



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
<b>FRANCISCO JANILDO DA COSTA (AUTOR)</b>	<b>GUSTAVO RODRIGO MACIEL CONCEICAO (ADVOGADO)</b>
<b>BRADESCO SEGUROS S/A (RÉU)</b>	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
13011 067	01/11/2017 11:11	Procuração 0774
13011 099	01/11/2017 11:11	Documentos Pessoais 0775
13011 136	01/11/2017 11:11	Declaração de Residência 0777
13011 180	01/11/2017 11:11	Comprovante de Residência 0776
13011 206	01/11/2017 11:11	Boletim de Ocorrência 0778
13011 242	01/11/2017 11:11	Documento Médico 01
13011 282	01/11/2017 11:11	Documento Médico 02
13011 324	01/11/2017 11:11	Documento Médico 03 0781
13011 331	01/11/2017 11:11	Documento Médico 04 0782
13011 335	01/11/2017 11:11	Comprovante de Sinistro Administrativo

**PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"**

**OUTORGANTE:** Francisco Janildo da Costa, brasileiro, natural de Bem Jesus / RN, solteiro, pasteleiro, RG nº 2.654.183 SSP/RN, CPF nº 014.902.104-56, residente e domiciliado na Perreco Lagoa da Mel, nº 15, AP-01, Línea Rural, Bem Jesus / 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 judicia*", 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 Janildo da Costa  
Outorgante

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO DESSA NOME:	002.854.168
FRANCISCO JANTILDO DA COSTA	
UNICO	
LUIZ NICACIO DA COSTA	
MARIA ZELIA DA COSTA	
ANTERIORMENTE:	
BOM JESUS RN	
DOC. 002.854.168	CEP: 59.700-000
0714.802.704-56	MASCINHO L-14 7-41 85-8002
	Isabelis Ferreira do N. Juiz Coordenador de Identificação Autônoma do Detran
	VIA
	CED NEF 7.116 DE 26/08/08



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

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Francisco Jamildo da Costa



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.436, de 28/04/02.  
NOTA FISCAL N.º 1947000 - FONTE DE ENERGIA ELÉTRICA  
Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Rua Menino, 195, Bairro, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59020-290  
CNPJ 08.324.198/0001-81 | Inscrição Estadual 20089198-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE:  
LUIZ NICACIO DA COSTA

CPF: 970.118.514-53

B1: RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL: 000836786  
APRESENTAÇÃO: 1M0B/2017

Nº DA FOLHA: 0850179530  
MÊSANO: 08/2017  
DATA DE VENCIMENTO: 14/09/2017  
TOTAL A PAGAR (R\$): 149,98

Consumo Apurado (kWh):  
Acréscimo Bandeira AMARELA  
Acréscimo Bandeira VERMELHA  
Contribuição Iluminação Pública  
Multas por atraso-NF 0008367311-14/09/17  
Juros por atraso-NF 0008367311-14/09/17

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
224.0000000	0,55021719	123,24
		3,13
		4,14
		14,87
		2,76
		1,54
		149,98

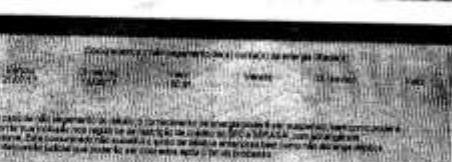
TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
152798	Ext.	14/08/2017	27.181,00	14/09/2017	27.305,00	10	1.48000		124,00

Mês/Ano:	BARÉU DE CALIBRAÇÃO	%	VALOR DA IMPORTE	COMPRIÇÃO DO CONSUMO
AGO/17	224			Gerador de Energia: R\$ 45,78
SET/17	217	0,0%	120,51	18,00
OUT/17	235	0,0%	130,31	1,07
NOV/17	284	0,0%	130,31	9,00
DEZ/17	230			Transmissão: R\$ 30,51
JAN/18	248			Perdas de Energia: R\$ 7,21
FEB/18	262			Reserva Básica: R\$ 11,20
MAR/18	268			Reserva Básica: R\$ 31,36
ABR/18	278			Total: R\$ 130,51
MAY/18	271			100%
JUN/18	199			
JUL/18	185			

83880000001-1 49980038400-2 85017953020-5 01279504863-0

Este documento é destinado ao cliente para que possa acompanhar o consumo de energia elétrica e os valores da fatura. Ele deve ser lido e compreendido sempre que houver alguma contestação ou reclamação de Clientes. Pode ser usado para fins de fiscalização da Companhia (Lei nº 10.436/02) e auditorias monetárias pelo mês. O cliente deve apresentar quando necessário, os recibos de compra de energia elétrica e os recibos de pagamento ao fornecedor. Em caso de suspeita de desonestade no ato em que ocorre a suspeita.



Este documento indica que a fatura é destinada ao cliente para que possa acompanhar o consumo de energia elétrica e os valores da fatura. Ele deve ser lido e compreendido sempre que houver alguma contestação ou reclamação de Clientes. Pode ser usado para fins de fiscalização da Companhia (Lei nº 10.436/02) e auditorias monetárias pelo mês. O cliente deve apresentar quando necessário, os recibos de compra de energia elétrica e os recibos de pagamento ao fornecedor. Em caso de suspeita de desonestade no ato em que ocorre a suspeita.

PROJETO	NAME	LIMITE MÍNIMO	LIMITE TERRITORIAL	LIMITE MÁXIMO	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITES DE VARIAÇÃO (%)
EADP	0,00	11,16	22,72	44,86	220	-20,2 / +23,1
POTENCIAS	0,00	7,92	15,16	46,29		
	0,00	8,08	15,00	45,00		

Límite DCR: 10,00 3750 - VMP de Energia de Usina Sistema de Distribuição - 95.43,72

CONTABILIZADO: 085017953020-5 01279504863-0

83880000001-1 49980038400-2 85017953020-5 01279504863-0





Governo do Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social  
Policia 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: 28/06/2017 09:51:15  
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO      1.4 Ligou CIOSP: Não

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 30/06/2017 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  
2.8 Número: SN  
2.10 Complemento: centro  
2.12 Bairro: NÃO INFORMADO  
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
2.15 Logradouro: RUA ALMIR FREIRE  
2.9 CEP:  
2.11 Ponto de Referência: BR 226  
2.13 Cidade: BOM JESUS

**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:  
3.5 Elétrica Parda  
3.7 Sexo: MASCULINO  
3.9 CPF: 07490270456  
3.11 Nacionalidade:  
3.13 Profissão: PASTELEIRO  
3.15 Telefone(s): 84 988887521  
3.17 Número: SN  
3.19 Bairro: ZONA RURAL  
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
3.23 Cidade: BOM JESUS  
3.24 CEP:  
3.4 Pai: LUIZ NICACIO DA COSTA  
3.6 Mãe: MARIA ZELIA DA COSTA  
3.8 Orientação Sexual:  
3.10 Identidade do Gênero:  
3.12 Data de Nascimento: 31/05/1985  
3.14 RG: 002654183 - Itep/RN  
3.16 Passaporte:  
3.18 Naturalidade: BOM JESUS RN.  
3.20 E-Mail:  
3.22 Logradouro: SITIO LAGOA DO MEL  
3.24 CEP:

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VITIMA(S)**

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VITIMA

**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: 9CBKG0660E0026716  
7.1.5 Placa: OWE9708  
7.1.7 Marca: YAMAHA  
7.1.9 Ano do Modelo: 2014  
7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA  
7.1.13 Nota Fiscal:  
7.1.15 Nome do proprietário: FRANCISCO JANILDO DA COSTA  
7.1.17 Nome do condutor: O DECLARANTE  
7.1.18 Observações:  
7.1.12 Seguradora:  
7.1.14 Renavam: 01021068486  
7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
7.1.8 Modelo: YS150 FAZER ED  
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 RELATA QUE NA DATA, LOCAL E HORA DO FATO CITADO, QUE FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO 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 A CAIR E SENDO SOCORRIDO PELO SERVIÇO DA AMBULANCIA DO HOSPITAL DE BOM JESUS, NO QUAL FOI TRANSFERIDO PARA O PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO NO MUNICIPIO DE NATAL /RN, NO QUAL RECEBEU ATENDIMENTO MEDICO CONFORME O BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 30062/2017, NADA MAIS DISSE.

**9.2 Informações do Ciosp**

**9.3 Outras Providências**

REGISTRO DO B.O.

**10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)**

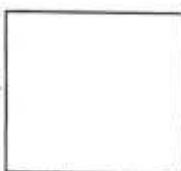
**11. DECLARAÇÃO**

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

Data: 28/06/2017 09:51:15

Wilton José Senna dos Santos  
Agente de Polícia Civil  
Mat.: 167.138-3

*Francisco Janildo da Costa*  
Interessado



Polegar direito

Alendimento: 1671383 - WILTON JOSÉ SENNA DOS SANTOS

Impresso por: 1671383 - WILTON JOSÉ SENNA DOS SANTOS em 28/06/2017 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 10 85 Idade: 37 anos

Endereço: Rua Boa Vista do Mel

Hora da Chegada: 14:10 Hora de Saída:

CARTÃO SUS: 401 4096 84 05 17 34

#### Sinais Vitais:

Pressão Arterial: X Temperatura: Peso:

Pulso: HGT:

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

Alento de sensação emburrada apresentando  
fistula entubada de febre alta, febre alta  
reptação desidratação, fistula entubada.

#### Hipótese Diagnóstica:

**Resultado de Exames:**

**PREScriÇÃO MÉDICA:**

*Exe. no dia 10/05/2010*

*DR. J. Fábio Rosat  
Médico do Trabalho  
CRM-6251*

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:**

**Conduta:**

Liberado       Encaminhado



SESAP/RN - HOSPITAL MO<sup>ST</sup> SENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 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  
RG: 701409684051734 CPF: 07490270456 Prof:  
M: 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

Motivação:

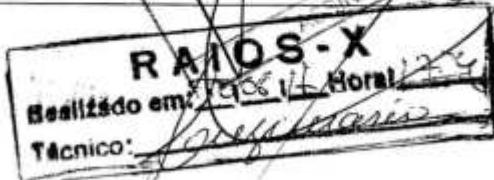
Racente num encaminhado de ambulância com história de queda de moto (incidente de baixo impacto). Nego TCE, trauma torácico, trauma abdominal.

EGF: negativo e negativo  
Abd: flácido

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A - Vias respiratórias patológicas
- B - Bradycardia
- C - Bradipresídio
- D - Glasgow 15
- E - Deficiência de MSD

OUTRAS OBSERVAÇÕES:



Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Fractura de MSD*

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

EXAME FÍSICO (§ 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)  Raio-x de JNSD AP e P  Dra. Karla Avelino Urologista CRM/DF/5319	LABORATÓRIO DE ANÁLISE CLÍNICAS	
	OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)  Rx de CG Rx de Uro em EXAMES Rx de Uro - Urologia  Dra. Karla Avelino Urologista CRM/DF/5319	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM  Paciente pediu exame de tumor no abdômen desde dia 10/11/17. Cintografia feita varízenas.	
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1: Urologia	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:  Dra. Karla Avelino Urologista CRM/DF/5319	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:

ANAMNESE

AC. monocular M + 16  
Peso da Cia 60kg.

EXAME FÍSICO

Pescoço: Peso da Cia 60kg no Abdômen  
Sob peso ~ 20kg.  
Abdômen: Estom.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fr. ossos art. (6) fractura

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

LABORATÓRIO

DUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

- Fr. Peso - 16kg (6)  
- 20 kg Peso Peso  
16kg

Dr. Leonardo dos S. Correia  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgião de Coluna  
CRM 4547  
3314-2014

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº 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. 

Dr. Leonardo dos S. Correia  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgião de Coluna  
CRM 4547  
3314-2014  
Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº 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.



CPF: 074902704-56

Identificação SUS 70140968405 7734

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

Data de admissão: 30/06/77 Alta: / /

Nome: Francisco Jairinho da Costa Naturalidade: Bonfim - RN

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

RG: 002654783 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: Fund. I

Filiação: Pai: Luiz Nicanor da Costa

Mãe: M<sup>o</sup> Zélia da Costa

Endereço: Sítio Jagua de Mel Cidade: Bonfim - RN

Telefone: 98703-1282 - Lucas - 1000 ( ) Residencial ( ) Trabalho ( ) Recado

Contato: 98888-7521 - Maria Outros telefones:

Composição familiar: Reside com pais

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

#### Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Apresente Garaj 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

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

#### Forma de Acesso ao Serviço

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

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

(x) Encaminhado: Hospital de origem: Bonfim

#### Critérios para Acompanhante

Possui requesitos? ( ) 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: S<sup>o</sup> mesmo.

#### Evolução

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

30-06-77 - Paciente aos cuidados da enfermagem. Tinha de queda de moto chegou acompanhado de irmão, que foi orientado quanto à rotina do hospital e solicitado cópias da documentação. Gabinete CRESS 6290.

Saída

CRESS 6290

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.

<p><b>GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE</b>          Secretaria de Estado da Saúde Pública          Hospital Monsenhor Walferdo Gurgel          Pronto Socorro Clóvis Sartório</p>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE A</b>		
<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b>				
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO</b>				
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES			
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES			
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>				
5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PROTOCOLO			
Fernando Francisco da Costa				
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO		
701409684051734	31/05/1995	32a	MASCULINO 1 FEMININO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO			
Maria Zélia da Costa	(84) 987031282			
12 - ENDEREÇO (RUA, N°)	13 - MUNICÍPIO	14 - Bairro	15 - UF	16 - CEP
Sítio Boqueirão do Mel novo	Bom Jesus	Zona Rural	PR	988887521
<b>LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>				
Pessoas encostas nos ossos 200				
<b>18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</b> TTI Unus.				
<b>19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)</b> Sono 6 horas.				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS	
Fissão	T10			
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
Ligação.	Ortopédica	VN6..	Dr. José S. Carreira	
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	30 - CNS / CPF	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		
07080100-12.		Ortopedia de Coluna CRM 4547		
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>				
32 - ( ) ACIDENTE DE TRANSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BONUS	
36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -	
39 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO			DESCRICAÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
41 - CID PRINCIPAL			41 - GRAVE 42 - GRAVISSIMA	
42 - CID SECUNDÁRIO			43 - ( ) 44 - ( ) 45 - ( )	
<b>AUTORIZAÇÃO</b>				
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.	55 - CONFIRMADA		
48 - CNS / CPF	52 -	56 - ASSINATURA		
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	57 - ASSINATURA		

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 das melhores evidências científicas.

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
*Admissão de Internamento Hospitalar*

Nº FIA: 4396 /2017

Prontuário: 1161230

Paciente: 27330 - FRANCISCO JANILDO DA COSTA

Cartão SUS: 701409684051734

Idade: 32 anos 30 dias

Sexo: M

CPF: 07490270456

Dt Nasc: 31/05/1985

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA ZELIA DA COSTA

Nome do pai: LUIZ ICACIO DA COSTA

Rua/Av: LAGOA DO MEL

Complemento:

CEP: 59270000

Telefone: 84 988887541 84 988887541

Especialidade: ORTOPEDICA

Responsável: JOSE LUCAS DA COSTA - IRMAO (A)

Usuário: ERIVALDO SIQUEIRA DA COSTA

Nº:1

Bairro: AREA RURAL

Cidade: BOM JESUS

Unidade: OBS II

Leito: 944

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.

*2017-07-01*  
CRM 23301  
ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel  
Pronto Socorro Clávis Soárez

JANCO

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

Nome: WILSON Idade: 18  
Serviço:

第10章

Editor \_\_\_\_\_

## DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

~~PMU~~ & Barber D.D.  
Do as I do & the fernans. enjoy  
one via a tel  
marked

ESTE HOSPITAL É SEU. É MEU. É NOSSO.

**Francisco Javimbo da Costa**  
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel  
Pronto Socorro Clávis Sávio

**LAUDO PARA  
SOLICITAÇÃO DE AII**

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNACÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

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

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PROTOCOLO	
<i>Fernando Henrique dos Santos</i>			
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO	
701409684051734		31/05/1995 (32a)	
9 - SEXO		MASCULINO      1      FEMININO      2	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
<i>Maria Zelia da Costa</i>		(84) 987031280	
12 - ENDERECO (RUA, N°)		9 88 88 752	
<i>Sítio Lagoa do Mel - natal</i>			
13 - MUNICÍPIO		14 - Bairro	
<i>Bom Jesus</i>		<i>Zona Rural</i>	
15 - UF		16 - CEP	
<i>RN</i>			

LAUDO TECNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	Fevereiro acima 205 01805 20 dizendo ①
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	TET 6m

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
Sono 60% n.			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FAD 0	21 - CID INICIAL T10	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Intern.	26 - LEITO / CLÍNICA Urologia	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO -7080.10016. 0408020423	-12.	Urg.	29 - DT SOLICITAÇÃO 30,06,17
			José S. Correia 314 - ASSISTENTE RADIODIAGNÓSTICO (Nº REG. CONSELHO Ortopedia e Traumatologia do Rio de Janeiro - CRM 4547

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS /ACIDENTES OU VIOLENCIAS**

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

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AH)
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 os traumas da estrada, nos moldes modernos, eficientes e humanizados.



# Hospital Memorial de Natal

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

hmorial@veloxmail.com.br

DIGITALIZADO

L  
101-B

## 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

Eaíro: 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

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: [  ] Paciente [  ] Responsável



HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Tirol 59.922-020 Natal / RN  
Centro de Saúde  
ENDOLOGIA

### 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: \_\_\_\_\_ Diagnóstico Definitivo: \_\_\_\_\_

Procedencia: \_\_\_\_\_

História da Doença atual: \_\_\_\_\_

Interrogatório sobre diversos aparelhos: \_\_\_\_\_

Antecedentes pessoais: \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares: \_\_\_\_\_

Estado geral: \_\_\_\_\_

Ap. Cardiorespiratórios: \_\_\_\_\_

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  
Caráter com original  
En.



## 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: **84937031282**  
Profissão: **AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT** Mãe: **MARIA ZELIA DA COSTA**

### Dados de 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**, explico-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 PACIENTE

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  
Tiroz 59.022-020 Natal/RN  
Confira com original  
Em, / /

*Francisco Jamil da Costa* ean: 205359174

 <b>GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE</b> Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH</b>
---	--

### 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				
<i>Francisco Jamil da Costa</i>					
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO	FEMININO	2
701409684051734	31/05/1995	(32a)	X		

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - FONE DE CONTATO
<i>Maria Zélia da Costa</i>	(84) 987031282

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)	13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP
<i>Sítio hagea do mel real</i>	<i>Bom Jesus</i>	<i>Zona Rural</i>	<i>PR</i>	<i>59270-000</i>

#### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	<i>Franco escuro 205 0505 20 arredores ①</i>
--	--

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	<i>TAT urin.</i>
--	------------------

#### 12 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
<i>Festas ①</i>	<i>T10</i>	<i>9529</i>	

#### PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - LEITO / CLÍНИCA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
<i>reun.</i>	<i>020011</i>	<i>Urg.</i>	<i>José S. Correia</i>
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	26 - DT SOLICITAÇÃO	29 - DT SOLICITAÇÃO	30 - CNS / CPF
<i>040802090113</i> <i>7080100112.</i>		<i>30/06/17</i>	<i>30106117</i>
			<i>Assinatura de José S. Correia Ortopedia e Traumatologia Cirurgião de Coluna CRM 4547</i>
			<i>3314 - CRM 4547</i>

#### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

32 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGUROADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
38 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL		42 - CID SECUNDÁRIO	
		43 - ( ) 44 - ( ) GRAVE	
		<i>Hospitalar / Traumatologista</i>	
		<i>Em 11/06/2017</i>	

#### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	<i>Hospitalar nº 1101320 Matr./RN</i>
48 - CNS / CPF	52	<i>Assinatura com original</i>
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, agnoses 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 WALFREDO 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.

**DADOS DO PACIENTE****CNS:**

701409684051734

**Nome do Paciente**

FRANCISCO JANILDO DA COSTA

**Nome Social/Apelido:**

---

**Nome da Mãe**

MARIA ZELIA DA COSTA

**Naturalidade:**

BOM JESUS - RN

**Sexo:**

MASCULINO

**Raça:**

AMARELA

**Data de Nascimento:**

31/05/1985 (32 anos)

**Tipo Sanguíneo:**

---

**Tipo Logradouro:**

SITIO

**Logradouro:**

LAGOA DOMEL

**Complemento:**

CASA

**Número:****Bairro:**

CENTRO

**CEP:**

59270-000

**País de Residência:**

BRASIL

**Município de Residência:**

BOM JESUS

**UF:**

RN

**Telefone(s):**

---

**DADOS DA SOLICITAÇÃO****CPF do Médico Solicitante:**

00756668476

**Nome do Médico Solicitante:**

LEONARDO DOS SANTOS CORREIA

**Status da Solicitação:**

APROVADA

**CPF do Médico Executante:**

19561917807

**Nome do Médico Executante:**

HELIOS RUBENS POLIDO GARCIA

**Diagnóstico Inicial - CID:**

5524 - FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]

**Classificação de Risco**

Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível

**Caráter**

11 - Urgencia

**Clínica Complementar:****Clinica:**

Nenhuma

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

**Código:****Procedimento Solicitado:**

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO (C/ SÍNTese)

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)****CRM:****Data de Solicitação:**

01.07.2017 - 10:49:04

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



## **BLOCO CIRÚRGICO BOLETIM DE SALA**

**BOLETIM DE SALA**

**Cirurgia Realizada:** Tratamento cirúrgico da fratura do antebraço + Enxerto ósseo

APTO:

DATA: 11.07.13

DATA: 11.07.17 INICIO: 15h HS:

DATA: 12-07-17		INICIO: 15h	HS:	MIN:	TÉRMINO: 16h	HS:	MIN:
EQUIPE	NOME						
Cirurgião	Dr Helio Garcia				Dr. Tiago Victor A. Carvalho	5500 CRM	CIRURGIA
1 Auxiliar					Médico Anestesiologista		Pequena
2 Auxiliar					CRM-PN 7134		Média
Anestesiologista	Antônia TIAGO + Gleice CARVALHO						Grande
Instrumentador							Múltipla
Ato:							

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

#### CIRURGIÃO:

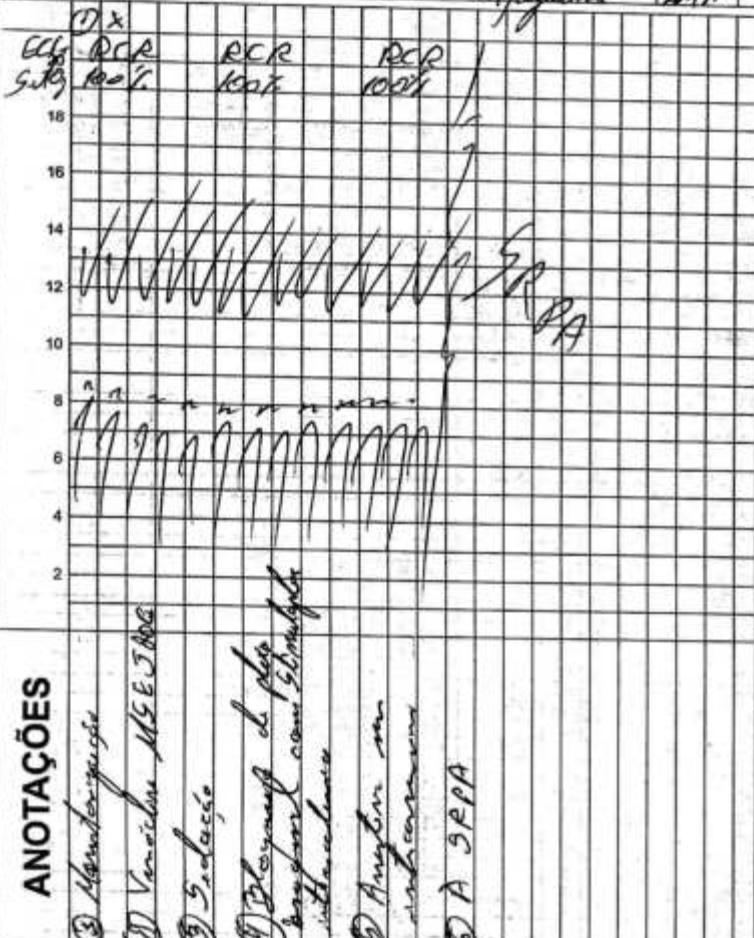
Jr Help P Garcia  
Gwinnett MSA-Dannadis

ROL: CIRCULANTE: *Bijenka*

I.S.D.A  
Paciente com Fratura do Antebraço Direito

PRÉ-ANESTÉSICO:	DROGAS:
TÉCNICA ANESTÉSICA:	<i>Benzodiazepínicos + Sedativo</i>

DROGAS USADAS NA ANESTESIA											
CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID	QUANT.
000150	Adrenalina	AMP		006818	Narcam	AMP			MEDICAMENTOS		
028956	Água Bidestada	AMP		007527	Plastil 10mg	AMP			Drescocy	AMP	
000942	Atropina 25	AMP		007558	Prostigmine	AMP			Dencametaciam	AMP	
002050	Cloreto de Potássio	AMP		006292	Ketalar	AMP			Isosmolal	AMP	
001460	Cloreto de Sódio	AMP		003353	Quelicam 100mg	AMP			Ramipril	AMP	
016820	Dimorf 2mg	AMP		006040	Quelicam 500mg	AMP					
002115	Dopivane	AMP		003543	Rapifem	AMP					
002953	Dolantina	AMP		006974	Sorodine	ML					
003069	Domonid 15mg	AMP	1	008449	Sol. Ringer Simples	FRS					
017075	Domonid 5mg	AMP		028125	Sol. Fisiológica	FRS					
003071	Ebitril	AMP		006740	Sol. Glucosado	FRS					
003511	Fentamíl 2ml	AMP		008829	Sol. Ringer Lactato	FRS					
003780	Focame	ML		001002	Thiomentalbutal	FRS					
017028	Hakuleno	ML		003013	Traxzidam	AMP					
004695	Hipnacidade	AMP		009727	Vallum	AMP					
002487	Inotel	AMP		001475	Xilocaina 1%	AMP					
010588	Lanexot	AMP		009995	Xilocaina 2% s/r	AMP	1				
005687	Mercaptol 0,5 c/A	AMP		010026	Xilocaina 2% c/A	AMP					
005684	Mercaptol 0,5 s/A	AMP	1	010033	Xilocaina Preparada	AMP					
010595	Mercaptol Pessada	AMP									



ANOTACÕES	Dr. Tiago Vieira A. Carvalho Médico Anestesiologista CRM-RN 7134
INÍCIO ANESTÉSIA: 15h	INÍCIO CIRURGIA: 15:40h
FINAL CIRURGIA: 16h	FINAL ANESTÉSIA: DATA: 12/07/2017
ANESTESIOLOGISTA: CRM:	

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SISTEMA ÚNICO 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:

Mudança de Procedimento

Diária de U.T.I.

Diária de Acompanhante

Vacina Anti RH

Uso de Prótese, Ortese

Uso de Fatores de Coagulação

Uso de Oxigenadores

Nutrição Parenteral

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  
11 PARAFUSOS

FRATURA DO ANTEBRAÇO COM COMINUIÇÃO GRAVE REALIZADOS:

0408040157 ENXERTO ÓSSEO  
040802042-3 - TTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO ANTEBRAÇO COM SÍNTSE

HOSPITAL MEMORIAL,  
Av. Juvenal Lamartine, nº 791  
Tiroz 59.022-020 Natal / RN  
Confere com original  
Em, \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE



CRM	DATA
5500	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: hmmedical@veloxmail.com.br

## PROTÓCOLO 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 CIRÚRGICO 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 PÓS REALIZAR RX SERÁ 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  
Tiro 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: hm.memorial@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: OCLUIDO

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 ADIMITIDO 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. Juvenal 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: **1,50**  
Leito: **ENFERMARIA 101-B**  
Admissão: **12/07/17 09:42** 0 dia(s) de internação  
Diag.: **S527 - Fraturas múltiplas do antebraço| 1 Fraturas do cíbito [ulna] e do rádio**

12/07/2017 19:00

		Horários de Aplicação	
1)	DIETA LIVRE, Ao dia	(SND)	5500
2)	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML Uso: 1 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	(500) 500 500	
3)	CEFAZOLINA 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)	DIPIRONA 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	
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

HÓSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 9791  
Tirof 59.022-020 Natal / RN  
Confira 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: 1.60  
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 rádio

13/07/2017 07:00	Horários de Aplicação	5500
1) DIETA LIVRE, Ao dia	D2 (1)	
2) SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML Uso: 1 frasco, via endovenosa, 06 em 06 horas.	D2	
3) CEFAZOLINA SODICA 1G (KEFAZOL) Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 10 ML DE ABD.	D2	
4) DIPIRONA 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 PERCUSÃO 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, 9791  
Tiro 59.022-020 Nataf / RN  
Confere com original  
Em, \_\_\_\_\_



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

## REGISTRO DE ENFERMAGEM

### Dados do Paciente

Paciente: FRANCISCO JANILDO DA COSTA Registro: 122733 Nº Internação: 1  
ascimento: 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 OPERATORIO  
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 PRONTUARIO 1 XEROX DE RX, ENTREGUE A RECEITA A ENFERMEIRA  
DO SETOR, SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Azenilda  
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 OPERATORIO IMEDIATO DE FRATURA DE ANTEBRAÇO(D) NA  
HIDRATAÇÃO VENOSA PERIFÉRICA EM MSE, NEGA COMORBIDADES, AFERIDO SINAIS VITais  
SEM ANORMALIDADES, DIURESE PRESENTE, DIETA VO SEGUO NO LEITO AOS CUIDADOS  
DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

12/07/2017 20:41:52 Francisa 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/  
Tiro/59.022-020 Natal / RN  
Confere com original  
Em, / /

Francisa Gorete Henrique Gomes

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 Nº 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 PERIFERCA EM MSE, SSVV ESTAVEIS, DIEA  
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.