



Número: **0841152-05.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **23ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **26/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA (AUTOR)	RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS (ADVOGADO)
MAPFRE SEGUROS (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12201 120	06/09/2017 17:03	Docs - FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA 1	Documento de Comprovação
12201 129	06/09/2017 17:03	Docs - FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA 2	Documento de Comprovação

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE(S): FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA, brasileiro, casado, autônomo, RG: 3.952.592 66/RN, CPF N° 010.429.234-02, residente e domiciliado a Avenida Senador Gergino Assisino, Monte Castelo, Parnaíba/RN, CEP: 59270-000.

OUTORGADO(S): RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 5990 e MELQUIADES PEIXOTO SOARES NETO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN nº 9453 e RAFAELA CARLA MELO DE PAIVA, brasileira, solteira, inscrita na OAB/RN sob o nº 2909, ambos todos com escritório profissional sito na Av. Amintas Barros, nº 2909, 1º andar, sala 13, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP: 59.062-250.

PODERES: a quem conferem amplos poderes da cláusula "ad-judicia et extra", para o foro em geral, podendo dito (s) procurador (es) em conjunto ou isoladamente, em qualquer instância, juízo ou tribunal, propor contra a quem de direito as ações competentes e defendê-los nas contrárias, e, ainda, requerer, acordar, discordar, confessar, transigir, desistir, receber e dar quitação, variar de ações, firmar termos de declarações legais e representá-los, em tudo se fizer necessário em favor de seus interesses, em qualquer repartição pública federal, estadual, municipal, autárquica, requerendo ou representando defesa, inclusive substabelecer o todo ou em parte as prerrogativas que ora lhes são conferidas.

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

01 - Concomitantemente com os Poderes acima outorgados, o (a) outorgante/contratante acorda em pagar aos outorgados/contratados o valor correspondente a **20% (VINTE) por cento** sobre o valor da condenação, acordo judicial ou extrajudicial, com as devidas atualizações apuradas pelo Juízo, até final do pagamento, facultado aos advogados contratados requererem nos autos, que lhes sejam pagos diretamente os honorários, por dedução da quantia a ser recebida pelo constituinte, ora contratante, tudo como previsto no artigo 22, § 4º, da Lei nº 8.906/94 (Estatuto da OAB).

02 - Caberá ao Contratante para o bom andamento da ação, fornecer os documentos e informações solicitadas pelos advogados.

03 - A verba oriunda da parte adversa, pelo princípio da sucumbência, reverterá aos contratados.

04 - As partes contratantes elegem o foro de Natal/RN para dirimir quaisquer dúvidas oriundas deste contrato.

Natal-RN, 29 de Julho de 2017

X _____
Outorgante/Contratante

NOME: FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA
 DOC. IDENTIFIC. - RG: 195259 / RG: 195259 / RG: 195259
 DATA NASCIMENTO: 05/05/1983
 SEX: M
 RACIA: BRANCA
 ENDEREÇO: FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA, MARIA NILEDA FERNANDES DA SILVA
 CIDADE: PARANÁ, ESTADO: AB
 Nº REGISTRO: 02453807458
 DATA: 24/12/2004
 CATEGORIA: 02
 SOCIAL: PARANÁ, RN
 DATA: 20/12/2011
 Nº: 22359073350
 Nº: RS701460963

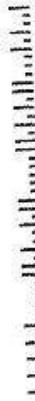
422574269

422574269



Fatura Mensal

Numero do Cartão: 518767XXXXXX1270
Atendimento a Clientes: 400.090.909
Demais Localidades: 0800.940909



CIT. SAUTO ANDRE SPIN PLAT
FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA
AV SEN GEORGINO AVELINO 1072
MONTE CASTELO
59146-150 PARNAMIRIM - RN



721130702199986 00000141034 30 110215

Vencimentos: 14/02/2016 Postagem: 11/02/16 Emissão: 04/02/2016

Vencimento da Fatura 14/02/2016
Total da fatura R\$ 299,66
Pagamento Mínimo R\$ 63,03

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá pagar com os taxes e encargos adicionados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor mínimo de encargos em casos de pagamento mínimo até o vencimento: R\$ 43,57
Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 04/03/2016

Descrição	Cidade/UF	Crédito/Debitos/R\$
04/01 TOTAL DA FATURA ANTERIOR		225,82D
15/01 JUROS ROTATIVO		14,18D
04/02 MULTA DE ATRASO		4,52D
04/02 MORIA		0,29D
04/02 JUROS DE ATRASO		1,81D
15/01 OBRIGADO PELO PAGAMENTO		150,00C
Subtotal Nacional		95,84D
FRANCISCO W F DA SILVA 518767XXXXXX1270		36,66D
Movimentações Nacionais		32,00D
14/12 ESPHER MODAS 02/03	PARNAMIRIM	50,00D
31/12 FCA PAGUE MENOS 28Q 02/03	PARNAMIRIM	60,00D
28/01 TIM CONTRIB 3462a	BO DE JANEIR	19,75D
29/01 BOM DIA SUPERMERCAD	PARNAMIRIM	0,16D
04/02 ANUIDADE DIFERENCIADA TIT 03/04		0,25D
04/02 ICE BASE DE ROTATIVO		15,00D
04/02 ICF ADICIONAL DE ROTATIVO		
04/02 TAMPA AVAL EMERG. CRED		

Encargos

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
COMISSÃO NACIONAL DE VEÍCULOS

DETRAN - RN 9725/0821 Nº 012391068478
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 00201093332 EXERCÍCIO 2016
NOME MARVALDO FERNANDES DOS SANTOS

PLACA ANT. UF 877-959-354-91 PLACA RN3542 CHASSI 9C2JC4120A071258

ESPECIE TIPO PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APT. ICARV/S COMBUSTIVEL GASOLINA

MARKA/MODELO HONDA/CG 125 FAN BS ANO FAB 2010 ANO MOD 2010

CAP/POT/CL 0 CV/124 CILINDRADAS PARTICULAR CATEGORIA VERMELHA COR PREDOMINANTE

COTA UNICA R\$ 0.00 VENC. COTA UNICA 05/01/2016 1º PAGO

FAIXA IPVA 002843 3X R\$ **** PARCELAMENTO/COTAS 2º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) OF (R\$) TAXAS DE TRAF. 2.10 DEVIO PAGO

*** TAXAS DE TRAF. 2.10 OBSERVAÇÕES

OTOR: 9741824071258

DATA 05/01/2016

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO PARA O VEICULO - O SEU BILHETE DE SEGURO DPVAT
AUTOMÓVEL - TRANSPORTE URBANO - CATEGORIA - SEGURO DPVAT

RN Nº 012391068478 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 05/01/2016

VIA 1 CPF / CNPJ 877.959.154-91 PLACA RN3542

RENAVAM 00201093332 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN BS

ANO FAB. 2010 ANO CALIBRE 9 N° CLASSI 9C2JC4120A071258

PREMIO TARIFARIO R\$ (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) ICOF (R\$) TOTAL BILHETE/BO/SEMPRE (R\$)

COTA UNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.345.808/0001-04
www.seguradoralider.com.br



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 Departamento de Polícia Rodoviária Federal
 Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83416855
Comunicação: C1961106
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1183843 - JOAO MARQUES DANTAS Data/Hora do Acidente (hora local): 03/12/2015 21:45 BR: 101 KM: 104,4
 Município/UF: PARNAMIRIM/RN Tipo de Acidente: Tombamento Sentido da Via: Crescente
 Fase do dia: Plena noite Condições da Pista: Seca Restrições de Visibilidade: Inexistente
 Sinalização existente: Vertical, Horizontal Sinalização luminosa: Inexistente Condição meteorológica: Céu Claro
 Houve danos ao patrimônio da União? Não Data e horário da solicitação:
 Houve solicitação de perícia? Não Data e horário do
 A perícia compareceu ao local do sinistro? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDIÇÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: Urbano Tipo de Localidade: Comercial
 Existe acostamento? Sim Estado de Conservação: Bom Há desnível? Não É pavimentado? Sim Largura (m): 3,2
 Possui defesa? Possui meio-fio? Conservada(o) Possui sarjeta? Não existe
 Existe canteiro central? Não Estado de Conservação: Largura (m): 0 Tipo de inclinação:
 Obstáculo ao Cruzamento: Não Informado Estado de Conservação do Obstáculo:
 Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Regular Ocupação: Lavoura
 Cerca: Não existe Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Múltipla Qtd. de Faixas: 2
 Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Rampa >= 3% Traçado: Curva Curva Vertical: Não Existe Superelevação: Não
 Superlargura: Não Largura da Pista (m): 7,2 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

VIADUTO TRAMPOLIM DA VITÓRIA

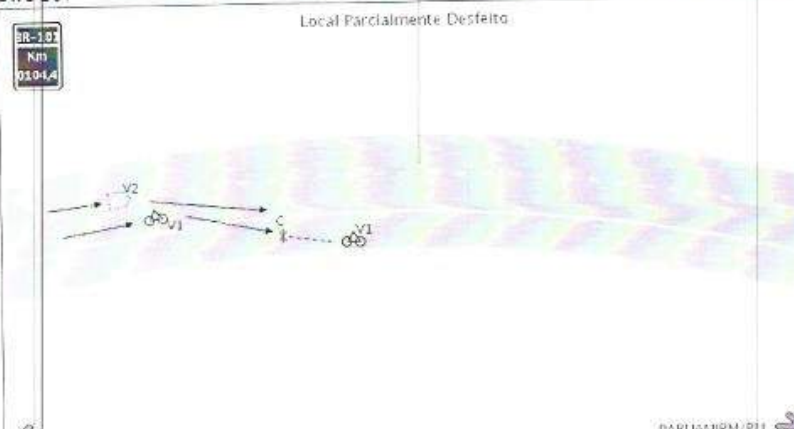
VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 06/09/2017 10:49:58
 NÚMERO DE CONTROLE: e441bdc5b8895006

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"



CROQUI



- LEGENDA:**
- Automóvel
 - Veículo Trator
 - Pedestre
 - Ponto B
 - Ponto P
 - Ponto C
 - Ônibus
 - Animal
 - Capotagem
 - Caminhão
 - Tombamento
 - Incêndio
 - Local da colisão
 - Marcha à ré
 - Placa de Trânsito
 - Trem
 - Conjugado
 - Objeto Fixo
 - Ponto A'
 - Ponto A
 - Antes da Colisão
 - Marca de Frenagem
 - Veículo Ausente
 - Reboque/Semi-reboque
 - Triângulo de Amarração
 - Veículo de 2 ou 3 rodas
 - Marcha à frente
 - Patinagem ou Derrapagem
 - Depois da Colisão

Latitude do Ponto C: Longitude do Ponto C:

Referência do Ponto A/A': Referência do Ponto B:

Distância AB (m): Distância AC (m): Distância BC (m):

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:
 Segundo levantamento, V1:HONDA/CG125 FAN ES - NNN3542/RN seguia a frente, quando o seu condutor foi surpreendido pela invasão de faixa pelo V2:VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO e tombou sobre a via. Após sinistro, V2 se evadiu do local.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 06/09/2017 10:49:58
 NÚMERO DE CONTROLE: e441bde5b8895006

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83416855
Comunicação: C1961106
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: NNN-3542 Sequencial: V1 Descrição: Chassi: 9C2JC4120AR071258 Renavam: 00201093332
Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN ES Cor: VERMELHA Ano: 2010 Tipo: Motocicletas Emplacamento:
Ocupantes: 2 Espécie: Passageiro Categoria: Particular CPF/CNPJ: 877.859.354-91
Proprietário: MARIVALDO FERNANDES DOS SANTOS CEP: 59.143-225
Endereço: R IRENE FERNANDES DE CASTRO 668 Telefones:
Município/UF: Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Saida de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Sim
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Não Houve Incêndio? Não
Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:
Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Data/Hora da Recepção (hora local): Motivo:
Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável:
Município/UF: Descrição do Encaminhamento:

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: Sequencial: V2 Descrição: NÃO IDENTIFICADO Chassi: Renavam:
Marca/Modelo: Cor: Ano: Tipo: Automóvel Emplacamento:
Ocupantes: 1 Espécie: Passageiro Categoria: CPF/CNPJ:
Proprietário: CEP:
Endereço: Município/UF: Telefones:
Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Saida de Pista? Derrapagem? Capotagem? Tombamento?
Colisão com Objeto Fixo: Colisão com Objeto Móvel: Incêndio?
Marcas de Frenagem (m): Estado dos Pneus:

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Extensão dos Danos: Moeda:
Valor Total da Carga: R\$ Produto Perigoso:
Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Data/Hora da Recepção (hora local): Motivo:
Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável:
Município/UF: Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 06/09/2017 10:49:58
NÚMERO DE CONTROLE: e441bde5b8895006

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 3 de 6



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83416855
Comunicação: C1961106
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V1/INN-3542
Nome/Apelido: Francisco Wellington Fernandes da Silva
Data de Nascimento: 20/05/1982 Sexo: Masculino Estado Civil:
Nome do Pai:
Nome da Mãe:
Endereço: CEP:
Município/UF: Telefones: Celular: (84) 987099108
Grau de Instrução:
Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:
CPF: 010.429.834-02 Documento de Identificação: 1952592 Órgão Expedidor: SSP /RN
Origem: Destino:
Estado Físico: Lesões Leves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Sim
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Não
Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AB Registro CNH: 03463867468/RN Primeira Habilitação: 24/12/2004
Validade CNH: 05/12/2016 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado
Pertences:
Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção: Data/Hora da Recepção (hora local):
Documento do Responsável:
Município/UF: Motivo:
Descrição do

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V2/ NÃO IDENTIFICADO
Nome/Apelido:
Data de Nascimento: Sexo: Ignorado Estado Civil:
Nome do Pai:
Nome da Mãe:
Endereço: CEP:
Município/UF: Telefones: Celular:
Grau de Instrução:
Naturalidade: Nacionalidade: Ocupação Principal:
CPF: Documento de Identificação: Órgão Expedidor:
Origem: Destino:
Estado Físico: Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado
Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Ignorado Categoria CNH: Registro CNH: Primeira Habilitação:
Validade CNH: País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado
Pertences:
Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção: Data/Hora da Recepção (hora local):
Documento do Responsável:
Município/UF: Motivo:
Descrição do

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 06/09/2017 10:49:58
NÚMERO DE CONTROLE: e441bde5b8895006

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83416855
Comunicação: C1961106
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Veículo: Sexo: Data de:
Nome/Apelido:
Nome do Pai:
Nome da Mãe: CEP:
Endereço:
Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade:
CPF: Documento de Identificação: Orgão Expedidor: Telefones:
Estado Civil: Grau de Instrução:
Ocupação Principal: Origem: Destino:
Estado Físico: Socorrido pela PRF? Usava Cinto? Usava Capacete?
Existe Declaração em Anexo?

Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):
Município/UF: Motivo:
Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 06/09/2017 10:49:58
NÚMERO DE CONTROLE: e441bde5b8895006

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 Departamento de Polícia Rodoviária Federal
 Sistema de Informações Operacionais
 BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83416855
Comunicação: C1961106
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLADOS

Veículo: V1 / HONDA/CG 125 FAN ES **Placa:** NNN-3542
Nome do Agente/Assinatura: JOAO MARQUES DANTAS **Nº BOAT:** 83416855
Registro/Matrícula do Agente: 1183843 **Data:** 03/12/2015 21:45

Item	Descrição - Componentes Não Estruturais	Valor	Sim	Não	NA
1	Guidão, suas fixações e comandos nele instalados.	2	X		
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	2	X		
3	Amortecedor(es) tras. (inclusive fixação no chassi).	2		X	
4	Motor e suas fixações.	2		X	
5	Eixo do garfo traseiro	2		X	
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2		X	
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	2		X	
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	1	X		
9	Pedais de apoio do condutor e passageiro	1		X	
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1		X	
11	Alça traseira	1		X	
12	Assento (fixação e firmeza)	2		X	
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	2		X	
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)				
Descrição- Componentes estruturais		3		X	
A	Coluna de direção e mesas sup./inf. (folga anormal, danos)	3		X	
B	Amortecedor(es) dianteiro(s)	3		X	
C	Chassis (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)				
Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" E "NA" :					5

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- Dano de Pequena Monta:** até 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente estrutural.
- Dano de Média Monta:** acima de 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais componentes estruturais.
- Dano de Grande Monta:** quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independente do somatório de pontos.

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM
 Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO
 Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente NÃO = Item não danificado ou Não Existente NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 06/09/2017 10:49:58
NÚMERO DE CONTROLE: e441bde5b8895006

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"



Sistema
Unidade
de Saúde

Ministério
da
Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA - CNES 3515102
PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 45 SAMU

SERVIDOR RESPONSÁVEL (PSA) MATRÍCULA DATA HORA
15204047 03/12/2015 22:00

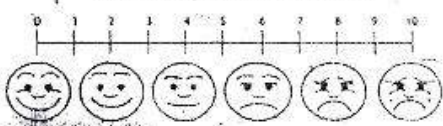
DADOS DO PACIENTE

PACIENTE FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA MASCULINO
NACIONALIDADE BRASILEIRA DATA DE NASCIMENTO 33 ANOS IDADE #VALOR NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA RAÇA/COR BRANCA
ESCOLARIDADE ESTADO CIVIL SOLTEIRO PROFISSÃO NHEU / HROML TELEFONE
NOME DA MÃE NOME DO PAI INVESTIGADO
CPF RG ORG EXP UF CARTÃO DO SUS
ENDEREÇO COMPLEMENTO
BARRIO MUNICÍPIO PARNAMIRIM UF RN CEP 59100-000
RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE PARENTESCO TELEFONE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FORMA DE ENCAMINHAMENTO () Regulado () SAMU () Demanda Espontânea MOTIVO
QUEIXA PRINCIPAL
FLUXOGRAMA DESCRIMINADOR
DOENÇAS PREEXISTENTES ALERGIAS
PESO ALTURA SSW FC RR T PA 99/130
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL COREN DATA HORA

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR



PRIORIDADE

AZUL VERDE AMARELO LARANJA VERMELHO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

<input type="checkbox"/> SALA VERMELHA	Abertura	Espontânea
<input type="checkbox"/> URGÊNCIA	Cadast	A via
<input type="checkbox"/> ORIENTAÇÃO		A via
<input type="checkbox"/> CONSULTA MÉDICA	Resposta verbal	Resposta verbal
<input type="checkbox"/> BUCCOMAXILO		Resposta verbal
<input type="checkbox"/> PEQUENA CIRURGIA		Resposta verbal
<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO		Resposta verbal
<input type="checkbox"/> VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	Resposta verbal	Movimento de retorno
<input type="checkbox"/> QUEDA		Exatidão
<input type="checkbox"/> OUTROS		Exatidão

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente vítima de queda de moto há 30 minutos usa via capote. Nega TCE, perda de consciência e vômitos. Refere que sofreu impacto em ombro superior (E), ombro esquerdo por (E) Atualmente refere dor no ombro a cotovelo (E). Nega dor torácica, náusea, vômitos. Nega comorbidades e Alergias. Não utiliza bebida alcoólica.

EXAME FÍSICO

A - VA Peleiros, com coloração normal. Refere desconforto em rotacão esquerda e Bejo Cervical
B - MV bilateral, sem RR RR 32 Sem sinais de pneumonia da clavícula
C - Hemitórax superiormente normal, pulmões simétricos. FL 80 bpm
D - Glândulas S. sem alterações e 300cc



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



192

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessário, que em busca no sistema informatizado do SAMU 192 RN que foi encontrado a ocorrência Nº S198245 referente ao paciente **FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA** 34 anos atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 03/12/2015 em Pamamirim/RN conforme ficha anexa.

Natal, 04 de agosto de 2016


SABRINA CAVALCANTE DE MACEDO
Coordenadora Regulação Médica do SAMU 192 RN
MAT.195846-6



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE PUBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MEDICO DE URGENCIA

FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA

FICHA DE ATENDIMENTO :	S198248
DATA DA OCORRÊNCIA:	03/12/2015 22:14:17
CIDADE:	PARNAMIRIM
BAIRRO:	
LOGRADOURO:	
INTERESSADO:	
TELEFONE:	996389964
TIPO:	TRAUMA
NATUREZA:	TRAUMA
SUB-TIPO:	TRAVEL
NATUREZA:	QUEDA DE MOTO
IMPRESSO POR:	IVAN JOSÉ DE ARAÚJO CARDOSO
DATA DA IMPRESSÃO:	05/08/2016 11:52:08

DATA	HORA	TERMINAL	OPERADOR	EVENTOS
03/12/2015	22:12:58	regsam01	80797404	QUEDA DE MOTO - 02 VITIMAS
03/12/2015	22:13:15	regsam01	80797404	CONSCIENTES, RESPIRANDO BEM, ESCORIAÇÕES EM MÃOS
03/12/2015	22:13:31	regsam01	80797404	MULHER COM DOR EM TORÁCICA
03/12/2015	22:14:00	regsam01	80797404	USB COU
03/12/2015	22:14:17	despsam01	86330184	VIATURA UR23 DESPACHADA - Comandante da VIATURA ROLDS CLODS
03/12/2015	22:14:35	regsam01	80797404	** Tipo do evento alterado de AMI para TRAVELO caso 03/12/2015 22:14:35
03/12/2015	22:14:25	regsam01	80797404	** - by GERVALDO CAMARA MARIZ (o terminal regsam01)
03/12/2015	22:14:26	regsam01	80797404	** Local Fronts changed from Local 190318 to 191126
03/12/2015	22:14:26	regsam01	80797404	** - by GERVALDO CAMARA MARIZ (o terminal regsam01)
03/12/2015	22:14:44	despsam02	86330184	VIATURA UR23 EM ROTA
03/12/2015	22:19:17	despsam01	19385794	VIATURA USB09 DESPACHADA
03/12/2015	22:19:20	despsam01	19385794	VIATURA USB09 EM ROTA
03/12/2015	22:31:26	despsam01	19385794	VIATURA UR23 CHEGOU AO LOCAL
03/12/2015	22:39:20	despsam02	86330184	VIATURA USB30 CHEGOU AO LOCAL
03/12/2015	22:40:52	despsam03	19385794	VIATURA USB29 DESPACHADA
03/12/2015	22:41:18	despsam01	19385794	VIATURA USB29 EM ROTA
03/12/2015	22:51:57	regsam01	80797404	
03/12/2015	22:52:05	regsam01	80797404	USB 39
03/12/2015	22:52:36	regsam01	80797404	QRA Francisco Wellington Fernandes da Silva, 34
03/12/2015	22:52:54	regsam01	80797404	SSVV 130 X 80 FC 78 FR 19 SPO2 97 AA
03/12/2015	22:53:04	regsam01	80797404	Nega perda de consciência e retina tontura após deambular
03/12/2015	22:53:16	regsam01	80797404	Escoriações em cotovelo e pe L
03/12/2015	22:53:24	regsam01	80797404	edação tonax e apd integros
03/12/2015	22:53:32	regsam01	80797404	nega vomitório
03/12/2015	22:53:52	regsam01	80797404	Com protocolo de mobilização - curativos - orientam
03/12/2015	22:54:22	regsam01	80797404	
03/12/2015	22:55:59	despsam01	19385794	VIATURA USB25 CHEGOU AO LOCAL
03/12/2015	22:56:45	regsam02	13237234	UR23
03/12/2015	22:56:49	regsam02	13237234	2 VITIMA
03/12/2015	22:57:18	regsam02	13237234	TRANSPORTE DESSA VITIMA SERAFETIO PELA USB 29
03/12/2015	22:57:39	regsam02	13237234	EDUCAÇÃO DA CHEFEIRA FERNANDES, 30 ANOS
03/12/2015	22:58:40	regsam02	13237234	PREVAÇÃO DA MOTO ENCONTRADA COM ORIENTADA, CAPACETE REBIBADO PELO



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIO X HAP NATAL - VI NATAL
NºPedido: 13475369

Data 04/12/2015
Pag 1 de 1

Paciente...: 12009159 FRANCISCO WELLIGTON FERNANDES DA SILVA, Sexo M
Nascimento.: 20/05/1982 Tel.: 987099108
Endereco...: R MARIA DE JESUS FRANCA 56 VALE DO SOL PARNAMIRIM RN 591
Convenio...: HAPVIDA
Matricula.: 53293000200001011
Solicitante: Dr(a) BRUNO MUNIZ DE LIRA

Exame:
RX COTOVELO

!D7OC

3320444422

ANALISE:

Presença de fratura desalinhada em olécrano com acometimento da superfície articular do cotovelo.

Aumento de partes moles.

Demais aspectos inalterados.

COSMO ALVES DE AQUINO
CRM 4252 - RN



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIO X HAP NATAL - VI NATAL
NºPedido: 13475369

Data: 04/12/2015
Pag: 1 de 1

Paciente...: 12009159 FRANCISCO WELLIGTON FERNANDES DA SILVA, Sexo: M
Nascimento...: 20/05/1982 Tel.: 987099108
Endereço...: R MARIA DE JESUS FRANCA 56 VALE DO SOL PARNAMIRIM RN 591
Convenio...: HAPVIDA
Matricula...: 53293000200001011
Solicitante: Dr(a) BRUNO MUNIZ DE LIRA

Exame:
RX ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL

!D70C

3320444423

LAUDO:

Fratura desalinhada em terço distal da clavícula.

Demais aspectos preservados.

EXAME DOCUMENTADO EM CD

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico-radiológica.

COSMO ALVES DE AQUINO
CRM 4252 - RN



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIO X HAP NATAL - VI NATAL
NºPedido: 13475369

Data: 04/12/2015
Pag: 1 de 1

Paciente...: 12009159 FRANCISCO WELLIGTON FERNANDES DA SILVA, Sexo: M
Nascimento.: 20/05/1982 Tel.: 987099108
Endereco...: R MARIA DE JESUS FRANCA 56 VALE DO SOL PARNAMIRIM RN 591.
Convenio...: HAPVIDA
Matricula...: 53293000200001011
Solicitante: Dr(a) BRUNO MUNIZ DE LIRA

Exame:
RX TORAX: P.A - LAT

!D7OC

3320444421

LAUDO :

Transparência pulmonar normal.
Hilos e trama vascular pulmonar normais.
Mediastino sem sinais de massas ou desvios.
Seios costofrênicos livres.
Área cardíaca normal.

OBS : Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

COSMO ALVES DE AQUINO
CRM 4252 - RN



FICHA DE REGISTRO AMBULATORIAL

Paciente: FRANCISCO WELLIGTON FERNANDES D Idade: 33

Médico: MARCILO MARIANO DE OLIVEIRA

Data: 06/12/15 08:00



Atendimento 33219632

Convenio: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA

Prontuario 12009159

ANAMNESE

Fx Clavicula Distal Esq 03.12.2015

Vem Com Tipoia

Ao Ex: Egb, Cosnceinte, Eupneico

Ombro Esq: Dor

Cd: Sol Pre-Op

Sol Osteossintese De Clavicula Distal Esq

Exames Físico

Peso(Kg):

Temperatura(°C):

Exames/Procedimentos Solicitados

20010010 - Eletrocardiograma	-	32050054 - Rx Torax: P.A - Lat
28040481 - Hemograma Completo Com R	-	28010973 - Glicose (Sanque)
28010540 - Creatinina (Sanque)	-	28040732 - Tempo De Protrombina
28040791 - Tempo De Trombolastina Pa	-	

Evolução Médica

Paciente Em Observacao

Prescrição Médica N° 8205035

1- PROFENID IV (100.00mg)	100mg	1FRAP	Agora	EV	CRM-4788
Soro Fisiologico 0,9%		100 ml			
2- DECADRON (4.00mg/ml)	10mg	2.5 ML	Agora	EV	CRM-4788
Agua Destilada		17.5 ml			

R3001

ROSELI BORGES DA SILVA

25/01/2016 11:16

192.85.4.37

CLASSIFICACAO DE RISCO AZUL

Carimbo / Assinatura profissional

MARCILO MARIANO DE OLIVEIRA

Médico(a)

CRM-4788

Impresso por: ROSELI BORGES DA SILVA

Em: 25/01/2016 11:16

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL SERVIÇO DE APOIO AO DIAGNÓSTICO TUBERCULOSE E DST Nº 018/2015

TÍTULO

1. NOME DO CONTRATADO EXECUTANTE	2. NOME DO CONTRATADO VIDA MASCULINA	3. NOME DO CONTRATADO VIDA FEMININA	4. DATA DE NASCIMENTO	5. DATA DE EXPIRAÇÃO DO CONTRATO	6. DATA DE INÍCIO DO SERVIÇO	7. DATA DE TÉRMINO DO SERVIÇO	8. DATA DE CANCELAMENTO DO SERVIÇO	9. DATA DE RESCISÃO DO SERVIÇO	10. DATA DE ENCERRAMENTO DO SERVIÇO

DADOS DE SOLICITAÇÃO/PROFICIONAMENTO E EXAMES SOLICITADOS

1. Nº de Solicitação	2. Categoria de Solicitação	3. Descrição do Exame	4. Quantidade de Exames	5. Valor Unitário	6. Valor Total
01	U	Exame de Eletrocardiograma	1	100,00	100,00

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

1. Nome do Contratado	2. Nome do Contratado Vida Masculina	3. Nome do Contratado Vida Feminina	4. Data de Nascimento	5. Data de Expiração do Contrato	6. Data de Início do Serviço	7. Data de Término do Serviço	8. Data de Cancelamento do Serviço	9. Data de Rescisão do Serviço	10. Data de Encerramento do Serviço
MARCELO MARZANO DE OLIVEIRA									

BAZOS DE ATENDIMENTO

1. Data de Assinatura do Procedimento em Série	2. Data de Assinatura do Procedimento em Série	3. Data de Assinatura do Procedimento em Série	4. Data de Assinatura do Procedimento em Série	5. Data de Assinatura do Procedimento em Série	6. Data de Assinatura do Procedimento em Série	7. Data de Assinatura do Procedimento em Série	8. Data de Assinatura do Procedimento em Série	9. Data de Assinatura do Procedimento em Série	10. Data de Assinatura do Procedimento em Série

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

1. Data de Assinatura do Procedimento em Série	2. Data de Assinatura do Procedimento em Série	3. Data de Assinatura do Procedimento em Série	4. Data de Assinatura do Procedimento em Série	5. Data de Assinatura do Procedimento em Série	6. Data de Assinatura do Procedimento em Série	7. Data de Assinatura do Procedimento em Série	8. Data de Assinatura do Procedimento em Série	9. Data de Assinatura do Procedimento em Série	10. Data de Assinatura do Procedimento em Série

AUTORIZO O PRESTADOR A DISPONIBILIZAR A OPERADORA OS RESULTADOS DOS EXAMES E AVALIAÇÕES DE MEU ATENDIMENTO

65. Total Procedimentos - R\$	66. Total Exames e Avaliações - R\$	67. Total Medicamentos - R\$	68. Total de Assinaturas de Procedimentos em Série - R\$	69. Total Datas - R\$	70. Total Gastos Médicos - R\$	71. Total Gastos em Geral - R\$

86. Data de Assinatura do Solicitante

87. Data de Assinatura do Responsável Técnico



LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

POSTO COLETA EMG - HAP NATAL

Nº Pedido: 13484144

Data 06-12-2015 08:18

Pag 2 de 3

Paciente... : FRANCISCO WELLIGTON FERNANDES DA SILVA Sexo: M Nasc: 20-05-198 2
 RG..... : 1952592 SSP R N Conv. : HAPVIDA N°Conv: 5328300020000101 1
 Endereço... : R MARIA DE JESUS FRANCA O VALE DO SOL PARNAMIRIM RN 5 Tel. :
 Solicitante : Dr(a) MARCILO MARIANO DE OLIVEIR A

Exame..... : HEMOGRAMA COMPLETO COM REVISAO DE LAMINHA Coleta : 06/12/2015 08:1 8
 Método..... : AUTOMACAO/ABBOTT CELL DYN RUB

	Valores Obtidos		Valores de Referência		a	
		s	Homens	Mulheres		s
HEMÁCIAS.....	5,28	Milhões/uL	4,30 a 5,90	3,70 a 5,30	Milhões/uL	L
HEMOGLOBINA.....	15,4	g/dL	13,3 a 17,7	11,5 a 15,7	g/dL	L
HEMATÓCRITO.....	43,9	%	40 a 52	35 a 47	%	
VOL. CORPUSCULAR MÉDIO.....	83,1	fL	76 a 96	76 a 96	fL	L
HB. CORPUSCULAR MÉDIA.....	29,2	pg	27 a 32	27 a 32	pg	L
CONC. HB. CORP. MÉDIA.....	35,1	g/dL	31 a 36	31 a 36	g/dL	L
R.D.W.....	11,6	%	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0	%	0
LEUCÓCITOS.....	8.855	/uL	2 a 8 meses:	10.000 a 16.000/u		L
			7 a 12 meses:	6.500 a 13.000/u		L
			1 a 14 anos:	5.000 a 10.000/u		L
			Adulto:	4.000 a 10.000/u		L
	(%)	(uL)	Normal(%)	Normal(uL)		
NEUTRÓFILOS.....	65	5.756	40 a 80	1.600 a 8.00		0
PROMIELÓCITOS.....	0	0	0	0		
MIELÓCITOS.....	0	0	0	0		
METAMIELÓCITOS.....	0	0	0 a 1	0 a 10		0
BASTÕES.....	1	89	0 a 5	0 a 50		0
SEGMENTADOS.....	64	5.667	40 a 75	1.600 a 7.50		0
EOSINÓFILOS.....	2	177	1 a 5	40 a 60		0
BASÓFILOS.....	0	0	0 a 1	0 a 20		0
LINFÓCITOS.....	27	2.391	20 a 40	800 a 4.00		0
MONÓCITOS.....	6	531	2 a 10	80 a 1.00		0
BLASTOS.....	0	0				
CONTAGEM DE PLAQUETAS...:	228.600	/uL		140.000 a 450.00		0
HEMÁCIAS NORMOCRÔMICAS E NORMOCÍTICAS						
LINFÓCITOS SEM ATIPIAS						
PLAQUETAS MORFOLOGICAMENTE NORMAIS						
NEUTRÓFILOS SEM SINAIS DEGENERATIVOS						

Aline Costa L. do Nascimento

Farmacêutico (A) - Bioquímico (A) CRM - 3569



LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
POSTO COLETA EMG - HAP NATAL

Nº Pedido: 13484144

Data 06-12-2015 08:18

Pag 3 de 3

Paciente... : FRANCISCO WELLIGTON FERNANDES DA SILVA Sexo: M Nasc: 20-05-1982
 RG..... : 1952592 SSP R N Conv: HAPVIDA NºConv: 5329300020000101
 Endereço... : R MARIA DE JESUS FRANCA O VALE DO SOL PARNAMIRIM RN 5 Tel:
 Solicitante : Dr(a) MARCJLO MARIANO DE OLIVEIR A

Exame..... : TEMPO DE PROTROMBINA Coleta : 06/12/2015 08:18
 Método.... : AUTOMAÇÃO/ACL 200 I L

RESULTADO:	Valores Obtido	s	Valores de Referência	a
ATIVIDADE:	9,5 s		Controle: 9,50s (100%)	
INR.....:	100,0 %		Atividade: 70 a 100 %	
	1,0		IRN: Até 1,2 0	
			Faixa Terapêutica Atividade: 15 a 27 %	
			Faixa Terapêutica INR: 2,50 a 4,5 0	
			ISI: 1,3 6	

Obs: Faixas Terapêuticas em INR para várias indicações de tratamento anticoagulante

- Profilaxia da tromboembolia venosa: 2,00 a 2,50
- Tratamento da embolia venosa profunda (fase crônica), embolia pulmonar e embolia sistêmica: 2,00 a 3,0 0
- Profilaxia em cirurgia de alto risco: 2,00 a 3,0 0
- Profilaxia da embolia venosa sistêmica em pacientes com fibrilação atrial e infarto do miocárdio: 2,00 a 3,0 0
- Tratamento de TVP (fase aguda) e embolia pulmonar ou sistêmica (fase aguda): 2,00 a 4,0 0
- Prótese de válvula cardíaca, embolia sistêmica recorrente e embolia arterial: 3,00 a 4,0 0

J. Chintares

Ano Costa L do Nascimento
 Farmacêutico (A) - Bioquímico (A) CRM - 3559

Exame..... : TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO Coleta : 06/12/2015 08:18
 Método.... : KIRBY-BAUER

RESULTADO:	Valores Obtido	s	Valores de Referência	a
RATIO....:	28,0 s		25 a 45 s	
	1,0		Controle: 28 s	
			Rácio: Até 1,2 5	
			Método: Manual	

J. Chintares

Ano Costa L do Nascimento
 Farmacêutico (A) - Bioquímico (A) CRM - 3559

Empresa: 262692 HAP NATAL
TICHA DE ATENDIMENTO DE PACIENTES

Nº Pedido: 13484144
FRANCISCO WELLIGTON FERNANDES DA SILVA



Sector: 635105 POSTO COLETA EMG - HAP IVA
Endereço:

Data do Pedido: 06/12/15
Data Hora: 06/12/15 08:19:49

Prev. Entrega: 06/12/15

Medicamento: 33219632
Paciente: 12009159
Nascimento: 20/05/1982
Endereço: R MARIA DE JESUS FRANCA DO VALE DO SUL CEP 59.140.312
Unidade Principal: DOR
Funcionário: SILVAB VALERIA BARBOSA DE W

Senha Internet: E19490279
Idade: 33 anos

Convênio: HAPVIDA
No. Carteira: 53293000200001011

Exames Solicitados

Exames Solicitados	Gua	Médico Solicitante	Senha	Dias	QT	Valor Total	Assinatura
--------------------	-----	--------------------	-------	------	----	-------------	------------

BIOQUIMICA							
3010540 CREATININA (SANGUE)	21162509	940879 MARCILO MARIANO E	E47272425	3	1		

3010973 GLICOSE (SANGUE)	21162509	940879 MARCILO MARIANO E	E47272424	3	1		
--------------------------	----------	--------------------------	-----------	---	---	--	--

HEMATOLOGIA							
3040481 HEMOGRAMA COMPLETO COM REV.	21162509	940879 MARCILO MARIANO E	E47272425	3	1		

Verificação de Recebimento de Exames: TUBOS OK () NÃO () LÂMINAS OK () NÃO ()

COAGULACAO							
3040791 TEMPO DE TROMBOPLASTINA PAR	21162510	940879 MARCILO MARIANO E	E47272425	3	1		

3040732 TEMPO DE PROTROMBINA	21162510	940879 MARCILO MARIANO E	E47272425	3	1		
------------------------------	----------	--------------------------	-----------	---	---	--	--

Quantidade Total de Exames Solicitados
Valor Total de Exames Solicitados

Telefones:
3203-5177 ou

Observações:

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE: FRANCISCO WELLIGTON FERNANDES DA SILVA, 33 ANOS

HISTÓRIA CLÍNICA: PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA COM TRAUMA EM OMBRO ESQ.

EXAME CLÍNICO: EGB, CONSCIENTE, EUPNEICO. APRESENTA DOR E LIMITAÇÃO EM OMBRO ESQ.

RADIOGRAFIA: MOSTRA FRATURA DE CLAVÍCULA DISTAL ESQ. COM DESVIO.



PROCEDIMENTOS:

3.07.17.10-8: FRATURAS E/OU LUXAÇÕES E/OU AVULSÕES- TTT CIRÚRGICO

3.07.17.16-7: TRANSFERÊNCIAS MUSCULARES NO NÍVEL DO OMBRO

3.07.32.02-6: ENXERTO ÓSSEO

MATERIAL:

01 ÂNCORA 5.0 MM

02 FIOS DE KIRSHINER 2.0 MM

NATAL, 07/12/2015

[Handwritten Signature]
Dr. Rodrigo Cavalcanti de Oliveira
Especialista em Traumatologia
CRM: 12009199

RODRIGO CAVALCANTI DE OLIVEIRA

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
33252387

!D<:Z"

08/12/2015 14:01:11

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12009159	FRANCISCO WELLIGTON FERNANDES DA SILVA	M	20/05/1982	33
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
1952592 SSP RN	1042983402		1. CASADO	
Endereço				
R MARIA DE JESUS FRANCA 56 VALE DO SOL PARNAMIRIM-RN CEP:59143120				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
987099108		MARIA NILZA FERNANDES DA SILVA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
634020-RECEPCAO EMG ADULTO - HAP NATAL			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
08/12/2015	13:30		Clinica
Médico Atendente			4-CIRURGICA
940879 MARCILO MARIANO DE OLIVEIRA			Tipo Atendimento
Médico Acompanhante			0 INTERNAÇÃO
940879 MARCILO MARIANO DE OLIVEIRA			
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	WMS SUPERMERCADOS DO BRASIL LTDA
222-HAPVIDA	6-PLANO EMPRESA VIDA TOTAL ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
53293000200001011		

DADOS DA INTERNAÇÃO

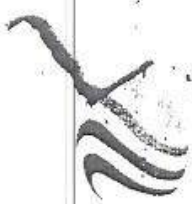
Posto	Acomodação	Leito
RPA - REPOUSO POS ANESTESICO	L9 LEITO 09 RPA	01

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
1780216	99996666	989674916	INTERNACAO
1780216	30719100	989674916	FRATURAS E OU LUXACOES - TRATAMENTO CIRURGICO
1780216	31403158	989606118	LESAO DE NERVOS ASSOCIADA A LESAO OSSEA
1780216	30732026	989501868	ENXERTO OSSEO

[Handwritten signature]
Rodrigo Cavalcanti Contreras

[Handwritten signature]
Dr. Marciло Mariano Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM RN 4788 TEGM - 12033
CPF 761.499.194-06

[Handwritten signature]
João Felipe de M. Filho
CRM RN 4788 TEGM e CEGM
CPF 761.499.194-06



ANTONIO PRUDENTE
Natal

CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Nome: Francisco Wellington James S. Idade: 08/12/15
 Prontuário: _____ Data de admissão: _____
 Médico: _____
 Acomodação: _____

DADOS DA ADMISSÃO

Data da cirurgia: 08-12-15 Horário: _____
 Cirurgia: Fratura
 Equipe cirurgica: _____

Marque com um "X" as opções do checklist:

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC - CONFIRMAR (Enfermagem do setor de admissão do paciente)			Setor:
ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Identidade do paciente.	/		
Avaliação pré-anestésica.	/		
Informação de lateralidade pelo MA.	/		
Confirmação de vaga em UTL.	/		
Exames laboratoriais.	/		
Tricotomia até 2h antes.	/		

ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Exames de imagem	/		
Retirada de adornos/prótese e guarda adequada.	/		
Termo de consentimento concedido - cirurgia.	/		
Termo de consentimento concedido - anestesia.	/		
Confirmação de reserva de sangue	/		

ASSINATURA: _____

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesiologista do BO):			S	N	NSA
ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA		
Confirmar identidade do paciente.	/				
Prontuário ativo.	/				
OPME checado.	/				
Checkagem completa dos equipamentos.	/				
Alergias conhecidas.	/				
Especificar: _____					

ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Confirmada reserva e disponibilidade de sangue de risco de perda sanguínea (>500ml/adulto - 7ml/kg Criança).	/		
Via aérea difícil / risco de aspiração.	/		
Confirmação de vaga em UTL.	/		
Checkagem completa das medicações a serem utilizadas.	/		

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesiologista/cirurgião):			S	N	NSA
ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA		
Membros da equipe cirúrgica.	/				
Cirurgião, anestesista e enfermeira verbalmente confirmam:					
Lateralidade do procedimento.	/			Direito	Esquerdo
Paciente certo.	/				
Sítio cirúrgico identificado.	/				

ANTECIPAÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS:			S	N	NSA
ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA		
Revisão do cirurgião	/				
Ha material/instrumental específico para o procedimento a ser realizado.	/				
Checkou equipamento necessário ao procedimento e o funcionamento	/				
Antibiótico profilaxia realizada nos últimos 60 min	/				
Revisão do anestesista	/				
Checkou materiais e medicamentos necessários a anestesia a ser aplicada	/				
Revisão da enfermagem	/				
Equipamento necessário ao procedimento em sala e funcionando.	/				
Esterilização do material confirmada e validada.	/				

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesiologista/cirurgião):			S	N	NSA
ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA		
Todos os registros relativos ao procedimento devidamente realizados	/				
Realização da contagem e conferência de materiais, instrumentais, compressas e/ou agulhas de sutura	/				
Identificação e acondicionamento correto do material a ser encaminhado para a análise laboratorial e/ou anatomia patológica	/				
Preenchimento de guias e/ou relatórios pelo médico cirurgião.	/				



ANTONIO PRUDENTE
Natal

PERI-OPERATÓRIO

Nome: Francisco Wellington Fernando de Melo Idade: _____
Convênio: HAP Leito: _____ Unidade: _____ Atendimento: 33252787

1. ORIGEM DO PACIENTE

Emergência Residência Posto de Enfermagem Outro Hospital Especificar: _____

2. PRÉ OPERATÓRIO

2.1 Tipo de Cirurgia: _____
Emergência Eletiva
2.2 Data da cirurgia: 08/12/15
2.3 Procedimento cirúrgico proposto: fratura
2.4 Pulseira de identificação: MSE MSD Não se aplica
MID MIE
2.5 Recebido por: Unice
Data: 08/12/15

2.6 Sinais vitais: T: 36 FC: 70
FR: 20
PA: 128 x 45
2.7 Pré anestésico: Não Sim
Medicação em uso: _____
2.8 Orientações: Cirurgia
Anestesia
SRPA
2.9 Alergias: nenhuma
2.10 Estado emocional: Medo Tranquila
Cooperativa Ansiedade
Indiferença

2.11 Antecedentes: Obesidade Cardiopatia Drogas
Bronquite/Asma Secreção HAS
Hipertensão Maligna Tabagismo Diabetes
Outro: _____
2.12 Cirurgias Anteriores: nenhuma
Reserva de Hemoderivados: Não Sim
Especifique: _____
2.11 Preparo: Higienização Tricotomia Protese
Jejum desde às _____ horas:
Preparo do cólon Satisfatório Sim Não
Adornos Esmalte e Maquiagem

2.14 Exames: Sangue U.S RX Ecocardiograma Especificar: _____

3. INTRA - OPERATÓRIO

3.1 Recebido por: Enf Téc
Unice
Hora: _____ Sala: 4
3.2 Condições da pele: boa
3.3 Entrada na S.O.: Anestesia início: 14:30 Término: 15:00
Cirurgia início: 14:30 Término: 15:00
Instrumentador: Paulo
Circulante: Unice
3.4 Sinais vitais: PA: 128 x 45
FC: 70
Sat O2: 100
R: 20

3.5 Posição do paciente durante o ato operatório: Dorsal Ventral Ginecológica Lateral D
Lateral E Ortopédica Proclive Trendeleburg
Outros: _____
3.6 Membro ou lado a ser operado: Direito
Esquerdo
3.7 Solicitações: Sangue Plasma
Anatomopatológico Cultura
Exame laboratorial RX

3.8 Solução anti-séptica utilizada: Clorexedine alcoólico Éter Outros: _____
Clorexedine degermante Alcool 70%
PVPI tópico PVPI degermante
3.9 Grau de Contaminação: Limpa Contaminada
Potencialmente contaminada Infectada

3.10 Bisturi: Elétrico Nº Serie: _____
Bipolar Nº Serie: _____
3.11 Uso do Colchão térmico: Sim Não Nº de Serie: _____
Temperatura: 20min _____ 20min _____ 20min _____
20min _____ 20min _____ 20min _____
20min _____ 20min _____ 20min _____
3.12 Material/Equipamento trazido por terceiros: Material: _____
Fornecedor: _____
Data esterilização: _____

3.13 Nº de compressas utilizadas: Quantidade no início: 10
Quantidade no término: 10
3.13 Condições da pele ao término da cirurgia: boa
3.14 Medicamentos / hora: 15:00
Kyberlet decada + omeprazol
aspirina + tiazol

3.15 Encaminhado para: SRPA Hora: _____
Unidade de internação Especificar: _____ Hora: _____
UTI Especificar: _____ Hora: _____
Horário de saída da S.O.: _____ Hs

Localização de:

- ELETRODOS
- INCISÃO CIRÚRGICA
- DRENO
- PLACA DE BISTURI
- PUNÇÃO VENOSA
- COXIM

Observações/intercorrências: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 08/12/2015 Hora: 14:53
Posto: RPA - REPOUSO POS ANESTESICO
Leito: LB/1
Peso: 70.00 kg

Prontuário: 12009159
Convenio: HAPVIDA

Nº Prescrição: 8221455 Atendimento: 33252387
Paciente: FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SI

3/3h ORAL

1. DIETA GERAL-ADULTO/ PARA POS-CIRURGIA

Acesso Periférico

40.00 gts/min

Vol. Total: 500 ml

2. Hidratação Venosa 4 Fases

500 ml

Acesso Periférico

SORO GLUCOSADO 5%

500 ml

Acesso Periférico

3. Hidratação Venosa 2 Fases

500 ml

Acesso Periférico

SORO GLICOFISIOLÓGICO 1:1

500 ml

Acesso Periférico

4. KEFAZOL (1.0g)

1g

8/8h EV

(D1x2) Agua Destilada

18 ml

SN

5. PLAMET (5.0mg/ml)

10mg

8/8h EV

Agua Destilada

18 ml

SN

6. OMEPRAZOL (40.0mg)

40mg

24/24h EV

Agua Destilada

18 ml

SN

7. DAPIRONA (500.0mg/ml)

1g

8/8h EV

Agua Destilada

18 ml

SN

8. TRAMAL (50.0mg/ml)

100mg

8/8h EV

Soro Fisiológico 0.9%

100 ml

SN

9. TILATIL (20.0mg)

20mg

12/12h EV

10. O2 UMIDO C/ CATETER NASAL

2 L/min

SN

11. CURATIVO GRANDE

O2

se dor intensa

12. SINAIS VITAIS

13. OXÍMETRO DE PULSO

14. TIPOIA MISE

Comando 17482598

Dr. Rodrigo Cavalcanti Contreras
Otorrinolaringologista
CRM / RN 47861 TEOT / 12033
CPF 767.495.194-04

FICHA DE REGISTRO AMBULATORIAL

Paciente: FRANCISCO WELLIGTON FERNANDES [Idade: 33
 Médico: GUSTAVO MONTENEGRO SOARES Data: 08/12/15 09:44
 Convenio: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA



Atendimento 33249284
 Prontuario 12009159

ANAMNESE

Medicação
 Paciente Aguarda Cirurgia

Exames Físico

Peso(Kg): Temperatura(°C):

Exames/Procedimentos Solicitados**Evolução Médica**

Paciente Em Observacao

Prescrição Médica N° 8219333

1- DECADRON (4.00mg/ml)	10mg	2.5ML	Agora	EV	CRM-5410
Água Destilada		17.5 ml			
2. PROFENID IV (100.00mg)	100mg	1FRAP	Agora	EV	CRM-5410
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml			

R3001

ROSELI BORGES DA SILVA

25/01/2016 11:18

192 85 4 37

CLASSIFICACAO DE RISCO AZUL

Carimbo / Assinatura profissional

GUSTAVO MONTENEGRO SOARES

Médico(a)

CRM-5410

Impresso por: ROSELI BORGES DA SILVA

Em: 25/01/2016 11:18

DR. MARCÍLIO MARIANO

CRM 4788

TEOT 12.033

CIRURGIÃO DE OMBRO E COTOVELO

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE SUBMETIDO(A) A CIRURGIA:
OSTEOSSÍNTESE DE ÚMERO PROXIMAL DIR
NO DIA 08/12/2015 . PERMANECERÁ COM IMOBILIZAÇÃO E
APÓS O PERÍODO DE IMOBILIZAÇÃO INICIARÁ REABILITAÇÃO.
AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 03 (TRÊS) MESES.

CID: 542.2

NATAL, 09/12/2015

Dr. Marcílio Mariano
Ortopedia e Traumatologia
CRM / RN 4788 TEOT 12.033
Dr. MARCÍLIO MARIANO DE OLIVEIRA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
ESPECIALISTA EM OMBRO E COTOVELO
CRM/RN 4788 TEOT 12.033

Clínica ORTOMEDIC

Edifício Harmony Medical Center - 1º Andar (Sala 106)
Rua Coronel Joaquim Manoel, 615, Petrópolis, Natal/RN, 59.012-330
Telefones: (84) 3642-7607 e 3642-7608



ANTONIO PRUDENTE
Natal

BOLETIM DE CIRURGIA

Nome: Francisco Wellington Somanes Idade: _____ Sexo: M F
 Data: 08/12/11
 Diagnóstico Clínico: _____ Diagnóstico Cirúrgico: _____

CIRURGIA PROPOSTA
Proteção e ou luxação T10 cirúrgico
de todo o arco
lesão de nervos associados a lesão óssea

TIPO DE ANESTESIA
Gedecina EV + Bloqueios de Pleco
Guado por ultrassom

PROCEDIMENTO REALIZADO
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 4788 TEOT 12033
CPF 761.499.184-04

MATERIAL ESPECIAL LIBERADO
Rodrigo P. Cavalcanti
CPF 007.028.74-18
CRM 5243

João Felipe de M. Filho
Cirurgião Ortopedista e Colocador
CRM 3844

LIMPA	CONTAMINADA	POTENCIALMENTE CONTAMINADA	INFECTADA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INÍCIO: 14:30 hs TÉRMINO: 15:30 hs

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

OPRIME EM DECUBITO POSTERIOR SOB ANESTESIA
1) INCISÃO + ARTROSCOPIA + CAPNU + CAPNIA (E)
2) INCISÃO POSTERIOR COTOVEL (E) + DIVULSÃO DA PIV
3) ISOLAMENTO DO NERVO ULNAR
4) REDUÇÕES E FAVORES DA FA O BINTA LE REVERSO
5) LIGAMENTOS SFO.9' + HEMOSTÁTICA APÓS SOTIA CAPNIA
6) COTOVEL LE EMPLANTO NO FOCO
7) TENDINOSTIMA TALEP
8) SOTIOMA + COTOVEL A TIMING

MATERIAL ESPECIAL UTILIZADO: NÃO SIM

Especificar: _____

Rodrigo P. Cavalcanti
CPF 007.028.74-18
CRM 5243

Dr. Marcelo Mariano Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 4788 TEOT - 12033
CPF 761.499.184-04

João Felipe de M. Filho
Cirurgião Ortopedista e Colocador
CRM 3844

USO DE DRENO(S)	CONTAGEM DE COMPRESSAS	PEÇAS OPERATÓRIAS
NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Especificar: _____	Quantidade no início: _____ Quantidade no término: _____	<input type="checkbox"/> Anátomo Patológico <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Congelamento Resultado: _____
NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Especificar: _____	Quantidade no início: _____ Quantidade no término: _____	<input type="checkbox"/> Anátomo Patológico <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Congelamento Resultado: _____

DR. MARCÍLIO MARIANO

CRM 4788

TEOT 12.033

CIRURGIÃO DE OMBRO E COTOVELO

ATESTADO MÉDICO

EMACIO WELINGTON F SILVA

Dr. Marcílio Mariano de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 4788 TEOT-12.033

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO
QUE O(A) PACIENTE ACIMA IDENTIFICADO(A) DEVERA
AUSENTAR-SE DE SUAS FUNÇÕES POR UM PERÍODO DE:
15 DIA(S).

CID: S42.2

NATAL, 08/12/2015

Dr. Marcílio Mariano de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 4788 TEOT-12.033
CPF 014.959.194/04

Dr. MARCÍLIO MARIANO DE OLIVEIRA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
ESPECIALISTA EM OMBRO E COTOVELO
CRM/RN 4788 TEOT 12.033

Clínica ORTOMEDIC
Edifício Harmony Medical Center - 1º Andar (Sala 106)

NOTA DE SALA

Kit: 4112307

Atendimento:	33252387	Prontuário:	12009158	FRANCISCO WELLIGTON FERNANDES DA SILVA	HAIPIVDA
Cirurgia(s):	90719100	FRATURAS E OU LUXACOES - TRATAMENTO CIRURGICO	Tipo Anestesia: BLOQ PLEXO-BRAQUIAL + SEDACA		
	31403158	LESAO DE NERVOS ASSOCIADA A LESAO OSSEA	30732026	ENXERTO OSSEO	
Sala Cirúrgica:	SALA CIRURGICA 5 - CC		Setor Emitente:	CENTRO CIRURGICO - HAP NATAL Apto.:	
Equipe Médica:	CIRURGIAO	940879	MARCILO MARIANO DE OLIVEIRA	CRM	4780
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO	599360	JOAO FELIPE MEDEIROS FILHO	CRM	5657
	ANESTESISTA	1098756	RODRIGO FREIRE DE CARVALHO	CRM	5249

