



Número: **0820615-85.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANDRE SANTOS DE CASTRO (AUTOR)		RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS (ADVOGADO)	
MAPFRE SEGUROS (RÉU)			
MICHEL FREIRE DE ARAUJO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44366111	13/06/2019 17:05	Petição	Petição
44366158	13/06/2019 17:05	2605336 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01	Outros documentos
44368380	13/06/2019 17:05	2605336 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01-10	Outros documentos

Juntada de petição.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 24ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN

Processo: 08206158520178205001

MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ANDRE SANTOS DE CASTRO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NATAL, 11 de junho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170102204 **Cidade:** Macaíba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRE SANTOS DE CASTRO **Data do acidente:** 24/06/2016 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/03/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO, TRAUMA ABDOMINAL E TCE

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MS DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ MS DIREITO
:25% DE 70% = 17,5%

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10547190

A/C: ANDRE SANTOS DE CASTRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170102204 ASL-0064966/17

Vitima: ANDRE SANTOS DE CASTRO

Data Acidente: 24/06/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: FATIMA DOS SANTOS COSTA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 23 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10571133

A/C: ANDRE SANTOS DE CASTRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170102204 ASL-0064966/17

Vítima: ANDRE SANTOS DE CASTRO

Data Acidente: 24/06/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: FATIMA DOS SANTOS COSTA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 13/02/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 24/06/2016. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

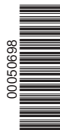
PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01395/01396 - carta_03



Rio de Janeiro, 15 de Março de 2017

Carta nº: 10662766

A/C: ANDRE SANTOS DE CASTRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170102204 ASL-0064966/17

Vítima: ANDRE SANTOS DE CASTRO

Data Acidente: 24/06/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: FATIMA DOS SANTOS COSTA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **09/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **24/06/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01269/01270 - carta_03



Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2017

Carta nº: 10799268

A/C: ANDRE SANTOS DE CASTRO

Sinistro: 3170102204 ASL-0064966/17
Vitima: ANDRE SANTOS DE CASTRO
Data Acidente: 24/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FATIMA DOS SANTOS COSTA

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: ANDRE SANTOS DE CASTRO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000002256-X

Conta: 000010037562-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, Andre Santos de Castro
PORTADOR(A) DO RG Nº 002.188.744 EXPEDIDO POR SSP RN EM 02/12/14 E
CPF 010701029798 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Revisor
E RENDA MENSAL DE R\$ Revisão NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Andre Santos de Castro, 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 Seguro 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 R\$ 2.500,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório 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), 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/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2256-X Nº da CONTA (com dígito, se existir) 37.562-4

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.

Macaíba RN, 10 de fevereiro de 2017

LOCAL E DATA

Fátima dos Santos Castro

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente 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.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
10/02/2017 - Autoatendimento - 14:43:23
483379533 0489

~~COMPROMISSO DE POUQUINHA~~
~~POURANCA - 37.582-9~~

FAVORECIDO
CLIENTE: ANDRE SANTOS DE CASTRO
AGENCIA: 2256-X
CONTA: 37.582-9
VARIACAO 51
VALOR TOTAL * 2.376.296.857
NR. ENVELOPE

PROTOCOL
RECEBIDO
13 FEV 2017
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEC

* Valor sujeito a conferência.

* Dados do Envelope: nº 2.376.296.857
* acolhido em: 10/02/2017, na Agência 4833-X.

DECLARO ME GENTILE DE ACORDO QUE OS
CREDITOS EM POURANCA EFETUADOS A PARTIR
DE 04/05/2012 ESTAO DISCIPLINADOS
PELA MEDIDA PROVISORIA 567/2012.

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATÉ A OPERACAO
SER PROCESSADA.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA-GERAL DE POLÍCIA CIVIL - (DEGEPOL)
DIRETORIA DE POLÍCIA DA GRANDE NATAL - (DPGRAN)

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MACAÍBA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 4.624 /2016-DPM

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de trânsito

LOCAL DO FATO: BR 226, Mangabeira, Macaíba RN.

DATA E HORA DO FATO: 24/06/2016 às 22:09HS

COMUNICANTE: André Santos de Castro

Filiação: Carlos Carvalho de Castro e de Fatima dos Santos Castro

Documento: 002.188.744 ITEP/RN. Profissão: calceiro

Naturalidade: Natal-RN.

Endereço: Rua Alto da Caixa, 70, Mangabeira, Macaíba /RN.

Data de Nascimento: 18/05/1979

Telefone: (84) 98731-1408

VÍTIMA: O comunicante..

Filiação:

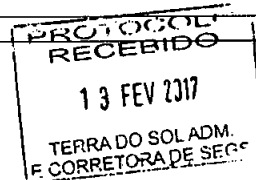
Documento:

Profissão:

Endereço:

Nascimento:

Telefone: (84)



Acusado(a):

Endereço:

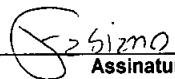
Ponto de referência:

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

A vítima compareceu a esta delegacia de polícia para relatar que caminhava sobre a pista de rolamento, quando tentou passar para o outro lado da via, foi colhido por um veículo tipo motocicleta, de cor e placa não anotada. Que ficou desacordado, sendo socorrido ao pronto socorro Clóvis Sarinho por uma viatura da polícia militar, onde permaneceu internado por 38 dias, passando por cirurgia no hospital Memorial. Nada mais disse.

OBS: O(a) comunicante é inteiramente responsável pelas informações prestadas neste Boletim de ocorrência.

Macaíba /RN, 04 de Outubro de 2016.

	
Assinatura do(a) Comunicante	Assinatura e Matrícula do Policial

Praça José da Penha, 46, centro, Macaíba/RN, CEP 59.380-000, Tel. (84) 3271-6836/6835.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, André Santos de Castro portador da carteira de identidade nº 002.188.744 e inscrito no CPF/MF sob o nº 012.761.624-46 residente e domiciliado na Rua Alto da caixa Cidade macaíba, Estado RN, 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;

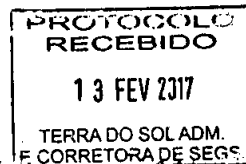
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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.



macaíba/RN 10/02/17

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



*Patina dos santos castro

Local e data

ATO DECLARATORIO

http://10.19.104.28/Internacoes/Boletins/Imprimir/187838



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA CIRURGIA GERAL

PACIENTE	ANDRE SANTOS DE CASTRO		
DATA DE ENTRADA	24/06/2016	HORA	22:09
Nº BAA	187838		
IDADE	37	SEXO	M
ETNIA	Pardo		
CARTÃO SUS	- ESTADO CIVIL Solteiro(a)		
CPF	012.701.624-46	RG	2.188.744
NOME DA MÃE	FATIMA DOS SANTOS CASTRO		
NOME DO PAI	CARLOS CARVALHO DE CASTRO		
NASCIMENTO	18/05/1979	NATURALIDADE	-
TELEFONE	(84) 8712-4122	PROFISSÃO	Calceteiro
RUA/AV.	RUA ALTO DA CAIXA	Nº	01 B
COMPLEMENTO	-		
CEP	59280-000	BAIRRO	MANGABEIRA
ORIGEM	Polícia	CIDADE	Macaíba-RN
ACID. DE TRABALHO	Não	MOTIVO	Atropelamento / Por Moto
		USUÁRIO	Macedo



HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente vítima de atropelamento apresenta lesão em do ombro direito e fratura em ABD. Refere dor abdominal e torácica.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A VA permeável, sem cervicalgia
- B MVB, simétrico, tórax extensor
- C BCR, 2T, BNF.
- D Glasgow 15
- E Lesão corte-contuso em ombro D, Fratura em ABD.

PROTOCOLO RECEBIDO
13 FEV 2017
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Exatidão em rosto.
ABD: Plano, flácido, dor à palpação.

TOMOGRRAFIA

ULTRASSONOGRAFIA

Realizado em:	24/06/16	Hora:	22:30
Técnico:	[Assinatura]		
Filmo:	1000	Realizado em:	24/06/16
Téc. Ent.:	[Assinatura]		
PRESSÃO	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA
INTERVAL			
DOR			
GLASGOW	RTS-SCORE FINAL		
DIAGNOSTICO INICIAL			
Politraumatizado			
CID			

Copyright © 2016 | Sistema Amazing | (84) 9613-4442

00:06

24/06/16

- ATO DECLARATORIO -
NR 00:30

FIQUE ATENTO A SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS; EM ESPECIAL A CRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS; DENUNCIE! PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E NOTIFIQUE

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	
ANAMNESE <u>Atropelamento</u>	
EXAME FÍSICO <u>Glasgow 14 sem déficits</u>	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA <u>TCE</u>	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)**** <u>TC crânio / cervical →</u>	LABORATÓRIO <u>FRATURA LINEAR TEMPORAL DIREITA + FR. COMISSURA</u> OUTROS
CONDUÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) <u>CD - OBSERVAÇÃO NEUROLOGICA</u> <u>• LIBERADO PARA PROCEDIMENTOS DA C. GERAL</u> <u>• TC DE CONTROLE EM 24h.</u>	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM <u>ORTOPEDIA</u> <u>De Brune Gots</u> <u>Neurocirurgia</u> <u>CRM 10823</u>
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: <u>C. G. Geral</u>	DATA: <u>25/06/16</u> HORA: <u>02:30</u>
SAÍDA: DATA: / /	PROTÓCOLO RECEBIDO
Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:	<u>13 FEV 2017</u>
ÓBITO: DATA: / / HORA:	TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.
Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐	

Dr. Isaac Oliveira
MR. Cl. Oncológico
CRM 8024
Médico (Carimbo)

CONFERE COM ORIGINAL
Nº 24102/16
Dest. a essa pasta e entregar ao paciente após a sua liberação
Nº 24102/16
SANE
ASSINATURA

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. ☐



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

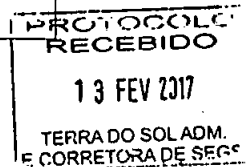
Eu, Andre Santos de castro

RG nº 002.188.744, data de expedição 02/12/14, Órgão SSP/RN

CPF nº 012.701.624/46, 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>Rua alto da caixa</u>
Número	<u>70</u>
Apto / Complemento	<u>Px do Posto de saúde</u>
Bairro	<u>Mangabeira</u>
Cidade	<u>macaíba</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59280-000</u>
Telefone de Contato	<u>(84) 98731-1408</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.



Local e Data: macaíba RN 10/02/17

Assinatura do Declarante: Andre Santos de castro



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Rio Grande do Norte
Rua Marmoz, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59015-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Ins. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
FATIMA DOS SANTOS COSTA

CPF: 378.938.824-68

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MONOFÁSICO

Nº DA NOTA FISCAL 00011596
SÉRIE ÚNICA
EMISSÃO 03/01/2017
APRESENTAÇÃO Nº DO CLIENTE Nº DA INSTALAÇÃO
03/01/2017 3000668012 424891

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ALTO DA CAIXA 70 PX AO POSTO
DE SAÚDE

MANGABEIRA/MANGABEIRA
MACAIBA RN
59260-000

CONTA CONTRATO MÊS/ANO
0853108747 01/2017
DATA DE VENCIMENTO DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
10/01/2017 02/02/2017
TOTAL A PAGAR (R\$) 66,48

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Adm (Wh)	109,0000000	0,52914084	56,76
Contribuição Iluminação Pública			6,82
Multa por atraso-NF 000039591 - 03/11/16			0,72
Juros por atraso-NF 000039591 - 03/11/16			0,39

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (KWh)
424891	CAL	02-12-2016	12 3424	03-01-2017	12 5214	32	156,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

MÊS/ANO	CONSUMO (KWh)	VALOR (R\$)
JAN 17 138	138	72,54
FEV 17 73	73	38,56
MAR 17 87	87	45,54
ABR 17 77	77	40,54
MAY 17 83	83	43,54
JUN 17 84	84	44,04
JUL 17 75	75	39,54
AUG 17 130	130	68,54
SET 17 121	121	63,54
OCT 17 145	145	76,54
NOV 17 127	127	66,54
DEZ 17 118	118	61,54
JAN 18 76	76	39,54

TARIFAS APLICADAS

0,00390000

RESERVADO AO FISCO
COOS 5558 3458 77EC F9F5 BA44 693C 767

PROTÓCOLO RECEBIDO

13 FEV 2017

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEG

ATENÇÃO: COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ATRASO

Valor	Valor	Valor	Valor
120,32	41,81		

Encargos de não pagamento de débitos, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua interrupção temporária de acordo com o que consta no SPC e SERASA, com as seguintes condições: Este comunicado não substitui a emissão de débitos e nem a cobrança de juros e multa em atraso.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES			
CONSUMO	VALOR APLICADO	LIMITE ANUAL	LIMITE SEMESTRAL
MACAIBA	0,05	11,0	22,00
DIC	0,05	7,74	15,48
PIG	0,05	7,74	15,48
DMAC	0,05	7,74	15,48

Linhas 16 60 USD - Valor do Encargado de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 20,15

CONTA CONTRATO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)

0853108747 01/2017 10/01/2017 66,48

83830000000-4 66480038400-2 85310674720-9 00684346503-3

10/01/2017

66,48

66,48

66,48

66,48

66,48

66,48

66,48

66,48

66,48

66,48

66,48

66,48

66,48

66,48

66,48

66,48



ANEXO II

DECLARAÇÃO

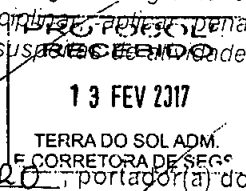
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, 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 de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, prevenir, punir e receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitadas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.



Pelo exposto, eu FATIMA DOS SANTOS CASTRO
RG nº 984.108, expedido por ITEP, em
04/11/1986, CPF/CNPJ nº 378.938.824-68.

Na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) ANDRE
SANTOS DE CASTRO do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ
da vítima ANDRE SANTOS DE CASTRO, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECURSO Renda Mensal: R\$ RECURSO

Documentos comprobatórios: RECURSO

Fatima dos Santos Castro
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

PACIENTE	ANDRE SANTOS DE CASTRO		
DATA DE ENTRADA	24/06/2016	HORA	22:09
Nº BAA	187838		
IDADE	37	SEXO	M
ETNIA	Pardo		
CARTÃO SUS	-	ESTADO CIVIL	Solteiro(a)
CPF	012.701.624-46	RG	2.188.744
NOME DA MÃE	FATIMA DOS SANTOS CASTRO		
NOME DO PAI	CARLOS CARVALHO DE CASTRO		
NASCIMENTO	18/05/1979	NATURALIDADE	-
TELEFONE	(84) 8712-4122	PROFISSÃO	Calceteiro
RUA/AV.	RUA ALTO DA CAIXA	Nº	01 B
COMPLEMENTO	-	BAIRRO	MANGABEIRA
CEP	59280-000	CIDADE	Macaíba-RN
ORIGEM	Polícia	MOTIVO	Atropelamento / Por Moto
ACID. DE TRABALHO	Não	USUÁRIO	Macedo

DOCUMENTO 4 *T496*



HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente vítima de atropelamento, apresenta lesão em ombro direito e fratura em M.D. Refere dor abdominal e torácica.

PROTÓCOLO RECEBIDO

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

13 FEV 2017

TERRADO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGº

- A VA perna, sem cefalalgia
- B MV, simétrico, tórax estável
- C AC, 2T, BNF
- D Glasgow 15
- E Lesão corte-contusa em ombro D, Fratura em M.D.

OUTRAS OBSERVAÇÕES Escorregão em rosto.

ABD: Plano, flácido, dor à palpação.

TOMOGRRAFIA

ULTRASSONOGRAFIA

Realizado em: 24/06/16

Realizado em: 24/06/16

Técnico: [Assinatura]

Téc. Enf.: [Assinatura]

Fl. moles	PRESSÃO	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL
1	110/70	0	36.5	18	90	15	1
2	110/70	0	36.5	18	90	15	1
3	110/70	0	36.5	18	90	15	1
4	110/70	0	36.5	18	90	15	1
5	110/70	0	36.5	18	90	15	1

DIAGNOSTICO INICIAL

Poli-traumatizado

CID

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A
B
C
D
EA (ALERGIAS): Nega

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)***

USG - FAST

RX tórax, ombro ① e cotovelo ①, antebraço e punho ① (AP e perfil).

LEONARDO COSTA CARTAXO
1º Ten Médico
CRM/RN 6753

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

① 5509/2000 L

② Dipirona 0,2g

1 L

+ 1000 L

02:30h. USG abd. 6/8 6/8 (200-1)

ABDOMIN. Ao exame: ABD - FUJID

SEM LIMITAÇÃO. GUSGOW 15. 6/10

EM CONTATO COM O CC. INFORMADO

NÃO HAVER SALA DISPONÍVEL NO

NOME DO RESPONSÁVEL ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: <u>Ortopedia</u>	HORA: _____	DATA: <u>24/06/16</u>
ESPECIALISTA 2: <u>NCR</u>	HORA: _____	DATA: <u>24/06/16</u>
ESPECIALISTA 3: _____	HORA: _____	DATA: _____

LEONARDO COSTA CARTAXO
1º Ten Médico
CRM/RN 6753

MÉDICO (CARIMBO)

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

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

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: <u>NUR 00:30</u>	
ANAMNESE: <u>Intoxicação</u>	
EXAME FÍSICO: <u>Glasgow 14 sem déficit</u>	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: <u>TCE</u>	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)**** <u>TC cômio lateral →</u>	LABORATÓRIO <u>FRATURA LINEAR TEMPORAL DIREITA + PEG. COMISSA</u> OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) <u>Observação neurocirúrgica</u> <u>• LIBERADO PARA PROCEDIMENTOS DA C. GERAL</u> <u>• TC DE CONTROLE EM 24h.</u>	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM <u>ORTOPEDIA</u> De Brung Gots Neurocirurgia CRM 10823 PROTÓCOLO RECEBIDO
Assinatura e Carimbo do Responsável	

DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:	13 FEV 2017
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: <u>C. G. Geral</u>	DATA: <u>25/06/16</u>	HORA: <u>02:30</u>
SAÍDA:	DATA: / /	HORA:
Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:		
ÓBITO:	DATA: / /	HORA:
Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐		

Médico (Carimbo)

Dr. Isaac Oliveira
MR Cr. Oncológico
CRM 8034

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. ☐	



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO DR. CLOVIS SARINHO
SETOR DE ULTRASSONOGRAFIA**

**NOME: ANDRE SANTOS DE CASTRO
DATA: 24/06/16**

ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOME TOTAL (fast)

- Presença de líquido livre na cavidade abdominal (provável hemoperitônio), com volume estimado em 200ml, localizado, predominantemente, no hipocôndrio esquerdo.

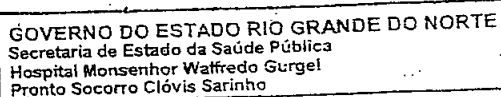
OBS: exame prejudicado devido agitação do paciente.

Laudos segue sem fotos, por problemas na impressora.

**Dr. Flávio Henrique F. De M. Andrade
CRM 5444**

 GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho				LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR					
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO					
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES		
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE			4 - CNES		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
5 - NOME DO PACIENTE André Sampaio de Castro			6 - Nº DO PROTOCOLO		
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO	1	FEMININO 2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO		
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)					
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP		
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente vítima de atropelamento apresentando dor em MSD e abdome. USG - líquidos livre peri-esplênicos					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Risco de morte					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) História clínica + USG					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Hemiparálises + Fratura		21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Esplenectomia + laparotomia		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	26 - LEITO / CLÍNICA Cirurgia Geral	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO Urgência	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Daniel C.A. de Medeiros
			29 - DT SOLICITAÇÃO		
			30 - CNS / CPF		
			31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) MÉDICO CRM 5208		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE		35 - BÔNUS	
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -		
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO					
41 - CID PRINCIPAL	DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL				
42 - CID SECUNDÁRIO	43 - ()	44 - () GRAVE	45 - () GRAVÍSSIMA		
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 / CPF		52			
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)			

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde a luz dos valores éticos e humanitários.



FICHA DE ACOMPANHAMENTO SOCIAL

Enfermaria: _____ Leito: 452
UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 24 / 06 / 2016
Alto: _____ / _____ / _____

identificação
me: André Santos de Castro Naturalidade: Natop
de: 37 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: 18 / 05 / 1979
i: 002 388.744 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: N alfabetizado
IAÇÃO: PAI: Carlos Carvalho de Castro
MÃE: Fátima dos Santos Castro Cidade: Macaiara
dereço: Rua Alto da Caixa 01 B Mangabeira
efone: () 987124322 ☐ Residencial ☐ Trabalho ☐ Recado
ntato: _____ Outros telefones: _____
sponsável pelo paciente: Fátima Parentesco: _____
dereço do Responsável: _____
986069658

Situação Ocupacional do Paciente e Vinculação Previdenciária

Situação Ocupacional do Paciente e Vinculação Profissional:
 atividade que desenvolve: Trabalha em Pedreira

trabalha com vínculo empregatício ☐ Sim ☒ Não

Beneficiário do Bônus do Fim do Ano ☐ Sim ☒ Não Benefício da LOAS ☐ Sim ☒ Não Renda:

imposição familiar: Não tem a mãe

Forma de Acesso ao Serviço:

☐ Sozinho - procurou atendimento ☐ Trazido por familiares

) Socorrido em via pública

ENCAMINHADO: Hospital de origem:

Médico:

4. Paciente encontra-se nos requisitos para ter acompanhamento?

n caso positivo, qual o motivo?

Evolução (Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

27/06/16 anexados: SUS + RG + CPF + Residência + Pontuação

PROTOCOLO
RECEBIDO
13 FEV 2017
TERRA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGS

☐ Sim ☒ Não

CONFERE COM ORIGINAL

24/10/16

opcionais participação da família na intern

Ins. Maria Dantas de Medeiros
Assistente Social
CRESS-RN 916



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

Nome: André Santos de Castro

Nº Registro:

Serviço: Ch. Geral

Idade:

Leito:

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente de 37 anos, vítima de atropelamento evoluindo com dor abdominal e em m. ombros.

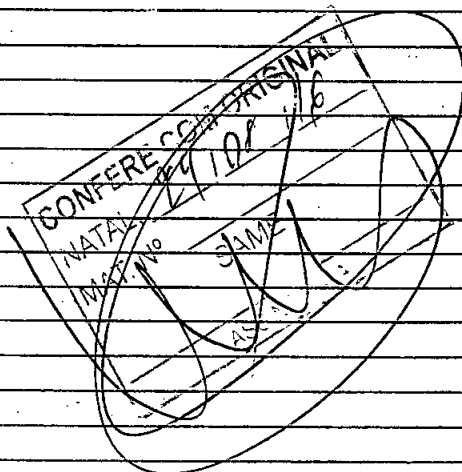
Ao exame: EGR, eufórico, hipocrômico ++/4+, hidratado
(05.00) Eufórico
Abdome um pouco doloroso à palpação
Aloja de movimento ECG=14. Magnético
R.C.C. em ombro (D)

Exames: USG Abdome: líquido livre em H.F.
RX: fratura de rádio e ulna, clavícula e escápula (articulação escápulo-umeral).

* Foi avaliado pela NCR, apresentando fratura craniã + pequenas contusões de condração conservadas.

(60) Laparotomia exploradora - Hospital sem condições para tratamento conservador.
(supulatório, com dificuldades de sala de cirurgia)

[Assinatura]
Daniel C. A. de Medeiros
MÉDICO
CRM 5298



ESTE HOSPITAL É SÓU FÁBRI FÁBRI



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

EVOLUÇÃO
MULTIDISCIPLINAR

Nome: Anelise Santos de Castro

Leito:

Idade:

Nº Registro:

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR
25.6.16	# Cir. Geral
5:00	Paciente com indicação cirúrgica, aguardando sala de cirurgia.
25/06	# 1ª Op. Operatória. Realizado L.E. que evidenciou mollicidade de consistência de sangue em revólver, porém não visualizado lesão do órgão sólido ou de suas estruturas intra-cavitárias.
26/06	# Cirurgia Geral 1ª DPO - L.E. (Lumbotomia). Paciente estável FC-82, pulmões perfurados amplos. Chius. GI febre no abdômen 24h. BFC, supine, acrocota, aprofundado e de fr. Balanço positivo e melhora.
	CD: Dileta branca Aol. Lumbotomia Tubos 5/10

Dr. Daniel C. A. de Mesquita Jr.
MÉDICO
CRM/RN - 8123

Dr. João Marcos de Mesquita Jr.
Méd. de Cirurgia Geral
CRM/RN - 8123

Dr. João Marcos de Mesquita Jr.
Méd. de Cirurgia Geral
CRM/RN - 8123

EXEMPLARE COM ORIGINAL
MAT. Nº. 99111111
SAME
BASTINHA



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

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Amche Saptory da Costa Idade: _____ Nº Reg.: _____
Serviço: Ortopedia / C. Geral Enf: _____ Leito: 452

AO SERVIÇO: _____

MOTIVO DA CONSULTA: - (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

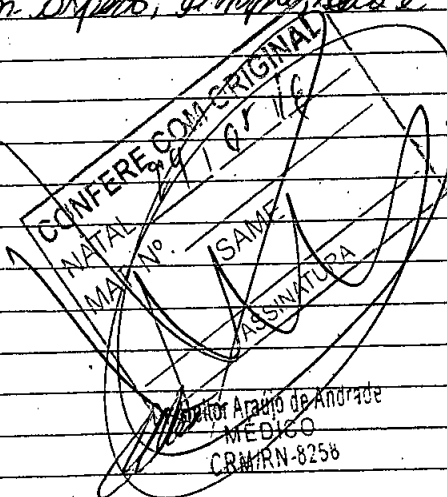
Via Pontilhada de Rutinan Pontes (Ligamentotomia)

Dr. Edson Ney Pinheiro Borges
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 3427 TEOT 6434
CPF 428.668.173-53

Natal/RN, 13 de 07 de 16

Médico que solicita o parecer

PARECER: Relatório submetido a 16 de maio de 2016 do qual
concordo que não se deveu fazer de opções isoladas ou
demais estruturas ("branca"). Sem queixas de dor ou
do sono; cicatriz cirúrgica em bom estado, limpa e
sem sinais flogísticos.
Ed: rutinan pontes de meluso



Natal/RN, 13 de Julho de 16

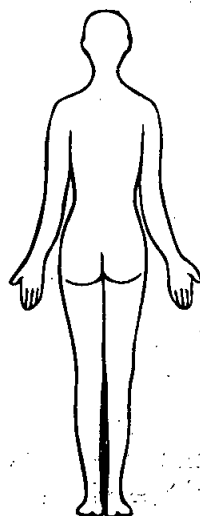
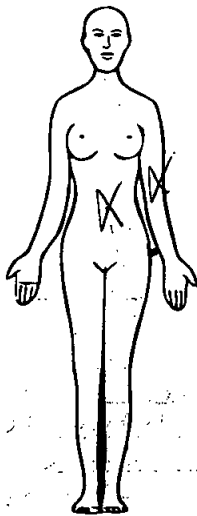


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

ma caiba / RU

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

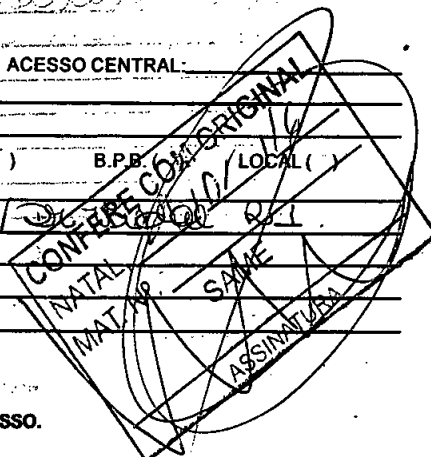
NOME DO PACIENTE: Andre Santos de Castro
DATA DE NASCIMENTO: 08.05.1979 IDADE: 37 anos
REGISTRO: 111.8453
DATA DE ADMISSÃO: 26.06.16 HORA: 09:30
ADMISSÃO DO PACIENTE: Grav
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Grav
HIDRATAÇÃO: SIM (☒) NÃO () VIA: PERIFÉRICO: (☒) ACESSO CENTRAL: ()
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONCIENTE (☒) ORIENTADO (☒) VIGIL () AGITADO ()
INCONSCIENTE: ()
ESTADO GERAL: BOM () REGULAR (☒) GRAVE ()
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE () M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()
ALÉRGICO: SIM () NÃO () HIPERTENSO: SIM () NÃO ()
DIABÉTICO: SIM () NÃO () ASMÁTICO: SIM () NÃO ()
DOENÇA RENAL: SIM () NÃO () OUTRAS PATOLOGIAS: _____
MEDICAÇÕES EM USO: _____
CIRURGIAS ANTERIORES: _____
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()
OBSERVAÇÃO: _____
ÁREA DE TRICOTOMIA: região perianal HORA: _____
ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____
OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



UPA In: 130 kg
FC: 105
SpO2: 97%
PA TRANS-Operatório
FC 123 bpm
SpO2: 99
106 x 56 mmHg
PA Final

INSTRUMENTADO: Talena JALECO Nº _____ ACESSO CENTRAL: _____
CIRCULANTE: Talena
TIPO DE ANESTESIA: GERAL (☒) RAQUI () PERIDUAL () B.P.B. LOCAL ()
OBS: 70% 4.5
ANESTESISTA: Dr. Ana Carolina
INÍCIO DE ANESTESIA: 0820
TÉRMINO DE ANESTESIA: _____
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: 02 g de Kefazol
HORA: 09:00h

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



INICIO DE CIRURGIA: 08:40 } 10:15
CIRURGIÃO: Dr. Reginaldo / Dr. Kleidner
1º AUXILIAR: Dr. Fco Mesquita
2º AUXILIAR:
3º AUXILIAR:
TIPO DE CIRURGIA: Laparotomia aberta / -4+ de fratura
Exposição do osso do M. femoral D

TÉRMINO DE CIRURGIA:
SONDAGEM VESICAL: SIM (X) NÃO () N° DA SONDA: 16
SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (X) N° DA SONDA:
EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO () RX: SIM () NÃO ()
RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO (X) TIPO:
RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (X) TIPO:

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO (X) FEITO FICHA: SIM () NÃO ()
MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO () ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM () NÃO ()
FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO (X)
DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO ()
COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM (X) NÃO () QUANTIDADE: 20
GAZES CONFERIDAS: SIM () NÃO () QUANTIDADE:
CAIXA CIRÚRGICA: Laparotomia + Bateria
COMPLETA: SIM () NÃO () OBS.:
ÓBITO: SIM () NÃO () HORA: REALIZADO RCP: SIM () NÃO ()
RESPONSÁVEL PELA RCP:
PACIENTE ENCAMINHADO: CRO () UTI () ALTA ()
EM AR AMBIENTE: SIM () NÃO () TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO ()
ENTUBADO: SIM () NÃO ()
PREENCHIDO AIH: SIM (X) NÃO ()
FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (X) NÃO ()
FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (X) NÃO ()

OBSERVAÇÕES: 08:10 - Pte com na SO pl / m cirurgia
monitORIZADO, intubado com TOT 45 por Dr
Calestina Realizado Laparotomia + SVB por Dr
-09:40, desceu mado da região operatória
+ Anticóagente sobre os campos dando
início ao procedimento. Colocado placa de betão
elétrico + fil em partícula esquerda. - Realizado
Término das Amigdal, dando continuidade
com ortopedia a 2 etapas da cirurgia
realizado fratura amigdal, pte anterior
intubado, com SVB e amigdal

com 332124
Enf. Reginaldo
Assinatura do(a) Enfermeiro(a)

Reginaldo
Assinatura do Circulante

Tec. Valéria
Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



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

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: André Santos de Castro Reg. N°
Diagnóstico pré-operatório: Tumor abdominal fechado
Indicação terapêutica: Laparotomia exploradora Urgência ☒ Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 25/06/16 Início: 9:00 Término: 9:50 Duração:
Operador: Dr. Rogério CRM/CRO:
1º Auxiliar: Dr. Mesquita Jr. CRM/CRO:
2º Auxiliar: CRM/CRO:
Instrumentador: Valéria
Anestesista: Dr. Rêver CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

1) Paciente em decúbito dorsal, sob anestesia geral.
2) Antepsia de parede abdominal + colocação de campos
estéril. 3) Incisão mediana, por planos, até co-
lidade abdominal. 4) Achados: moderada quantidade
de sangue em cavidade abdominal. 5) Exponção
e visualização de baco, sem evidência de lesão, bem
como fígado, intestino delgado, colon. 6) transverso,
7) sigmoide e reto inteiros. 8) parede anterior e pos-
terior do estômago (cutânea incluída), grande ~~anexo~~ (omento).
9) Realizado lavagem da cavidade com SF99. 10) Ex-
celso, com guias sempre; revisão de hemostasia.
11) Fechamento por planos: craniotomia e víscera e
pele e nylon 3.0. Dr. Rêver

Coleta de material anatomo-patológico: ☒ NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

NOME <i>Ima Mendes de Castro</i> LEITO: <i>152</i>		 GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarrinho		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
REGISTRO <i>26108136</i> D. NASCIMENTO <i>1/1/</i>		HORÁRIO / ASSINATURA			
DATA <i>26/08/16</i> PRESCRIÇÃO					
1	<i>03/08/10 burnide</i>				
2	<i>03/08/10 RS-152000, 64/12/14</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
3	<i>03/08/10 RS-152000, 64/12/14</i>	<i>06</i>	<i>12</i>	<i>18</i>	<i>24</i>
4	<i>03/08/10 RS-152000, 64/12/14</i>	<i>06</i>			
5	<i>03/08/10 RS-152000, 64/12/14</i>	<i>18</i>	<i>22</i>	<i>06</i>	
6	<i>03/08/10 RS-152000, 64/12/14</i>	<i>SN</i>			
7	<i>03/08/10 RS-152000, 64/12/14</i>	<i>SN</i>			
8	<i>03/08/10 RS-152000, 64/12/14</i>	<i>RECIBADO</i>	<i>RS</i>	<i>17:00</i>	
9	<i>03/08/10 RS-152000, 64/12/14</i>				
10					
11					
12					
13					
14					
15					

CONFERE COM ORIGINAL
 DATA 26/08/16
 ASSINATURA
 S. M. S.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM						ABERTURA OLHOS		RESPOSTA MOTORA		- GRAU	RESPOSTA VERBAL		GRAU	DROGAS	DIAS	
TURNOS	ABERT.	OLHOS	RESP.	MOTORA	RESP.	VERBAL	PONTOS 3 - 15	PUPILAS								
								TAM	SIMETRIA	REAÇÃO A LUZ						
								ABERTURA ESPONTÂNEA	4	CONVERSA ORIENTADO	5	LOCALIZA A DOR	5			
M								ORDEN VERBAL	3	CONVERSA DESORIENTADO	4	FLEXÃO A DOR	4			
T								DOR	2	LINGUAGEM INADEQUADA	3	DESCORTICADA	3			
N								SEM RESPOSTA	1	SONS ININTELGÍVEIS	2	DESCREBRADO	2			
										SEM RESPOSTA	1	SEM RESPOSTA A DOR				

PROCEDIMENTOS			EXAMES REALIZADOS	HORA	EXAMES REALIZADOS	HORA	CONTROLES	ANEMIZOBIÓTIPO	DIAS
INVASIVOS	DIAS	DIAS	RAIOS X		ANGIOGRAFIA		TROCA DE SV		
INTRACATH		DISSEC. VEM	PUNÇÃO LOMBAR		EDA		TROCA DE SNG		
VEIA PERIF.		ENTUBAÇÃO	ULTRASSONOGRAFIA		LABORATORIAIS		TROCA DE EQUIPO		
DRENO TORÁCICO		TRAQUEOSTOMA	ECG		GASOMETRIA		TROCA DE FRASCO ASP.		
SNG / SNE		SONDA VESICAL	ECO				TROCA DE CIRC. RESP.		
MARCA PASSO PROV.			TC				TROCA DE LATEX		

TARDE

NOTE

[illegible]

10/06 8:00h

Clicia Regina Mader
SUPERINTENDENTE
COREN

humanitários

 GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho	Nome: <u>André Santos de Castro</u> Idade: <u>31</u> