + Sedação

## DROGAS USADAS NA ANESTESIA

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
000150	Adrenalina	AMP		000818	Narcam	AMP			MEDICAMENTOS		
028956	Água Bidentada	AMP		007527	Plasil 10mg	AMP			Droga	AMP	
000942	Atropina 25	AMP		007558	Prostigmine	AMP			Procainona	AMP	
002050	Cloreto de Potássio	AMP		005292	Ketalar	AMP			Procainona	AMP	
001460	Cloreto de Sódio	AMP		003353	Quelicim 100mg	AMP			Procainona	AMP	
016820	Dimorf 2mg	AMP		000040	Quelicim 500mg	AMP					
002115	Diprivan	AMP		003543	Rapilem	AMP					
002953	Dolantina	AMP		000974	Sevoflur	ML					
003060	Domonid 15mg	AMP	1	008449	Sol. Ringer Simples	FRS					
017075	Domonid 5mg	AMP		028125	Sol. Fisiológica	FRS					
003071	Etoril	AMP		008740	Sol. Glicosado	FRS					
003511	Fentanyl 2ml	AMP		008829	Sol. Ringer Lactado	FRS					
003780	Focane	ML		001002	Thionexbutal	FRS					
017036	Haldoleno	ML		003013	Tracrium	AMP					
004695	Hypocimide	AMP		009727	Valium	AMP					
002487	Incise	AMP		001475	Xilocaina 1%	AMP					
010588	Lazscol	AMP		009895	Xilocaina 2% s/a	AMP	1				
005057	Marcaine 0,5 c/a	AMP		010026	Xilocaina 2% c/a	AMP					
005054	Marcaine 0,5 s/a	AMP	1	010033	Xilocaina Pesada	AMP					
010595	Marcaine Pesada	AMP									

ANOTAÇÕES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
3 Monitoragem																		
4 Venocla 15 E.J. 100g																		
5 Sedação																		
6 Bloqueio do plexo braquial com estimulador intratecal																		
7 Anestesia em antebraço																		
8 A 5 PCA																		

## Interocorrências

Sem Interocorrências

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Oxímetro	✓
Cardioscópio	✓
Capnógrafo	0
Oxigênio Líquido	2 Litros
Protóxido Líquido	

Dr. Tiago Victor A. Carvalho  
Médico - Anestesiologista  
CRM-RN 7134

INÍCIO ANESTESIA: 15h	INÍCIO CIRURGIA: 15h	DATA: 12/07/2017
FINAL CIRURGIA: 16h	FINAL ANESTESIA: 16h	ANESTESIOLOGISTA: CRM: 7134

MINISTERIO DA SAÚDE  
SISTEMA UNICO DE SAÚDE - SUS  
PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Hospital Memorial de Natal

Registro-Internamento: 122733 -1

Leito Nº: LEITO RESERVA 03

Médico CRM - 5500 - HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

LAUDO MÉDICO PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- |   |  |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Mudança de Procedimento | <input checked="" type="checkbox"/> Uso de Prótese, Ortese |
| <input type="checkbox"/> Diária de U.T.I.                   | <input type="checkbox"/> Uso de Fatores de Coagulação      |
| <input type="checkbox"/> Diária de Acompanhante             | <input type="checkbox"/> Uso de Oxigenadores               |
| <input type="checkbox"/> Vacina Anti RH                     | <input type="checkbox"/> Nutrição Parenteral               |
| <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>                                   |

HOSPITAL

10.867.687/0001-10 Hospital Memorial de Natal

PACIENTE

122733 -1 FRANCISCO JANILDO DA COSTA

PROCEDIMENTO ANTERIOR

PROCEDIMENTO SOLICITADO

MÉDICO SOLICITANTE

CRM

CPF

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA 5500 195.619.178-07

JUSTIFICATIVA

2 PLACAS DCP

14 PARAFUSOS

FRATURA DO ANTEBRAÇO COM COMINUIÇÃO GRAVE REALIZADOS:

0408060157 ENXERTO ÓSSEO

040802042-3 - TTO CIRURGICO DA FRATURA DO ANTEBRAÇO COM SINTESE

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 9791  
Tirol 59.022-020 Natal / RN  
Confere com original  
Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

CRM

5500

DATA

12/07/2017 14:52:22

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR

CRM

DATA





## Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

### PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

#### Dados do Paciente

Registro: 122733 IH: 1 Paciente: FRANCISCO JANILDO DA COSTA

Nascimento: 31/05/1985 32 anos Internação: 12/07/2017 09:42:35 Leito: LEITO RESERVA 03

#### ANTES DO ATO CIRÚRGICO

12/07/2017 16:27:14 COREN: 981845 - ANDRE LUIZ MIGUEL PEREIRA

##### Observações:

PACIENTE ADMITIDO NO CENTRO CIRURGICO EM JEJUM ACOMPANHADO DE SEU FAMILIAR DE PRÉ-OPERATÓRIO DE FRATURA DE ANTEBRAÇO O MESMO NEGA, AM +DM+HAS, PUNCIONADO EM MSE COM JELCO N°20 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: msd

Exame Laboratorial: NÃO Risco Cirúrgico: NÃO Raio X: PRÉ: SIM-QTD: 01

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): NÃO

Assinatura Responsável

##### Outros Exames:

#### SRPA

12/07/2017 16:27:14 COREN: 981845 - ANDRE LUIZ MIGUEL PEREIRA

Nível consciência: CONSCIENTE ORIENTADO

Oxigenoterapia: 02AMBIENTE

Acesso venoso: SIM Diurese: SIM Acianótico: NÃO Pálido: NÃO Sudorese: NÃO Tremores: NÃO

Hipotensão: NÃO Raio X de Controle: NÃO

##### Medicação administradas:

##### Encaminhamento:

PACIENTE ENCAMINHADO AO RX SEM INTERCORRÊNCIA POS REALIZAR RX SERA ENCAMINHADO AO LEITO DE POI OPERATORIO DE FRATURA DE ANTEBRAÇO NA HVP. EM MSE DIURESE PRESENTE, 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, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

### PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Data: 12/07/2017 16:27

#### Dados do Paciente

Registro: **122733** IH: **1** Paciente: **FRANCISCO JANILDO DA COSTA**  
Nascimento: **31/05/1985** **32 anos** Internação: **12/07/2017 09:42:35** Leito: **LEITO RESERVA 03**

### PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

#### DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: **BLOQUEIO E SEDAÇÃO**

Anestesiologista: **DR TIAGO**

Tipo: **FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO**

Cirurgião: **DR HELIO**

Instrumentador: **ANTONIA + BERENISE**

Circulante: **ELIANE**

Tipo curativo: **OCUIDO**

Tem material para biópsia/cultura: **NAO**

Inf.sanguínea: **NÃO**

Monitoração correta: **SIM**

Placa de bisturi: **SIM**

Antibiótico profilático?: **CEFAZOLINA 2G**

Medicação administradas:

#### Intercorrências / Observações:

**PACIENTE ADMITIDO EM SALA DE CIRURGIA CONSCIENTE ORIENTADO EM O2 AMBIENTE VIABILIZANDO HVP DE SF A 0,9% NO MSE, PUCIONADO COM JELCO DE N°20, NEGA HAS, DM, AM, ENCAMINHADO AO CRO EM P.O.I E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.**

### FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

#### CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: **Limpa**

RICARDO MIGUEL COSTA DE LIMA  
COREN - 1016774

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvonal Lamartine, 979  
Tirol 59.022-020 Natal / RN  
Confere com original  
Em:            /            /



# Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: FRANCISCO JANILDO DA COSTA Idade: 32 anos  
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 122733 Prontuário:  
Unidade: POSTO I Peso: 65,0 kg Altura: 1,50m  
Leito: ENFERMARIA 101-B  
Admissão: 12/07/17 09:42 0 dia(s) de internação  
Diag.: S527 - Fraturas múltiplas do antebraço | Fraturas do cúbito [ulna] e do rádio

12/07/2017 19:00

	Horários de Aplicação	5500
1) DIETA LIVRE, Ao dia	(SND)	
2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML Uso: 1 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	(500 500 500)	
3) CEFALOTINA SODICA 1G (KEFAZOL) Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 10 ML DE ABD.	22:00 06:00 14:00	
4) DIFIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD.	00:00 06:00 12:00 18:00	
5) TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	22:00 06:00 14:00	
6) DIMENIDRINATO B6 INJ 10ML (DRAMIN) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.	20:00 08:00	
7) DICLOFENACO SÓDICO 50 MG COM (VOLTAREN) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	00:00 08:00 16:00	
8) RANITIDINA 150MG COM (ANTAK) Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	06:00 18:00	
9) OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia	(ATENÇÃO)	

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA  
CRM - 5500

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 9791  
Tírol 59.022-020 Natal / RN  
Confere com original  
Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



### Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: FRANCISCO JANILDO DA COSTA Idade: 32 anos  
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 122733 Prontuário:  
Unidade: POSTO I Peso: 65,0 kg Altura: 1,60m  
Leito: ENFERMARIA 101-B  
Admissão: 12/07/17 09:42 1 dia(s) de internação  
Diag.: S527 - Fraturas múltiplas do antebraço | Fraturas do cúbito [ulna] e do radio

13/07/2017 07:00	Horários de Aplicação	5500
1) DIETA LIVRE, Ao dia	D2 (1)	
2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML Uso: 1 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	D2	
3) CEFAZOLINA SÓDICA 1G (KEFAZOL) Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 10 ML DE ABD.	D2	
4) DÍPIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD.	D2	
5) TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	D2	
6) DIMENIDRINATO B6 INJ 10ML (DRAMIN) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.	D2	
7) DICLOFENACO SÓDICO 50 MG COM (VOLTAREN) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	D2	
8) RANITIDINA 150MG COM (ANTAK) Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	D2	
9) OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia	D2 (1)	
10) ALTA HOSPITALAR, 02 em 02 horas	D1 (1)	

Dr(a): HELIO RUBENS POLIDO GARCIA  
CRM: - 5500

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



**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

### Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO JANILDO DA COSTA**

Registro: **122733** Nº Internação: **1**

Nascimento: **31/05/1985 32 anos** Data Internação: **12/07/2017 09:42:35** Leito: **ENFERMARIA 101-B**

### OBSERVAÇÕES GERAIS

AS 17:40 PACIENTE DE 32 ANOS CONSCIENTE E ORIENTADO RESPIRANDO SOB O2 AMBIENTE.  
ADMITIDO NESTE SETOR PROVENIENTE DO CENTRO CIRURGICO EM PÓS OPERATÓRIO  
IMEDIATO DE FRATURA DE ANTEBRAÇO(D) NA HIDRATAÇÃO VENOSA PERIFÉRICA EM MSE.  
NEGA COMORBIDADES, AFERIDO SINAIS VITAIS SEM ANORMALIDADES, COMUNICADO A  
NUTRIÇÃO, EM ANEXO AO PRONTUÁRIO 1 XEROX DE RX, ENTREGUE A RECEITA A ENFERMEIRA  
DO SETOR, SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

*Azenilda S. Azenilda*

12/07/2017  
COREN - 1135751  
AZENILDA SANTOS DO NASCIMENTO

### ESTADO GERAL

Higiene  
Sem Auxílio

Respiração  
O2 Ambiente

Corado

Deambulação

Acianótico

Sem auxílio

### Eliminaç. Vesicais:

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **120 X 80**

Pulso: **82**

Temperatura: **36,2 °C**

Respiração: **20**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Total

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE

### Observações Gerais:

PACIENTE EM PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO DE FRATURA DE ANTEBRAÇO(D) NA  
HIDRATAÇÃO VENOSA PERIFÉRICA EM MSE, NEGA COMORBIDADES, AFERIDO SINAIS VITAIS  
SEM ANORMALIDADES, DIURESE PRESENTE, DIETA VO SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS  
DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

12/07/2017 20:41:52 Francisca Gorete Henrique Gomes

COREN - 571216

FRANCISCA GORETE HENRIQUE GOMES

### OBSERVAÇÕES GERAIS

AS 20HS ADM 1 AMP DRAMIN B6 EM 100ML SF 0.9% EV  
AS 22HS E 06:00H ADM 1 FRASCO KEFAZOL 1G EM 8ML ABD EV  
AS 22HS E 06HS ADM 1 AMP TRAMAL EM 100ML SF 0.9% EV  
AS 24:HS E 06:00H ADM 1 AMP DIPIRONA 500MG/2ML EM 8ML ABD EV  
AS 24HS ADM 1 CP VOLTAREM 50MG VO  
AS 06:HS ADM 1 CP ANTAK 150MG VO

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

13/07/2017

COREN - 571216

FRANCISCA GORETE HENRIQUE GOMES



**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

### Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO JANILDO DA COSTA**

Registro: **122733** N° Internação: **1**

Nascimento: **31/05/1985 32 anos** Data Internação: **12/07/2017 09:42:35**

Leito: **ENFERMARIA 101-B**

### OBSERVAÇÕES GERAIS

PACIENTE CONCIENTE ORIENTADO EM AR AMBIENTE ENCONTRA-SE EM POS PERARORIO DE ANTEBRAÇO DIREITO NA HIDRATAÇÃO VENOSA PERIFERICA EM MSE, SSVV ESTAVEIS, DIA POR V.O. FOI HIGIENIZADO TROCADO ROUPAS DE CAMA + VESTES PESSOAIS, VESTES PESSAIS, PACIENTE TEVE ALTA MEDICA.

08:HS ADM 1 AMP DE DRAMIN EM 100 ML DE SF EV

08:HS ADM 1 CP DE VOLTAREN 50 MG V.O

DEMAIS MEDICAÇÕES FORAM DEVOLVDAS.

PACIENTE SAIU DE ALTA HOSPITALAR LEVANDO CONSIGO TODOS OS SEUS PERTENCES.

*Jucilene*

13/07/2017  
COREN - 1109514  
JUCILENE SABINO FORTUNATO



**Cirurgia da Mão de Natal**

**CIMAN**

DR. HÉLIO RUBENS POLIDO GARCIA – CRM 5500  
CIRURGIA DA MÃO - MICROCIRURGIA - ARTROSCOPIA

## RELATÓRIO MÉDICO

Nome: Francisco J da Costa

Diagnóstico: POp fratura do antebraço D

Prognóstico: Moderado. Ainda com dor e limitação. Deve seguir em reabilitação. Não se espera recuperação total

Recomendação: Deve afastar-se de suas atividades de carga por 4 (quatro) meses, a critério do perito

CID: S52/ Z98.8

03.08.17

Dr Hélio R P Garcia  
CRM 5500

Dr Hélio R. Polido Garcia  
Cirurgia da Mão  
Microcirurgia  
CRM 5500

Dr Hélio Rubens Polido Garcia  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia da Mão  
CRM 5500

Hospital Memorial – Av. Gov Juvenal Lamartine, 979 – Tirol – Natal – RN – F: 31334200



**Cirurgia da Mão de Natal**

**CIMAN**

DR. HÉLIO RUBENS POLIDO GARCIA – CRM 5500  
CIRURGIA DA MÃO • MICROCIRURGIA • ARTROSCOPIA

Francisco J da Costa

Solicito

Fisioterapia 10 sessões

HD: POp fratura do antebraço D

- ADM total **sem restrição**
- **analgesia** – tens, calor
- massagem
- controle do edema

Dr Hélio R/P Garcia  
CRM 5500

Dr Hélio Rubens Polido Garcia  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia da Mão  
CRM 5500



## **SINISTRO 3170481303 - Resultado de consulta por beneficiário**

---

**VÍTIMA** FRANCISCO JANILDO DA COSTA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** ARUANA  
SEGUROS S/A

**BENEFICIÁRIO** FRANCISCO JANILDO DA COSTA

**CPF/CNPJ:** 07490270456

**Posição em 11-10-2017 10:13:18**

Pedido de indenização cancelado.