Exen: Veruome Ind: Paula

Código	Especificação	Qtd	Código	Especificação	Qtd
Materiais Médico-Hospitalares					
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	6	34290	AGUA DESTILADA 10 ML AMPL 10 ML	6
DP450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	6	39144	ANTAK AMPL 2 ML	1
114866	AGULHA STIMUPLEX 50 G 22X2 - 1 UD	1	739799	CLONIDIN 150MG AMPL 1 UD	1
DT739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10	36811	DECADRON 4 MG FR 2.5 ML FRAP 2.5 ML	1
51063	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	2	38008	DIPRONA 1 G AMPL 2 ML	1
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1	48542	DIPRIVAN 20ML AMPL 20 ML	1
30201	CATETER INTRA VENOSO 20 (JELCO) - 1 UD	1	40037	DORMONID 15 MG AMPL 3 ML	1
30210	CATETER INTRA VENOSO 22 (JELCO) - 1 UD	1	139923	FENTANIL 2ML AMPL 2 ML	1
26182	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 - 1 UD	20	42013	KEFAZOL 1 GR FRAP 1 UD	1
27910	ELETRODO PIMONITOR DESCARTAVEL C.I.3 - 1 UD	2	91529	NAROPIN SP 7.5MG AMPL 20 ML	1
55328	EQUIPO POLIFIX 2 VIAS - 1 UD	1	120106	ONDANSETRONA 8MG AMP AMPL 4 ML	1
134084	EQUIPO SIMPLES C/INJETOR LATERAL - 1 UD	1	43800	SORO FISIOLOGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 ML	1
50997	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	30	119785	FLUATIL 45MG AMPL 1 UD	1
76093	FIO DE CTRCLAGEM - 1 UD	1	45217	XYLOCAINA GELIA 2% BSN 30 GR	1
91879	FIO KIRSCHNER - 1 UD	2	45250	XYLOCAINA S/AD 2% ESTERIL AMPL 20 ML	1
92220	FIO VICRYL 0 - 1 UD	2			
92239	FIO VICRYL 2 - 1 UD	2			
90697	GAZE SECA 7.5 X 7.5 NAO ESTERIL PCT 500 UD	60			
10857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	6			
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1			
50635	LJVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	4	19	Gases / Aparelhos	
30651	LJVA DESC ESTERIL N-7.0 - 1 PA	1	1	TAXA DE SALA	Inicio: 14:30 Fim: 15:30
30660	LJVA DESC ESTERIL N-7.5 - 1 PA	2	7	MONITOR DE DEBITO CARDIACO	Inicio: 14:30 Fim: 15:30
30678	LJVA DESC ESTERIL N-8.0 - 1 PA	2	8	CAPNOGRAFO	Inicio: 14:30 Fim: 15:30
50822	MASCARA DESCARTAVEL PCT 100 UD	5	20	ASPIRADOR	Inicio: 14:30 Fim: 15:30
51004	MICROPORÉ 25X10 TUBO 1000 CM	20	35	OXIGENIO	Inicio: 14:30 Fim: 15:30
32379	POVIDINE DEGERMANTE FRAS 1000 ML	20	10	BISTURI ELETRICO	Inicio: 14:30 Fim: 15:30
52360	POVIDINE TOPICO FRAS 1000 ML	30	10	MONITORIZACAO	Inicio: 14:30 Fim: 15:30
50849	PROPEL DESCARTAVEL PCT 100 UD	6	27	OXIMETRO DE PULSO	Inicio: 14:30 Fim: 15:30
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	6			
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	6			
30861	SONDA ASP TRAQUEAL 12 - 1 UD	1			
147256	TRANSOFIX - 1 UD	1			



NOME: FRANCISCO WELLINGTON

Nº DO PRONTUÁRIO:

ENF.:

LEITO:

Notas sobre a evolução da doença, complicações, consultas, mudanças de diagnóstico, condições ao serem dadas altas, instruções ao paciente, devendo toda a anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

EVOLUÇÃO MÉDICA

29/12/2015 POS-OP 1 - OSTEOSSÍNTESE DE CLAVÍCULA DISTAL ESQ

PROCEDIMENTO SEM INTERCORRÊNCIAS.

Dr. Marcelo Mariano de Oliveira
Especialista em Traumatologia
CRM 12033

30/12/2015 1º DPO - OSTEOSSÍNTESE DE CLAVÍCULA DISTAL ESQ

PACIENTE SEM QUEIXAS.
AO EXAME: EGB, COSNCIENTE, EUPNEÍCO
OMBRO ESQ: FO SECA

CD: ALTA MÉDICA

Dr. Marcelo Mariano de Oliveira
Especialista em Traumatologia
CRM 12033



ANTONIO PRUDENTE
Natal

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Nome do paciente: Fernando W. D. Silva
 Idade: _____ Leito: 3018-3 Dias de internação: _____
 HD: _____ Unidade: UFPA

ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA EVOLUÇÃO	EXAME FÍSICO
1. Nível de Consciência e Comportamento	8. Controles Vitais (Média do Período)
2. Comunicação / Respostas	9. Drenos, Sondas, Catéteres e Ostomias
3. Locomoção / Sono e Repouso	10. Membros / Sistema Vascular
4. Tórax / Suporte Respiratório e Cardíaco	11. Pele / Evolução da Ferida
5. Ingesta	12. Sinais e Sintomas Referidos
6. Abdome / Sistema Respiratório	13. Exames e Procedimentos Realizados
7. Eliminações	14. Orientações e Adicionais do Enfermeiro

HORA	DATA	EVOLUÇÃO
15:00	29/12/15	<p>Exame físico realizado em 15:00h. Paciente acordado, orientado, com nível de consciência adequado. Sinais vitais dentro da normalidade. Ausculta pulmonar com ruídos vesiculares normais. Ausculta cardíaca com ritmo regular. Não há sinais de desidratação ou hipovolemia. Ferida operatória com curativo em bom estado.</p> <p><i>Eduardo da S. Galvão</i> Enfermeiro - COREN 410.602</p>
	29.12.15	<p>Comunicado orientado em 02 curativos, de- ta oral, com AP mobilizados no + APB, membros superiores e inferiores com curativos durante o período, em 2015.</p> <p><i>André</i></p>
	30.12.15	<p>Alta Hospitalar - curativo</p>

DR. MARCILIO MARIANO

CRM 4788

TEOT 12.033

CIRURGIÃO DE OMBRO E COTOVELO

RETORNO MÉDICO

FRANCISCO WELLINGTON

HAPCLÍNICA DO ALECRIM

6A FEIRA - 07:30H

15.01.2016

PROCEDIMENTO: OSTEOSÍNTESE DE CLAVÍCULA DISTAL ESQ
29/12/2015

NATAL, 30/12/2015

Dr. MARCÍLIO MARIANO DE OLIVEIRA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
ESPECIALISTA EM OMBRO E COTOVELO
CRM/RN 4788 TEOT 12.033

Clínica ORTOMEDIC

Edifício Harmony Medical Center - 1º Andar (Sala 106)
Rua Coronel Joaquim Manoel, 615, Petrópolis, Natal/RN, 59.012-330



ANTONIO PRUDENTE
Natal

BOLETIM DE CIRURGIA

Nº Leito: _____ Atendimento: _____ Idade: _____ Sexo: M F
 Nome: Francisco Wellington Ferraz da Silva
 Diagnóstico Clínico: _____ Diagnóstico Cirúrgico: _____

Data: 29/12/2019

CIRURGIA PROPOSTA
 • Fratura de fêmur distal e/ou tuberosidade de Mergel
 • Fratura de osso
 • Transfêrências musculares ao nível do Antebraço

PROCEDIMENTO REALIZADO
 Dr. Marcilio Mariano de Oliveira
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM/RN 4788 TEOT - 12033

TIPO DE ANESTESIA
 Sedação EV + Bloqueio de Pleto
 Guiado por Ultrassom

MATERIAL ESPECIAL LIBERADO
 Dr. Rodrigo K. Cavalcanti
 CPF: 007.612.874-19
 CRM 5249

João Felipe do M. Filho
 Cirurgia de Cabeça e Cérvice
 CRM 3844

LIMPA	CONTAMINADA	POTENCIALMENTE CONTAMINADA	INFECTADA
<input checked="" type="checkbox"/>			

INÍCIO: 12:00 hs TÉRMINO: 13:00 hs

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. DRACENA EM CINTURA DE PUNTO 33 PESADA
 2. ASSINAR + ATISJON + CIV
 3. BEMCOU EM SURTO OMO (E)
 4. ABRIR FURTO LENO-TMOM
 5. REDON E FROU DA P1 O FLO TANTO
 6. UNIA CI SE OI + ASSADUM
 7. REDON DE EXBO POMO W OMO AEDM
 8. ADOU CI FROU LENO-TMOM
 9. VSUMA + CIVOM + TROMO

MATERIAL ESPECIAL UTILIZADO: NÃO SIM

Especificar: _____

Dr. Rodrigo K. Cavalcanti
 CPF: 007.612.874-19
 CRM 5249

Dr. Marcilio Mariano de Oliveira
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM/RN 4788 TEOT - 12033

João Felipe do M. Filho
 Cirurgia de Cabeça e Cérvice
 CRM 3844

USO DE DRENO(S) **CONTAGEM DE COMPRESSAS** **PEÇAS OPERATÓRIAS**

NÃO SIM Especificar: _____
 Quantidade no início: _____ Quantidade no término: _____
 Anestesia local Não
 Congelamento Resultado: _____
 Especificar: _____

USO DE DRENO(S) **CONTAGEM DE COMPRESSAS** **PEÇAS OPERATÓRIAS**

NÃO SIM Especificar: _____
 Quantidade no início: _____ Quantidade no término: _____
 Anestesia local Não Sim
 Congelamento Resultado: _____



ANTONIO PRUDENTE Natal

REGISTRO DE PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM
 NOME DO PACIENTE: FLO WELLINGTON
 ATENDIMENTO: LEITOR 0183 UNIDADE: _____
 DATA: 29/12/15

CARIMBO/ASSINATURA

HORA: _____

CARIMBO/ASSINATURA

14h. Paciente no pós-operatório com -
 parte orientada em os ambientes -
 te aceitar desta geradora
 SSVV mantido segun
 em observação

J. de Lima
 29/12/15

CARIMBO/ASSINATURA

HORA

05:00 Paciente consciente orientado em
 Os ambiente, pós cirurgico medido
 conforme pesquisa medica, SSVV
 apêndices, se qual dos cuidados da equipe

HGT = 151

HORA: 1	PA: 120 x 80	MMHG	T: 36,4	°C	P: 60	BPM	R: 22	RPM	ASS: J. de Lima
HORA: 23	PA: 120 x 60	MMHG	T: 36,7	°C	P: 68	BPM	R: 18	RPM	ASS: J. de Lima
HORA:	PA: X	MMHG	T:	°C	P:	BPM	R:	RPM	ASS:
HORA:	PA: X	MMHG	T:	°C	P:	BPM	R:	RPM	ASS:



ANTONIO PRUDENTE
Natal

CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Nome: Romário Wellington Fernandes do Junior 33
 Prontuário: 12008139
 Médico: Dr. Romário
 Acomodação: _____
 Data de admissão: 29/12/15

DADOS DA ADMISSÃO
 Data da cirurgia: 29/12/2015 Horário: _____
 Cirurgia: _____
 Equipe cirúrgica: _____

Marque com um "X" as opções do checklist:

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC - CONFIRMAR (Enfermagem do setor de admissão do paciente) Setor: _____

ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA	ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Identidade do paciente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exames de imagem	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avaliação pré-anestésica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retirada de adômos/protese e guarda adequada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informação de lateralidade pelo MA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Termo de consentimento concedido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confirmação de vaga em UTI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Termo de consentimento concedido - anestesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exames laboratoriais	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Confirmação de reserva de sangue	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tricotomia até 2h antes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ASSINATURA: _____			

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesiologista do BO):

ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA	ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Confirmar identidade do paciente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Confirmada reserva e disponibilidade de sangue a ser usado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prontuário ativo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	de perda sanguínea (>500ml/adulto - 7ml/kg criança)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OPME checado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Via aérea difícil / risco de aspiração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Checkagem completa dos equipamentos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Confirmação de carga em _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias conhecidas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Checkagem completa das medicações a serem utilizadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especificar: _____							

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesiologista/cirurgião):

ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Membros da equipe cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirurgião, anestesiologista e enfermeira verbalmente confirmam	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lateralidade do procedimento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente certo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sítio cirúrgico identificado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANTECIPAÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS:

ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Revisão do cirurgião	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Há material/instrumental específico para o procedimento a ser realizado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Checkou equipamento necessário ao procedimento e o funcionamento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibioticoprofilaxia realizada nos últimos 60 min	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revisão do anestesiologista	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Checkou materiais e medicamentos necessários a anestesia a ser aplicada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revisão da enfermagem	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipamento necessário ao procedimento em sala e funcionando	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esterilização do material confirmada e validada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesiologista/cirurgião):

ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Todos os registros relativos ao procedimento devidamente realizados	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realização da contagem e conferência de materiais, instrumentais, compressas e/ou agulhas de sutura	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificação e acondicionamento correto do material a ser encaminhado para a análise laboratorial e/ou anatomia patológica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preenchimento de guias e/ou relatórios pelo médico cirurgião	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manter cabeceira do leito elevado 30º a 45º	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientação de posicionamento de membros	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientação de cuidados com drenos e sondas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dr. Romário Wellington Fernandes do Junior
Cirurgião



ANTONIO PRUDENTE
Natal

PERI-OPERATÓRIO

Nome: FRANCISCO WELINGTON F. DOS SANTOS Idade: 33
Convênio: ASSOVINDO Unidade: _____ Atendimento: 33938202

1. ORIGEM DO PACIENTE

Emergência Residência Posto de Enfermagem Outro Hospital Especificar: _____

2. PRÉ OPERATÓRIO

2.1 Tipo de Cirurgia: _____
Emergência Eletiva
2.2 Data da cirurgia: 09/12/15
2.3 Procedimento cirúrgico proposto: FRATURAS DE CAVI - CAVA EBOVERNS.
2.4 Pulseira de identificação: MSE MSD Não se aplica MID MIE
2.5 Recebido por: JES. MANU.
Data: 29/12/15

2.6 Sinais vitais: T: _____ FC: 62 FR: _____ PA: 110 x 70
2.7 Pré anestésico: Não Sim Medicação em uso: _____
2.8 Orientações: Cirurgia Anestesia SRPA
2.9 Alergias: NÃO
2.10 Estado emocional: Medo Tranquila Cooperativa Ansiedade Indiferença

2.11 Antecedentes: Obesidade Cardiopatia Drogas Bronquite/Asma Secreção HAS Hipertensão Maligna Tabagismo Diabetes Outro: NEGA TUDO.
2.12 Cirurgias Anteriores: FRATURAS DE COTOVELO
Reserva de Hemoderivados: Não Sim Especifique: _____
2.11 Preparo: Higienização Tricotomia Protese Jejum desde às 20 horas. Preparo do cólon Satisatório - Sim Não Adornos Esmalte e Maquiagem

2.14 Exames: Sangue U.S RX Ecocardiograma Especificar: (OBS* DE MOLDADO JÁ FEITO.)

3. INTRA - OPERATÓRIO

3.1 Recebido por: RILMARDEN Hora: 12:00 Sala: 3
3.2 Condições da pele: BOA
3.3 Entrada na S.O.: Anestesia início: 12:00 Hs. Término: 13:00 Hs. Cirurgia início: 11:50 Hs. Término: 12:50 Hs. Instrumentador: RAYANE Circulante: RILMARDEN
3.4 Sinais vitais: PA: 120/70 FC: 79 Sat: 96

3.5 Posição do paciente durante o ato operatório: Dorsal Ventral Ginecológica Lateral D Direito Lateral E Ortopédica Proclive Trendelburg Esquerdo
3.6 Membro ou lado a ser operado: Esquerdo
3.7 Solicitações: Sangue _____ ml Plasma _____ Anatomopatológico Citária Exame laboratorial

3.8 Solução anti-séptica utilizada: Clorexedine alcoólico Éter Outros: _____ Clorexedine degermante Alcool 70% PVPI tópico PVPI degermante
3.9 Grau de Contaminação: Limpa Contaminada Potencialmente contaminada Infectada

3.10 Bisturi: Elétrico Nº Serie: _____ Bipolar Nº Serie: _____
3.11 Uso do Colchão térmico: Sim Não Nº de Serie: _____ Temperatura: 20min _____ 20min _____ 20min _____ 20min _____ 20min _____
3.12 Material/Equipamento trazido por terceiros: Material: _____ Fornecedor: _____ Data esterização: _____

3.13 Nº de compressas utilizadas: Quantidade no início: 10 Quantidade no término: 10
3.13 Condições da pele ao término da cirurgia: BOA
3.14 Medicamentos / hora: 2,00 2 KEFAROL, 0,01 CLADINON, 0,01 PIS 2,01 NAL & DRAIN AMAN, 1 ILARICHA

3.15 Encaminhado para: SRPA Hora: 13:10 UTI Especificar: _____ Hora: _____ Unidade de internação Especificar: _____ Hora: _____ Horário de saída da S.O.: _____

Localização de:

- ELETRODOS
- INCISÃO CIRÚRGICA
- DRENO
- PLACA DE BISTURI
- PUNÇÃO VENOSA
- COXIM
- CATETERES AE AP AR
- FIO DE MARCAPASSO

Observações/intercorrências:

Etiquetas do material terceirizado:

Integrador Químico

PRESCRIÇÃO MÉDICA

2017-1626501

Emissão: 29/12/2015 20:25

Atendimento: 3874072
Farmácia: 330377
Convênio: UNIVISA

Data: 29/12/2015 Hora: 20:25
Posto: RPA - REPOUSO POS ANE
Peso: 70,00 kg Letra: 12854

AP 18:00

Medicamento	1 Faixa	Vol Total	500 ml	4,00 g/ml	20,00 g	20 mg	20 mg	20 mg	20 mg
SORO CLORINADO 5%	1 Faixa	500 ml	500 ml						
Injeção Venosa 2 Faixas	VIG-17	Vol Total	500 ml						
SORO CLORINADO 5% 1000 ml									
1 FRAP (C/100)									
1 FRAP (C/200)									
1 FRAP (C/300)									
1 FRAP (C/400)									
1 FRAP (C/500)									
1 FRAP (C/600)									
1 FRAP (C/700)									
1 FRAP (C/800)									
1 FRAP (C/900)									
1 FRAP (C/1000)									
1 FRAP (C/1100)									
1 FRAP (C/1200)									
1 FRAP (C/1300)									
1 FRAP (C/1400)									
1 FRAP (C/1500)									
1 FRAP (C/1600)									
1 FRAP (C/1700)									
1 FRAP (C/1800)									
1 FRAP (C/1900)									
1 FRAP (C/2000)									
1 FRAP (C/2100)									
1 FRAP (C/2200)									
1 FRAP (C/2300)									
1 FRAP (C/2400)									
1 FRAP (C/2500)									
1 FRAP (C/2600)									
1 FRAP (C/2700)									
1 FRAP (C/2800)									
1 FRAP (C/2900)									
1 FRAP (C/3000)									
1 FRAP (C/3100)									
1 FRAP (C/3200)									
1 FRAP (C/3300)									
1 FRAP (C/3400)									
1 FRAP (C/3500)									
1 FRAP (C/3600)									
1 FRAP (C/3700)									
1 FRAP (C/3800)									
1 FRAP (C/3900)									
1 FRAP (C/4000)									
1 FRAP (C/4100)									
1 FRAP (C/4200)									
1 FRAP (C/4300)									
1 FRAP (C/4400)									
1 FRAP (C/4500)									
1 FRAP (C/4600)									
1 FRAP (C/4700)									
1 FRAP (C/4800)									
1 FRAP (C/4900)									
1 FRAP (C/5000)									
1 FRAP (C/5100)									
1 FRAP (C/5200)									
1 FRAP (C/5300)									
1 FRAP (C/5400)									
1 FRAP (C/5500)									
1 FRAP (C/5600)									
1 FRAP (C/5700)									
1 FRAP (C/5800)									
1 FRAP (C/5900)									
1 FRAP (C/6000)									
1 FRAP (C/6100)									
1 FRAP (C/6200)									
1 FRAP (C/6300)									
1 FRAP (C/6400)									
1 FRAP (C/6500)									
1 FRAP (C/6600)									
1 FRAP (C/6700)									
1 FRAP (C/6800)									
1 FRAP (C/6900)									
1 FRAP (C/7000)									
1 FRAP (C/7100)									
1 FRAP (C/7200)									
1 FRAP (C/7300)									
1 FRAP (C/7400)									
1 FRAP (C/7500)									
1 FRAP (C/7600)									
1 FRAP (C/7700)									
1 FRAP (C/7800)									
1 FRAP (C/7900)									
1 FRAP (C/8000)									
1 FRAP (C/8100)									
1 FRAP (C/8200)									
1 FRAP (C/8300)									
1 FRAP (C/8400)									
1 FRAP (C/8500)									
1 FRAP (C/8600)									
1 FRAP (C/8700)									
1 FRAP (C/8800)									
1 FRAP (C/8900)									
1 FRAP (C/9000)									
1 FRAP (C/9100)									
1 FRAP (C/9200)									
1 FRAP (C/9300)									
1 FRAP (C/9400)									
1 FRAP (C/9500)									
1 FRAP (C/9600)									
1 FRAP (C/9700)									
1 FRAP (C/9800)									
1 FRAP (C/9900)									
1 FRAP (C/10000)									

Dr. Márcio Martins de Castro
OAB/SP 104.814-8
CRM/RN 47987-0/OT - 12030

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS
https://pje.trj.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=1709061702575860000011511815
Número do documento: 1709061702575860000011511815



HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE
BOLETIM DE ANESTESIA

Ambrósio Expando
33 anos, 84 kg, 183 cm
Nº - 9M, HAS, BSM
Fórmula O800
Cirurgia: 21 dias (estável)

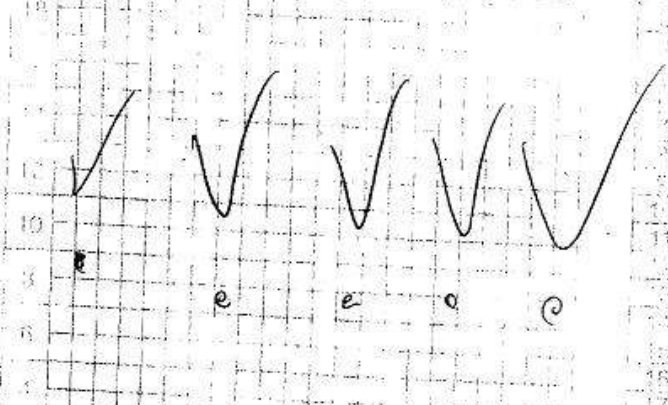
CUENTE: Francisco Wellington Fernandes Aguiar 29/12/13

Elaborado por: Bom
Linha de vida:
Antecedentes:
Módulo anestésico: Não
Alergias:

Professores: Nome do Professor

Sinais Vitais: O2 100% / SPO2 98%
Circulação: 30 X 70 mmHg
Respiração: 21 / 68
Temperatura: 36,0
Saturação: 98%
Sudoeste EV + Bloqueio de Pêlo Ouedo for ultrassom

SPO2 98% / 99% / 99% / 99% / 98%



- Febre 20
- Eubacter
- Poliflex 200ml
- PP 150mg/12h
- Bleoblan tipo ocular
- 55 OPI 500
- fortimid 2
- propofol 1/1
- Depomed 15
- propofol 10
- clonidina 1305
- nitroglicerina 1/1 vaso 20
- nitroglicerina 1gr
- delecron 4
- ondansetrona 8
- depirano
- midol
- nitroglicerina 40
- nitroglicerina gelatina 20

RUP MSD 29/12/13
Oxímetros
ECG
PAIN

Rodrigo F. Cavalcanti
612574-18

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
33538272

!DXuk™

29/12/2015 10:07:51

INSTRUMENTO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
FRANCISCO WELLIGTON FERNANDES DA SILVA	M	20/05/1982	33
CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
1042983402		1 CASADO	

Endereço
R MARIA DE JESUS FRANCA 56 VALE DO SOL PARNAMIRIM-RN CEP:59143120

Telefone Residencial 987099108 Telefone Trabalho Nome da Mãe
MARIA NILZA FERNANDES DA SILVA

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor
34020-RECEPCAO EMG ADULTO - HAP NATAL

Data	Hora	Matrícula	Tipo Documento
19/12/2015	10:01		
Médico Atendente			Clinica
40879 MARCILO MARIANO DE OLIVEIRA			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
40879 MARCILO MARIANO DE OLIVEIRA			8 DAYCLINIC INTERNAÇÃO

avaliação médica

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	WMS SUPERMERCADOS DO BRASITL LTDA
222-HAPVIDA	6-PLANO EMPRESA VIDA TOTAL ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
53293000200001011		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
RPA - REPOUSO POS ANESTESICO	634055 LEITO 05 RPA	2018-3

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
780215	99996666	991546121	INTERNAÇÃO
780215	30717108	991546121	FRATURAS E/OU LUXACOES E/OU AVULSOES - TRATAMENTO CIRURGICO
780215	30732026	991547543	ENXERTO OSSEO
780215	30717167	991547993	TRANSFERENCIAS MUSCULARES AO NIVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CIRURGICO

Dr. Rodrigo B. Carvalho
CPF: 007.612.874-18
CRM 5249

Dr. Marcielo Mariano de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 4788 TEOT - 12033

João Felipe de M. Filho
Cirurgia de Dentes e Coração
CRM 1044



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIO X HAP NATAL - VI NATAL

Data 29/12/2015

NºPedido: 13689311

Pag 1 de 1

Paciente...: 12009159 FRANCISCO WELLIGTON FERNANDES DA SILVA, Sexo: M
Nascimento...: 20/05/1982 RG: 1952592 CPF: 1042983402
Endereço...: R MARIA DE JESUS FRANCA 56 VALE DO SOL PARNAMIRIM RN 591.
Convenio...: HAPVIDA Tel: 987099108
Matricula...: 3329300020001011
Solicitante: Dr(a) MARCILIO LINS AROUC

Exame:
RX CLAVICULA

!DXuk

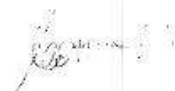
3353827231

LAUDO :

Exame de controle pós-operatório de fixação metálica de fratura em clavícula

Demais aspectos preservados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.


COSMO ALVES DE AQUINO
CRM 4252 - RN




ANTONIO PRUDENTE
Natal

REGISTRO DE PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Nome do paciente: Francisco Wellington Ferrnander
 Atendimento: _____ Leito: 28^o Unidade: _____
 Data: 30/10/15

MANHÃ

HORA	Observação de Enfermagem	CARIMBO / ASSINATURA
10:00	paciente consciente e orientado em O ₂ ambiente na UUP, ps - energético, sem medicação de reserva conforme prescrição médica, SPO ₂ SSU	


TARDE

HORA	Observação de Enfermagem	CARIMBO / ASSINATURA

NOITE

HORA	Observação de Enfermagem	CARIMBO / ASSINATURA

SINAIS VITAIS

HORA: <u>10:00</u>	PA: <u>120</u> x <u>80</u> mmHg	T: <u>35,6</u> °C	P: <u>80</u> bpm	R: <u>21</u> rpm	ASS: 
HORA: _____	PA: x mmHg	T: °C	P: bpm	R: rpm	ASS: _____
HORA: _____	PA: x mmHg	T: °C	P: bpm	R: rpm	ASS: _____
HORA: _____	PA: x mmHg	T: °C	P: bpm	R: rpm	ASS: _____



HOSPITAL ANTÔNIO JOSÉ DE SALES

FONE: (85) 2203-5000

NOME DO PACIENTE: FRANCISCO WELLINGTON F. SILVA

NUTRIÇÃO ENTEROPIX

LEITO: CONVÊNIO: HAPVIDA ATENDIMENTO:

DATA: 30/12/2015

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

PRECAUÇÃO

() AÉREA () CONTATO () GOTECIDAS

1º DPO - OSTEOSINTESE DE CLAVÍCULA DISTAL ESQ

ALTA MÉDICA

OXIGÊNIO	LIG.	DESLIG.
MÁSCARA VENTUR.	LIG.	DESLIG.
RESPIRADOR	LIG.	DESLIG.
OXIMETRIA PULSO	LIG.	DESLIG.

GLICEMIA

HORA	VALOR	INSULINA

CONTROLE SSVV

HORA	PA	T	R	PULSO

Dr. Maricilda Magalhães de Oliveira
Osteodista e 1ª Especialista em
Ortopedia de Ombro
CRM nº 14.881/507-12003



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE - PRESCRIÇÃO MÉDICA

FONE: (84) 3203-5000

Handwritten mark

NOME DO PACIENTE: FRANCISCO WELLINGTON F. SILVA

NUTRIÇÃO ENTEROFIX

LEITO: CONVÊNIO: HAPVIDA ATENDIMENTO: DATA: 30/12/2015

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

PRECAUÇÃO

1º DPO - OSTEOSSÍNTESE DE CLAVÍCULA DISTAL ESQ.

ÁEREA CONTATO GOTICULAS

OXIGÊNIO LIG. DESLIG.

MÁSCARA VENTURI LIG. DESLIG.

RESPIRADOR LIG. DESLIG.

OXIMETRIA PULSO LIG. DESLIG.

GLICEMIA

HORA VALOR INSULINA

CONTROLE SSVV

HORA PA T R PULSO

Handwritten signature and stamp
Dr. Francisco Wellington de Oliveira
Osteodistal e Fracturas do Ombro
CRM nº 19.888 (BO) 12/2003

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão: 30/12/2015 16:35:45

Nº Prescrição: 0008359725
 Atendimento: 33638272
 Paciente: FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SI

Prontuário: 12009159
 Convenção: HAPVIDA

Data: 30/12/2015
 Hora: 08:09
 Posto: POSTO IANDAR - ALA B
 Leito: 2018N3
 Peso: 70,00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA POS-CIRURGIA	4,4h	CRAL						
2. Hidratação Venosa	4 Fases	Vol. Total:	500 ml	40,00 gts/min	Acesso Periférico	08:00	14:00	20:00
SORO GLICOSADO 5%			500 ml					31/12 - 02:00
3. Hidratação Venosa	2 Fases	VIG: 1.7	Vol. Total: 500 ml	40,00 gts/min	Acesso Periférico	08:00	20:00	
SORO GLICO FISIOLÓGICO 1:1			500 ml					
4. KEFAZOL (1.0g) (D2Z)			1g	1 FRAP (C/1GR)	8/8h	EV	10:00	18:00
Agua Destilada			18 ml					31/12 - 02:00
5. PLAMET (5.0mg/ml)			10 mg	2 ML (AMP L C/10MG)	8/8h	EV		
Agua Destilada			18 ml					
6. OMEPRAZOL (40.0mg)			40 mg	1 FRAP (C/40MG)	24/24h	EV	06:00	
Agua Destilada			18 ml					
7. DIFPIRONA (500.0mg/ml)			1g	2 ML (AMP L C/500MG)	6/6h	EV		
Agua Destilada			18 ml					
8. TRAMAL (50.0mg/ml)			100 mg	2 ML (AMP L C/100MG)	8/8h	EV		
Soro Fisiológico 0,9%			100 ml					
9. TILATIL (20.0mg)			20 mg	1 FRAP (C/20MG)	12/12h	EV	08:00	20:00
10. CURATIVO GRANDE								
11. SINAS VITAIS								
12. OXIMETRO DE PULSO								
13. TIPOIA MSE								

Dr. Marcelo Moraes de Oliveira
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM/RJ 4789 TEOT - 12833

RESERVADO PARA O SIND
 ENTEROFIX Ass.



FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
33204444



25/01/2016 11:14:01

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12009159	FRANCISCO WELLIGTON FERNANDES DA SILVA	M	20/05/1982	33
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
1952592 SSP RN	1042983402		1-CASADO	
Endereço				
R MARIA DE JESUS FRANCA,56 - VALE DO SOL, PARNAMIRIM(RN) CEP 59143120				
Telefone Residencial		Telefone Trabalho		
987099108				

DADOS DO CONVENIO

Convenio	WMS SUPERMERCADOS DO BRASIL LTDA		
222 HAPVIDA	6 PLANO EMPRESA VIDA TOTAL ENFERMARIA -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
53293000200001011			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
634020-RECEPCAO EMG ADULTO - HAP NATAL			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
04/12/2015	17:40		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
83566619 BRUNO MUNIZ DE LIRA BORGES			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA - ROSELI BORGES DA SILVA



FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
33249284



25/01/2016 11:20:02

ESTE PRONTUARIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12009159	FRANCISCO WELLIGTON FERNANDES DA SILVA	M	20/05/1982	33
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
1952592 SSP RN	1042983402		1-CASADO	
Endereço				
R MARIA DE JESUS FRANCA,56 - VALE DO SOL, PARNAMIRIM(RN) CEP 59143120				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
987099108				

DADOS DO CONVENIO

Convenio	WMS SUPERMERCADOS DO BRASIL LTDA		
222 HAPVIDA	6 PLANO EMPRESA VIDA TOTAL ENFERMARIA -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
53293000200001011			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
634020-RECEPCAO EMG ADULTO - HAP NATAL			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
08/12/2015	09:41		4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente			Clinica
1189948 GUSTAVO MONTENEGRO SOARES			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			
R4310RA - ROSELI BORGES DA SILVA			



FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
33219632



ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

25/01/2016 11:17:02

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12009159	FRANCISCO WELLIGTON FERNANDES DA SILVA	M	20/05/1982	33
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
1952592 SSP RN	1042983402		1-CASADO	
Endereço				
R MARIA DE JESUS FRANCA,56 - VALE DO SOL, PARNAMIRIM(RN) CEP 59143120				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
987099108				

DADOS DO CONVENIO

Convenio	WMS SUPERMERCADOS DO BRASIL LTDA		
222 HAPVIDA	6 PLANO EMPRESA VIDA TOTAL ENFERMARIA -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
53293000200001011			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
634020-RECEPCAO EMG ADULTO - HAP NATAL			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
05/12/2015	07:58		4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente		Clínica	
940879 MARCILO MARIANO DE OLIVEIRA		6-TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			
R4310RA - ROSELI BORGES DA SILVA			



(/)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

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

SINISTRO 3160661200 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO TERRA DO SOL

ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA

CPF/CNPJ: 01042983402

Posição em 06-09-2017 10:20:12

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados

06/09/2017 11:

informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
28/11/2016	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

ACESSIBILIDADE



</Pages/Acessibilidade.aspx>



</Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

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

[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

[Documento Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

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

PAGUE SEGURO

[Como Pagar \(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](/Pages/Pague-Seguro.aspx)

[Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\)](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)

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

ACOMPANHE O PROCESSO

06/09/2017 11:3