



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
12607415	05/10/2017 14:04	02 PROCURAÇÃO	Procuração
12607424	05/10/2017 14:04	03 DOCUMENTOS PESSOAIS	Documento de Identificação
12607441	05/10/2017 14:04	04 DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA	Documento de Comprovação
12607459	05/10/2017 14:04	05 PRONTUÁRIO	Documento de Comprovação
12607471	05/10/2017 14:04	06 DECLARAÇÃO DO SAMU	Documento de Comprovação
12607492	05/10/2017 14:04	07 BOLETIM DE ATENDIMENTO	Documento de Comprovação
12607502	05/10/2017 14:04	08 REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO	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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: SAMUEL STEVAM P NASCIMENTO DE MIRANDA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DE: 002864378 ITEP RN

CPF: 096.464.244-14 DATA NASCIMENTO: 16/08/1994

FILIAÇÃO: PAULO GILBERTO PROCOPIO DE MIRANDA IVONETE FERNANDES NASCIMENTO DE MIRANDA

PERMISSÃO: ACC CAT. NAH: AB

Nº REGISTRO: 05837663105 VALIDADE: 03/10/2017 1ª HABILITAÇÃO: 29/07/2013

OBSERVAÇÕES: EXERCE ATIV REMUNERADA:

Assinatura do Portador: Samuel Stevam P. Nascimento de Miranda

LOCAL: NATAL, RN DATA EMISSÃO: 12/07/2016

Assinatura do Emissor: 18846514188 RN702438344

DETRAN RN (RIO GRANDE DO NORTE)

VÁLIDA EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL 1284022127

PROIBIDO PLASTIFICAR 1284022127

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.



1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100	2101	2102	2103	2104	2105	2106	2107	2108	2109	2110	2111	2112	2113	2114	2115	2116	2117	2118	2119	2120	2121	2122	2123	2124	2125	2126	2127	2128	2129	2130	2131	2132	2133	2134	2135	2136	2137	2138	2139	2140	2141	2142	2143	2144	2145	2146	2147	2148	2149	2150	2151	2152	2153	2154	2155	2156	2157	2158	2159	2160	2161	2162	2163	2164	2165	2166	2167	2168	2169	2170	2171	2172	2173	2174	2175	2176	2177	2178	2179	2180	2181	2182	2183	2184	2185	2186	2187	2188	2189	2190	2191	2192	2193	2194	2195	2196	2197	2198	2199	2200	2201	2202	2203	2204	2205	2206	2207	2208	2209	2210	2211	2212	2213	2214	2215	2216	2217	2218	2219	2220	2221	2222	2223	2224	2225	2226	2227	2228	2229	2230	2231	2232	2233	2234	2235	2236	2237	2238	2239	2240	2241	2242	2243	2244	2245	2246	2247	2248	2249	2250	2251	2252	2253	2254	2255	2256	2257	2258	2259	2260	2261	2262	2263	2264	2265	2266	2267	2268	2269	2270	2271	2272	2273	2274	2275	2276	2277	2278	2279	2280	2281	2282	2283	2284	2285	2286	2287	2288	2289	2290	2291	2292	2293	2294	2295	2296	2297	2298	2299	2300	2301	2302	2303	2304	2305	2306	2307	2308	2309	2310	2311	2312	2313	2314	2315	2316	2317	2318	2319	2320	2321	2322	2323	2324	2325	2326	2327	2328	2329	2330	2331	2332	2333	2334	2335	2336	2337	2338	2339	2340	2341	2342	2343	2344	2345	2346	2347	2348	2349	2350	2351	2352	2353	2354	2355	2356	2357	2358	2359	2360	2361	2362	2363	2364	2365	2366	2367	2368	2369	2370	2371	2372	2373	2374	2375	2376	2377	2378	2379	2380	2381	2382	2383	2384	2385	2386	2387	2388	2389	2390	2391	2392	2393	2394	2395	2396	2397	2398	2399	2400</
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	--------

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

PARA USO DOS CORREIOS

☐ Mudar-se ☐ Endereço insuficiente ☐ Ausente ☐ Não procurado

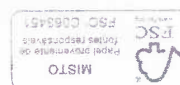
☐ Não existe o nº indicado ☐ Falecido ☐ Informação escrita pelo porteiro ou síndico

☐ Recusado ☐ CEP

Remetido ao Serviço Postal em _____

Resposta em _____

S:0436771
E09510062017_773529.rem (MP_A3MKN01)
173452



DEVOÇÃO ELETRÔNICA - CEDO
CAIXA POSTAL 42.301
SÃO PAULO - SP
CEP 04218-970

REFERENCE



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.

x Samuel Stevam Procopio Nascimento de Miranda

DECLARANTE



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA - CNES 3515168
PARNAMIRIM - RN

141.277

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 52 ORT

SERVIDOR RESPONSÁVEL (PSA)

FRANCINEIDE

MATRÍCULA

DATA

HORA

08/10/2015

14:40

DADOS DO PACIENTE

PACIENTE

SAMUEL STEVAM PROCOPIO NASCIMENTO MIRANDA

MASCULINO

FEMININO

NACIONALIDADE

BRASILEIRA

DATA DE NASCIMENTO

16/08/1994

IDADE

21

RELIGIÃO

RACIA/COR

ESCOLARIDADE

ESTADO CIVIL

SOLTEIRO

PROFISSÃO

TELEFONE

30889441

NOME DA MÃE

IVONETE FERNANDES NASCIMENTO DE MIRANDA

NOME DO PAI

CPF

RG

ORG.EXP.

UF

CARTÃO DO SUS

708106846703410

ENDEREÇO

RUA ITUPORRANGA - 116

COMPLEMENTO

52-

BAIRRO

SANTAREM

MUNICÍPIO

NATAL

UF

RN

CEP

RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE

PARENTESCO

TELEFONE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FORMA DE ENCAMINHAMENTO

() Regulado () SAMU () Demanda Espontânea

MOTIVO

QUEIXA PRINCIPAL

FLUXOGRAMA

DESCRIMINADOR

DOENÇAS PREENSISTENTES

ALERGIAS

PESO: _____ ALTURA: _____ SSVV: _____ FC: _____ FR: _____ T: _____ SO2: _____ PA: _____ GLICEMIA: _____

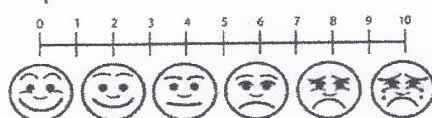
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

COREN

DATA

HORA

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR:



PRIORIDADE

☐ AZUL ☒ VERDE ☐ AMARELO ☐ LARANJA ☐ VERMELHO

ACOLHIMENTO

COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- ☐ SALA VERMELHA
☐ URGÊNCIA
☐ ORTOPEDIA
☐ CONSULTA MÉDICA
☐ BUCOMAXILO
☐ PEQUENA CIRURGIA
☐ ACIDENTE DE TRABALHO
☐ VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
☐ QUEDA
☐ OUTROS

Abertura Ocular	Esponânea	4
	À voz	3
	À dor	2
Resposta Verbal	Nenhuma	1
	Orientada	5
	Confusa	4
Resposta Motora	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Pede comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
Resposta Motora	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

HISTÓRIA CLÍNICA

EXAME FÍSICO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES

☐ LABORATORIAL ☐ RADIOLÓGICO ☐ ECC ☐ TOMOGRAFIA ☐ USG ☐ OUTROS

CONDUTA MÉDICA PARA REGULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO - NIR

☐ CLÍNICA MÉDICA ☐ CLÍNICA PSIQUIÁTRICA ☐ 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

ORTOPEDIA

Manoel Correia Neto
(CRM 849)
Ortopedia-Traumatologia

MÉDICO (assinatura e rubrica)



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

CRU
VISTO
outubro/2014
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- RAÇA/COR PARDA
11- NOME DA MÃE 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- MUNICÍPIO NATAL	17- BAIRRO SANTAREM	18- UF RN	19- CEP 59000000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Pain ATB ?			
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Alto risco			
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) S. Os			
23- DIAGNÓSTICO INICIAL S. Os	24- CID 10 PRINCIPAL	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Uso de drogas	28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
29- CLÍNICA	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO () CNS () CPF	32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39- CNPJ DA SEGURADORA	40- Nº 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			

Autorização

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DESTINO DO PACIENTE

() ALTA

() ÓBITO

() EVASÃO

() SOLICITADO INTERNAMENTO
NO SERVIÇO DE:

[] SVO [] ITEP [] DECLARAÇÃO

0270PF0717

Manoel Correia Neto
CRM - 849
Ortopedia-Traumatologia

MÉDICO (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

Mauri

2º auxiliar

Tulimar

3º auxiliar

Anestesista

Tipo de anestesia

Instrumentador

Diagnóstico pré-operatório

Fratura dos ossos do antebraço

Tipo de operação

Redução da fratura + osteossíntese

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

O paciente em decúbito dorsal, após antissepsia campos cirúrgicos, punção radial e ulnar após dissecção por planos realizou redução da fratura e fixado com dois placas de 3,5mm. fixado por placas, pte q nylon. Curativo oculto.

Dr. Tulimar Nogueira
Médico
CRM-RN 4246

CONFERE ORIGINAL
SERVIÇO
15/4/2010



Hospital

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

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

O paciente em decúbito dorsal, após antissepsia campos cirúrgicos, Anest. Radial e ulnar após dissecação por planos realizou redução da fratura e fixação com duas placas de 3,5mm. Fixado por placas, pre e nylon. Curativo ocluint.

Dr. Juliano Nogueira
Médico
CRM-RN 4246

CONFÉRENCIA
F. Y. G. S.



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:
() Hemoconcentrado _____ Unid.
() Plasma _____ Unid.
() Albumina _____ Unid.
() Expansor plasmático _____ Unid.
() Plaquetas _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS
h: _____
h: _____
h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA
() Soro Fisiológico: _____ ml
() Soro Glicosado: _____ ml
(+) Soro Ringer Simples: 500 ml
() Soro Ringer Lactato: _____ ml

Quantidade total de volume administrado: 540 ml

ANATOMO PATOLÓGICO
(+) Não () Sim Peça: _____
Peça para sepultamento: (+) Não () Sim
Líquido: _____
Swab para cultura: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES
FO de aspecto: () limpo () c/exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros:
INTERCORRÊNCIAS: Termino do procedimento sem intercorrências
pac liberado da SO pelo anestesista Dr. Silva
Ass: Sônia Coren: 352122

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO
Nível de consciência: (+) Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel (+) O₂ ambiente Curativo: (+) Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro: _____
Diurese: (+) Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: Pro

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO
Hora: 17h45 Data: 09/10/15 Nível de consciência: (+) Acordado () Sonolento () Narcose (+) Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂ (+) O₂ Ambiente
Mobilização MMII: (+) Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal (+) Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não (+) Sim Tipo: periférica Local: MSE Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim (+) Não Especifique: _____
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
Curativo: (+) Oclusivo () Descoberto (+) Limpo () Sujo Monitorização: () ECG (+) Oxímetro () PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração FC
Relate:

SINAIS VITAIS							Líquidos administrados na URPA:	
Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor	Soro glicosado:	ml
Admissão		78			97%		Soro Fisiológico:	ml
30'							Ringer:	ml
60'							Irrigação vesical contínua:	ml
Alta					98%			

Medicações administradas URPA:					Eliminações:			
Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: ENCAMINHADO P/ CLÍNICA ORTOPÉDICA:
as 18h25

Ass: Téc. Izabela Coren: 643.508



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Samuel Stuan P. V. de Mendo 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: () HAS () DM () Outras
Uso de medicações: () Não () Sim Jejum: () Não () Sim
SSVV Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm FI: rpm FC: bpm SpO₂: % T: °C
Enfermeiro(a): Claudia Instrumentado (a): Clara Circulante: Sônia
Cirurgia: # de Antebraço Especialidade: Ortopedia Sala: 01
Hora Início: 16:35 Hora Término: 17:30 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1ª Cirurgião: Dr. Pedro Aux.: Dr. Mai Residente:
Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: () Bloqueio () Raquidiana Ag.nº () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag.nº Cateter nº: Início: 16:25 Garrota: () Smarch () Pneumático Início: 16:25 Término: 17:30
Anestesiologista: Dr. Gilvan

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

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.	POSIÇÃO	COXIM	MMSS
FC				Bpm	<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input type="checkbox"/> Cabeça	<input type="checkbox"/> Anatômicos
Pulso				Bpm	<input type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/> Pescoço	<input type="checkbox"/> Abduzidos
Oximetria	<u>99%</u>	<u>99%</u>	<u>99%</u>	%	<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Fletidos
Capnografia				%	<input type="checkbox"/> Litotômica	<input type="checkbox"/> Lombar	<input type="checkbox"/> MMII
PA				mmHg	<input type="checkbox"/> Trendlemburg		<input type="checkbox"/> Anatômicos

ACESSO VENOSO	PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
<input type="checkbox"/> Punção Arterial	() Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não () Metal () Descartável
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica	Local: <u> </u>
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Central	DEGERMAÇÃO
<input type="checkbox"/> Dissecção venosa	(<input checked="" type="checkbox"/>) Sim () Não
Local: <u>MS</u>	TRICOTOMIA
Cateter: <u> </u>	() Sim () Não
	Local: <u>MS</u> Solução: <u>cloro</u>

SONDAGEM GÁSTRICA	IMPLANTE CIRÚRGICO
SNG nº <u> </u>	Drenos: <u> </u>
Retorno: <u> </u>	Tela: <u> </u>
	Cateter: <u> </u>
	Ostomia: <u> </u>
	Fio de KC: <u> </u> Parafuso - tipo: <u>12 parafusos</u>
	Placa - Tipo: <u>2 placas de 7 e 6 furos</u>
	Outros: <u> </u>

CATETERISMO VESICAL	EXAMES SOLICITADOS:	ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
SVF nº <u> </u>	() Hemograma	Caixa cirúrgica: <u>ex barba 2.5</u> Quant. Material: <u>ok</u>
SVA nº <u> </u>	() Gasometria	Val.: <u>14/08/15</u> Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim
Diurese: <u> </u>	() Coagulograma	
Profissional responsável: <u> </u>	() Outros	
	() Tipagem Sanguínea	
	() Gliosimetria:	
	() Radioscopia (Raio X)	



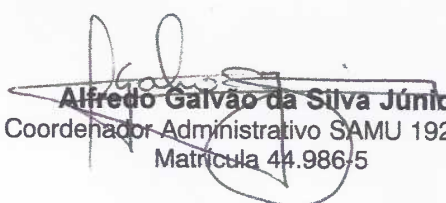
Prefeitura Municipal do Natal
A n o s s a c i d a d e

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

Rádio Operador: KLEBERSON PLATINY COUTO SILVA

Equipe Enfermagem Cena:

VTR: USB 07 (UPA 24H ESPERANÇA)

Médico Regulação: PAULO HENRIQUE MOURA COSTA LIMA

Médico Cena: PAULO HENRIQUE MOURA COSTA LIMA

Usuário Pós-Cena:

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 CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:

HORÁRIOS DO CHAMADO

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

CONVÊNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular?*

☐ Sim ☐ Não ☒ Não informado

CONDUTA

- ☐ Atendimento na residência ☐ Conduta VTR ☒ Remoção / Transferência
☐ Óbito ☐ Endereço não localizado ☐ Evasão do local ☐ Recusa atendimento ☐ Recusa remoção
☐ Removido por terceiros ☐ Trote

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:

Vaga Negada - Motivo:

- SELECIONE -

H. ligação ao serv prop.:

Recebido por:

Número do conselho:

Número da ficha de Remoção:

☐ Vaga Negada☒ Vaga Zero

Motivo da entrada:

▼

Ass: *

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

72



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

PACIENTE SAMUEL STEVAM P NASCIMENTO DE MIRANDA
DATA DE ENTRADA 04/10/2015 **HORA** 16:12 **Nº BAA** 126003
IDADE 21 **SEXO** M **ETNIA** -
CARTÃO SUS - **ESTADO CIVIL** -
CPF - **RG** - - -
NOME DA MÃE IVONETE FERNANDES NASCIMENTO DE MIRANDA
NOME DO PAI - **NATURALIDADE** -
NASCIMENTO 16/08/1994 **PROFISSÃO** -
TELEFONE -
RUA/AV. R. ITUPORANGA **Nº** 116 **BAIRRO** POTENGI
COMPLEMENTO - **CIDADE** Natal-RN
CEP - **MOTIVO** Acidente de Trânsito / Moto - Moto
ORIGEM Ambulância - SAMU **USUÁRIO** Glauber
ACID. DE TRABALHO Não

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente vítima de colisão moto-moto há 1h. Refere uso de capacete, tendo sido
retida por terceiros e encontrava-se deitada no local quando o SAMU chegou.
Mega perda de consciência, náuseas e vômitos.
Refere dor em MSD (Fratura exposta em vertebros).
Comorbidades: Mega.
Alergia: Mega.
VAT: Desconhece.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A VA pérvia. Mega cervicalgia.
B Pulmões: AP: MV \oplus , simétrico, A/RA.
C Estômago.
D Glasgow=15
E Lesão cortocortusa em lábio inferior, fratura exposta em membro direito.

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Abdome: Flácido e indolor.

RAIOS-X

Realizado em: 4/10/2015 Hora: 16:50
Técnico: Adriano Sacramento

SPO:
99

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL
	130x40			20	60		
DIAGNÓSTICO INICIAL							CID

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASS	
Abertura Ocular (AO)	
Olhos, ao serem abertos, mostram:	4
Olhos não se movem no eixo vertical, porém abrem-se para o superior ou para a esquerda ou para a direita, ou ambos os eixos (a ou b ou c)	3
Olhos se movem para esquerda ou direita.	2
Olhos não se abrem.	1
Resposta verbal (RV)	
Orientado (P, L e resposta conscientização e compreensão da pergunta sobre seu nome, idade, data e local e tempo, e data e hora.)	5
Consciente (Responde às perguntas conscientemente, sem qualquer desorientação e confusão)	4
Palavras incoerentes (Fala desordenada, mas sem trocas consonanciais)	3
Sons incoerentes (Resposta sem palavras inteligíveis)	2
Amorfo	1
Resposta motora (RM)	
Obediente a ordens verbais (Responde corretamente quando lhe é ordenado.)	5
Localiza o estímulo doloroso	4
Reflexos flexionais a dor	3
Palavras ou sons (Incoerentes)	2
Palavras ou sons (Conscientes)	1
Sons incoerentes	
Total	

"ESCALA DE TRAJES DO TRAUMA REVISADA - RTS"	
DISCRIMINADOR	"PONTUAÇÃO"
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15H = 3
	9-12H = 2
	6-8H = 1
	4-5H = 0
	3H = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20H = 4
	>20H = 3
	8-9H = 2
	1-5H = 1
	0H = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90H = 4
	75-99H = 3
	50-74H = 2
	1-49H = 1
	0H = 0

—Foro de Troncos Resaca (FTR): Dan Innes
do movimento para proteção de troncos Resaca
Reflexão: Abaixo de Champion R.R. Saco
T.H. Coates, et al. A Review of the Troncos Saco
J. Troncos 2000 204-205

03-06: grave (necessidade de
intubação e/ou fôtil);
03-3: moderado;
1-15: leve

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

"A escola... propõe a prática de docentes conscientes e que colaboram com o aluno superior a 3 anos da Escola Superior de Educação do Rio de Janeiro que classifica a importância da sua contribuição para os docentes superiores."

SEMI 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 Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DIVISÃO DE ENFERMAGEM

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome: Gustavo S. P. Naveed de Mello Reg. Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: Fratura exposta de Atla D

Indicação terapêutica: Waseco + Fixação

INTERVENÇÃO

INÍCIO: Gustavo M. Soares Fim: _____ Duração: _____
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.: _____

① Pareia dos seios torácicos
② Aberto os 4 membros
③ Curativos
④ Waseco para o pé
⑤ Desburo + Sutura e Atla
⑥ OBS → No momento da cirurgia não
tinha na Pósterior o Pêlo da
PI COLOCAR Fixação lateral

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

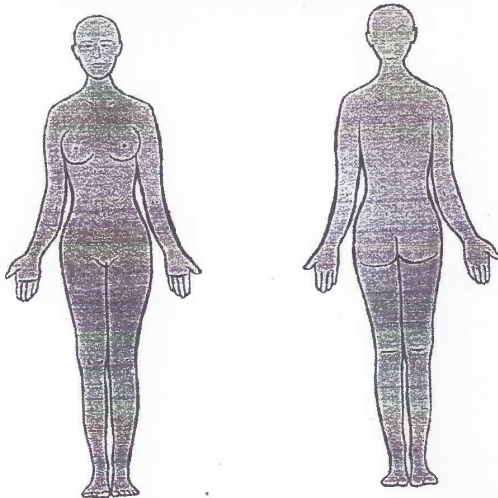
ESTE HOSPITAL É MEU, É SEU, É NOSSO.



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

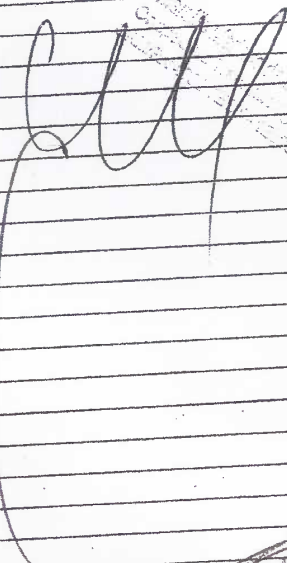
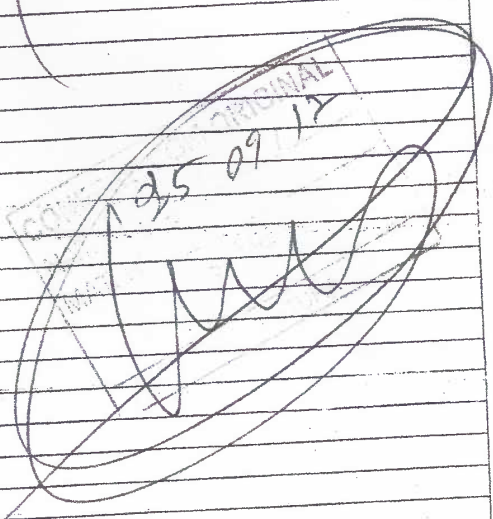
FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Samuel Stevan Pires de Almeida
DATA DE NASCIMENTO: 16/08/1994 IDADE: 21 ANO
REGISTRO: 1067935
DATA DE ADMISSÃO: 05/10/15 HORA: _____
ADMISSÃO DO PACIENTE: _____
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Ortopedia
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 () DIABÉTICO
DIABÉTICO: SIM () NÃO (☒)
DOENÇA RENAL: SIM () NÃO () OUTRAS PATOLOGIAS: _____
MEDICAÇÕES EM USO: _____
CIRURGIAS ANTERIORES: _____
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM (☒) NÃO ()
OBSERVAÇÃO: RIX
ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____
ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____
OBS.: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



JELCO Nº _____ ACESSO CENTRAL: _____
INSTRUMENTADOR: Davulson
CIRCULANTE: Flavio
TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI () PERIDURAL () B.P.B. (☒) LOCAL ()
OBS.: _____
ANESTESISTA: DR. Flavio
INÍCIO DE ANESTESIA: 00:50
TÉRMINO DE ANESTESIA: 01:30h
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: Cefazolina (2g) v
HORA: 00:50 h

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

EVOLUÇÃO MULTIDICPLINAR	
DATA	
	osiolis. Pneu a Fuch Exat M. A. T. A. C. C.
	<div style="text-align: right;"> <small> JUSLAVO M. Soares Ortopedia / Traumatologia CRM-RN 5410 CPF: 026.065.894-73 </small> </div>
08	SIDRADO
10	10M FGB CURE FUBO
15	AMERADO C. MANIA
	
	

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

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

ÍTO Nº

MÉDICO

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL - PRONTO SOCORRO DR. CLÓVIS SARINHO
CNPJ 08.241.754/0102-99

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

Nº DA CARTEIRA DO TRABALHO

CNPJ DO EMPREGADOR

EM CASO DE ACIDENTE DE TRANSITO
CAUSA EXTERNA

CNPJ DA SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ao chegar ao
Prk Exar

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Ex Beeh

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO INICIAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO (POR EXTENSO)

Acid

CIRÚRGICA

1

CLÍNICA

OBSTÉTRICA

2

MÉDICA

3

FISIOPNEUMOL

4

PSIQUIATRIA

5

PEDIATRIA

6

OUTRA

7

ASSINATURA DO MÉDICO

CRM

DATA

Prk de Ats

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



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	ETNIA	ESTADO CIVIL	
NOME DA MÃE	IVONETE FERNANDES NASCIMENTO DE MIRANDA					
NOME DO PAI	-	R. ITUPORANGA	Nº	116		
RUA/AV.	-	BAIRRO	POTENGI			
COMPLEMENTO	-	CIDADE	Natal-RN			
CEP	-	UNIDADE	CRO Macas	LEITO	711	
ESPECIALIDADE	Ortopedia					
USUÁRIO	Tinoco					

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

DIAGNOSTICO INICIAL

DIAGNOSTICO FINAL

Handwritten signature and stamp over the diagnosis section.

Natal, ____/____/____

Assinatura do médico responsável - CRM

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

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

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)


A
B
C
D
E

A (ALERGIAS): _____
M (MEDICAÇÃO EM USO): _____
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): _____
L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS): _____
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): _____
V (PASSADO VACINAL): _____

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

Rx de antebraço direito (AP e Perfil)

Rx OPN
Rx water

Dra. 
Médico
CRM-RO 7808

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAMENTOS E PROCEDIMENTOS)


Residente em Cirurgia e Traumatologia
Dra. Orla C. Nogueira
CRM-RO 7808


ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: <i>Buccomaxilofacial</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. 
Médico
CRM-RO 7808

MÉDICO (CARIMBO)

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

Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2017

Carta nº 11525142

a/c: SAMUEL STEVAM PROCOPIO NASCIMENTO DE MIRANDA

Sinistro: 3160755422 ASL-1201202/16
Vítima: 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

Pag. 01 / 01 / 01 / 30 - carta_10

