



Número: **0802380-02.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **20ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **28/01/2019**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DAMIANA GOMES DE QUEIROZ (AUTOR)		GUSTAVO RODRIGO MACIEL CONCEICAO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38378 634	24/01/2019 16:50	Procuração 0220	Documento de Comprovação
38378 670	24/01/2019 16:50	Documentos Pessoais e Comprovante de Residência 0223	Documento de Identificação
38378 692	24/01/2019 16:50	Boletim de Ocorrência 0224	Documento de Comprovação
38378 721	24/01/2019 16:50	Laudo Médico 0225	Documento de Comprovação
38378 762	24/01/2019 16:50	Documentação Médica 1 0226	Outros documentos
38378 839	24/01/2019 16:50	Documentação Médica 2 0227	Outros documentos
38378 804	24/01/2019 16:50	Documentação Médica 3 0228	Outros documentos
38378 862	24/01/2019 16:50	Documentação Médica 4 0229	Outros documentos
38378 911	24/01/2019 16:50	Documentação Médica 5 0230	Outros documentos
38378 959	24/01/2019 16:50	Documento do veículo 0235	Outros documentos
38378 987	24/01/2019 16:50	Comprovante de Sinistro Administrativo	Documento de Comprovação

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: Damiana Gomes de Aguiar, brasileira, casada
de Natal-RN, porteira, RG nº 14.28981-JEP/RN, CPF nº 971.224.084-34
residente e domiciliada na Rua Manoel Bernardino, nº 21, Bairro São João
de Apresentação, Natal-RN, CEP 59.114-745.

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

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

Natal/RN, 20/11/2018.

x DAMIANA GOMES DE AGUIAR
Outorgante



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL • FATURA • NOTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Memoz, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-11 | Inscrição Fiscal 30055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

DEBILITADO GOMES DE QUEIROZ

SITUAÇÃO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RESIDENCIAL - RUA JOVA PARANAGUA 21

CPF 071.224.084-34

NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO/AREA
NATAL RN
59114-745

CLASSIFICAÇÃO

BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MONTADO

CONTA CONTRATO

0773226016

MÊS/ANO

07/2017

DATA DE VENCIMENTO

10/08/2017

DATA PRÓXIMA LEITURA

10/08/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

110,88

Nº DA NOTA FISCAL

00043890

SÉRIE

URICA

EMIÇÃO

11/07/2017

APRESENTAÇÃO

11/07/2017

Nº DO CLIENTE

3000579878

Nº DA INSTALAÇÃO

1849490

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

Consumo Ativo (Wh)
Incremento Bandeira AMARELA
Contribuição de Iluminação Pública
Multa por atraso NF 000459326 - 11/05/17
Juros por atraso NF 000459326 - 11/05/17
Emissão LIGA CONTRA O CANCER - 4008-5578

168.0000000

0,55592499

92,28

1,56

10,58

2,48

0,99

3,00

TOTAL DA FATURA

110,88

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
214004308	LAT	10/08/2017	6/21/2017	11.875,00	11/07/2017	8.377,00	31	1,00000			168,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

RELAÇÃO APX

JUL 17 166

JUN 17 117

MAY 17 224

ABR 17 246

MAR 17 247

FEB 17 323

JAN 17 235

DEZ 16 224

NOV 16 207

OCT 16 230

SET 16 209

AGO 16 204

JUL 16 199

INFORMAÇÕES DE PREÇOS

BASE DE CÁLCULO

ICMS

PIS

COFINS

Consumo Ativo (Wh)

TAXAS APLICADAS

0,41000000

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia

Transmissão

Distribuição (Cosern)

Perdas de Energia

Encargos Setoriais

Tributos

Total

33,82%

4,37%

22,73%

5,58%

8,71%

24,78%

100%

RELAÇÃO APX

90C3 45A2 358C 1821 7B37 DD78 C788 38AE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito conforme em espécie. Na data da leitura a Bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações, em www.aneel.gov.br. O Cliente é responsável quando há variação de continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagamento em atraso gera Multa (0,05% a diária) e Juros (Taxa de 12 a 13,5% ao ano), no próximo mês. O Cliente é responsável quando há descumprimento do prazo de faturamento para os padrões de atendimento comercial. O consumidor pode solicitar a cobrança de serviços de fornecimento na fatura a qualquer tempo - art. 7º RDC/09.

Não é possível a devolução de 20% e
anexo eletrônico. Esta declaração
substitui, para a comprovação do
cumprimento das obrigações do
consumidor, as qualificações dos
faturamentos mensais (Art. 4º,
Lei 12.007/09). Esta declaração
não altera os direitos do
particular em relação às
dividas não pagas em discussão
judicial que poderão ser
cobradas após o fim do processo
judicial.

INDICAÇÃO E PREVENÇÃO DAS INTERRUPÇÕES

EX. SEQUENCIAL	VALOR APLICADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	MÍNIMO	MÁXIMO
240	0,00	5,54	11,10	22,21	220	198	234	
400	0,00	1,48	6,97	11,95				
10000	0,00	3,30	9,90	9,90				

Fonte: CCEE - Valor do Encargado pelo Usuário do Sistema de Distribuição - R\$ 32,39

CONTA CONTRATO

0773226016

MÊS/ANO

07/2017

DATA DE VENCIMENTO

10/08/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

110,88

83880000001-1 10880038400-0 77322601620-0 00935726023-0



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: **DEBILITADO GOMES DE QUEIROZ**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR: **1428981** I-TEP: **RN**

CPF: **971.224.084-34** DATA NASCIMENTO: **17/05/1976**

RELAÇÃO: **MARIA GOMES DE QUEIROZ**

PERMISSÃO: **ACC** CALHA: **12**

Nº REGISTRO: **05796680012** VALIDADE: **03/09/2017** 1ª HABILITAÇÃO: **10/06/2013**

OBSERVAÇÕES:

DEBILITADO GOMES DE QUEIROZ

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **NATAL, RN** DATA EMISSÃO: **05/09/2014**

ASSINATURA: **63527081813**
RN702036945

DETRAN - RN (RIO GRANDE DO NORTE)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
959508624

PROIBIDO PLASTIFICAR
959508624



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

Endereço: RUA: ESPLANADA SILVA JARDIM, 2, RIBEIRA, NATAL

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2016031000356

1.2 Data de Expedição: 13/04/2016 15.07.32

1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/MULHER

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 16/02/2016 07.00.00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.4 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.7 Logradouro: RUA SÃO MARTINHO

2.8 Número: 0000

2.9 CEP: 59000000

2.10 Complemento:

2.11 Ponto de Referência: EM FRENTE AO COLÉGIO COOPEM

2.12 Bairro: NOSSA SRA DA APRESENTAÇÃO

2.13 Cidade: NATAL

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: DAMIANA GOMES DE QUEIROZ

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Etnia: Sem Informação

3.4 Pai:

3.5 Mãe: MARIA GOMES DE QUEIROZ

3.6 Data de Nascimento: 17/05/1976

3.7 Sexo: FEMININO

3.8 RG: 1428981 - ITEP/RN

3.9 CPF: 97122408434

3.10 Passaporte:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Naturalidade: CEARA-MIRIM RN

3.13 Profissão: ENCARREGADA DA LIMPEZA

3.14 E-Mail:

3.15 Telefone(s): 84 988928436

3.16 Logradouro: RUA NOVA PARANAGUÁ

3.17 Número: 21

3.18 CEP: 59114745

3.19 Bairro: NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO

3.20 Cidade: NATAL

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

(NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)

(NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: *****19933

7.1.4 Renavam: 01065342850

7.1.5 Placa: QGD2628

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: HONDA/CG150 START

7.1.9 Ano do Modelo: 2015

7.1.10 Ano de Fabricação: 2015

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: JOSUE PEREIRA DA SILVA

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor: DAMIANA GOMES DE QUEIROZ

7.1.18 Observações: SITUAÇÃO: SEM REGISTRO DE ROUBO

CNH: 05796680012

O PROPRIETÁRIO É COMPANHEIRO DA COMUNICANTE/CONDUTORA

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

A COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL E INFORMOU QUE NA DATA E HORA CITADOS CONDUZIA A MOTOCICLETA EM TELA QUANDO UMA MOTONETA, NÃO IDENTIFICADA, AO ENTRAR NA CONTRA MÃO, COLIDIU COM A MOTOCICLETA DA VÍTIMA E A MESMA VEIO A CAIR E SOFRER LESÕES CONFORME BAA DE NÚMERO 159899/2016, ORIUNDO DO PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO.

DISSE AINDA QUE O CONDUTOR DA MOTONETA EVADIU-SE DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR SOCORRO À VÍTIMA E ATÉ AGORA NÃO ARCOU COM DANOS MATERIAIS.

NADA MAIS DISSE

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

REGISTRO PARA FINS DE REQUERIMENTO DE SEGURO DPVAT

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

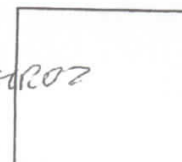
11. DECLARAÇÃO

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

Data 13/04/2016 15.07.32

Rayanne SENA
Policial

DAMIANA GOMES DE QUEIROZ
Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1702343 - JANIR AZEVEDO DE PAIVA

Impresso por: 2071541 - RAYANNE MARIA SILVA DE SENA em 17/02/2017 13:17:10

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



LAUDO MÉDICO

PACIENTE, **DAMIANA GOMES DE QUEIROZ**, VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO EM **16/02/2016**, SOFREU TRAUMA COM RUPTURA MUSCULAR DO MUSCULO SUPRA ESPINHOSO, CID: **S46.8, S43.4**, SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO, APRESENTA LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA ADUÇÃO, HIPEREXTENSÃO DO OMBRO COM DIMINUIÇÃO NA FORÇA MUSCULAR. ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA.

Natal, 04 de AGOSTO de 2017


Dr. GLAUCO ANOTÔNIO LEMOS DE MACEDO

CRM/RN – 3019

*Dr. Glauco Anotônio Lemos de Macedo
Médico - CRM-RN 3019*



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

PACIENTE	DAMIANA GOMES DE QUEIROZ		
DATA DE ENTRADA	16/02/2016	HORA	08:21
IDADE	39	SEXO	F
CARTÃO SUS	-	ETNIA	-
CPF	-	ESTADO CIVIL	-
NOME DA MÃE	-	RG	-
NOME DO PAI	-		
NASCIMENTO	17/05/1976	NATURALIDADE	Natal-RN
TELEFONE	-	PROFISSÃO	-
RUA/AV.	Rua Nova Paranaguá	Nº	-
COMPLEMENTO	-	BAIRRO	Nossa Senhora Da Apresentação
CEP	59114-745	CIDADE	Natal-RN
ORIGEM	Outra	MOTIVO	Consulta de urgência / Outros
ACID. DE TRABALHO	Não	USUÁRIO	Nicolas

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente vítima de acidente motocarro, em passagem, estava de cabeça; não perda de consciência, náuseas e vômitos; chegou sem alteração; queimou-se de 2º e 3º em antebraço (D) e cotovelo (D)

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

1. VNC APELAS 2.200ms, sem alteração
2. MVA, SLGA (82:20)
3. Pulso Arterial sem sinais de choque
4. FCO 15, pulmões SSC. R. SOT.
5. Escala de Glasgow em 13/15 (D)

OUTRAS OBSERVAÇÕES

1. 2.0. Globoso, flácido, úmido.
2. RIVA-ESTÁVEL.

RAIOS-X

Realizado em: _____
Técnico: _____

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID

ESPECIALIZADO 2:

Truque mesmo 1)

EXAME FÍSICO

for

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Conting mesmo 1)

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

Rx

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

medicação

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL: 21/02/17
MAT. N°: 18208PS
SOME
ASSINATURA

Manoel Correia Neto
CRM 449
Ortopedia-Traumatologia
Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / / HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / / HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

B

C

D

E

A (ALERGIAS): NENHUMAM (MEDICAÇÃO EM USO): NENHUMA

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

L (LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS):

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): VIA PÚBLICAV (PASSADO VACINAL): ATUALIZADO

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

EXATAMENTE 2A
ANÁLISE @ CASP
CONCLUSÃO @ CASP

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

1) VOLTAR EM 7 dias para
EM

Regina Coeli de Freitas
 Médica
 CRM/RN 6939

Ata da Cirurgia Geral

Dr. Francisco de Moraes Júnior
 Cirurgião Geral
 CRM - 6723

Dra. Odara S. de Freitas
 Médica
 CRM/RN 7808

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

08/43

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: OrtopediaHORA: 09:20DATA: 16/02/16

ESPECIALISTA 2:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

Dra. Odara S. de Freitas
 Médica
 CRM - RN 7808

MÉDICO (CARIMBO)

O preenchimento 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.

Hospital Memorial de Natal

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

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 10/06/2016 14:22

Dados do Paciente

Paciente: **DAMIANA GOMES DE QUEIROZ** Registro: **79959**
Num. RG: **001428981** CPF: **971.224.084-34** Nascimento: **17/05/1976** 40 anos Sexo: **Feminino** Est.Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **NOVA PARANAGUA** N.: **21** Bairro: **NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO**
Cidade: **NATAL** UF: **RN** CEP: **59000000** Fone: **8488928436**
Profissão: **ASG** Mãe: **MARIA GOMES DE QUEIROZ**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **10/06/2016 14:21** Previsão saída: **12/06/2016 11:00** Atendente: **JAISIAK**
Convênio: **SUS MUNICIPAL** Matrícula/CNS: **705105404569470**
Médico: **Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÉGO** CRM: **4884** **LEITO RESERVA 06**

Dados do Responsável

Responsável: _____ CPF: _____ RG: _____
Parentesco: _____

Termo de Responsabilidade

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora esta autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Assinatura: [☒] Paciente [☐] Responsável

A DAMIANA GOMES DE QUEIROZ

Observações

PACIENTE COM USG + LAUDO, 1 RX, EXAME DE SANGUE, RISCO + ECG

MedicWare

Página: 1



Hospital Memorial de Natal

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

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 10/06/2016 14:22

Dados do Paciente

Paciente: **DAMIANA GOMES DE QUEIROZ**

Registro: **79959**

Num RG: **001428981**

CPF: **971.224.084-34** Nascimento: **17/05/1976** 40 anos Sexo: **Feminino** Est Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **NOVA PARANAGUA**

N.: **21**

Bairro: **NOSSA SENHORA DA APRESENT**

Cidade: **NATAL**

UF: **RN**

CEP: **59000000**

Fone: **8488928436**

Profissão: **ASG**

Mãe: **MARIA GOMES DE QUEIROZ**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1**

Entrada: **10/06/2016 14:21** Previsão saída: **12/06/2015 11:00** Atendente: **JAISIAK**

Convênio: **SUS MUNICIPAL**

Matrícula/CNS: **705105404569470**

Médico: **Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO**

CRM: **4884**

LEITO RESERVA 08

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

Data da Baixa: _____ No. de dias de hospitalização: _____ No. de US: _____

Doc. Apresentado: _____ Diagnostico Definitivo: _____

Procedencia: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatorio sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratorios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinario e Ginecológico: _____

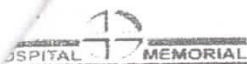
Impressão geral: _____

Conduta: _____

MedicWare

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirôl 59.922-020 Natal / RN
Confere com original
Em, _____

Página 1 / 1



Hospital Memorial de Natal

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

Data: 10/06/2016 14:22

Dados do Paciente

Paciente: **DAMIANA GOMES DE QUEIROZ** Registro: **79959**
Num. RG: **001428981** CPF: **971.224.084-34** Nascimento: **17/05/1976** 40 anos Sexo: **Feminino** Est. Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **NOVA PARANAGUA** N: **21** Bairro: **NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO**
Cidade: **NATAL** UF: **RN** CEP: **59000000** Fone: **8488928436**
Profissão: **ASG** Mãe: **MARIA GOMES DE QUEIROZ**

Dados de Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **10/06/2016 14:21** Previsão saída: **12/06/2016 11:00** Atendente: **JAISIAK**
Convênio: **SUS MUNICIPAL** Matrícula/CNS: **705105404569470**
Médico: **Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO** CRM: **4884** **LEITO RESERVA 08**

Dados do Responsável

Responsável: _____ CPF: _____ RG: _____
Parentesco: _____

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: S6623 - OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS
2. - O(A) Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.
- Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização:
Preenchido pelo responsável do paciente

X DAMIANA GOMES DE QUEIROZ

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, seus benefícios, riscos e suas alternativas, respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável compreendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO - CRM 4

MedicWare

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.920-020 Natal / RN
Copie com original
Página 1/1



SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	MEMORIAL	2 - CNES
ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	MEMORIAL	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE	DAMIANA GOMES DE QUEIROZ		6 - Nº DO PRONTUÁRIO
CARTÃO NACIONAL/SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO 1 FEMININO 2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	Mário Gomes de Queiroz		11 - TELEFONE DE CONTATO
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)	R. Maria Peronaglia		8830.4906
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP
Natal	AS - Apresentador	RN	59.114-745

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

7 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	Paciente com dor e limitação funcional ombro DIREITO.
RM - Lesão do Manguito Rotador	

8 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Acima Citada

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

RM + Exame Físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS
Lesão Manguito Rotador	M 751		
Ombro DIREITO			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	26 - LETOCLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
Reparo do Manguito Rotador 408010142			
Tenoplastia do Biceps 408060476			
Sinovectomia 408060123			
25 - COD. DO PROCEDIMENTO			
0415020034			
28 - DT. SOLICITAÇÃO	Reg 12 / 08 / 2014		
29 - ASSINATURA	Mário Gomes de Queiroz		
30 - CARGO	Ortopedia		
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	Cirurgia Joelho e Ombro		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
40 - () CID. 10 PRINCIPAL			
41 - () CID. 10 SECUNDÁRIO			
43 - ()	44 - () GRAVE	45 - () GRAVÍSSIMA	

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	49 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO
47 - DT. AUT.	50 - DATA	55 - DATA
48 - CNES / CPF	51 - DT. AUT.	56 - DATA
52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	

CONSULTA HOSP->SOLICITAÇÕES

Código 162122567

N. AIH 241610023261-2

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:

HOSPITAL MEMORIAL

Unidade Executante:

HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro

AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL

Município Regulador

NATAL

Data de Solicitação

31.03.2016 - 11:19:39

Data de Autorização

31/03/2016 - 13:25:54

Data de Reserva

01.04.2016

Data de Internação

31.03.2016

Data Prevista de Alta

15.08.2016

Data de Alta

31/03/2016 13:43:42

Motivo da Alta

1.1 ALTA CURADO

CNES:

2408252

CNES:

2408252

Município

NATAL

Operador

LUCIMAR

Operador

55999751420BAILU

Operador

18129862204LUCIMAR

Operador 18129862204LUCIMAR

DADOS DO PACIENTE

CNS

705105404569470

Nome do Paciente

DAMIANA GOMES DE QUEIROZ

Sexo:

FEMININO

Data de Nascimento:

17/05/1976 (40 anos)

Nome da Mãe:

MARIA GOMES DE QUEIROZ

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

21

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

Nome do Responsável

Nome Social/Apelido:

Raça:

SEM INFORMACAO

Tipo Sanguíneo:

Naturalidade:

Logradouro:

NOVA PARANAGUA

Bairro:

NOSSA SENHORA DA AP

Município de Residência:

NATAL

Complemento:

NA

CEP:

UF:

RN

Telefone do Responsável

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

02166001467

CPF do Médico Executante:

02166001467

Diagnóstico Inicial - CID:

SÍNDROME DO MANGUITO ROTADOR - M75.1

Classificação de Risco

--- - atendimento eletivo.

Caráter

10 - Eletivo

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS

Nome do Médico Solicitante:

MARCELO CABRAL FAGUNDES REGO

Nome do Médico Executante:

MARCELO CABRAL FAGUNDES REGO

Status da Solicitação:

APROVADO

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0415020034

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

paciente com dor e limitação funcional no ombro direito

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

R M + R X + F F

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.922-920 Natal / RN
Confere com original
Em, _____

BLOCO CIRÚRGICO
BOLETIM DE SALA

Reg	79959	NOME:	DANIANA GOMES DE OLIVEIRA		APTO:	
Cirurgia Realizada: Tratamento de lesão de manguito rotador + tenoplastia de biceps + sinovectomia ombro direito						
DATA:	10/06/2016	INICIO:	14h30	OMBO MIN:	TÉRMINO:	HS:
EQUIPE		NOME				
Cirurgião		Dr. Marcelo				
1 Auxiliar		Ortopedia				4884
2 Auxiliar		Cirurgia Joelho e				
Anestesiologista		Dr. Francisco da Silva Melo				
Instrumentador		Anestesiologista SBA 15714				
		CRM 4339 - CPF: 565.148.404-34				

1. Assepsia e Antissepsia, 2. Acesso sobre o ombro D, 3. Dissecção por planos, 4. Sinovectomia, 5. Tenoplastia do biceps, 6. Sutura do manguito rotador com ethibond, 7. sutura, 8. Curativo, 9. Tipoia.

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
MEDICAMENTOS				FIOS				DESCARTÁVEL			
028958	Água Bideslizada 100ml	AMP		050320	Vicryl 4-0 (Violeta)	ENV		066184	Malha Tubular 12cm	ROL	
030326	Água Bideslizada 10ml	AMP		050377	Vicryl 5-0 (Incolor)	ENV		060188	Malha Tubular 15cm	ROL	
029388	Água Bideslizada 20ml	AMP		050725	Vicryl 3-0	ENV		062783	Máscara Descartável	UND	
030057	Clorafenicol 1g.	AMP		050313	Vicryl 7-0	ENV		060930	Polifix 2 vias	UND	
030056	Decadron 4mg. Inj.	AMP						064794	Podidone Degermante / ml.	ML	
030713	Glicose 25% 10ml inj.	AMP						064787	Podidone Tópico / ml.	ML	
004283	Glicose 50% 10ml Inj.	AMP						065567	Sabão Líquido	ML	
004703	Hipaque 50%	FRS						060733	Sepalithe Descartável	UND	
005049	Irurol Pomada 1/4	1/4						063223	Seringa Desc. 01cc c/ Agulha	UND	
015111	Keflin Neutro 1g.	COM						062443	Seringa Desc. 03cc c/ Agulha	UND	
006667	Novalgina 2ml Inj.	AMP						062475	Seringa Desc. 05cc c/ Agulha	UND	
007493	Profenid 100mg. Inj.	AMP						063209	Seringa Desc. 10cc c/ Agulha	UND	
008829	Solução Ringer c/ Lactato	FRS						063216	Seringa Desc. 20cc c/ Agulha	UNC	
008449	Solução Ringer Simples	FRS						063120	Sonda Uretral 10	UND	
DESCARTÁVEIS											
028125	Soro Fisiológico 100ml	FRS		061900	Abborcath-T Plus Nº 14	UND		063144	Sonda Uretral 12	UND	
008718	Soro Fisiológico 9% 500ml	FRS		061916	Abborcath-T Plus Nº 16	UND		063151	Sonda Uretral 14	UND	
008740	Soro Glicosado 5% off 500	TB		061925	Abborcath-T Plus Nº 18	UND		063169	Sonda Uretral 15	UND	
009885	Xilocaina 2% chv	AMP		061932	Abborcath-T Plus Nº 20	UND		063183	Sonda Uretral 18	UND	
010026	Xilocaina Geléia 2%	BSG		060962	Agulha Descartável 13 x 4.5	UND		060550	Sonda Uretral 20	UND	
				060392	Agulha Descartável 25 x 7	UND					
				060418	Agulha Descartável 40 x 12	UND					
				060575	Alcool betador 70%	ML					
				060582	Atadura Crepon 10cm.	ROL					
				060630	Atadura Crepon 12cm.	ROL					
				060590	Atadura Crepon 15cm.	ROL					
				060608	Atadura Crepon 20cm.	ROL					
				060701	Atadura Gessada 10cm.	ROL					
				060679	Atadura Gessada 12cm.	ROL					
				060020	Atadura Ortopédica 10cm.	ROL					
				066609	Atadura Ortopédica 15cm.	ROL					
				061690	Atadura Ortopédica 15cm.	ROL					
				060380	Atadura Ortopédica 20cm.	ROL					
FIOS											
050037	Algodão 0 (s/ Agulha)	ENV		066548	Bandeja Peridural	UND		TAXAS			
050685	Algodão 2-0 (s/ Agulha)	ENV		061545	Bandeja Raqui	UND		090736	Ar Comprimido		
050044	Algodão 3-0 (s/ Agulha)	ENV		060948	Butterfly 15g	UND		092407	Aspirador Vácuo		
050162	Cromado 1-0	ENV		060955	Butterfly 21g	UND		090324	Bomba de Infusão		
050139	Cromado 2-0	ENV		062135	Butterfly 23g	UND		090331	Cepidógrafo		
050123	Cromado 4-0	ENV		062142	Butterfly 25g	UND		090363	Craneolomo		
050259	Ki-Catarata	ENV		061205	Camisola Descartável	UND		090395	Destribulador		
005589	Mononylon 0 PRETO	ENV		061244	Compressa Cirúrgica	UND		090467	Intensificador de Imagem		
050614	Mononylon 2.0 PRETO	ENV		061989	Eletrodo Descartável	UND		090499	Microscópio		
050621	Mononylon 3.0 PRETO	ENV		066949	Enferox 500ml	UND		090711	Oxigênio Sob Pressão 1L		
050639	Mononylon 4.0 PRETO	ENV		062024	Esparradrapo 10 x 45	CM		090553	Oxímetro		
050646	Mononylon 5.0 PRETO	ENV		062031	Éter Sulfônico / ml	ML		063985	Oxido Nítrico		
050653	Mononylon 6.0 PRETO	ENV		062285	Gase 91 x 91	UND		092708	Respirador a Pressão		
057892	Mononylon 8.0 PRETO	ENV		062830	Gase Furacina	UND		090578	Respirador a Volume		
050542	Mononylon 10.0 PRETO	ENV		062364	Gorro Descartável	UND		091856	Taxa de Monitor		
060202	Prolene 2-0	ENV		062103	Intrafix Air IL 2.4 M	UND			Taxa de Sala Nº 01		
050463	Prolene 4-0	ENV		061079	Intrafix Padrão	UND		090426	Taxa de Flora Ótica		
050449	Prolene 5-0	ENV		062253	Lâmina Bisturi Nº 11	UND			Video Laparoscopia		
050431	Prolene 6-0	ENV		062260	Lâmina Bisturi Nº 15	UND			Bisturi Oculto		
050510	Sêda 2-0	ENV		060149	Lâmina Bisturi Nº 20	UND			RECUP.		
050560	Sêda 3-0	ENV		062332	Luva Descartável Nº 7.0	PAR					
050560	Sêda 6-0	ENV		062340	Luva Descartável Nº 7.5	PAR					
050194	Simples 3-0 (s/ Agulha)	ENV		062340	Luva Descartável Nº 8.0	PAR					
050360	Vicryl 4-0 (Incolor)	ENV		062340	Luva Descartável Nº 10cm.	ROL					
CIRURGIÃO:				CIRCUANTE:				CLIQUE + NEMIAS			

RELATÓRIO ANESTESIA

I.S.D.A.

200 mg + Tenotoma +
S-metoprolol

PRÉ-ANESTÉSICO:

DROGAS:

TÉCNICA ANESTÉSICA:

Propofol + Fentaniol
Bloq. Plexo N. cervicobrachial

DROGAS USADAS NA ANESTESIA

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
000150	Adrenalina	AMP		008818	Narcan	AMP					
028956	Água Bistillada	AMP		007527	Plasil 10mg	AMP					
002942	Atropina 25	AMP		007558	Prostigmine	AMP					
002050	Cloreto de Potássio	AMP		005292	Ketalar	AMP					
001480	Cloreto de Sódio	AMP		003353	Quelicim 100mg	AMP					
018920	Dimorf 2mg	AMP		000040	Quelicim 500mg	AMP					
002115	Diprivan	AMP		003543	Rapifem	AMP					
002953	Dolantina	AMP		000974	Sevorane	ML					
003060	Dormonid 15mg	AMP		008449	Sol. Ringer Simples	FRS					
017075	Dormonid 5mg	AMP		028125	Sol. Fiscológica	FRS					
003071	Efortil	AMP		008740	Sol. Glucosado	FRS					
003511	Fentani 2ml	AMP		008829	Sol. Ringer Lactado	FRS					
003780	Forane	ML		001002	Thionambutal	FRS					
017036	Halolano	ML		003013	Tracrium	AMP					
004695	Hypnomidate	AMP		009727	Valium	AMP					
002487	Inoval	AMP		001475	Xilocaina 1%	AMP					
010588	Lanoxal	AMP		009895	Xilocaina 2% s/A	AMP					
005887	Marcaina 0.5 c/A	AMP		010026	Xilocaina 2% c/A	AMP					
005894	Marcaina 0.5 s/A	AMP		010033	Xilocaina Pesada	AMP					
010595	Marcaina Pesada	AMP									

Interocorrências

DESCRIÇÃO

Oxímetro
Cardioscópio
Capnógrafo

DESCRIÇÃO

Oxigênio Líquido
Protóxido Líquido

QUANTIDADE

ANOTAÇÕES

INÍCIO ANESTESIA:

INÍCIO CIRURGIA:

DATA:

FINAL CIRURGIA:

FINAL ANESTESIA:

ANESTESIOLOGISTA:

CRM:

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.922-020 Natal / RN
Confere com original / E.M.
Dr. Francisco da Silva Melo
Anestesiologista SBA 15714
CRM 4539 - CPF: 565.148.404-34



Hospital Memorial de Natal

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

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 79959 IH: 1 Paciente: DAMIANA GOMES DE QUEIROZ
Nascimento: 17/05/1976 40 anos Internação: 10/06/2016 14:21:34 Leito: LEITO RESERVA 08

ANTES DO ATO CIRÚRGICO 10/06/2016 19:11:03 COREN - 981845 - ANDRE LUIZ MIGUEL PEREIRA

Observações:

PACIENTE ADMITIDO NO CENTRO CIRURGICO DE PRÉ OPERATÓRIO DE LESAO DE MANGUITO O MESMO
NEGAAM+DM+HAS.PUNCIONADO EM MSE COM JELCO Nº20 VIAB: SF0,9%. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE
DE ENFERMAGEM.

Doença pré-existente:

Há reserva sanguínea NÃO Prótese: NÃO Jóias: NÃO Membro e lado da cirurgia: MSD

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

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo) NÃO

Assinatura Responsável

Outros Exames:

SRPA

10/06/2016 19:11:03 COREN - 981845 - ANDRE LUIZ MIGUEL PEREIRA

Nível consciência: CONSCIENTE ORIENTADA

Oxigenoterapia: 02 AMBIENTE

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

Hipotensão: NÃO Raio X de Controle: NÃO

Medicação administradas:

Encaminhamento:

PACIENTE ENCAMINHADO AO LEITO DE POIS OPERATORIO DE LESAO DE
MANGUITO EM 02 AMBIENTE, PUNC: EM MSE DIURESE PRESENTE, REALIZAR RX
DE CONTROLE, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMGEM.

Assinatura Responsável

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tírol 59.922-420 Natal / RN
Confere com original
Em: _____



Hospital Memorial de Natal

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

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Data: 11/06/2016 09:51

Dados do Paciente

Registro: 79959 IH: 1 Paciente: DAMIANA GOMES DE QUEIROZ
Nascimento: 17/05/1976 (40 anos Internação: 10/06/2016 14:21:34 Leito: LEITO RESERVA 08

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUEAL + SEI Anestesiologista DRº FRANCISCO MELO

Tipo: LESÃO DE MANGUITO Cirurgião DRº MARCELO

Instrumentador: JOÃO MARIA Circulante NEEMIAS

Tipo curativo OCCLUSIVO

Tem material para biópsia/cultura NÃO

Inf. sanguínea NÃO

Monitoração correta SIM

Placa de bisturi SIM

Antibiótico profilático CEFALOTINA 2G

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

PACIENTE ADMITIDA NA SALA CONSCINETE E ORIENTADO EM Oº AMBIENTE, A MESMA NEGA (HAS+DM+AM).
PUNÇIONADA COM JELCO DE Nº20, REALIZADO BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUEAL + SEDACÃO VENOSA.
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO DE MANGUITO, SEM INTERCORRÊNCIAS, ENCAMINHADA AO SRPA
APÓS ATO CIRÚRGICO, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação impa

RAFAEL OLIVEIRA SILVA
COREN - 975123

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.922-020 Natal / RN
Confere com original
Em: 11/06/2016



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

EVOLUÇÃO ASSISTENTE SOCIAL

Dados do Paciente

Paciente: **DAMIANA GOMES DE QUEIROZ**

Registro: **79959** Num. Internação: **1**

Nascimento: **17/05/1976 40 anos**

Data Internação: **10/06/2016 14:21:34**

Acompanhante:

Parentesco:

Endereço para Correspondência:

Endereço:

Cidade : Natal

Bairro : Nossa senhora da
apresentação

Ocorrência:

Durante o acolhimento e escuta qualificada no serviço social a paciente informou desgaste no ombro há mais de três anos.

Evolução do Prontuário:

Observações:

Paciente sendo acompanhada com a filha - MARIA JOSE ao aguardo do término da cirurgia.

CONDUTA HOSPITALAR

- Não sentar ou deitar na cama do paciente (risco de infecção hospitalar);
- O acompanhante/ou visitante não deve usar roupas impróprias (transparentes, justas, decotes e shorts). Procurar usar roupas confortáveis e adequadas ao espaço público;
- Não trazer ou deixar objetos de valores nas dependências das enfermarias, pois o hospital não se responsabiliza pela perda ou roubo destes;
- Não fumar nas dependências do hospital, haja visto o risco à saúde, medida esta amparada pela Lei Federal 9294/96;
- Não colocar objetos em cima do leito do paciente;
- Não é permitida a entrada de alimentos de fora nas enfermarias para impedir a proliferação de insetos e evitar a infecção hospitalar, a equipe de nutrição planeja uma alimentação adequada ao estado de saúde do paciente;
- Faça silêncio nas enfermarias. A tranquilidade no ambiente hospitalar é importante para a recuperação dos pacientes;
- É necessário lavar as mãos antes de entrar no quarto, antes e após prestar cuidados ao paciente e após o uso do sanitário;
- No caso de dúvidas em relação aos cuidados com o paciente (administração de medicamentos, troca de soro, curativos, etc) procurar a equipe de enfermagem;
- Para evitar riscos à saúde do paciente pedimos aos acompanhantes que permaneçam nas respectivas enfermarias. Portanto, evite circular nas enfermarias bem como saídas do hospital.

ADRIELY CRISTINA BATISTA DE LACERDA
CRAS - 4403

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



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: DAMIANA GOMES DE QUEIROZ Idade: 40 anos
Convênio: SUS MUNICIPAL Reg: 79959 Prontuario:
Unidade: CENTRO CIRURGICO
Leito: LEITO RESERVA 08
Admissão: 10/06/16 14:21 1 dia(s) de internação
Diag: M751 - Síndrome do manguito rotador | Laceração ou ruptura do manguito rotador

10/06/2016 15:50

Horários de Aplicação

4884

- 1) DIETA LIVRE
- 2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML
Uso: 1 frasco, via endovenosa, 06 em 06 horas.
- 3) DIPIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA)
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.
DILUIR EM 8 ML DE ABD
- 4) CEFALOTINA 1G FA
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.
- 5) TRAMADOL CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL)
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas
DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%
- 6) METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (PLASIL)
Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.
CASO VÔMITOS
- 7) SONDA VESICAL DE ALÍVIO (SVA), Se necessário

11/06/2016 15:51

Horários de Aplicação

4884

- 8) DIETA LIVRE
- 9) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML ~
Uso: 1 frasco, via endovenosa, 06 em 06 horas.
- 10) DIPIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA)
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.
DILUIR EM 8 ML DE ABD
- 11) CEFALOTINA 1G FA
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.
- 12) TRAMADOL CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL)
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.
DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%
- 13) METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (PLASIL)
Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.
CASO VÔMITOS
- 14) ALTA HOSPITALAR. A Noite

Assinado eletronicamente
Tirou: 33.922-020 Natal / RN
Confere com original
Em: _____

MedicWare - 10/06/2016 15:53 (U138/ASSIST.692) / (DWO:69)

Página: 1 / 2



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: DAMIANA GOMES DE QUEIROZ
Convênio: SUS MUNICIPAL Reg.: 79959 Idade: 40 anos
Unidade: CENTRO CIRURGICO Prontuário:
Leito: LEITO RESERVA 08
Admissão: 10/06/16 14:21 1 dia(s) de internação
Diag.: M751 - Síndrome do manguito rotador | Laceração ou ruptura do manguito

11/06/2016 15:51

Horários de Aplicação

4884

15) SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA). Se necessário

Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO
CRM - 4884

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

MedicWare - 10/06/2016 15:53 (U138/ASSIST.692) / (DWO-69)

Página 2 / 2



Hospital Memorial de Natal

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

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: DAMIANA GOMES DE QUEIROZ

Registro: 79959 N° Internação: 1

Nascimento: 17/05/1976 40 anos Data Internação: 10/06/2016 14:21:34

Leito: LEITO RESERVA 08

OBSERVAÇÕES GERAIS

PACIENTE SAIU DE ALTA HOSPITALAR

11/06/2016
OUT - 1199415
ALINE DAVILA FERREIRA DA SILVA

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.922-020 Natal / RN
Confere com original
Em, _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 10153/00552 Nº 013101184818
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COB-RENAVAM 01065342850 RNTRO. EXERCÍCIO 2016

NOME JOSUE PEREIRA DA SILVA

CPF / CNPJ 490.020.074-34

PLACA QGD262B

PLACA ANT / UP

CHASSI

QGD262B/RN 9C2AC1670F519933

ESPÉCIE TIPO

COMBUSTÍVEL

PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO AUTOMOTIV

ALCOOL-GASCT

MARCA / MODELO

ANO FAB. ANO MOD.

HONDA/CG150 START

2015 2015

CAP / POT / CIL

CATEGORIA

QSD PREDOMINANTE

OCV/149 CILINDRADAS

PARTICULAR

PRETA

COTA UNICA

VENO COTA UNICA

VENO / COTAS

I P R\$ 0.00

04/08/2016

1º PAGO

V FAIXA L.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

2º PAGO

A 002886 3X

R\$ 40.65

3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

*** TAXAS DETRAN: PAGO OBRIGATORIO

ALLEN. FID. EM FAVOR DE: 03.634.220/0001-65

BANCO HONDA S/A TO DE PORTE OBRIGATORIO

MOTOR: RC15E7F519933 PARA TRANSFERENCIA

DATA 04/08/2016

NATAL/RN

SINISTROS: JOSUE PEREIRA DA SILVA

CONTRATANTE: JOSUE PEREIRA DA SILVA

DETRAN - RN

04/08/2016

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RN Nº 013101184818 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800-022-1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 04/08/2016

CPF / CNPJ

PLACA

490.020.074-34

QGD262B

VEICULO

PLACA / MODELO

QGD262B/RN

HONDA/CG150 START

2015

9

9C2AC1670F519933

PRÊMIO TARIFÁRIO

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.609/0001-04

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 3180472230 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA DAMIANA GOMES DE QUEIROZ

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO DAMIANA GOMES DE QUEIROZ

CPF/CNPJ: 97122408434

Posição em 20-11-2018 18:28:32

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
22/10/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

