



Número: **0846246-31.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **18/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
SAMUEL STEVAM PROCOPIO NASCIMENTO DE MIRANDA (AUTOR)	ERIC TORQUATO NOGUEIRA (ADVOGADO)
MAPFRE SEGUROS (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12607 415	05/10/2017 14:04	<u>02 PROCURAÇÃO</u>	Procuração
12607 424	05/10/2017 14:04	<u>03 DOCUMENTOS PESSOAIS</u>	Documento de Identificação
12607 441	05/10/2017 14:04	<u>04 DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA</u>	Documento de Comprovação
12607 459	05/10/2017 14:04	<u>05 PRONTUÁRIO</u>	Documento de Comprovação
12607 471	05/10/2017 14:04	<u>06 DECLARAÇÃO DO SAMU</u>	Documento de Comprovação
12607 492	05/10/2017 14:04	<u>07 BOLETIM DE ATENDIMENTO</u>	Documento de Comprovação
12607 502	05/10/2017 14:04	<u>08 REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO</u>	Documento de Comprovação

PROCURAÇÃO

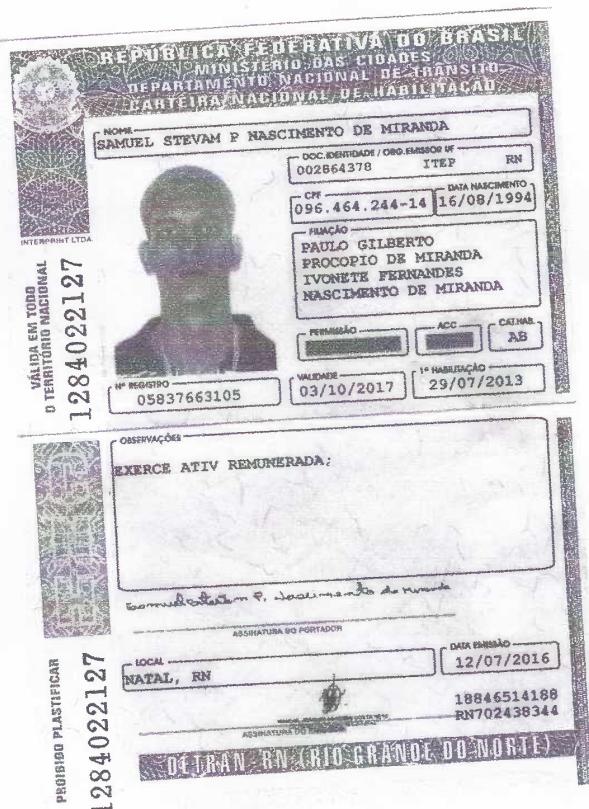
OUTORGANTE(S): SAMUEL STEVAM PROCOPIO NASCIMENTO DE MIRANDA, brasileiro, casado, estudante, inscrito no CPF/MF sob o nº 096.464.244-14, portador da cédula de identidade nº 2864378 SSP/RN, residente e domiciliado na Rua Ituporanga, nº 116, Potengi, CEP: 59124-390, Natal/RN.

OUTORGADO(S): ERIC TORQUATO NOGUEIRA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o número 11760, portador do CPF/MF nº 061.387.934-12, RG nº 3393071 – SSP/RN; **JOÃO MASCENA NETO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o número 11825, portador do CPF/MF nº 051.001.694-43, RG nº 002260905 – SSP/RN; **BRUNO HENRIQUE CORTÊZ DE PAULA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o número 14290, ambos com endereço profissional situado à Avenida Duque de Caxias, 90A, Ribeira, Natal/RN, CEP: 59012-200.

PODERES: Para procedimentos administrativos ou extrajudiciais, bem como para o foro em geral nos termos do artigo 105 do Código de Ritos, com a cláusula *ad judicia et extra*, concomitantes com os especiais notadamente para transigir, receber/sacar dinheiro, desistir, recorrer, agravar, dar e/ou receber quitação, declarar a hipossuficiência econômica do autor, substabelecer no todo ou em parte, atuar em conjunto ou separadamente com outros advogados para defender os interesses do(s) Outorgante(s) até que as providências tomadas na defesa dos seus interesses tenham cessado.

Natal, 21 de setembro de 2017.

x Samuel Stevam Procopio Nascimento de Miranda
OUTORGANTE





Cadastre-se agora para receber sua fatura por e-mail com mais antecedência e comodidade. Você poderá acessá-la quando e onde quiser, do notebook, celular ou tablet. Acesse net.com.br/faturadigital e solicite.



CTC SANTO ANDRE SPM PL5
SAMUEL SETEVAM PROCOPIO NASCI DE MIRANDA
R ITUPORANGA, 116, CASA A
POTENGI
59124-390 NATAL - RN

2909436771



095/008882445

Data de Postagem: 31/05/17

Vencimento: 10/06/2017

<input type="checkbox"/> Mudei-me	<input type="checkbox"/> Não protocolado	<input type="checkbox"/> Endereço insuficiente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Não existe o nº indicado	<input type="checkbox"/> Falecido	<input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> Informação escrita pelo destinatário ou simbolo	<input type="checkbox"/> Recusado	<input type="checkbox"/> CEP	<input type="checkbox"/> Reservado
PARA USO DOS CORREIOS										



S 040671 095/0082017-773529 item (MP_A3MKN01)
173452



DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO
CAIXA POSTAL 42.301
SÃO PAULO - SP
CEP 04218-970
REMETENTE:

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

SAMUEL STEVAM PROCOPIO NASCIMENTO DE MIRANDA, brasileiro, casado, estudante, inscrito no CPF/MF sob o nº 096.464.244-14, portador da cédula de identidade nº 2864371 SSP/RN, residente e domiciliado na Rua Ituporanga, nº 116, Potengi, CEP: 59124-390, Natal/RN, declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50.

Natal/RN, 21 de setembro de 2017.

*Samuel Stevam Procopio Nascimento de Miranda

DECLARANTE



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 52 ORT

SERVIDOR RESPONSÁVEL (PSA)
FRANCINEIDE

MATRÍCULA DATA HORA
08/10/2015 14:40

DADOS DO PACIENTE

PACIENTE		MASCULINO	FEMININO
SAMUEL STEVAM PROCOPIO NASCIMENTO MIRANDA		MASCULINO	
NACIONALIDADE	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	RELIGião
BRASILEIRA	16/08/1994	21	
ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	RAÇA/COR
	SOLTEIRO		TELEFONE
NOME DA MÃE		NOME DO PAI	
IVONETE FERNANDES NASCIMENTO DE MIRANDA			
CPF	RG	ORG.EXP.	UF
			CARTÃO DO SUS 708106846703410
ENDERECO		COMPLEMENTO	
RUA ITUPORRANGA - 116		52-	
BAIRRO	MUNICÍPIO	UF	CEP
SANTAREM	NATAL	RN	
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: _____ SSV: _____ FC: _____ FR: _____ T: _____ SO2: _____ PA: _____ GLICEMIA: _____			
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL	COREN	DATA	HORA
ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR: 	ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO <input type="checkbox"/> SALA VERMELHA <input type="checkbox"/> URGÊNCIA <input type="checkbox"/> ORTOPEDIA <input type="checkbox"/> CONSULTA MÉDICA <input type="checkbox"/> BUCOMAXILO <input type="checkbox"/> PEQUENA CIRURGIA <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> VIOLENCIA DOMÉSTICA <input type="checkbox"/> QUEDA <input type="checkbox"/> OUTROS	Abertura Ocular	Esportânea À voz À dor Nenhuma
PRIORIDADE <input type="radio"/> AZUL <input checked="" type="radio"/> VERDE <input type="radio"/> AMARELO <input type="radio"/> LARANJA <input type="radio"/> VERMELHO	Resposta Verbal	Orientada Confusa Palavras inapropriadas Palavras incompreensivas Nenhuma	5 3 2 1
	Resposta Motoria	Pedece comandos Localiza dor Movimento de retirada Flexão anormal Extensão anormal Nenhuma	6 5 4 3 2 1

HISTÓRIA CLÍNICA

Fraco 27/3/13
CONFERIDO ORIGINAL
1554624

Gustavo Jales Andrade de Araújo
Auditório CDRN 3309
CPF 008.497.774-44
AUTORIZADO

EXAME FÍSICO

Fraco + Sopro sistólico

f1 - ATB D

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES

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

CONDUTA MÉDICA PARA REGULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO - NIR

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

DIAGNÓSTICO**CONDUTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA****ABERTURA DE HORÁRIO / CHECAGEM****EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM****DESTINO DO PACIENTE**

ALTA

() ÓBITO

() EVASÃO

() SOLICITADO INTERNAMENTO
NO SERVIÇO DE:

[] SVO [] ITEP [] DECLARAÇÃO

0270PF0117

Manoel Correia Neto
CRM 849
Ortopedia-Traumatologia
MÉDICO (assinatura e carimbo)



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

CH 11

VISTO
outubro/2011
141.277

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2- CNES
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DIOCLECIO MARQUES DA FONSECA	4- CNES 3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE SAMUEL STEVAM PROCOPIO NASCIMENTO MIRANDA	6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO 141277		
7- CARTÃO NACIONAL/SUS 708106846703410	8- DATA DE NASCIMENTO 16/08/1994	9- SEXO MASCULINO (X) FEMENINO ()	10- RACA/COR PARDA
11- NOME DA MAE IVONETE FERNANDES NASCIMENTO DE MIRANDA	12- TELEFONE DE CONTATO		
13- NOME DO RESPONSÁVEL MÃE	14- TELEFONE DE CONTATO 30.889.441		
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA: ITUPORANGA, 116	16- MUNICIPIO NATAL	17- BAIRRO SANTAREM	18- UF RN
			19- CEP 59000000

Justificativa de Internação

Fevereiro 2011.

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Stress humor.

5.2.

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

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS



Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
29- CLÍNICA	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO () CNS () CPF	32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
36- () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39- CNPJ DA SEGURADORA	40- N° DO BILHETE	41- SÉRIE
37- () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNAE DA EMPRESA	44- CBOR
38- () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR	() AUTÔNOMO	() DESEMPREGADO	() APOSENTADO () NÃO SEGURADO

Manoel Correia Neto
CRM - 899
Ortopedia Traumatologia

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47- CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48- DOCUMENTO () CNS () CPF	49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



CEP

PRONTUÁRIO DE INTERNACÃO

ORTOPEDIA		CLINICA CIRURGICA		CLINICA MEDICA		CLINICA PEDIATRICA	
ENFERMARIA Nº	LEITO						
DATA	HORA			CATEGORIA		PRONTUARIO	
08/10/2015	15:25					141277	GIH
PACIENTE	SAMUEL STEVAM PROCOPIO NASCIMENTO MIRANDA				DATA DE NASCIMENTO		
ESTADO CIVIL					16/08/1994		
SOLTEIRO					PROFISSAO		
ENDERECO (RUA, N°)							
RUA: ITUPORANGA, 116							
MUNICIPIO	BAIRRO	UF	CEP				
NATAL	SANTAREM	RN	59000000				
LOCAL DE TRABALHO					TELEFONE		
FILIAÇÃO							
IVONETE FERNANDES NASCIMENTO DE MIRANDA							
RESPONSÁVEL					TELEFONE		
MÃE					30889411		
ENDEREÇO							
O MESMO							
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO							
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO							
DATA DE ADMISSÃO	8/10/2015				ALTA	11/10/2015	
						ÓBITO	

HISTÓRIA CLÍNICA



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de Enfermagem

DESTINO DO PACIENTE

() ALTA

() ÓBITO

() EVASÃO

() SOLICITADO INTERNAMENTO
NO SERVIÇO DE:

00270PF0717

Manoel Correia Neto
CRM: 849
Ortopedia-Traumatologia
EDICO (assinatura e carimbo)

Chefe do Plantão (assinatura e carimbo)



Hospital

Nome do paciente

Samuel estevam P. V. miranda

Nº prontuário

Data-operação

Enf.

Leito

Operador Pedro melo

1º auxiliar

maria

2º auxiliar

Tribuna

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Fratura dos ossos do antebraço

Tipo de operação

Reduzir da fratura + osteomíse

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

O paciente em deitado dorsal; anestesia auxiliada campo cirúrgicos, fuso radial e ulnar a 25° clivagem. Pós planejado. Reduzir da fratura e fixado com agulhas plásticas de 3,5 mm. Retirado os plásticos, feita a sutura com curaprox oclavil.

Dr. Juliano Nogueira
Médico
CRM-RN 4246

CONFIRMO
CONTRATUAL
SERVICO
AT Yata



Hospital

Nome do paciente		Nº prontuário	
Samuel Estevam P. N. Miranda			
Data-operação	Enf.	Leito	
Operador	Pedro Melo	1º auxiliar	Mai
2º auxiliar	Tiunara	3º auxiliar	
Anestesista	Instrumentador		
Diagnóstico pré-operatório		Tipo de anestesia	
Fratura dos ossos do antebraço			
Tipo de operação		Redução da fratura + osteosíntese	
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

O paciente em decúbito dorsal, respira autônoma, campos cutâneos, humor radial e venas apropriadas para drinagem. Por planos realizada redução da fratura e fixação com agulhas de 3,5 mm. Retirado por planos, rete e náilon. Curativo odontológico.

Dr. Julian Nogueira
Médico
CRM-RN 4246

CONFIRMADO
627
SANTOS
Yolanda



HOSPITAL-REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES - LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

<input type="checkbox"/> Hemoconcentrado _____ Unid. <input type="checkbox"/> Álbumina _____ Unid.		<input type="checkbox"/> Plasma _____ Unid. <input type="checkbox"/> Expansor plasmático _____ Unid.	<input type="checkbox"/> Plaquetas _____ Unid.																																																																											
MEDICAÇÕES UTILIZADAS h: _____ h: _____ h: _____		CONFERE COM O HISTÓRICO: _____ h: _____ h: _____ h: _____																																																																												
<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico: _____ ml <input type="checkbox"/> Soro Glicosado: _____ ml		<input checked="" type="checkbox"/> Soro Ringer Simples: <u>500</u> ml <input type="checkbox"/> Soro Ringer Lactato: _____ ml	Quantidade total de volume: <u>1400ml</u> administrado: _____																																																																											
ANÁTOMO PATOLÓGICO <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Pega: _____ Swab para cultura: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Pega para sepultamento: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Líquido: _____																																																																														
CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES FO de aspecto: <input type="checkbox"/> Limpo <input type="checkbox"/> c/exsudato <input type="checkbox"/> Contaminada <input type="checkbox"/> Aparelho gessado <input type="checkbox"/> Bandagens <input type="checkbox"/> Talas <input type="checkbox"/> Outros: INTERCORRÊNCIAS: <i>Termino do procedimento sem intercorrências</i> <i>pac liberado da SO pelo anestesiologista Dr. Gutten</i>																																																																														
CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Narcose <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Vigil <input type="checkbox"/> Agitado Respiratório: <input type="checkbox"/> Intubado <input type="checkbox"/> Extubado <input type="checkbox"/> Cânula de Guedel <input checked="" type="checkbox"/> O ₂ ambiente Curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Oclusivo <input type="checkbox"/> Compressivo <input type="checkbox"/> Bolsa de colostomia <input type="checkbox"/> Outro: _____ Diurese: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Irrigação Vesical <input type="checkbox"/> Oligúrico Destino após a cirurgia: <u>Pro</u>																																																																														
UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO Hora: <u>17h45</u> Data: <u>09/10/15</u> Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Narcose <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Choroso Vias aéreas: <input type="checkbox"/> Intubado <input type="checkbox"/> Extubado <input type="checkbox"/> Cânula de Guedel <input type="checkbox"/> Cateter O ₂ <input checked="" type="checkbox"/> O ₂ Ambiente Mobilização MMII: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Sem mobilidade Mobilização MMSS: <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Sem mobilidade Venoclise: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Tipo: <u>punzico</u> Local: <u>MSE</u> Sondas: <input type="checkbox"/> Gástrica <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Vesical Drenos: <input type="checkbox"/> Sucção <input type="checkbox"/> Torácico <input type="checkbox"/> Penrose <input type="checkbox"/> Kher Ostomias: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Especifique: Irrigação vesical contínua: <input type="checkbox"/> Retorno satisfatório <input type="checkbox"/> Retorno Insuficiente <input type="checkbox"/> Coágulos Curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Oclusivo <input type="checkbox"/> Descoberto <input checked="" type="checkbox"/> Limpo <input type="checkbox"/> Sujo Monitorização: <input type="checkbox"/> ECG <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro <input type="checkbox"/> PA INTERCORRÊNCIAS NA URPA: <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Bexiga <input type="checkbox"/> Alteração PA <input type="checkbox"/> Alteração FC Relate: _____																																																																														
Líquidos administrados na URPA: SINAIS VITais <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hora</th> <th>T°C</th> <th>P</th> <th>PA</th> <th>FR</th> <th>Sat.%</th> <th>Dor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Admissão</td> <td></td> <td>78</td> <td></td> <td></td> <td>97%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>30'</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>/</td> <td></td> </tr> <tr> <td>60'</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alta</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>98%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Medicções administradas URPA: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hora</th> <th>Medicação</th> <th>Dose</th> <th>Via</th> <th>Assinatura</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Eliminações: <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Diurese</th> <th>Retorno Gást.</th> <th>Drenagem</th> <th>Retorno da Irrigação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Recebido da SO</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Desprezado URPA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: <i>Encaminhado PI clínica ortopédica</i> <i>às 18h25.</i>				Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor	Admissão		78			97%		30'					/		60'							Alta					98%		Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura																						Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação	Recebido da SO					Desprezado URPA				
Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor																																																																								
Admissão		78			97%																																																																									
30'					/																																																																									
60'																																																																														
Alta					98%																																																																									
Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura																																																																										
	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação																																																																										
Recebido da SO																																																																														
Desprezado URPA																																																																														
Ass: <u>Téc. Isabela</u> Coren: <u>643.508</u>																																																																														



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

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Nome: Samuel Stevan P. N. de Murenda Idade: 21 D/N: 16/08/99
 Pront: 41277 Município: Natal Procedência: Interno Externo
 Data da cirurgia: 09/10/15 Hora Admissão: Bloco: Sala: Hora Saída: Peso:
 Alergias: Não Sim Comorbidades: H/S DM Outras _____
 Uso de medicações: Não Sim Jejum: Não Sim
 SSVV Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm Fl: rpm FC: bpm SpO₂: % T: °C

Enfermeiro(a): Claudia Instrumentado (a): Gloria Circulante: Sônia

Cirurgia: # de Antebraço Especialidade: Ortopedia Sala: D1
 Hora Início: 16:35 Hora Término: 17:30 Tipo de cirurgia: Eletiva Urgência Limpa Contaminada Infectada
 1º Cirurgião: Dr. Pedro Aux: Dr. Mai Residente: _____

Anestesia: Local Sedação Geral TOT: Bloqueio Raquidiana Ag.nº Peridural Cateter s/cateter
 Ag.nº Cateter nº: Início: 16:25 Garrote: Smarch Pneumático Início: 16:25 Término: 17:20
 Anestesiologista: Dr. Silveira

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

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC				Bpm
Pulso				Bpm
Oximetria	<u>99%</u>	<u>99%</u>	<u>99%</u>	%
Capnografia				%
PA				mmHg

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

ACCESSO VENOSO			
	Punção Arterial		
<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Venosa Periférica		
	Punção Venosa Central		
	Dissecção venosa		

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO		
<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Descartável
Local:		
DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Local: <u>MS</u>	Solução: <u>elox</u>	Local:

SONDAGEM GÁSTRICA	
SNG nº	
Retorno:	
CATETERISMO VESICAL	
SVF nº	SVA nº
Diurese:	
Profissional responsável:	

IMPLANTE CIRÚRGICO		
Drenos:		
Tela:		
Cateter:		
Ostomia:		
Fio de KC:		Parafuso - tipo: <u>12 parafusos</u>
Placa - Tipo:	<u>2 placas de 7 e 6 furos</u>	
Outros:		

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO		
Caixa cirúrgica:	<u>Ex barca + 25</u>	Quant. Material: <u>OK</u>
Val.:	<u>14/00/15</u>	Contagem de gaze e compressa: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim



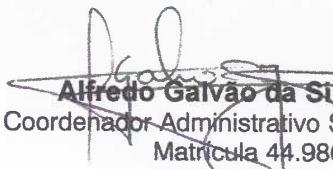
Prefeitura Municipal do Natal
A nossa cidade

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU 192 NATAL

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **SAMUEL STEVAM PROCOPIO NASCIMENTO DE MIRANDA**, foi vítima de colisão moto x moto, no dia 04/10/2015, aproximadamente às 15h15min, na Avenida Doutor João Medeiros Filho, Redinha, nesta cidade. Tendo sido atendido pelo SAMU 192 Natal, sob nº de ocorrência **64185/1**, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão e removido para o Hospital Walfredo Gurgel.

Natal, 26 de setembro de 2017.


Alfredo Galvão da Silva Júnior
Coordenador Administrativo SAMU 192 Natal
Matrícula 44.986-5

Rua Potiguares, 300 - Dix Sept Rosado - Natal/RN - CEP: 59054-280
Tel.: (84) 3232-9222 - (84) 3232-9211

25/09/2017

10.0.0.100/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=64185&Digito=1&ReadOnly=1

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: **64185/1**

Data: **04/10/2015**

CHAMADO

TARM: LUCELIA REGINA FREIRE

Médico Regulação: PAULO HENRIQUE MOURA COSTA LIMA

Rádio Operador: KLEBERSON PLATINY COUTO SILVA

Médico Cena: PAULO HENRIQUE MOURA COSTA LIMA

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 07 (UPA 24H ESPERANÇA)

Equipe VTR: NELSON OLIVEIRA GOMES DOS SANTOS - CONDUTOR DE
VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
ARLENE RODRIGUES SANTIAGO - TECNICO DE ENFERMAGEM

Regulação
Médica

Trote

Informação

Engano

Queda da
ligação

Sem Médico

Transf./Internação

Eletivo

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: EDNALVA

Telefone: (84) 98859-5008

Nome do Paciente:

SAMUEL ESTEVAM PROCÓPIO NASCIMENTO MIRANDA

Idade: *

21

ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: -5.7517838 **Longitude:** -35.2343687

Endereço: AVENIDA DOUTOR JOÃO MEDEIROS FILHO

Nº: VP

Bairro: REDINHA

Outro Bairro:

Referência/Complemento: EM FRENTE AO MOTEL PLAZA /// PX. ENTRADA DE GENIPABU // DIREÇÃO A REDINHA

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Primária: ACIDENTE MOTO X MOTO

Quem Solicitou:

Distância do paciente:

Local:

Histórico Regulação Médica:

04/10/2015 15:16:54 - Dr(a). PAULO HENRIQUE MOURA COSTA LIMA

APH: TRAUMA / **HD:** ACIDENTE MOTO X MOTO

REGULAÇÃO: DUAS VÍTIMAS, AMBOS VIGIS, AMBOS RESPIRANDO BEM, AMBOS COM FRATURA EXPOSTA.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

POSSUI CONVÉNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado: 04/10/2015 15:15:05	Regulação Médica: 04/10/2015 15:16:54	Solicitação VTR: 04/10/2015 15:18:04	Saída VTR: 04/10/2015 15:18:05	Chegada Local: 04/10/2015 15:26:53
Saída Local: 04/10/2015 15:51:57	Chegada Destino: 04/10/2015 16:08:41	Liberação Destino: 04/10/2015 16:38:42	Liberação VTR: 04/10/2015 16:38:44	

CONVÊNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular?*

Sim Não Não informado

CONDUTA

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Atendimento na residência | <input type="checkbox"/> Conduta VTR | <input checked="" type="checkbox"/> Remoção / Transferência |
| <input type="checkbox"/> Óbito | <input type="checkbox"/> Endereço não localizado | <input type="checkbox"/> Evasão do local |
| <input type="checkbox"/> Removido por terceiros | <input type="checkbox"/> Trote | <input type="checkbox"/> Recusa atendimento |
| | | <input type="checkbox"/> Recusa remoção |

Conduta Médico Regulador:

04/10/2015 15:51:47 - PAULO HENRIQUE MOURA COSTA LIMA
QTI PSCS.

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

 Aguardando Vaga**Estabelecimento:****NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL**

F:

Recebido por:

Número do conselho:

Número da ficha de Remoção:

 Vaga Negada**Motivo da entrada:**

Ass:

 Vaga Negada - Motivo:

- SELECIONE -

 H. ligação ao serv prop.:

PERTENCES

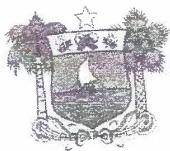
Nome receptor:**Cargo receptor:****Descrição dos pertences:****Local deixado pertences:****Data:**

/ / :

Ass:



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL



PACIENTE	SAMUEL STEVAM P NASCIMENTO DE MIRANDA		
DATA DE ENTRADA	04/10/2015 HORA 16:12 N° BAA 126003		
IDADE	21	SEXO	M
CARTÃO SUS		ETNIA	-
CPF		ESTADO CIVIL	-
NOME DA MÃE		RG	-
NOME DO PAI	IVONETE FERNANDES NASCIMENTO DE MIRANDA		
NASCIMENTO		NATURALIDADE	-
TELEFONE		PROFISSÃO	-
RUA/AV.		BAIRRO	POTENGI
COMPLEMENTO		CIDADE	Natal-RN
CEP	R. ITUPORANGA N° 116	MOTIVO	Acidente de Trânsito / Moto - Moto
ORIGEM	Ambulância - SAMU	USUÁRIO	Glauber
ACID. DE TRABALHO	Não		

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Resente lesão de colisão moto-moto há 1h. Refere uso de capacete, tendo sido atingido por traseiro e encontrava-se alertado no local quando o SAMU chegou. Mega perda de consciência, náuseas e vômitos. Refere dor em MSD (Fratura exposta em costela).

Comorbidades: Nega.

Alergia: Nega.

VAT: Descricive.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A V.A. pélvica. Mega cervicalgia.
- B Espasmos. AP: MV(+) simétrico, A/R/A.
- C Esternal.
- D Glasgow=15
- E Lesão contusão em lábio inferior, fratura exposta em membro direito.

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Abdome: Flácido e indolor.

RAIOS-X

Realizado em:	10/10/2015	Hora:	16:50
Técnico:	Aurilano Sacramento		

SPO:
99

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL
	130x80			70	60		

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID

DANHNESE

ESE
Pacientă vîrstnică de colicăzău. Punct - punct - invenție
copri față și cap. Relată epizode
nasal post-traumatică.

EXAMEN FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

ITANES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

Re-open

Px Waters

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

PUNISHED

example

Antes que as coisas desapareçam

Aubotse

also.

Sudan

Assinatura e Carambo do Responsável

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTACÕES DE ENFERMAGEM

DE PRECARIO E ANEXO BOLETIM
Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESENTACAO TEORICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Hablar (AGC)	6
Palavras ou frases simples (responde a perguntas)	5
Otimas ou boas (compreende verbalmente e pode responder com o dígitos de uma escala numérica, se necessário) 4	5
Otimas ou boas (compreende verbalmente e pode responder com o dígitos de uma escala numérica, se necessário) 3	5
Otimas ou boas (compreende verbalmente e pode responder com o dígitos de uma escala numérica, se necessário) 2	2
Otimas ou boas (compreende verbalmente e pode responder com o dígitos de uma escala numérica, se necessário) 1	1
Respostas a estímulos verbais (ARV)	
Orientado (Pode responder adequadamente a perguntas sobre seu nome, idade, onde está e porquê, a quem etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas confusamente, mas há alguma orientação e compreensão)	4
Perdeu orientação (Pode responder, mas com erros consideráveis)	3
Sente desorientado (Responde sem entender pergunta)	2
Amarrado	1
Respostas a estímulos táticos (ART)	
Responde a estimulações táticas (Pode mover simples quando lhe é encorajado.)	5
Responde a estimulações táticas	5
Responde a estimulações táticas	4
Possível tocar a dor (Dolorígeno)	3
Possível evadir a dor (Dolorígeno)	2
Sente respostas táticas	1
Total	

ESCALA DE TRAUMA PEVSA - RTS	
INSCREVEDOR	POSIÇÃO
	12-15 = 4
	9-12 = 3
	6-9 = 2
	4-6 = 1
	≤ 3 = 0
	10-29 = 4
	≥ 29 = 3
	5-9 = 2
	1-5 = 1
	0 = 0
	≥ 50 = 4
	35-50 = 3
	25-35 = 2
	1-25 = 1
	0 = 0

Escola de Treinamento Reservista (ETR) Bauru é uma unidade de ensino profissional de treinamento fundamental, Reservista, Adaptação de Chamados M.E. Saram, RJ Capas, ex-2º Aeronáutica de São Paulo, São Paulo ETR EAI 1923.

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walferdo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DIVISÃO DE ENFERMAGEM

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome: Gustavo S. P. Vascello Jr. Vale Reg. N° _____

Diagnóstico pré-operatório:

Fratura exposta na articulação do joelho + luxação.

Indicação terapêutica:

INTERVENÇÃO

INÍCIO: 10/01/2017 Fim: 10/01/2017 Duração: 02 horas
Gustavo M. Soares
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RN 5410
CPF: 026.005.894-73
Operador:
1º Auxiliar:
2º Auxiliar:
3º Auxiliar:
Instrumentador:
Anestesista:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Via de acesso – Incisão – Aspecto nos órgãos e lesões encontradas – Técnicas empregadas
e descrição dos processos – Ligaduras e suturas empregadas – Drenagem – Curativos
Diagnóstico Operatório – Prognóstico Operatório – Obs.:

1º Passar os seios fessos
seios e artéria
cervicais
luxação para o lado
de baixo + estabilidade

2º OBS → no mento na concha nasal
tunica mucosa e retináculo
de colo em fixado externamente

Gustavo M. Soares
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RN 5410
CPF: 026.005.894-73

ESTE HOSPITAL É MEU, É SEU, É NOSSO.

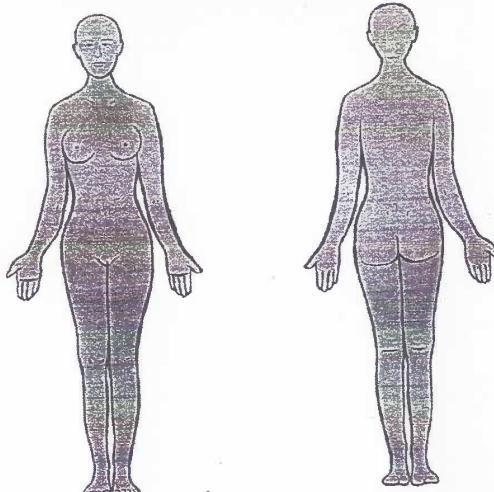


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Samuel Stelton P. Mancem de Andrade
DATA DE NASCIMENTO: 10/10/1994 IDADE: 31 Ano
REGISTRO: 10670135
DATA DE ADMISSÃO: 05/10/15 HORA: _____
ADMISSÃO DO PACIENTE: Onco-hedise
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: _____
HIDRATAÇÃO: SIM () NÃO () VIA: PERIFÉRICO: () ACESSO CENTRAL: ()
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE () ORIENTADO () VIGIL () AGITADO ()
INCONSCIENTE: ()
ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () GRAVE ()
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE () M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()
ALÉRGICO: SIM () NÃO () Spirinolida HIPERTENSO: SIM () NÃO ()
DIABÉTICO: SIM () NÃO () ASMÁTICO: SIM () NÃO ()
DOENÇA RENAL: SIM () NÃO () OUTRAS PATOLOGIAS: _____
MEDICAÇÕES EM USO: _____
CIRURGIAS ANTERIORES: _____
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()
OBSERVAÇÃO: RX

HORA: _____
ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____
ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____
OBS.: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



JELCO Nº _____
INSTRUMENTADOR: Novusson
CIRCULANTE: Acluções
TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI () PERIDURAL () B.P.B. () LOCAL ()
OBS.: _____
ANESTESISTA: Dra. Flávia
INÍCIO DE ANESTESIA: 00:50
TÉRMINO DE ANESTESIA: 01:30h
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: Cefazolina (2g) IV
HORA: 00:50 hs



ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR
	<p>astolos Pedi a Fank exco f de 4tg</p> <p>AC C.C.</p> <p>JUSTAVO M. Soares Ortopedia / Traumatologia CRM-RN 5410 CPF: 026.085.894-73</p> <p>06 S/DIA</p> <p>10 15 10M FGB DIREITA FUBO</p> <p><u>ANEXADO ①</u></p> <p>CIMA</p> <p>25 09 12</p> <p>ORIGINAL</p> <p>ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.</p>

MINISTÉRIO DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
PREFEITURA MUNICIPAL DE NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

ITATO N°

MÉDICO

UNIDADE HOSPITALAR

CNPJ 08.241.754/0102-99

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL - PRONTO SOCORRO DR. CLOVIS SARINHO

PACIENTE	NOME DO PACIENTE			
	ENDEREÇO (RUA + Nº + BAIRRO)		MUNICÍPIO	UF
	CEP	DATA DO NASCIMENTO	MASC. FEM.	NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE
	ASSINATURA DO DIRETOR CLÍNICO		PROCEDIMENTO SOLICITADO	CID INTERN DATA EMISSÃO
				ASSINATURA DO AUDITOR
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE				
	1 - ACIDENTE DE TRABALHO 2 - ACIDENTE DE TRÂNSITO 3 - TENTATIVA DE HOMICÍDIO 4 - AGRESSÃO 5 - TENTATIVA DE SUICÍDIO 6 - OUTROS ACIDENTES			
EM CASO DE ACIDENTE DE TRABALHO		CNPJ DO EMPREGADOR		
Nº DA CARTEIRA DO TRABALHO				
EM CASO DE ACIDENTE DE TRANSITO		CNPJ DA SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE
CAUSA EXTERNA				
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ao c/cho cur
Bx exp

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ex Reck

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO INICIAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO (POR EXTENO)

Assinatura do Médico

CRM

DATA

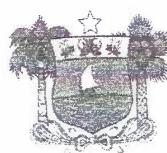
CIRÚRGICA	CLÍNICA OBSTÉTRICA	MÉDICA
4	5	6

FISIOPNEUMOL	PSQUIATRIA	PEDIATRIA	OUTRA
4	5	6	7

Gustavo M Soares
Ortopedista / Traumatologista
CRM-RN 5410
CPF: 026.005.944-73



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO - 1067935



PACIENTE	SAMUEL STEVAM P NASCIMENTO DE MIRANDA		
CARTÃO SUS	Nº 1067935		
IDADE	21	SEXO	M
NOME DA MÃE	ETNIA		
NOME DO PAI	ESTADO CIVIL		
RUA/AV.	IVONETE FERNANDES NASCIMENTO DE MIRANDA		
COMPLEMENTO		BAIRRO	POTENGI
CEP		CIDADE	Natal-RN
ESPECIALIDADE	Ortopedia	UNIDADE	CRO Macas
USUÁRIO	Tinoco	LEITO	711

ADMISSÃO 04/10/2015 20:59 ALTA ____ / ____ ÓBITO ____ / ____ DIAS DE PERMANÊNCIA ____

DIAGNOSTICO INICIAL

DIAGNÓSTICO FINAL

Natal, ____ / ____ / ____

Assinatura do médico responsável - CRM

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A
B
C
D
E

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

A (ALERGIAS): _____

M (MEDICAÇÃO EM USO): _____

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): _____

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS): _____

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): _____

V (PASSADO VACINAL): _____

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

RX de ventre aberto direito (AP e Perfil)

Dra. *[Assinatura]*
Médico
CRM-SP 7808

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUITA PRIMÁRIA (MEDICAÇÃO E PROCEDIMENTOS)

Assistente em Cirurgia e Traumatologia

CRM-SP 4368

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: <i>Bucorriofacial</i>	HORA: 16:23	DATA: 04/10/15
ESPECIALISTA 2: <i>Ortopedia</i>	HORA: 16:23	DATA: 04/10/15
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

Dra. *[Assinatura]*
CRM-SP 7808

MÉDICO (CARIMBO)

O preenchimento do boletim de atendimento traz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais fiduciáveis e protege o profissional de saúde, contribui para a melhoria da assistência no HMW.



Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2017

Carta nº 11525142

a/c: SAMUEL STEVAM PROCOPIO NASCIMENTO DE MIRANDA

Sinistro: 3160755422 ASL-1201202/16
Vitima: SAMUEL STEVAM PROCOPIO NASCIMENTO DE MIRANDA
Data Acidente: 04/10/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT