



Número: **0805735-20.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **21/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                   | Procurador/Terceiro vinculado           |
|--|---|
| ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA (AUTOR) | RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS (ADVOGADO) |
| PORTO SEGURO S/A (RÉU)                   |   |

| Documentos   |                    |                                    |                          |
|--------------|--------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Id.          | Data da Assinatura | Documento                          | Tipo                     |
| 39223<br>024 | 14/02/2019 17:24   | <a href="#">DOCUMENTOS parte 1</a> | Documento de Comprovação |
| 39223<br>049 | 14/02/2019 17:24   | <a href="#">DOCUMENTOS parte 2</a> | Documento de Comprovação |



Toscano &  
Contreras  
ADVOGADOS

Escritório Natal - Av. Amintas Barros, 2909, 1º andar, sala 13  
Lagoa Nova - Natal/RN CEP 59.062-250 - Tel/Fax: 84  
3206.9533 - tcadvocacia5@hotmail.com

### PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE(S): ANDRÉ GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA, brasileiro, solteiro, metaboy, portador de RG nº 002.909.448 SSP/RN e inscrito no CPF/MF sob o nº 008.495.594 - 56, residente e domiciliado na Avenida das Fronteiras, nº 87, Et 3, novo Santo Antônio, São Gonçalo de Amarém - RN, CEP: 59.297-591.

OUTORGADO(S): RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 5990, CRISTINA MARIA DE SIQUEIRA MACHADO, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/RN sob o nº 600-A, ALINNE MARIA SOUTO DE QUEIROZ, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/RN sob o nº 16.177, JANNA ABY ZAYAN TOSCANO LYRA CONTRERAS, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/RN sob o nº 14.284, todos integrantes do escritório de Advocacia RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, regularmente inscrito na OAB/RN sob o nº 787, CNPJ nº 28.433.584/0001-08, com escritório profissional sito na Av. Amintas Barros, nº 2909, 1º andar, sala 13, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP: 59.062-250.

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

Natal /RN, 31 de Janeiro de 2019.

x André Guiliane de O. Silva  
Outorgante

## CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento, as partes abaixo qualificadas, contratam a prestação de assistência advocatícia, na forma e para os fins adiante estipulados:

**1. PARTES: RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, com inscrição no CNPJ: 28.433.584/0001-08 e inscrição na OAB/RN Nº 787, com escritório profissional sito na Av. Amintas Barros, nº 2909, sala 13, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP: 59.062-250, fone: 3206-9533, denominada CONTRATADA, e por outro lado André Guilherme de Oliveira Silva, brasileiro, com RG nº: 001.909.448 SSP/RN e inscrito no CPF/MF sob o nº 008.495.592 - 58. aqui denominado(a) CONTRATANTE.

**2. FINALIDADE DO CONTRATO:** O(A) CONTRATANTE contrata os serviços profissionais da CONTRATADA, para que esta ajuíze ação perante os Juizados Especiais Cíveis ou Justiça estadual Comum.

**3. DESEMPENHO DO MANDATO:** A CONTRATADA postulará, em todas as instâncias, através de recursos adequados, para o fiel cumprimento do mandato outorgado pelo(a) CONTRATANTE.

### 4. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS:

4.1 Pela propositura da ação judicial, o/a CONTRATANTE pagará à CONTRATADA, a título de honorários advocatícios, o valor de:

- a) 30% (trinta por cento) sobre todos os valores líquidos recebidos (judicialmente ou administrativamente) pelo(a) CONTRATANTE decorrente da ação proposta.
- b) O/A CONTRATANTE autoriza, expressamente, o desconto dos valores aqui contratados quando da expedição do Alvará Judicial ou ordem de pagamento decorrente da ação proposta.

### 5. DESISTÊNCIA E CONTUMÁCIA

5.1 No caso de desistência do processo antes da sentença ou ausência injustificada a perícia médica ou audiência, o contratante se compromete a pagar a título de honorários advocatícios, pelo trabalho já então realizado, a importância fixa de um salário mínimo vigente à época, salvo se for reajuizar o processo conosco. Em todo caso deverá o contratante arcar com as custas judiciais fixadas pelo abandono da causa.

5.2 A verba oriunda da parte adversa, pelo princípio da sucumbência, reverterá a CONTRATADA.

5.3 No caso de desistência do processo após prolação de sentença, o (a) contratante fica obrigado a pagar os honorários advocatícios na sua integralidade.

6. Agindo o (a) CONTRATANTE de forma dolosa ou culposa em face da CONTRATADA, restará facultado a este, rescindir o contrato, substabelecendo sem reserva de iguais e se exonerando de todas as obrigações.

**7. CLÁUSULA DE RISCO:** em caso de insucesso da ação proposta, o/a CONTRATANTE não desembolsará quaisquer valores à CONTRATADA, inclusive os gastos havidos com a demanda.

X

Assim, em 31 de junho / 2019 elegem o Foro da comarca de Natal/RN e assinam o presente instrumento em duas vias, para que possa produzir seus legais efeitos.

Rodrigo Cavalcanti Contreras  
CONTRATANTE

CONTRATADA

TESTEMUNHAS :

Cristiane Barreto Barbosa





**cosern neoenergia**  
 Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
 Rua Marmoz, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250  
 CNPJ 08.324.198/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

**NOTA FISCAL - FAMILIA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
 AV DAS FRONTEIRAS 87 CI - 3  
 NOVO SANTO ANTONIO/ARI - URBANA  
 SÃO GONCALO DO AMARAL/RN  
 59200-000

**CLIENTE**  
 NOME: ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA  
 CPF: 003.495.594-56  
 CLASSIFICAÇÃO: BI RESIDENCIAL RESIDENCIAL Monofásico

**CONTA CONTRATO**  
 Nº: 7012960989  
 MÊS/ANO: 07/2018  
 DATA DE VENCIMENTO: 16/04/2018  
 DATA PREVISTA PROXIMA LEITURA: 17/04/2018

**TOTAL A PAGAR (R\$)**  
 55,47

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL              | QUANTIDADE  | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$)  |
|---------------------------------------|-------------|-------------|--------------|
| Consumo Abaco (1444)                  | 96 000/0000 | 0,53408200  | 51,34        |
| Contribuição de Iluminação Pública    |             |             | 12,75        |
| Violação - Prazo de Instalação Urbana |             |             | -8,62        |
| <b>TOTAL DA FATURA</b>                |             |             | <b>55,47</b> |

**VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

REGISTRO SERIAL: 001.909.448  
 DATA DE EXPEDIÇÃO: 16/04/2004

**ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA**  
 FILIAÇÃO: JEOBOAO DA SILVA  
 VERA LUCIA DE OLIVEIRA

NATAL - RN  
 NATURALIDADE: 07/06/1980  
 DOC. ORIG: MASCIM LA247 F-039 RG-018167  
 NATAL - RN  
 CPF: 003.495.594-56  
 04 CARTORIO  
 2 VIA  
 132200 5

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

| Nº DO Medidor | TIPO DA Instalação | ANTERIOR           | ATUAL               | CONSUMO (kWh) |
|---------------|--------------------|--------------------|---------------------|---------------|
| 216921015     | CAT                | 1560/0018<br>86,00 | 1600/0018<br>144,00 | 58,00         |

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

| CONSUMO (kWh) | VALOR (R\$)  | %           |
|---------------|--------------|-------------|
| 51,34         | 16,00        | 29,1%       |
| 51,34         | 0,88         | 1,7%        |
| 51,34         | 3,16         | 6,1%        |
| 51,34         | 31,43        | 56,1%       |
| <b>Total</b>  | <b>51,34</b> | <b>100%</b> |

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**  
 O pagamento desta Nota Fiscal é realizado pelo cliente em nome do titular da conta e não é considerado pagamento em nome do titular. Mais informações em www.cosern.com.br. O cliente é responsável por atualizar os dados cadastrais em vigor e a Terra do Sol Adm e Corretora de Segs. não se responsabiliza por erros de digitação ou omissão de dados. O cliente é responsável por atualizar os dados cadastrais em vigor e a Terra do Sol Adm e Corretora de Segs. não se responsabiliza por erros de digitação ou omissão de dados. O cliente é responsável por atualizar os dados cadastrais em vigor e a Terra do Sol Adm e Corretora de Segs. não se responsabiliza por erros de digitação ou omissão de dados.

*Vitima*

**PROTOCOLADO RECEBIDO**  
 02 AGO 2018  
 TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS

13/07/2018

2a Via de Fatura

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE RUA MERMOZ, 150, BALDO, NATAL, RIO GRANDE DO NORTE CEP 59025-250 CNPJ 08.324.196/0001-81 INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gratuitas: -TELEATENDIMENTO COSERN: 116 -Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 -Ouvidoria 0800 084 0404 Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167 Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA CPF: 008.495.594-56

DATA DE VENCIMENTO 16/08/2018

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 11/07/2018

CONTA CONTRATO 007012960969

TOTAL A PAGAR (R\$) 57,72

DATA DA APRESENTAÇÃO 11/07/2018

Nº DO CLIENTE 3000854879

NÚMERO DA NOTA FISCAL 009243994

Nº DA INSTALAÇÃO 0002708516

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA AV DAS FRONTEIRAS 87 CS-3 NOVO SANTO ANTONIO/AREA URBANA 59297-591 SAO GONCALO DO AMARANTE RN

CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

RESERVADO AO FISCO E693.6B5C.296E.94CB.FF8D.0FF0.2CE4.6D73

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Table with columns: DESCRIÇÃO, QUANTIDADE, PREÇO, VALOR (R\$). Rows include Consumo Ativo(kWh), Acréscimo Bandeira VERMELHA, Contribuição Iluminação Pública, and TOTAL DA FATURA.

Comunicamos a não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):

Table with columns: Vencido, Dt Reav, Valor. Row: 18/06/18, 11/07/18, 50,71

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Table with columns: Tarifas Aplicadas, HISTÓRICO DO CONSUMO, COMPOSIÇÃO DO CONSUMO. Includes consumption history from JUL 18 to JUL 17 and generation/transmission/distribution breakdown.

PROTÓCOLO RECEBIDO 02 AGO 2018 TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS

Table with columns: ICMS, PIS, COFINS. Includes sub-tables for BASE DE CÁLCULO, VALOR DO IMPOSTO, etc.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL. Table with columns: NÚMERO DO MEDIDOR, TIPO DA FUNÇÃO, ANTERIOR, ATUAL, Nº DIAS, CONSTANTE, AJUSTE, CONSUMO kWh.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES. Table with columns: DESCRIÇÃO, CONJUNTO, VALOR APURADO, META ANUAL, META TRIM., META ANUAL.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES. Pague no ponto mais perto de você! ag correios sao goncalo dos car: rua coronel estevam moura, centro / bomboniere santo antonio: av engenheiro roberto bezerra freire, 433, santo antonio do potengi. Lista completa em www.cosern.com.br.

NÍVEIS DE TENSÃO. Table with columns: TENSÃO NOMINAL(V), LIMITE DE VARIAÇÃO(V), MÍNIMO, MÁXIMO.

DESTAQUE AQUI. Table with columns: CONTA CONTRATO, MÊS/ANO, TOTAL A PAGAR(R\$), VENCIMENTO, TALÃO DE PAGAMENTO.



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



**DETRAN**

DETRAN - RN 10435 // 00379 Nº 013104084237  
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA 1 CDD-SEUVAM 00323942348 R.N.D. \*\*\*\*\* EXERCICIO 2017

NOME ANDRE GUILTZINE DE O SILVA

CPF / CNPJ 008.495.594-36 PLACA NOE0292

PLACA ANT. UF NOE0292/RN CHASSI R02K01870R0239080

ESPECIE TIPO PABASSIMO/MOTOCICLETA/MAD AP.LICAVZ COMBUSTIVEL ALCOOL-GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN ERI

CAR./POT./CIL. CATEGORIA PARTICULAR

OCV/149 CILINDRADAS VENC. COTA UNICA 17/03/2017

|   |               |                     |    |      |
|---|---------------|---------------------|----|------|
| 1 | R\$ 0.00      | 17/03/2017          | 1º | PAGO |
| V | PAXA L.P.V.A. | PARCELAMENTO/ COTAS | 2º | PAGO |
| A | 002855 3X     | R\$ *****           | 3º | PAGO |

PREMIO TARIFARIO (R\$) JOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

\*\*\* TAXAS DETRAN: PAGO \*\*\* DIVERSI: PAGO

OBSERVAÇÕES

ATENÇÃO: FID. EM FAVOR DE: 03.634.220/0001-65  
 BANCO HONDA S/A  
 MOTOR: KC16E78539060

NATAL/RN DATA 17/03/2017

SECRETARIA DE ESTADO DE TRANSPORTES E TRÁFICO  
 DEPARTAMENTO DE REGISTRO DE VEICULOS  
 DETRAN - RN

**PROTOCOLO  
 RECFBIDO  
 02 AGO 2018**  
 TERRA DO SOLADM  
 E CORRETORA DE SEGS



Govorno 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: Complexo de Delegacias Especializadas, Av. Ayrton Senna, 3134, NEÓPOLIS, NATAL, FONE/FAX: 32321565

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J2018031000220- 1.2 Data de Expedição: 26/06/2018 16.24.05  
1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM 1.4 Ligou CIOSP: Não

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 20/04/2018 17.58.00 2.2 Autoria: Desconhecida  
2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não  
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo  
2.6 Tipo do local: Via Pública 2.7 Logradouro: AV. FELIZARDO MOURA  
2.8 Número: 0000 2.9 CEP: 59.000-000  
2.10 Complemento: 2.11 Ponto de Referência:  
2.12 Bairro: NORDESTE 2.13 Cidade: NATAL  
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

**3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)**

3.1 Nome Completo: ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA 3.2 Estado civil: Solteiro(a)  
3.3 Nome Social: 3.4 Pai: JEBOAO DA SILVA  
3.5 Etnia: Sem Informação 3.6 Mãe: VERA LUCIA DE OLIVEIRA  
3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 Orientação Sexual:  
3.9 CPF: 00849559456 3.10 Identidade de Gênero:  
3.11 Nacionalidade: 3.12 Data de Nascimento: 07/06/1980  
3.13 Profissão: MOTOBOY 3.14 RG: 1909448 - ITEP/RN  
3.15 Telefone(s): 84 988714265 3.16 Passaporte:  
3.17 Número: 87 3.18 Naturalidade: NATAL - RN  
3.19 Bairro: NOVO SANTO ANTÔNIO 3.20 E-Mail:  
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.22 Logradouro: AVENIDA DAS FRONTEIRAS  
3.23 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE 3.24 CEP: 59297591

**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: 7.1.4 Renavam: 00323946348  
7.1.5 Placa: 7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
7.1.7 Marca: HONDA 7.1.8 Modelo: CG 150 FAN  
7.1.9 Ano do Modelo: 2011 7.1.10 Ano de Fabricação: 2011  
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: O COMUNICANTE 7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:  
7.1.17 Nome do condutor: O COMUNICANTE/VÍTIMA  
7.1.18 Observações:

**8. DADOS DA OCORRÊNCIA**

**9. DOS FATOS**

**9.1 Histórico**

O COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL E INFORMOU QUE NA DATA E HORA CITADOS CONDUZIA A MOTOCICLETA EM TELA E AO DERRAPAR NA AREIA NA PISTA VEIO DESEQUILIBRAR E CAIR E SOFRER LESÕES CONFORME BAA DE NÚMERO 19029/2018, ORIUNDO DO PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO. DISSE QUE FORA CONDUZIDO PELO SAMU PARA O REFERIDO PRONTO SOCORRO CONFORME OCORRÊNCIA DE NÚMERO 200491/1, ORIUNDO DA SMS. NADA MAIS DISSE

**9.2 Informações do CIOSP**

**9.3 Outras Providências**

REGISTRO PARA FINS DE REQUERIMENTO DE SEGURO DPVAT

**10. COMPLEMENTOS**

\*\*\*\*\*  
Data do Complemento: 30/07/2018  
Usuário: 1702343 - JANIR AZEVEDO DE PAIVA  
Complemento: NO ITEM 7.1.5, PLACA LEIA-SE NOF-0292  
NO ITEM 7.1.3, LEIA-SE CHÁSSI 9C2KC1670BR539060  
\*\*\*\*\*

**11. DECLARAÇÃO**

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.  
Data 26/06/2018 16.24.05

*Janir Azevedo de Paiva*

Policial



*Andre Guiliane de O. Silva*

Interessado



Polegar direito



|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>PREFEITURA DO NATAL<br/>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE<br/>SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA<br/>SAMU 192 NATAL</b> |  <b>SAMU<br/>192</b> |
|---|--|---|

**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins que **ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 20/04/2018, aproximadamente às 17h58min, na Avenida Felizardo Moura, Nordeste, nesta Cidade. **Sob nº de ocorrência 200491/1**, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 21 de junho de 2018.

  
**Everton da Silva Rocha**  
Coordenador Administrativo SAMU 192 Natal  
Matrícula nº 61.096-08

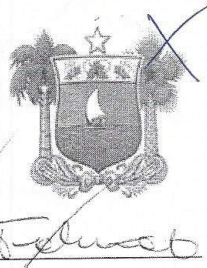


Rua Potiguares, 300 - Dix Sept Rosado - Natal/RN – CEP: 59054-280  
Tel.: (84) 3232-9222 (84) 3232-9211 - e-mail: admsamunatal@yahoo.com.br





SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 19029 /2018  
Admissão: 20/04/2018 19:18:13

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **70901 - ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA** (37 a 10 m 13 d)  
 Nascimento: 07/06/1980 Natural: NATAL.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA  
 NS: CPF: Prof:  
 Mãe: VERA LUCIA DE OLIVEIRA Pai:  
 Endereçador: DAS FRONTEIRAS, 87 Cidade: SAO GONCALO DO AMARANTE  
 EP: 59296066 Bairro: GOLANDIM

Telefone: . Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA Tipo: REFERENCIADO  
 Origem: AMBUL. SAMU NATAL \*Empresa:

Radiograma:

Discriminador:

Observações:

Classificação: 20/04/2018 19:14:51

| HORA | P.A.   | HGT | SatO2  | FiO2 | F.R. | F.C. | TEMP. | Glasgow | RTS |
|------|--------|-----|--------|------|------|------|-------|---------|-----|
|      | 120/80 |     | 92/100 |      | 19   | 94   |       | 15      |     |
|      |        |     |        |      |      |      |       |         |     |
|      |        |     |        |      |      |      |       |         |     |

**HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA**

Queixas: QUEDA DE MOTO COM TRAUMA DE MÍDIA  
 Hora: 19:30

Paciente trazido pelo SAMU há 40 min, após queda de moto há 40 min, após perder controle do veículo em direção direita, indo até av. R. Aceneta, onde caiu em MÍD por trauma.  
 Neg.: perda de consciência, vômito, trauma ósseo, síncope.

PROTÓCOLO RECEBIDO  
 02 AGO 2018  
 TERRA DO SOL ADM  
 ESCRETORIÃO DE REG.

**EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)**

- A Vias aéreas patentes, com ruído respiratório.
- B MV + simétrico A/R
- C RCP 2T RNF A/R
- D Glasgow 15.
- E Deu em folha de MÍD.

CONFERE COM ORIGINAL  
 NATAL, 03/05/18  
 MAT. Nº: SAME

ASSINATURA

Erivaldo S. Costa  
 Chefe-Equipe SAMU  
 SSP RN 154020

FOTOGRAFIA HMW  
 Data: 20/04/18 Hora: 19:30  
 Técnico: [assinatura]  
 Exame: [assinatura]  
 Médico: [assinatura]

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

EPE Mo Lu

\*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Queda de moto.

Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

25/04/18


Gerado via SX por SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS. Impresso em 20 de Abril de 2018.





|   |  |
|---|--|
| ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 20/04/18 <i>Ortopedia</i>   |  |
| ANAMNESE  | <i>Avaliação instrumental e traça em MID</i>   |
| EXAME FÍSICO  | <i>Rotunda supra e infra condileana de Femur D</i>   |
| IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA   | <i>NV MID e artrose</i>  |
| EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****  | LABORATÓRIO<br><i>AO MR of the ungula</i>  |
| <i>TC Joelho D.</i>   | OUTROS   |
| CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)  | ANOTAÇÕES DE EXAMES IMAGEM   |
| <i>Tramadol 1000</i><br><i>Terfenadil 40</i><br><i>Dexametasona 10</i><br><i>SP 100</i>   | <i>22:40</i><br><b>PROTOCOLADO RECEBIDO</b><br><i>02 AGO 2018</i><br>TERRA DO SOL ADM<br>E CORRETORA DE SEGS |
| <i>Tala n gesso nales/at</i>  |  |
| Assinatura e Carimbo do Responsável   | Assinatura e Carimbo do Responsável  |
| DESTINO DO PACIENTE:  | Nº do Boletim de Atendimento:  |
| INTERNAMENTO NA CLÍNICA: <i>Ortopedia</i>   | DATA: / / HORA:  |
| SAÍDA:  | DATA: / / HORA:  |
| Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:  |  |
| ÓBITO: DATA: / / HORA:  |  |
| Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| 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 <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:  |  |
| ÓBITO: DATA: / / HORA:  |  |
| Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>            |  |

(R)

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
|  GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE<br>Secretaria de Estado da Saúde Pública<br>Hospital Monsenhor Walfredo Ciríaco<br>Pronto Socorro Clóvis Sarinho |  | LAUDO PARA<br>SOLICITAÇÃO DE AIH                      |   |
| LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR   |  |   |   |
| IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO  |  |   |   |
| 1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE   |  | 2 - CNES  |   |
| 3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE<br><i>André Guilherme de Oliveira Silva</i>   |  | 4 - CNES  |   |
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE   |  |   |   |
| 5 - NOME DO PACIENTE<br><i>André Guilherme de Oliveira</i>  |  | 6 - Nº DO PROTOCOLO                                   |   |
| 7 - CARTÃO NACIONAL / SUS<br><i>700004829312600</i>   | 8 - DATA DE NASCIMENTO<br><i>07-06-80</i>              | 9 - SEXO<br><i>M</i>                                  | MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL<br><i>Vera Lucia de Oliveira</i>  |  | 11 - TELEFONE DE CONTATO<br><i>989434265</i>          |   |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)<br><i>R. Av. das Fronteiras N°-87 casa-03</i>   |  | 11 - TELEFONE DE CONTATO<br><i>986394986</i>          |   |
| 13 - MUNICÍPIO<br><i>S. Go. A.</i>  | 14 - BAIRRO<br><i>Centro</i>                           | 15 - UF<br><i>RN</i>                                  | 16 - CEP<br><i>59290.000</i>  |
| LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO   |  |   |   |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br><i>Acidente isquêmico e trauma em MIQ</i>   |  |   |   |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  |  |   |   |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DAS EXAMES REALIZADOS)  |  |   |   |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL<br><i>Infarto agudo inferior com elevação de Trazo 1</i>   | 21 - CID INICIAL<br><i>I20.3</i>                       | 22 - CID SECUNDÁRIO                                   | 23 - LAUDOS ASSOCIADOS  |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO   |  |   |   |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO   | 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO<br><i>0308010019</i>       | 26 - LEITO / CLÍNICA                                  | 27 - CARATER DA INTERNAÇÃO  |
|   |  | 28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                 | 29 - DT SOLICITAÇÃO<br><i>20, 04, 18</i>  |
|   |  | 30 - CNS / CNES                                       | 31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)                                    |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)  |  |   |   |
| 32 - ( ) ACIDENTE DE TRANSITO   | 33 - CNPJ DA SEGURADORA                                | 34 - Nº DO BILHETE                                    | 35 - BÔNUS  |
| 36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO  | 37 - CNPJ  | 38 -  | 39 -  |
| 39 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO   |  |   |   |
| 41 - CID PRINCIPAL  |  | 40 - DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL          |   |
| 42 - CID SECUNDÁRIO   |  | 43 - ( )  | 44 - ( ) GRAVE 45 - ( ) GRAVISSIMA  |
| AUTORIZAÇÃO   |  |   |   |
| 46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO   | 50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO | 54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) |   |
| 47 - DT AUTORIZ.  | 51 - DT AUTORIZ.                                       |   |   |
| 48 - CNS / CNES   | 52 -   |   |   |
| 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)  | 53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)           |   |   |

010.019.106.180



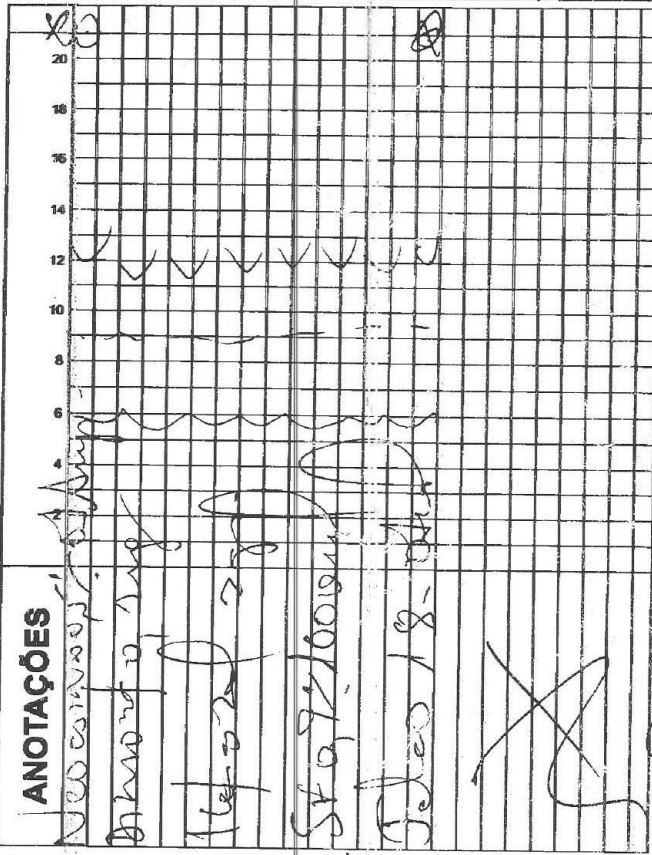
### RELATÓRIO ANESTESIA

I.S.D.A. Frestura do fêmur direito.

PRÉ-ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_ DROGAS: \_\_\_\_\_

TÉCNICA ANESTÉSICA: Resquiúntese

| DROGAS USADAS NA ANESTESIA |                     |       |        |        |                     |       |        |      |           |       |        |
|----------------------------|---------------------|-------|--------|--------|---------------------|-------|--------|------|-----------|-------|--------|
| CÓD.                       | DESCRIÇÃO           | UNID. | QUANT. | CÓD.   | DESCRIÇÃO           | UNID. | QUANT. | CÓD. | DESCRIÇÃO | UNID. | QUANT. |
| <b>MEDICAMENTOS</b>        |                     |       |        |        |                     |       |        |      |           |       |        |
| 000150                     | Adrenalina          | AMP   |        | 006818 | Narcam              | AMP   |        |      |           |       |        |
| 028956                     | Água Bidestilada    | AMP   |        | 007527 | Pfizer 10mg         | AMP   |        |      |           |       |        |
| 000942                     | Atropina 25         | AMP   |        | 007558 | Prostigmine         | AMP   |        |      |           |       |        |
| 002050                     | Clorato de Potássio | AMP   |        | 005292 | Ketalar             | AMP   |        |      |           |       |        |
| 001480                     | Clorato de Sódio    | AMP   |        | 003353 | Quelicim 100mg      | AMP   |        |      |           |       |        |
| 018820                     | Dilcorf 2mg         | AMP   |        | 000043 | Quelicim 500mg      | AMP   |        |      |           |       |        |
| 002115                     | Hipoclorito         | AMP   |        | 003543 | Rapitem             | AMP   |        |      |           |       |        |
| 002563                     | Iodolina            | AMP   |        | 000974 | Soverane            | ML    |        |      |           |       |        |
| 003090                     | Homonid 15mg        | AMP   |        | 008449 | Sol. Ringer Simples | FRS   |        |      |           |       |        |
| 017075                     | Homonid 5mg         | AMP   |        | 028125 | Sol. Fisiológica    | FRS   |        |      |           |       |        |
| 003071                     | I-orta              | AMP   |        | 008740 | Sol. Glicosado      | FRS   |        |      |           |       |        |
| 003511                     | Fentamil 2ml        | AMP   |        | 008829 | Sol. Ringer Lactado | FRS   |        |      |           |       |        |
| 003789                     | Forane              | ML    |        | 001002 | Thionambutol        | FRS   |        |      |           |       |        |
| 017038                     | Halotano            | ML    |        | 001013 | Traxium             | AMP   |        |      |           |       |        |
| 004085                     | Hipoclorito         | AMP   |        | 009727 | Velium              | AMP   |        |      |           |       |        |
| 004357                     | I-ortol             | AMP   |        | 001473 | Xilocaina 1%        | AMP   |        |      |           |       |        |
| 010398                     | I-ortol             | AMP   |        | 009895 | Xilocaina 2% s/A    | AMP   |        |      |           |       |        |
| 005887                     | Hexacaina 0.5 c/A   | AMP   |        | 010026 | Xilocaina 2% c/A    | AMP   |        |      |           |       |        |
| 005894                     | Hexacaina 0.5 c/A   | AMP   |        | 010833 | Xilocaina Pesada    | AMP   |        |      |           |       |        |
| 010895                     | Hexacaina Pesada    | AMP   |        |        |                     |       |        |      |           |       |        |



| Interocorrências |  |
|------------------|--|
|                  |  |
|                  |  |
|                  |  |
|                  |  |
|                  |  |
|                  |  |
|                  |  |
|                  |  |
|                  |  |
|                  |  |

| DESCRIÇÃO         |            |
|-------------------|------------|
| Oxímetro          | SIM        |
| Cardioscópio      | SIM        |
| Capnógrafo        | SIM        |
| DESCRIÇÃO         | QUANTIDADE |
| Oxigênio Líquido  | 1 litro    |
| Protóxido Líquido |            |

|                                |                               |   |
|--------------------------------|-------------------------------|---|
| INÍCIO ANESTESIA: <u>07:30</u> | INÍCIO CIRURGIA: <u>07:45</u> | DATA: <u>08.05.2018</u>   |
| FINAL CIRURGIA: <u>07:00</u>   | FINAL ANESTESIA: <u>07:00</u> | ANESTESIOLOGISTA: <u>Gilvan de Carvalho</u><br>Anestesiologista<br>CRM: RN 1904 |
|                                |                               | CRM: <u>1904</u>  |





# Hospital Memorial de Natal

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

## FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 05/05/2018 13:43

### Dados do Paciente

Paciente: **ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA** Registro: **128985**  
Num. RG: **001909448** CPF: **008.495.594-56** Nascimento: **07/06/1980** 38 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**  
Endereço: **DAS FRONTEIRAS** N.: **87** Bairro: **NOVO SANTO ANTONIO**  
Cidade: **SAO GONCALO DO AMARANTE:** UF: **RN** CEP: **59290000** Fone: **84988714265**  
Profissão: **MOTOBOY** Mãe: **VERA LUCIA DE OLIVEIRA**

### Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **05/05/2018 12:47** Previsão saída: **07/05/2018 11:00** Atendente: **CLAUDIAF**  
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **700004829312100**  
Médico: **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA** CRM: **7036** **ENFERMARIA 113-A**

### 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

*Andre Guiliane de Oliveira*



HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Tírol 59.225-020 Natal / RN  
Contato: (84) 3133-4200  
E-mail: hmemorial@velo.com.br

### Observações

COM UMA FOLHA E UMA PELICULA DE RX LAUDO DO SUS MEDICO NAO CIENTE



# Hospital Memorial de Natal

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

Data: 05/05/2018 13:43

### Dados do Paciente

Paciente: **ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA** Registro: 128985  
Num. RG: 001909448 CPF: 008.495.514-56 Nascimento: 07/06/1980 38 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Solteiro(a)  
Endereço: DAS FRONTEIRAS N.: 87 Bairro: NOVO SANTO ANTONIO  
Cidade : SAO GONCALO DO AMARANTE UF: RN CEP: 59290000 Fone: 84988714266  
Profissão: **MOTOBOY** Mãe: **VERA LUCIA DE OLIVEIRA**

### Dados do Internamento

Num. Internamento: 1 Entrada: 05/05/2018 12:47 Previsão saída: 07/05/2018 11:00 Atendente: CLAUDIAF  
Convênio: SUS ESTADUAL Matrícula/CNS: 700004829312100  
Médico : **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA** CRM: 7036 **ENFERMARIA 113-A**

### Dados do Responsável

Responsável: CPF: RG:  
Parentesco:

### TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA**, a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: **S8557 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (CO**
2. - O(A) **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA**, 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.  
Preferido pelo responsável do paciente

Assinatura: [ ] Paciente [ ] Responsável

*Andre Guiliane de Oliveira Silva*

### 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. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA - CRM 7036**

MediWare

Página 1 / 1







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

**PRO TOCOLO DE CIRURGIA SEGURA**

**Dados do Paciente**

Registro: **128985** IH: **1** Paciente: **ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA**  
 Nascimento: **07/06/1980** **38** anos Internação: **05/05/2018 12:47:33** Leito: **ENFERMARIA 113-A**

**ANTES DO ATO CIRÚRGICO** 08/05/2018 12:13:54 COREN - 662098 - MARIA ELIZABETE B PEREIRA

Observações:  
**CLIENTE ADMITIDO (A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR.ACOMPANHADO DE SEU FAMILIAR E MAQUEIRO,CONSCIENTE, ORIENTADO (A),RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, SIC NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, DM E HAS, FOI PUNÇIONADO(A) COM CATETER VENOSO Nº 18 VIABILIZANDO SF0,9% E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.**

Doença pré-existente:

Há reserva sanguínea: **SIM** Prótese: **NÃO** Jóias: **NÃO** Membro e lado da cirurgia: **MID**

Exame Laboratorial: **SIM** Risco Cirúrgico: **SIM** Raio X: PRÉ: **SIM-QTD: 02**

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): **NÃO**

Outros Exames:

Assinatura Responsável

*Maria Elizabete Barbosa Pereira*

**SRPA** 08/05/2018 12:13:54 COREN - 662098 - MARIA ELIZABETE B PEREIRA

Nível consciência: **CONSCIENTE** Oxigenoterapia: **O2 AMBIENTE**

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

Hipotensão: **NÃO** Raio X de Controle:

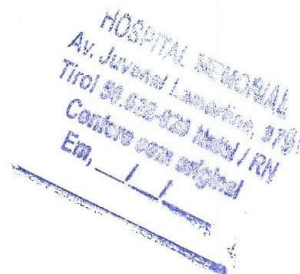
Medicação administradas:

Encaminhamento:

**CLIENTE DE POL. CONSCIENTE, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, NA HVP, COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO. DIURESE ESPONTÂNEA, PRECISA REALIZAR RX DE CONTROLE, ANEXO AO PRONTUÁRIO EXAMES, SEGUE ENCAMINHADO ATÉ O LEITO ACOMPANHADO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM.**

Assinatura Responsável

*Maria Elizabete Barbosa Pereira*





### Hospital Memorial de Natal

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

Data: 08/05/2018 13:05

## PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

### Dados do Paciente

Registro: **128985** IH: **1** Paciente: **ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA**  
Nascimento: **07/06/1980** **38** anos Internação: **05/05/2018 12:47:33** Leito: **ENFERMARIA 113-A**

## PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

### DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: RAQUI + SEDAÇÃO

Anestesiologista: DRº GILVAN

Tipo: TTT CIRURGICO DA FRATURA DISTAL DO F

Cirurgião: DRº FÁBIO

Instrumentador: LUCAS

Circulante: BERENISE

Tipo curativo: LIMPO

Tem material para biópsia/cultura: NÃO

Inf.sanguínea: NÃO

Monitoração correta: SIM

Placa de bisturi: SIM

Antibiótico profilático?: CEFAZOLINA 2G

Medicação administradas:

### Intercorrências / Observações:

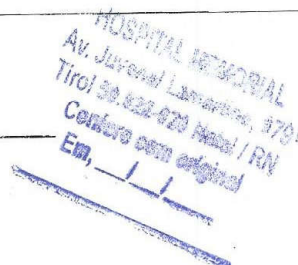
CLIENTE ENCAMINHADO AO SRPA APÓS PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERCORRÊNCIA CONSCIENTE ORIENTADO EM O2 AMBIENTE NA HVP EM MSE COM JEI, CO Nº 20. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

## FICHA DE CONTROLE DE INFECCÃO EM CIRURGIA

### CONTROLE DE INFECCÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: 02

BERENISE DE OLIVEIRA BRITO OLINTO  
COREN - 1008022





**Hospital Memorial de Natal**

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA -**

**Dados do Paciente**

Paciente: ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA  
Nascimento: 07/06/1980 ( 38 anos)

Registro: 128985 Num.Internação: 1  
Data Internação: 05/05/2018 12:47:33

Evolução: 05/05/2018 20:24:12

**ADMISSAO**

PACIENTE INTERNA-SE PARA CIRURGIA ORTOPEDICA.  
NEGA QUEIXAS.

NEGA ANTECEDENTES, USO DE MEDICAÇÕES E ALERGIAS.

AO EXAME: EGB, EUPNEICO, AFEBRIL, GLASGOW 15  
AR: MV + EM AHT SEM RA  
ACV: RCR EM 2T BNF SEM SOPROS  
ABD INOCENTE  
PANTURRILHAS LIVRES

CD:  
SOLICITO EXAMES LAB  
SOLICITO RESERVA DE SANGUE  
AGUARDA CIRURGIA

*Dr. Kalline Andrade Carvalho*  
*CRM 6057*

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Tirol 50.020-020 Natal / RN  
Confira com original  
Em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

KALLINE ANDRADE CARVALHO  
CRM - 6057





**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 - ADMISSÃO**

Dados do Paciente

Paciente: **ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA**  
 Nascimento: **07/06/1980 38 anos**  
 Acompanhante:

Registro: **128985** Nº Internação: **1**  
 Data Internação: **05/05/2018 12:47:33**  
 Parentesco:

**PROCEDÊNCIA**  
 PACIENTE ADMITIDO NA UNIDADE 1. PROVENIENTE DA SUA RESIDENCIA PARA SUBMETER A TTT CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR DIREITO. ACS CUIDADOS DR. FABIO.

**ESTADO GERAL**

- Consciente       - Responsivo  
 - Inconsciente      Sonolento  
 - Corado      Cianótico  
 - Hipocorado       - Acianótico

Higiene      Observações:  
 - Com Auxilio  
 - Sem Auxilio

Respiração      Observações:

Deambulação      Observações:  
 - Com Auxilio  
 - Sem Auxilio  
 - Restrito ao leito

- O2 Ambiente  
 Máscara de Venture

**SINAIS VITAIS**

Pressão Arterial: **120/80**  
 Temperatura: **36,2**

Pulso: **79**  
 Respiração: **18**

**ANAMNESE**

Doenças Clínicas  
 O MESMO NEGA.

Uso de Medicações

Alergias Medicamentosas  
 O MESMO NEGA

Integridade da Pele  
 INTEGRA.

**ACESSO VENOSO**

Tipo:  
 Local:

Hiperemia      Dor      Edema      Temperatura:  
 Tempo:

**DIETA**

Tipo:  - Oral      Sonda Nasogástrica      Sonda Nadoenteral

- Aceita      Aceita Parcial      Não Aceita

Observações:

**DIURESE**

Sonda:

Espontâneo: SIM.

Observações Gerais:

PACIENTE EM PRE OPERATORIO DE FRATURA DE FEMUR DIREITO. CONSCIENTE E ORIENTADO O2 AMBIENTE. CONSCIENTE E ORIENTADO O2 AMBIENTE. O MESMO NEGA HAS, DM E ALERGIA. ACEITANDO DIETA OFERECIDA. AFERIDO SSVV. SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Documentação e Exames:  
 DUAS IMAGEM DE RX

HOSPITAL MEMORIAL  
 Av. Juvenal Lamartine, 979  
 59101-500 Natal / RN  
 Confira com original  
 EM: \_\_\_\_\_  
**HAZIA**

05/05/2018 14:11:54  
 COREN - 670726  
 THAZIA JANIELE DOS SANTOS SILVA



**Hospital Memorial de Natal**  
 AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN  
 Fone: (84)3133-1200 / Fax: (84)3102-1228  
 hmemorial@veloemail.com.br

**UNIDADE DE ENFERMAGEM - UNIDADE ENFERMAGEM**

Paciente: **ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA** Registro: **128985** Nº Internação: **1**  
 Nascimento: **07/06/1980** 38 anos Data Internação: **05/05/2018 12:47:33** Leito: **ENFERMARIA 113-A**

OBSERVAÇÕES GERAIS

**PACIENTE SAIU DE ALTA HOSPITALAR AS 10:34HRS LEVADO POR MAQUEIRO E ACOMPANHADO DE FAMILIARES.**

*Rafael*

09/05/2018  
 COREN - 563892  
 RAFAEL AUGUSTO AVELINO

Limpeza: **CLORETO DE SODIO A 9% GAZES. 01 PAR DE LU'** Tipo de Ferida: **LIMPA**

Localização: **FEMUR DISTAL**

Condições do Leito: **APRESENTANDO EXSUDATO EM GAZES**

EXSUDATO DA FERIDA

Seroso  Purulento  Sanguinolento  Serossanguinolento  Piccanguinolento  Sem Exudato

PELE - PERILESIONAL

Inteira  Escoriada  Final Flogísticos  Descamada  Alergica/Dematite  Macerada

Quantidade: **Pegueno**

Odor: **Característico**

BORDAS

Distintas  Regulares  Irregulares

OBSERVAÇÕES GERAIS

09/05/2018 12:04:18  
 COREN - 256755  
 MARIA DE FÁTIMA DE LIMA

HOSPITAL MEMORIAL  
 Av. Juvenal Lamartine, 979  
 Tirol 59.933-920 Natal / RN  
 Confira esta original  
 Em, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

13/02/2019



Seguradora  
**LÍDER**  
A Essencialidade da Seguradora DPVAT

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

(/)



Buscar no site

A  
COMPANHIA ▾

SEGURO  
DPVAT ▾

PONTOS DE  
ATENDIMENTO  
(/Pontos-de-  
Atendimento)

CENTRO DE  
DADOS E  
ESTATÍSTICAS ▾

SALA DE  
IMPrensa ▾

TRABALHE  
CONOSCO ▾

CONTATO ▾

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

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 3180355840 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA  
COBERTURA Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME**  
**BENEFICIÁRIO ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA**  
**CPF/CNPJ: 00849559456**

**Posição em 13-02-2019 12:45:01**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. [Clique aqui](#) (<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes.aspx>) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

### Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



([https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?](https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8)

[l=pt&ls=1&mt=8](https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8))



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

### ACESSIBILIDADE



(</Pages/Acessibilidade.aspx>)



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

A A A ●

### COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)

Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)

Documentos Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)