

Rio de Janeiro, 17 de Março de 2016

Carta nº: 8887065

A/C: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160150404 ASL-0109500/16  
Vítima: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA  
Data Acidente: 30/11/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000001366-8

Conta: 000088300193-4

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

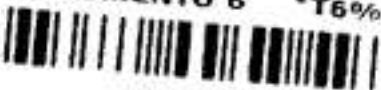
NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 9643493534  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 829983818 2012

SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA

336.464.574-49 MYI9176

MYI9176/RN 9C2JC30294R035622

PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVEL GASOLINA

HONDA/CG 125 TITAN ES 2004 2004

8CV/124 CILINDRADAS PARTICULAR VERMELHA

18/05/2012 1º PAGO

2º PAGO 3º PAGO

TAXAS DETRAN PAGO

MOTOR: JC3ME24035622

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

DATA 20/09/2012

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, QUE POSSUAM CARGA, A PESSOA  
TRANSPORTADA OU NÃO, SEGURO DPVAT

RN Nº 9643493534 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2012

336.464.574-49 MYI9176

BILHETE DE SEGURO DPVAT

RN Nº 9643493534 EXERCÍCIO 2012 DATA EMISSÃO 20/09/2012

336.464.574-49 MYI9176

829983818 HONDA/CG 125 TITAN ES

2004 9 9C2JC30294R035622

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO SEGURO (R\$)

DATA DE QUITAÇÃO

Parcelado

Seguradora Líder dos Consórcios  
do Seguro DPVAT-S/A

CNPJ: 09.248.603/0001-04

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIAS S/A

RECIBO 29 FEV 2016

20

NOTA

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Sicrano Elizabeth de Oliveira  
PORTADOR(A) DO RG Nº 610 103 EXPEDIDO POR SSP/AN EM 02/10/81 E  
CPF 336464549-49 /CNPI 00000000-0000-00, PROFISSÃO \_\_\_\_\_  
E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA a mesma, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUpanÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta bancária sem o comprovatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scaneada colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do versante traseiro do cartão com a informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 366-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 8300193-2

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Sunwing-RM OS de Junho de 2016

LOCAL E DATA

Joanna Elizabeth de Almeida

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

DOCUMENTO 1      \*T10%



 **ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que s. na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
 21/12/2015 AUTO-ATENDIMENTO 12.11.09  
 136670462 0000

**SALDO DE CONTA CORRENTE  
 PARA SIMPLES CONFERENCIA**

CLIENTE: SOCORRO E OLIVEIRA \*  
 AGENCIA: 1366-8 88.300.193-4

SALDO		100,000
LIM	100 DISPONIVEL	0,000
JUROS	5,52 IOF	0,30
TX.CH: ESPECIAL	% VENCIMENTO	31.05.2016
OTDE DIAS CHO ESP		14

**BOMPRATODOS**

Reducao nas taxas de Juros e aumento no credito.  
 Banco do Brasil. BOMPRATODOS

CREDITO BOMPRATODOS\* 16.236,000

Linhas de Credito	Credito BOMPRATODOS*
Renove seu Credito	
BB Renovacao Consignacao**	14.521,23
BB Credito-Renovacao	9.265,77

Credito Novo	
BB Cnd Consig em Folha**	16.236,00
BB Credito Salario	5.667,00

Financiamentos de Bens/Servicos	
BB Cnd Veiculo/Leasing	14.772,00
BB Creditorio/Construcao	

\*VALORES DE REFERENCIA. Sujeitos  
 no aumento da contratacao.  
 \*\*Disponivel apos confirmacao da

**COMPREV SEGUROS  
 E PREVIDENCIA S/A**

a confirmacao

29 FEV 2016

Nome:

Leia no verso como conservar este documento,  
 entre outras informacoes.





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR  
DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL DE SANTO ANTÔNIO/RN  
Rua Ana de Pontes, - (saída para Brejinho) SANTO ANTÔNIO/RN - 3282-4927

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA n.º 18002015

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITOLocal: AV. QUARENTA - SERRINHA/RNData e Horário: 30 de NOVEMBRO de 2015 - às 14:30h

Nome do(a) Comunicante:

Nome: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRAFiliação: DOMINGOS PEREIRA DE OLIVEIRA E ELINA PEREIRA M. SILVANacionalidade: Naturalidade: SERRINHA/RNEst. Civil: CASADA Profissão: PUNC. PÚBLICAData Nasc.: 02/09/1965 Escolaridade: 7ª SÉRIE (contato): (84) 9899-4763Doc. Ident.: RG.: 610.105-RN CPF:Endereço: R. MARIA ADÉLIA TAVARES, 52, CENTRO - SERRINHA/RN

NOME DO(A) VÍTIMA:

Nome: A COMUNICANTE

Filiação:

Nacionalidade: Naturalidade:

Est. Civil: Profissão:

Data Nasc.: / / Escolaridade: (contato): ( )

Doc. Ident.: RG.: CPF:

Endereço:

ACUSADO(A):

Nome: PREJUDICADO apelido:

Filiação:

Endereço:

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A

RECIBO 29 FEV 2016

Nome:

## HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

A COMUNICANTE/VÍTIMA INFORMA QUE VIAJAVAM DE CARONA, EM UMA MOTOCICLETA TIPO HONDA CG 125 TITAN ES, ANO/MODELO 2004/2004, DE COR VERMELHA, DE PLACA MYI-9176, RENAVAM 829903810, CHASSI N.º 9C2JC30204R035622, DE PROPRIEDADE DE SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA; QUANDO, INESPERADAMENTE, O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, E, A VÍTIMA CAIU PARA TRÁS, NO ACOSTAMENTO; DE DEVIDO AO ACIDENTE DE TRÂNSITO A VÍTIMA SOFREU LESÕES NO CORPO, E, FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL WALTER DO GARGEL, EM NATAL/RN. NADA MAIS DISSE.

OBS: TODAS AS INFORMAÇÕES SÃO DE RESPONSABILIDADE DA COMUNICANTE

TESTEMUNHAS

Nome: RAY DE OLIVEIRA COSTA End.:Nome: MARIA DAS GRACAS End.: SERRINHA/RNPROVIDÊNCIAS ADOTADAS: REGISTRO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

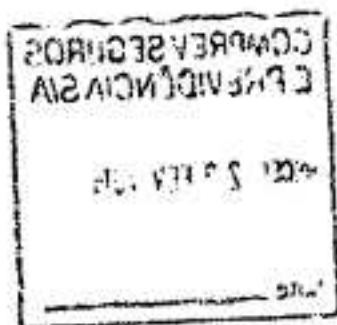
Assinatura do (a) Comunicante/Vítima

Data: 22/12/2015 às 15:30h

Assinatura do servidor

\* USO À MÃO ESQUERDA

Edgar Fabrício Neto  
Agente de Polícia Civil  
Matrícula: 157.320-9



El presente documento es una copia de un original que se encuentra en el archivo de la Oficina de Seguridad. El original es un documento de trabajo que contiene información confidencial y no debe ser distribuido fuera del personal autorizado. La copia se ha hecho para fines de referencia y no debe ser utilizada para fines de trabajo.

Se ha revisado el documento y se ha encontrado que contiene información confidencial. Se ha tomado las medidas necesarias para proteger esta información y se ha asegurado que no sea distribuida fuera del personal autorizado. Se ha tomado las medidas necesarias para proteger esta información y se ha asegurado que no sea distribuida fuera del personal autorizado.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Isacaro Blizabeth de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 630.105 e inscrito no CPF/MF sob o nº 336.464.544-49 residente e domiciliado na R: Ineme Rodrigues Soares, 30 Cidade Serrinha Estado BA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

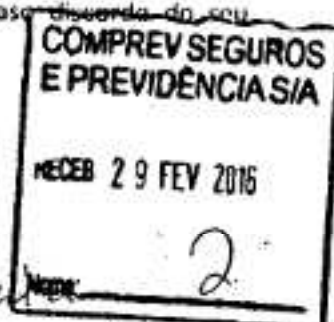
☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Isacaro Blizabeth de Oliveira

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



Serrinha - BA, 05 de fevereiro de 2016

Local e data





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



**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA**  
ORTOPEDIA

**PACIENTE** SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA *COTO*  
**DATA DE ENTRADA** 30/11/2015 **HORA** 18:31 **Nº BAA** 140538  
**IDADE** 50 **SEXO** F **ETNIA** Pardo  
**CARTÃO SUS** 201395988090018 **ESTADO CIVIL** Casado(a)  
**CPF** - RG - - -  
**NOME DA MÃE** ELINA PEREIRA DA SILVA  
**NOME DO PAI** DOMINGOS PEREIRA DE OLIVEIRA  
**NASCIMENTO** 02/09/1965 **NATURALIDADE** Serrinha-RN  
**TELEFONE** (84) 8710-6796 **PROFISSÃO** ASG  
**RUA/AV.** MARIA ADELIA TAVARES DA CRUZ Nº 52  
**COMPLEMENTO** **BAIRRO** Centro  
**CEP** 59258-000 **CIDADE** Serrinha-RN  
**ORIGEM** Família **MOTIVO** Acidente de Trânsito / Queda de moto  
**ACID. DE TRABALHO** Não **USUÁRIO** Dajda

**HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)**

*Refere queda de motocicleta (moto parva) com  
por não controlar em pulso (D). Nega  
trauma.*

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A

RECER 29 FEV 2016

**EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)**

A  
B  
C  
D  
E

**OUTRAS OBSERVAÇÕES**

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

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID



DOCUMENTO 3 - 13%



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Suzanna Elizabeth de OliveiraRG nº 630305, data de expedição 02/10/81 Órgão SSP/RN

CPF nº 336.464.574-49 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Irene Rodrigues Soares</u>
Número	<u>20</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Pinto</u>
Cidade	<u>Serrinha</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59.258-000</u>
Telefone de Contato	<u>Contato:</u> <u>(84) 3333-3333</u> <u>(84) 3333-3333</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Serrinha-RN, 05 de fevereiro de 2016Assinatura do Declarante: Suzanna Elizabeth de OliveiraCOMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A

RECIBO 29 FEV 2016

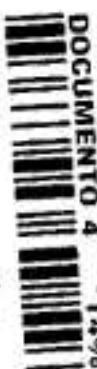
53





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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA  
ORTOPÉDIA



DOCUMENTO 4

PACIENTE SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA  
DATA DE ENTRADA 30/11/2015 HORA 18:31 Nº BAA 140538

IDADE 50 SEXO F ETNIA Pardo  
CARTÃO SUS 201395988090018 ESTADO CIVIL Casado(a)  
CPF - RG -

NOME DA MÃE ELINA PEREIRA DA SILVA  
NOME DO PAI DOMINGOS PEREIRA DE OLIVEIRA  
NASCIMENTO 02/09/1965 NATURALIDADE Serrinha-RN

TELEFONE (84) 8710-6796 PROFISSÃO ASG

RUA/AV. MARIA ADELIA TAVARES DA CRUZ Nº 52

COMPLEMENTO BAIRRO Centro

CEP 59258-000 CIDADE Serrinha-RN

ORIGEM Família MOTIVO Acidente de Trânsito / Queda de moto

ACID. DE TRABALHO Não USUÁRIO Daída

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Refere queda de motocicleta (moto parva) com  
por sua controladora em pulso (D) Negro  
fundo

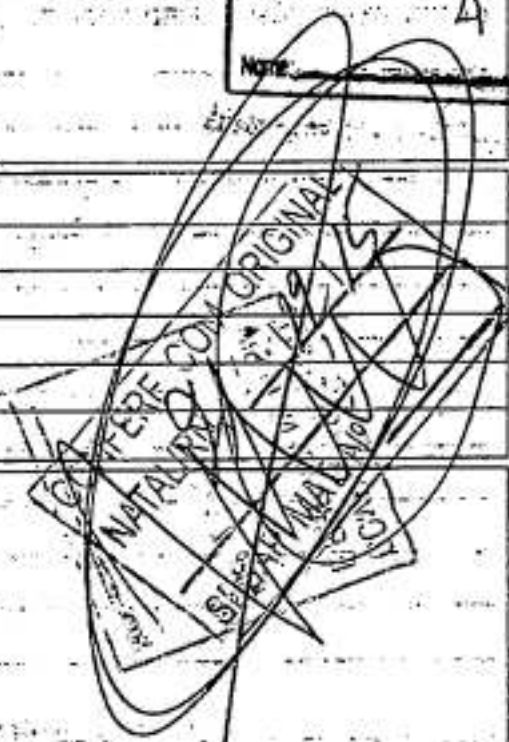
COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A

RECIBO 29 FEV 2016

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A  
B  
C  
D  
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES



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

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID

eq:2

02/12/15  
Gauze

## 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)\*\*\*

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: *Ortopedia*

ESPECIALISTA 2:

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

HORA:

DATA:

HORA:

DATA:

MÉDICO (CARIMBO)



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRINHA  
ADM: FABIANO HENRIQUE DE SOUZA TEIXEIRA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CENTRO DE SAÚDE JOSÉ TEIXEIRA DE SOUZA  
RUA JOSÉ CORREIA DE ANDRADE, S/N SERRINHA-RN

## AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR - AIH

Sr. Diretor Geral,

Encaminhamos AO HOSPITAL MEMORIAL, NATAL/RN o (a) **Paciente**, SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA, nascido (a) em 02/09/1965, RG 610.105, CPF 336.464.574-49, CNS 201 3959 8809 0018, residente e domiciliado na Rua Maria Adélia Tavares da Cruz, Nº 52, Serrinha/RN, que necessita de fazer um procedimento **CIRÚRGICO**, conforme Pactuação, no Hospital o qual V. Sª é diretor, uma vez que o nosso município não dispõe de recursos para realizá-lo.

Assim sendo, solicito que seja transferido em favor do HOSPITAL MEMORIAL, NATAL/RN, a autorização de atendimento Hospitalar-AIH, para viabilizar o atendimento para que seja realizado o procedimento Médico/Hospitalar deste usuário do SUS.

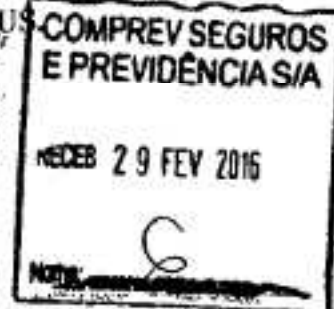
SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE SERRINHA/RN

AUTORIZADOR

Nome: Thiana Cristine Xavier Pontes

Cargo: Coord. Ad. Apoio

Mat.: 12.122.1  
12.122.1 DIAS



SERRINHA/RN, 03/12/2015.

Thiana Cristine Xavier Pontes  
Secretária Municipal de Saúde



MINISTÉRIO DE SAÚDE

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

PREFEITURA MUNICIPAL DE NATAL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AII

LEITO Nº

MÉDICO

UNIDADE HOSPITALAR

CNPJ 08.241.754/0102-99

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL - PRONTO SOCORRO DR. CLÓVIS SARINHO

NOME DO PACIENTE

Socorro Elizabeth de Oliveira

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

4 - AGRESSÃO

2 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

5 - TENTATIVA DE SUICÍDIO

3 - TENTATIVA DE HOMICÍDIO

6 - OUTROS ACIDENTES

EM CASO DE ACIDENTE DE TRABALHO

Nº DA CARTEIRA DO TRABALHO

CNPJ DO EMPREGADOR

CAUSA INTERNA DA INTERAÇÃO

EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

CNPJ DA SEGURADORA

Nº DO BILHETE E SÉRIE

CAUSA EXTERNA

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ex. dor distal

Ex. dor distal

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB 29 FEV 2016

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Ex. dor distal

Ex. dor distal

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO INICIAL

Ex. dor distal

Ex. dor distal

PROCEDIMENTO SOLICITADO (POR EXTENSO)

CIRÚRGICA

CLÍNICA

OBSTÉTRICA

MÉDICA

ASSINATURA DO MÉDICO

CRM

DATA

FISIOPNEUMOL

PSIQUIATRIA

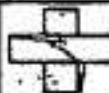
PEDIATRIA

OUTRA

Dr. Raulo Ode

CRM 9561/2001 RJ

30/11/15



Sistema Ministério  
SUS único de da  
Saúde Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

2 - CNES  
2853923

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Socorro Elizabeth de Oliveira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO  
Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Adulta ortopédico e trauma em MSD.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

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

Rx descontinuada em radiol distal

23 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

fratura radiou distal D

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

osteossíntese radiol distal

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNIE DA EMPRESA

44 - CBOE

38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)



ANAMNESE

Pct vítima de queda  
de moto um q dor e  
deformidade pulso D

EXAME FÍSICO

Rp: Fx comunita radio

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

distal D

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

LABORATÓRIO DE ANÁLISES

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A

OUTROS

RECIBO 29 FEV 2016

CONDUITA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

9

1) Dettol

1) Diclofenaco - 50mg

c) fola axila - pulso

3) FH p/ Ho unguis

Dr. Roberto Carlos  
Oliveira  
CRM 06857/5807 MGO

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

FLUXOGRAMA DA ESCALA DE COMA GLASGOW

Abertura Ocular (AO)	
Onde se abrem espontaneamente	4
Onde se abrem ao ser chamado verbal, (pula ou fecha com o despertar de uma pessoa adormecida, se não for marque 4, se não 3)	3
Onde se abrem por estímulo doloroso	2
Onde não se abrem	1
Resposta verbal (RV)	
Orientado, (responde conscientemente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, onde está, e como se sente)	5
Orientado, (responde às perguntas conscientemente, mas há alguma desconformidade ou confusão)	4
Palavras incoerentes (fala alucina, mas sem frase construída)	3
Sons ininteligíveis, (gemidos sem articulação)	2
Silêncio	1
Resposta motora (RM)	
Obedece a ordens verbais, (faz o que se pede quando lhe é solicitado)	6
Localiza estímulo doloroso	5
Retirada inspetiva e reflexa	4
Palmas flexão e dor (desconformidade)	3
Palmas extensão e dor (desconformidade)	2
Sons ininteligíveis	1
Total	

DISCRIMINADOR	NOTAÇÃO
13-15	4
10-12	3
8-9	2
6-7	1
5	0
RESPIRATORIA	
15-20	4
10-14	3
8-9	2
1-7	1
0	0
PRESSÃO ARTERIAL	
120/80	4
90/60	3
60/40	2
0	1
0	0

Exatidão de Triagem (RTS) tem índice de sensibilidade para identificar os casos de morte. Referência: Adaptação de Glasgow, R. A. 2000. P. 1. 2000, 2001 e 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. 2401. 2402. 2403. 2404. 2405. 2406. 2407. 2408. 2409. 2410. 2411. 2412. 2413. 2414. 2415. 2416. 2417. 2418. 2419. 2420. 2421. 2422. 2423. 2424. 2425. 2426. 2427. 2428. 2429. 2430. 2431. 2432. 2433. 2434. 2435. 2436. 2437. 2438. 2439. 2440. 2441. 2442. 2443. 2444. 2445. 2446. 2447. 2448. 2449. 2450. 2451. 2452. 2453. 2454. 2455. 2456. 2457. 2458. 2459. 2460. 2461. 2462. 2463. 2464. 2465. 2466. 2467. 2468. 2469. 2470. 2471. 2472. 2473. 2474. 2475. 2476. 2477. 2478. 2479. 2480. 2481. 2482. 2483. 2484. 2485. 2486. 2487. 2488. 2489. 2490. 2491. 2492. 2493. 2494. 2495. 2496. 2497. 2498. 2499. 2500. 2501. 2502. 2503. 2504. 2505. 2506. 2507. 2508. 2509. 2510. 2511. 2512. 2513. 2514. 2515. 2516. 2517. 2518. 2519. 2520. 2521. 2522. 2523. 2524. 2525. 2526. 2527. 2528. 2529. 2530. 2531. 2532. 2533. 2534. 2535. 2536. 2537. 2538. 2539. 2540. 2541. 2542. 2543. 2544. 2545. 2546. 2547. 2548. 2549. 2550. 2551. 2552. 2553. 2554. 2555. 2556. 2557. 2558. 2559. 2560. 2561. 2562. 2563. 2564. 2565. 2566. 2567. 2568. 2569. 2570. 2571. 2572. 2573. 2574. 2575. 2576. 2577. 2578. 2579. 2580. 2581. 2582. 2583. 2584. 2585. 2586. 2587. 2588. 2589. 2590. 2591. 2592. 2593. 2594. 2595. 2596. 2597. 2598. 2599. 2600. 2601. 2602. 2603. 2604. 2605. 2606. 2607. 2608. 2609. 2610. 2611. 2612. 2613. 2614. 2615. 2616. 2617. 2618. 2619. 2620. 2621. 2622. 2623. 2624. 2625. 2626. 2627. 2628. 2629. 2630. 2631. 2632. 2633. 2634. 2635. 2636. 2637. 2638. 2639. 2640. 2641. 2642. 2643. 2644. 2645. 2646. 2647. 2648. 2649. 2650. 2651. 2652. 2653. 2654. 2655. 2656. 2657. 2658. 2659. 2660. 2661. 2662. 2663. 2664. 2665. 2666. 2667. 2668. 2669. 2670. 2671. 2672. 2673. 2674. 2675. 2676. 2677. 2678. 2679. 2680. 2681. 2682. 2683. 2684. 2685. 2686. 2687. 2688. 2689. 2690. 2691. 2692. 2693. 2694. 2695. 2696. 2697. 2698. 2699. 2700. 2701. 2702. 2703. 2704. 2705. 2706. 2707. 2708. 2709. 2710. 2711. 2712. 2713. 2714. 2715. 2716. 2717. 2718. 2719. 2720. 2721. 2722. 2723. 2724. 2725. 2726. 2727. 2728. 2729. 2730. 2731. 2732. 2733. 2734. 2735. 2736. 2737. 2738. 2739. 2740. 2741. 2742. 2743. 2744. 2745. 2746. 2747. 2748. 2749. 2750. 2751. 2752. 2753. 2754. 2755. 2756. 2757. 2758. 2759. 2760. 2761. 2762. 2763. 2764. 2765. 2766. 2767. 2768. 2769. 2770. 2771. 2772. 2773. 2774. 2775. 2776. 2777. 2778. 2779. 2780. 2781. 2782. 2783. 2784. 2785. 2786. 2787. 2788. 2789. 2790. 2791. 2792. 2793. 2794. 2795. 2796. 2797. 2798. 2799. 2800. 2801. 2802. 2803. 2804. 2805. 2806. 2807. 2808. 2809. 2810. 2811. 2812. 2813. 2814. 2815. 2816. 2817. 2818. 2819. 2820. 2821. 2822. 2823. 2824. 2825. 2826. 2827. 2828. 2829. 2830. 2831. 2832. 2833. 2834. 2835. 2836. 2837. 2838. 2839. 2840. 2841. 2842. 2843. 2844. 2845. 2846. 2847. 2848. 2849. 2850. 2851. 2852. 2853. 2854. 2855. 2856. 2857. 2858. 2859. 2860. 2861. 2862. 2863. 2864. 2865. 2866. 2867. 2868. 2869. 2870. 2871. 2872. 2873. 2874. 2875. 2876. 2877. 2878. 2879. 2880. 2881. 2882. 2883. 2884. 2885. 2886. 2887. 2888. 2889. 2890. 2891. 2892. 2893. 2894. 2895. 2896. 2897. 2898. 2899. 2900. 2901. 2902. 2903. 2904. 2905. 2906. 2907. 2908. 2909. 2910. 2911. 2912. 2913. 2914. 2915. 2916. 2917. 2918. 2919. 2920. 2921. 2922. 2923. 2924. 2925. 2926. 2927. 2928. 2929. 2930. 2931. 2932. 2933. 2934. 2935. 2936. 2937. 2938. 2939. 2940. 2941. 2942. 2943. 2944. 2945. 2946. 2947. 2948. 2949. 2950. 2951. 2952. 2953. 2954. 2955. 2956. 2957. 2958. 2959. 2960. 2961. 2962. 2963. 2964. 2965. 2966. 2967. 2968. 2969. 2970. 2971. 2972. 2973. 2974. 2975. 2976. 2977. 2978. 2979. 2980. 2981. 2982. 2983. 2984. 2985. 2986. 2987. 2988. 2989. 2990. 2991. 2992. 2993. 2994. 2995. 2996. 2997. 2998. 2999. 3000. 3001. 3002. 3003. 3004. 3005. 3006. 3007. 3008. 3009. 3010. 3011. 3012. 3013. 3014. 3015. 3016. 3017. 3018. 3019. 3020. 3021. 3022. 3023. 3024. 3025. 3026. 3027. 3028. 3029. 3030. 3031. 3032. 3033. 3034. 3035. 3036. 3037. 3038. 3039. 3040. 3041. 3042. 3043. 3044. 3045. 3046. 3047. 3048. 3049. 3050. 3051. 3052. 3053. 3054. 3055. 3056. 3057. 3058. 3059. 3060. 3061. 3062. 3063. 3064. 3065. 3066. 3067. 3068. 3069. 3070. 3071. 3072. 3073. 3074. 3075. 3076. 3077. 3078. 3079. 3080. 3081. 3082. 3083. 3084. 3085. 3086. 3087. 3088. 3089. 3090. 3091. 3092. 3093. 3094. 3095. 3096. 3097. 3098. 3099. 3100. 3101. 3102. 3103. 3104. 3105. 3106. 3107. 3108. 3109. 3110. 3111. 3112. 3113. 3114. 3115. 3116. 3117. 3118. 3119. 3120. 3121. 3122. 3123. 3124. 3125. 3126. 3127. 3128. 3129. 3130. 3131. 3132. 3133. 3134. 3135. 3136. 3137. 3138. 3139. 3140. 3141. 3142. 3143. 3144. 3145. 3146. 3147. 3148. 3149. 3150. 3151. 3152. 3153. 3154. 3155. 3156. 3157. 3158. 3159. 3160. 3161. 3162. 3163. 3164. 3165. 3166. 3167. 3168. 3169. 3170. 3171. 3172. 3173. 3174. 3175. 3176. 3177. 3178. 3179. 3180. 3181. 3182. 3183. 3184. 3185. 3186. 3187. 3188. 3189. 3190. 3191. 3192. 3193. 3194. 3195. 3196. 3197. 3198. 3199. 3200. 3201. 3202. 3203. 3204. 3205. 3206. 3207. 3208. 3209. 3210. 3211. 3212. 3213. 3214. 3215. 3216. 3217. 3218. 3219. 3220. 3221. 3222. 3223. 3224. 3225. 3226. 3227. 3228. 3229. 3230. 3231. 3232. 3233. 3234. 3235. 3236. 3237. 3238. 3239. 3240. 3241. 3242. 3243. 3244. 3245. 3246. 3247. 3248. 3249. 3250. 3251. 3252. 3253. 3254. 3255. 3256. 3257. 3258. 3259. 3260. 3261. 3262. 3263. 3264. 3265. 3266. 3267. 3268. 3269. 3270. 3271. 3272. 3273. 3274. 3275. 3276. 3277. 3278. 3279. 3280. 3281. 3282. 3283. 3284. 3285. 3286. 3287. 3288. 3289. 3290. 3291. 3292. 3293. 3294. 3295. 3296. 3297. 3298. 3299. 3300. 3301. 3302. 3303. 3304. 3305. 3306. 3307. 3308. 3309. 3310. 3311. 3312. 3313. 3314. 3315. 3316. 3317. 3318. 3319. 3320. 3321. 3322. 3323. 3324. 3325. 3326. 3327. 3328. 3329. 3330. 3331. 3332. 3333. 3334. 3335. 3336. 3337. 3338. 3339. 3340. 3341. 3342. 3343. 3344. 3345. 3346. 3347. 3348. 3349. 3350. 3351. 3352. 3353. 3354. 3355. 3356. 3357. 3358. 3359. 3360. 3361. 3362. 3363. 3364. 3365. 3366. 3367. 3368. 3369. 3370. 3371. 3372. 3373. 3374. 3375. 3376. 3377. 3378. 3379. 3380. 3381. 3382. 3383. 3384. 3385. 3386. 3387. 3388. 3389. 3390. 3391. 3392. 3393. 3394. 3395. 3396. 3397. 3398. 3399. 3400. 3401. 3402. 3403. 3404. 3405. 3406. 3407. 3408. 3409. 3410. 3411. 3412. 3413. 3414. 3415. 3416. 3417. 3418. 3419. 3420. 3421. 3422. 3423. 3424. 3425. 3426. 3427. 3428. 3429. 3430. 3431. 3432. 3433. 3434. 3435. 3436. 3437. 3438. 3439. 3440. 3441. 3442. 3443. 3444. 3445. 3446. 3447. 3448. 3449. 3450. 3451. 3452. 3453. 3454. 3455. 3456. 3457. 3458. 3459. 3460. 3461. 3462. 3463. 3464. 3465. 3466. 3467. 3468. 3469. 3470. 3471. 3472. 3473. 3474. 3475. 3476. 3477. 3478. 3479. 3480. 3481. 3482. 3483. 3484. 3485. 3486. 3487. 3488. 3489. 3490. 3491. 3492. 3493. 3494. 3495. 3496. 3497. 3498. 3499. 3500. 3501. 3502. 3503. 3504. 3505. 3506. 3507. 3508. 3509. 3510. 3511. 3512. 3513. 3514. 3515. 3516. 3517. 3518. 3519. 3520. 3521. 3522. 3523. 3524. 3525. 3526. 3527. 3528. 3529. 3530. 3531. 3532. 3533. 3534. 3535. 3536. 3537. 3538. 3539. 3540. 3541. 3542. 3543. 3544. 3545. 3546. 3547. 3548. 3549. 3550. 3551. 3552. 3553. 3554. 3555. 3556. 3557. 3558. 3559. 3560. 3561. 3562. 3563. 3564. 3565. 3566. 3567. 3568. 3569. 3570. 3571. 3572. 3573. 3574. 3575. 3576. 3577. 3578. 3579. 3580. 3581. 3582. 3583. 3584. 3585. 3586. 3587. 3588. 3589. 3590. 3591. 3592. 3593. 3594. 3595. 3596. 3597. 3598. 3599. 3600. 3601. 3602. 3603. 3604. 3605. 3606. 3607. 3608. 3609. 3610. 3611. 3612. 3613. 3614. 3615. 3616. 3617. 3618. 3619. 3620. 3621. 3622. 3623. 3624. 3625. 3626. 3627. 3628. 3629. 3630. 3631. 3632. 3633. 3634. 3635. 3636. 3637. 3638. 3639. 3640. 3641. 3642. 3643. 3644. 3645. 3646. 3647. 3648. 3649. 3650. 3651. 3652. 3653. 3654. 3655. 3656. 3657. 3658. 3659. 3660. 3661. 3662. 3663. 3664. 3665. 3666. 3667. 3668. 3669. 3670. 3671. 3672. 3673. 3674. 3675. 3676. 3677. 3678. 3679. 3680. 3681. 3682. 3683. 3684. 3685. 3686. 3687. 3688. 3689. 3690. 3691. 3692. 3693. 3694. 3695. 3696. 3697. 3698. 3699. 3700. 3701. 3702

ATENDIMENTO ESPECIALIZ.

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

COMPREENSÃO  
E PREVIDÊNCIA SIA

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

*Outro paciente*

DATA: 30/11/15

HORA:

*19h*

SAÍDA:

DATA:

/ /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

/ /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

*Dr. Rodrigo Costa*  
Otopnele  
CRM 0345 / 5807 1425

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. ☐

DESTACAR

# Hospital Memorial de Natal

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

Data: 07/12/2015 10:34

## FICHA DE INTERNAMENTO

### Dados do Paciente

Paciente: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA

Registro: 110522

RG: 610105

CPF: 336.464.574-49 Nascimento: 02/09/1965

50 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Casado(a)

Endereço: RUA IRENE RODRIGUES SOARES

N.: 10

Bairro: CENTRO

Cidade: SERRINHA

UF: RN

CEP: 59258000

Fone: 84987106755

Ocupação: FUNCIONARIO PUBLICO ESTADUAL E

Mãe: ELIANA PEREIRA DA SILVA

### Dados do Internamento

Admissão: 07/12/2015 10:34

Entrada: 07/12/2015 10:34 Previsão saída: 09/12/2015 11:00 Atendente: MRECEPCAO

Convênio: SUS ESTADUAL

Matricula/CNS: 201395988090018

Médico: Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

CRM: 5500

**LEITO RESERVA 02**

### 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 autoriza, 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 está 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





**COMPANHIA DE SEGUROS  
E PREVIDENCIA S/A**

RECIBO 2º FEV 2016



Nome:

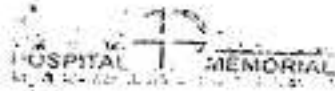
**HOSPITAL MEMORIAL**  
Av. Juv. Lamartine, 979  
Tirol - Natal/RN  
CEP: 59258-000  
Em: 07/12/2015  
Ass: 

Observações

COM UMA PELICULA DE RX, LAUDO DO SUS, EXAMES LAB.

3072009-5





# Hospital Memorial de Natal

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

## FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 07/12/2015

### Dados do Paciente

Paciente: **SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA** Registro: 110522  
 Num. RG: 610105 CPF: 336.464.574-49 Nascimento: 02/09/1965 50 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Casado**  
 Endereço: **RUA IRENE RODRIGUES SOARES** N. 10 Bairro: **CENTRO**  
 Cidade: **SERRINHA** UF: **RN** CEP: **59258000** Fone: 84987161  
 Profissão: **FUNCIONARIO PUBLICO ESTADUAL E** Mãe: **ELIANA PEREIRA DA SILVA**

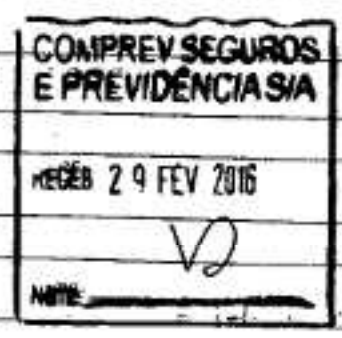
### Dados do Internamento

Num. Internamento: 1 Entrada: 07/12/2015 10:34 Previsão saída: 09/12/2015 11:00 Atendente: **MRECEPCAO**  
 Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: 201395988090018  
 Médico: **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA** CRM: 5500

**LEITO RESERVA 01**

### 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: \_\_\_\_\_



# Hospital Memorial de Natal

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

Data: 07/12/2015 10:10

## Dados do Paciente

Paciente: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA

Registro: 110522

Num. RG: 610105

CPF: 336.464.574-49 Nascimento: 02/09/1965 50 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Casado

Endereço: RUA IRENE RODRIGUES SOARES

N.: 10

Bairro: CENTRO

Cidade: SERRINHA

UF: RN

CEP: 59258000

Fone: 849871057

Profissão: FUNCIONARIO PUBLICO ESTADUAL E

Mãe: ELIANA PEREIRA DA SILVA

## Dados do Internamento

Num. Internamento: 1

Entrada: 07/12/2015 10:34 Previsão saída: 09/12/2015 11:00 Atendente: MRECEPCAC

Convênio: SUS ESTADUAL

Matrícula/CNS: 201395988090018

Médico: Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

CRM: 5500

LEITO RESERVA 03

## Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

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

1. - Autorizo o(a) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA  
ou cirurgia: S8085

a realizar o seguinte procedimento: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADES / METAFISE P

2. - O(A) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

, explicou-me claramente a proposta do tratamento

procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive 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

Assinatura: [X] 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. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA - CRM 5500

Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel  
Pronto Socorro Clévis Sarrão

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DO CONSULTANTE	4 - CNES
5 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
6 - NOME DO PACIENTE	8 - Nº DO PROTOCOLO
7 - NOME DO RESPONSÁVEL	9 - SEXO
10 - DATA DE NASCIMENTO	11 - TELEFONE DE CONTATO
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)	13 - CID
14 - BAIRRO	15 - CEP
16 - CID	17 - UF

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

18 - SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	19 - SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
20 - EXAMES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	21 - CID INICIAL
22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
24 - CID TERCÁRIO	25 - CID QUATERNÁRIO
26 - CID QUINTÁRIO	27 - CID SEXTÁRIO
28 - CID SÉPTIMO	29 - CID OITAVO
30 - CID NONO	31 - CID DÉCIMO
32 - CID UNDÉCIMO	33 - CID DOZE
34 - CID TREZE	35 - CID QUATORZE
36 - CID QUINZE	37 - CID DEZESSEIS
38 - CID DEZESSETE	39 - CID DEZOITO
40 - CID DEZENOVE	41 - CID Vinte
42 - CID Vinte e um	43 - CID Vinte e dois
44 - CID Vinte e três	45 - CID Vinte e quatro
46 - CID Vinte e cinco	47 - CID Vinte e seis
48 - CID Vinte e sete	49 - CID Vinte e oito
50 - CID Vinte e nove	51 - CID Trinta
52 - CID Trinta e um	53 - CID Trinta e dois
54 - CID Trinta e três	55 - CID Trinta e quatro
56 - CID Trinta e cinco	57 - CID Trinta e seis
58 - CID Trinta e sete	59 - CID Trinta e oito
60 - CID Trinta e nove	61 - CID Quarenta
62 - CID Quarenta e um	63 - CID Quarenta e dois
64 - CID Quarenta e três	65 - CID Quarenta e quatro
66 - CID Quarenta e cinco	67 - CID Quarenta e seis
68 - CID Quarenta e sete	69 - CID Quarenta e oito
70 - CID Quarenta e nove	71 - CID Cinquenta
72 - CID Cinquenta e um	73 - CID Cinquenta e dois
74 - CID Cinquenta e três	75 - CID Cinquenta e quatro
76 - CID Cinquenta e cinco	77 - CID Cinquenta e seis
78 - CID Cinquenta e sete	79 - CID Cinquenta e oito
80 - CID Cinquenta e nove	81 - CID Sixenta
82 - CID Sixenta e um	83 - CID Sixenta e dois
84 - CID Sixenta e três	85 - CID Sixenta e quatro
86 - CID Sixenta e cinco	87 - CID Sixenta e seis
88 - CID Sixenta e sete	89 - CID Sixenta e oito
90 - CID Sixenta e nove	91 - CID Setenta
92 - CID Setenta e um	93 - CID Setenta e dois
94 - CID Setenta e três	95 - CID Setenta e quatro
96 - CID Setenta e cinco	97 - CID Setenta e seis
98 - CID Setenta e sete	99 - CID Setenta e oito
100 - CID Setenta e nove	101 - CID Oitenta
102 - CID Oitenta e um	103 - CID Oitenta e dois
104 - CID Oitenta e três	105 - CID Oitenta e quatro
106 - CID Oitenta e cinco	107 - CID Oitenta e seis
108 - CID Oitenta e sete	109 - CID Oitenta e oito
110 - CID Oitenta e nove	111 - CID Noventa
112 - CID Noventa e um	113 - CID Noventa e dois
114 - CID Noventa e três	115 - CID Noventa e quatro
116 - CID Noventa e cinco	117 - CID Noventa e seis
118 - CID Noventa e sete	119 - CID Noventa e oito
120 - CID Noventa e nove	121 - CID Cem

**COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**

MEDEB 29 FEV 2016

122 - NOME DO PROCEDIMENTO	123 - LEITO / CLÍNICA	124 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	125 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
126 - DT SOLICITAÇÃO	127 - CNES / CPF	128 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	129 - BÔNUS

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

130 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	131 - CNPJ DA SEGURADORA	132 - Nº DO BILHETE	133 - BÔNUS
134 - ACID. TRABALHO TÍPICO	135 - CNPJ	136 - Nº DO BILHETE	137 - BÔNUS
138 - ACID. TRABALHO TRAJETO	139 - CNPJ	140 - Nº DO BILHETE	141 - BÔNUS
142 - ACID. TRABALHO PRINCIPAL	143 - CNPJ	144 - Nº DO BILHETE	145 - BÔNUS
146 - ACID. TRABALHO SECUNDÁRIO	147 - CNPJ	148 - Nº DO BILHETE	149 - BÔNUS

**AUTORIZAÇÃO**

150 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	151 - Nº DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	152 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AHI)
153 - DT AUTORIZ.	154 - CNES / CPF	155 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
156 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	157 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AHI)	158 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

## CONSULTA HOSP-&gt;SOLICITAÇÕES

Código 152718210

N. AIH 241510082668-8

## Identificação da Unidade

Unidade Solidante:  
HOSPITAL MEMORIAL  
Unidade Executante:  
HOSPITAL MEMORIAL  
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro  
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROL  
Município Regulador NATAL  
Data de Solicitação 04.12.2015 - 10:37:40  
Data de Autorização 04/12/2015 - 10:43:29  
Data de Reserva 05.12.2015  
Data de Internação 06.12.2015  
Data Prevista de Alta 08.12.2015  
Data de Alta 06/12/2015 - 01:47:17  
Motivo da Alta 1.1 ALTA CURADO

CNES:

2408252

CNES:

2408252

Município

NATAL

Operador

03282959494PPC

Operador

42315379415MONIQUE

Operador

33391521449FRANCISCA

Operador 33391521449FRANCISCA

## Dados do Paciente

CNS

201395988090018

Nome do Paciente

SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA COSTA

Sexo:

FEMININO

Data do Nascimento:

02/09/1965 (50 anos)

Nome da Mãe:

ELINA PEREIRA DA SILVA

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

52

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

---

Nome do Responsável:

---

Nome Social/Apellido:

---

Raça:

AMARELA

Tipo Sanguíneo:

---

Naturalidade:

SERRINHA - RN

Logradouro:

ADÉLIA TAVARES DA CRUZ

Bairro:

ZONA URBANA

Município de Residência:

SERRINHA

Telefone do Responsável

---

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A

RECIBO 29 FEV 2016

15

Nome:

Complemento:

CEP:

59258000

UF:

RN

## Dados da Solicitação

CPF do Médico Solidante:

19561917807

CPF do Médico Executante:

19561917807

Diagnóstico Inicial - CID:

FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO - S521

Classificação de Risco

AMARELO - urgência, atendimento o mais rápido possível.

Caráter

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADES / METAFISE  
PROXIMAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

## Laudo Técnico e Justificativa da Internação

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Status da Solicitação:

APROVADO

Nome do Médico Solidante:

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

Nome do Médico Executante:

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408020415



## Identificação da Unidade

Unidade Solicitante:  
HOSPITAL MEMORIAL  
Município Regulador:  
NATAL

Data Desejada

## Dados do Paciente

CNS  
201395988090018  
Nome do Paciente  
SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA COSTA  
Sexo:  
FEMININO  
Data de Nascimento:  
02/09/1965 (50 anos)  
Nome da Mãe:  
ELINA PEREIRA DA SILVA  
Tipo Logradouro:  
RUA  
Número:  
52  
País de Residência:  
BRASIL  
Telefone(s):

Nome do Responsável:  
Não Informado

## Dados da Solicitação

CPF do Médico Solicitante:  
19561917807

Diagnóstico Inicial - CID:  
FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO - S521  
Classificação de Risco  
AMARELO - urgência, atendimento o mais rápido possível.  
Caráter

11 - Urgência

Clinica:  
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA  
Procedimento Solicitado:  
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADES / METAFISE PROXIMAL  
DOS OSSOS DO ANTEBRACO

## Laudo Técnico e Justificativa da Internação

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

FRATURA DE PUNHO

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FISICO E RX

Condições que Justificam a Internação:

TTO CIRURGICO

Natureza da lesão

Grave

Paracet

Situação:

PENDENTE

Motivo de Impedimento do Regulador

CNS:

2408252

Unidade Desejada:

HOSPITAL MEMORIAL

CNS:

2408252

Nome Social/Apelido:

---

Raça:

AMARELA

Tipo Sanguíneo:

---

Naturalidade:

SERRINHA - RN

Logradouro:

ADÉLIA TAVARES DA  
CRUZ

Bairro:

ZONA URBANA

Município de Residência:

SERRINHA

Complemento:

CEP:

59258000

UF:

RN

Telefone do Responsável:

Não Informado

Nome do Médico  
Solicitante:HELIO RUBENS POLIDO  
GARCIAStatus da  
Solicitação:

PENDENTE

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDENCIA S/A

RECIBO 29 FEV 2015

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

04080204

Cor:

Em:

MEMORIAL

R. da Liberdade, 978

CEP: 59258-000

Fone: (84) 3222-1111

Operador Solicitante:

03282959494PPC



Reg **11.05.22** NOME **Socorro Elizabeth de Oliveira** APTO:

Cirurgia Realizada: **Pro cirúrgico da fratura do antebraço**

DATA:	INICIO:	HS:	MIN:	TÉRMINO:	HS:	MIN:
<b>27/02/15</b>						
EQUIPE	NOME	CIC/MF	CRM	CIRURGIA		
Cirurgião	<b>Dr Hélio Garcia</b>		<b>5500</b>			Pequena
1 Auxiliar						Média
2 Auxiliar						Grande
Anestesiologista	<b>E. Luis</b>					Múltipla
Instrumentador						

1. Paciente em DDH sob bloqueio M Sup D 2: Assepsia e antisepsia 3. **COMPREV SEGUROS**  
acesso dorsal 4. Divulsão romba por planos 5. Tratamento cirúrgico **E PREVIDENCIA S/A**  
dos ossos do antebraço D com síntese 6. RX intra-op 8. Limpeza  
curativo + tala gessada

RECIB 29 FEB 2016

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
MEDICAMENTOS				FIOS				DESCARTÁVEL			
000000	Água Bionitida 100ml	AMP		050020	Venyl 4-0 (Violeta)	ENV		080184	Malla Tubular 12cm	UND	
000026	Água Bionitida 10ml	AMP		050037	Venyl 5-0 (Incolor)	ENV		080188	Malla Tubular 15cm	UND	
000088	Água Bionitida 20ml	AMP		050725	Venyl 6-0	ENV		080283	Máscara Descartável	UND	01
000057	Cloxacina 1g	AMP		050013	Venyl 7-0	ENV		080920	Palito 2 vias	UND	
000098	Decadron 4mg. inj.	AMP						084794	Podófila Despermatiz. / ml.	ML	
000713	Glicose 25% 10ml inj.	AMP						084787	Povidone Iódio / ml.	ML	
004283	Glicose 30% 10ml inj.	AMP						085567	Sabão Líquido	ML	1.00
004703	Hipoclor 50%	FRS						090733	Seringa Descartável	UND	05
005049	Inovel Pomada 1%	T/A						093223	Seringa Desc. 0.1cc e Agulha	UND	
015111	Keflin Neutro 1g	COM	02					082443	Seringa Desc. 0.5cc e Agulha	UND	
006087	Nervalgina 2ml inj.	AMP						082478	Seringa Desc. 0.5cc e Agulha	UND	07
007490	Procton 100mg. inj.	AMP						083209	Seringa Desc. 1.0cc e Agulha	UND	02
008829	Solução Ringier e Lactato	FRS						083215	Seringa Desc. 2.0cc e Agulha	UND	
008849	Soluções Ringier e Lactato	FRS						083120	Sonda Unistel 10	UND	
028128	Soro Fisiológico 100ml	FRS						083144	Sonda Unistel 12	UND	
000718	Soro Fisiológico 5% 500ml	FRS	02					083151	Sonda Unistel 14	UND	
008740	Soro Cloruro 5% 500ml	FRS						083169	Sonda Unistel 16	UND	
008995	Xylocaine 2% 40g	AMP						083183	Sonda Unistel 18	UND	
010602	Xylocaine 2% 40g	AMP						083550	Sonda Unistel 20	UND	
				DESCARTÁVEIS							
				081800	Albion-T Plus Nº 14	UND					
				081818	Albion-T Plus Nº 16	UND					
				081825	Albion-T Plus Nº 18	UND					
				081832	Albion-T Plus Nº 20	UND	02				
				080982	Agulha Descartável 13 x 4.5	UND					
				080992	Agulha Descartável 25 x 7	UND	03				
				080418	Agulha Descartável 40 x 12	UND	02				
				080575	Alcool Iodado	ML	04				
				080582	Atadura Crepon 10cm	ROL					
				080590	Atadura Crepon 12cm	ROL					
				080598	Atadura Crepon 15cm	ROL					
				080606	Atadura Crepon 20cm	ROL					
				080701	Atadura Gessada 10cm	ROL	03				
				080879	Atadura Gessada 12cm	ROL					
				080920	Atadura Ortopédica 10cm	ROL	03				
				080929	Atadura Ortopédica 15cm	ROL					
				081670	Atadura Ortopédica 15cm	ROL					
				080380	Atadura Ortopédica 20cm	ROL					
				080848	Bandeja Periférica	UND					
				081545	Bandeja Raqui	UND					
				080943	Butterfly 19g	UND					
				080955	Butterfly 21g	UND					
				082135	Butterfly 23g	UND					
				082142	Butterfly 25g	UND					
				081205	Compressa Descartável	UND					
				081244	Compressa Cirúrgica	UND					
				081989	Eletrodo Descartável	UND					
				080948	Enxoval 50cm	UND					
				082001	Espetrodrago 10 x 45	CM					
				082031	Éter Sulfato / ml.	ML					
				082285	Gaze 31 x 91	UND					
				082830	Gaze Funclada	UND					
				082354	Goma Descartável	UND	04				
				082100	Inalação Air II, 2.4 M	UND					
				081078	Inalação Padão	UND					
				082253	Lâmina Bisturi Nº 11	UND	01				
				082260	Lâmina Bisturi Nº 15	UND					
				082143	Lâmina Bisturi Nº 20	UND					
				082332	Lupa Descartável Nº 7.0	PAR	01				
				082640	Lupa Descartável Nº 7.5	PAR					
				082429	Lupa Descartável Nº 8.0	PAR	01				
				082411	Malla Tubular 10cm	ROL					

CIRURGIÃO: **Dr Hélio R. Garcia** CIRCULANTE: **Dr Hélio R. Garcia**  
Cirurgia de Mão-Ortopedia CRM AMO - RN

**ISDA**

**PRÉ-ANESTÉSICO:**

**DRUGS:**

**TÉCNICA ANESTÉSICA:**

## DROGAS USADAS NA ANESTESIA

[illegible]

### Interocorrências

[illegible]

### DÊSCRIÇÃO

**Oximetra**

### Cardioscópio

**Capnógrafo**

**DESCRIÇÃO****QUANTIDADE**

### Oxigênio Líquido

### Protóxido Líquido

## ANOTAÇÕES

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDENCIA S/A

2002 11 11 62 8302

INICIO ANESTESIA:

INICIO CIRURGIA:

**DATA:**

## FINAL CIRURGIA

## FINAL ANESTHESIA

ANESTHESIOLOGISTS

CRM:

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS  
PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Hospital Memorial de Natal

Registro-Internamento: 110522 -1

Leito Nº: LEITO RESERVA 03

Médico CRM - 5500 - HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

LAUDO MÉDICO PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

☐ Mudança de Procedimento

☐ Diária de U.T.I.

☐ Diária de Acompanhante

☐ Vacina Anti RH

☐

☒ Uso de Prótese, Ortese

☐ Uso de Fatores de Coagulação

☐ Uso de Oxigenadores

☐ Nutrição Parenteral

☐

HOSPITAL			
10.867.687/0001-10 - Hospital Memorial de Natal			
PACIENTE			
110522 -1 - SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA			
PROCEDIMENTO ANTERIO	PROCEDIMENTO SOLICITADO	MÉDICO SOLICITANTE	CRM
		HELIO RUBENS POLIDO GARCIA	5500
			CPF
			195.619.178-07

JUSTIFICATIVA

2 FIOS STEINMANN

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A

RECIBO 29 FEV 2016

HOSP

MEMORIAL  
Tirado em  
Col. em  
Em  
976  
RJ/RH  
Incl

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE	CRM	DATA
	5500	07/12/2015 16:01

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR	CRM	DATA



PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 110522 IH: 1 Paciente: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA  
Nascimento: 02/09/1965 50 anos Internação: 07/12/2015 10:34:25 Leito: LEITO RESERVA-03

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Procedimento: BOQUEIO E SEDACAO

Anestesiologista: DR ESAU

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO

Cirurgião: DR HELIO

Instrumentador: ANTONIA

Circulante: ELIENE E DEYSIANE

Tipo curativo: OCLUSIVO

Uso de material para biópsia/cultura: NAO

Perda sanguínea: NAO

Monitoração correta: SIM

Placa de bisturi: NAO

Antibiótico profilático: CEALOTINA 2G

Medicação administradas:

Intercomrências / Observações:

CIRURGIA REALIZADA COM EXITO PACIENTE ENCAMINHADA AO SRPA NA HVP CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO SOB EFEITO DE ANESTESIA EM O2 AMBIENTE SEGUE AOS CUIDADOS DE TODA EQUIPE DE ENFERMAGEM ANEXO AO PRONTUARIO RX E EXAMES COMPLEMENTARES.

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A

RECIBO 29 FEV 2016

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Pontencial de Contaminação: Limpa

ELIENE MARTINS DA SILVA  
COREN - 58524

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Tirol - Natal/RN  
Contato: (84) 3133-4260  
Em: \_\_\_\_\_

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 110522 IH: 1 Paciente: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA  
Nascimento: 02/09/1965 50:anos Internação: 07/12/2015 10:34:25 Leito: LEITO RESERVA 03

ANTES DO ATO CIRÚRGICO 07/12/2015 16:51:52 - COREN - 981845 - ANDRE LUIZ MIGUEL PEREIRA

Observações:

PACIENTE ADMITIDO NO CENTRO CIRURGICO DE PRÉ OPERATÓRIO DE FRATURA DE PUNHO O MESMO  
REGAAM+DM+HAS,PUNCIONADO EM MSE COM JELCO N°20 VIAB: SF0,9%, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE  
ENFERMAGEM.

Doença pré-existente:

Reserva sanguínea: NÃO Prótese: NÃO Jóias: NÃO Membro e lado da cirurgia: MSD

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

Alergias (medicamentos, jodo, esparadrapo): NÃO

Assinatura Responsável

Outros Exames:

SRPA 07/12/2015 16:51:52 - COREN - 981845 - ANDRE LUIZ MIGUEL PEREIRA

Nível consciência: CONSCIENTE

Oxigenoterapia: 02 AMBIENTE

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

Hipotensão: NÃO Raio X de Controle: NÃO

ADMINISTRADO UMA DIPIRONA+10ML DE ABD AS 16:50 MIN

Medicação administradas:

Encaminhamento:

PACIENTE ENCAMINHADO AO LEITO DE PÓS OPERATÓRIO DE FRATURA DE PUNHO NA  
SVP,CONSCIENTE ORIENTADO EM 02 AMBIENTE,COM CURATIVO LIMPO, DIURESE  
PRESENTE, REALIZAR RX DE CONTROLE,SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE  
ENFERMAGEM.

Assinatura Responsável





## Hospital Memorial de Natal



Paciente: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA  
Prontuário: 110522

Registado: 110522

Endereço: RUA IRENE RODRIGUES SOARES - CENTRO - SERRINHA - RN

Unid.: CENTRO CIRURGICO

Admissão: 07/12/15 10:34

Convênio: SUS ESTADUAL

Telefone: 84987106798

Controle

07/12/2015 16:01 Perióдика

Qtd

1) DIETA LIVRE, Ao dia

Mat 11067

2) DIPIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA)

Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.

3) OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia

Controle

08/12/2015 07:00 Perióдика

Qtd

4) DIETA LIVRE, Ao dia

Mat 11067

5) DIPIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA)

Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.

6) OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia

7) ALTA HOSPITALAR, 02 em 02 horas

Dr. - HELIO RUBENS POLIDO GARCIA  
CRM - 5500

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A

RECIBO 29 FEV 2016

02

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juazeiro  
Tiro 15  
Co. 1  
Em. 1  
Natal, RN 579

07/12/2015 16:01



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

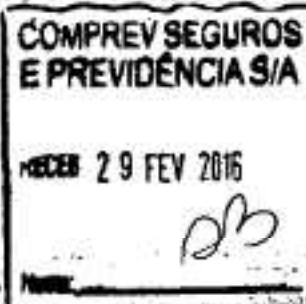
Registro: 110522 Num. Internação: 1

Data Internação: 07/12/2015 10:34:25

Paciente: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA  
Nascimento: 02/09/1965 ( 50 anos

Evolução: 07/12/2015 16:01:04

Di sem intercorrências



HOSPITAL MEMORIAL  
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979  
TIROL - NATAL/RN  
CEP: 59.079-000

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA  
CRM - 5500

**REGISTRO DE ENFERMAGEM**

Dados do Paciente

Paciente: **SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA**

Registro: **110522** Nº Internação: **1**

Nascimento: **02/09/1965** 50 anos Data Internação: **07/12/2015 10:34:25**

Leito: **LEITO RESERVA 03**

OBSERVAÇÕES GERAIS

PACIENTE SAIU DE ALTA HOSPITALAR

*Nadjany*

08/12/2015  
COREN - 383870  
NADJANY PRISCILLA LIMA TORRES

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB. 29 FEV 2016

*HA*

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Tirol - Natal/RN  
CEP: 59012-000

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PROTOCOLO	
RAÇA NACIONAL (P.S.)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO <input checked="" type="checkbox"/>
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
ENDEREÇO (RUA, Nº)			
CIDADE	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAÇOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

ESCRITAÇÃO DO PROCEDIMENTO	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
TIPO DO PROCEDIMENTO			29 - DT SOLICITAÇÃO
			30 - CNES / CPF
			31 - ASSINATURA E CARIMBO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
( ) ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
( ) ACID. TRABALHO TRAJETO		DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
ID PRINCIPAL		43 - ( )	44 - ( ) GRAVE 45 - ( ) GRAVÍSSIMA
ID SECUNDÁRIO			

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (A#)
DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
CNS / CPF	52	
ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A

RECIBO 29 FEV 2019

NOTA: ...

...  
...  
...  
...  
...





Cirurgia da Mão de Natal

**CIMAN**

Dr. Hélio Rubens Polido Garcia - CRM 5500  
CIRURGIA DA MÃO - MICROCIRURGIA - ARTROSCÓPIA

## RELATÓRIO MÉDICO

Nome: Socorro E. Oliveira

Diagnóstico: Pop fratura punho D

Evolução/ Tratamento: Ambulatório + Reabilitação

Prognóstico: Moderado. Ainda com dor e limitação. Segue em Reabilitação.

Recomendação: Deve afastar-se de suas atividades de carga por 4 (quatro) meses, à critério do perito

CID: S52 /Z98

17.12.15

Dr Hélio R P Garcia  
CRM 5500

Dr Hélio Rubens Polido Garcia  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia da Mão  
CRM 5500

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A

RECIB 29 FEV 2016



**Cirurgia da Mão de Natal**

**CIMAN**

DR. HÉLIO RUBENS POLIDO GARCIA – CRM 5500  
CIRURGIA DA MÃO - MICROCIRURGIA - ARTROSCOPIA

Socorro E Oliveira

Solicito

Fisioterapia

HD: POp. fratura punho D

- ADM total sem restrição
- analgesia – tens, calor
- massagem
- controle do edema

Dr Hélio R/P Garcia  
CRM 5500

Dr Hélio Rubens Polido Garcia  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia da Mão  
CRM 5500

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A

RECIBO 29 FEV 2016

*[Handwritten signature]*  
Módulo

**Cirurgia da Mão de Natal**

**CIMAN**

DR. HÉLIO RUBENS POLIDO GARCIA – CRM 5500  
CIRURGIA DA MÃO - MICROCIRURGIA - ARTROSCOPIA

**SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA**

**USO ORAL**

**1. Nisulid \_\_\_\_\_ 1 cx**

Tomar 1 comprimido via oral de 12/12h por 5 dias.

**2. Novalgina 1g \_\_\_\_\_ 2cx**

Tomar 1 comprimido via oral de 6/6h se dor

Dr. Hélio Rubens Polido Garcia  
ORTOPEDIA - MICROCIRURGIA  
CRM 5500 - CPF: 195.619.170-07

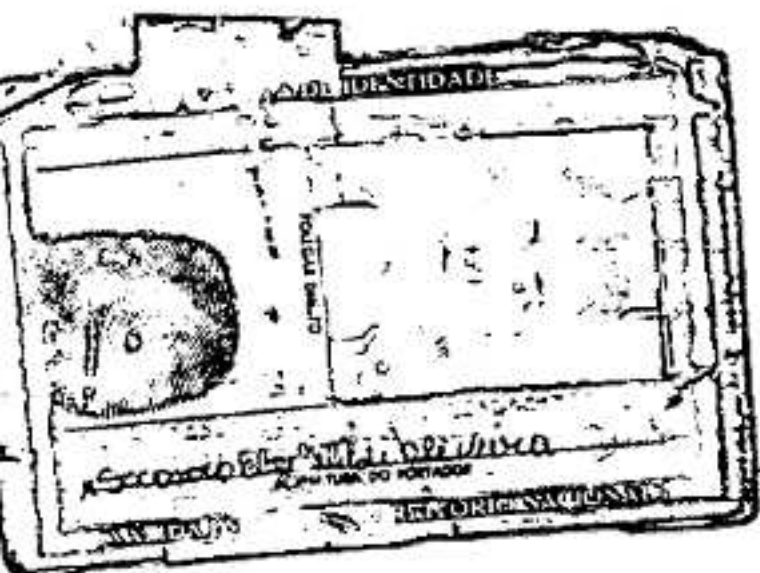
07.12.15

Dr. Hélio Rubens Polido Garcia  
Ortopedia  
Cirurgia da Mão/Microcirurgia  
CRM 5500

**COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A**

RECIBO 29 FEV 2015

Nome \_\_\_\_\_





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160150404 **Cidade:** Serrinha **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 30/11/2015 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/03/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA NO PUNHO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

**Sequelas permanentes:** COMPROMETIMENTO FUNCIONAL

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** PUNHO 75%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/03/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01366-8

CONTA: 000088300193-4

---

Nr. da Autenticação 5ABFEE64B74CB8EC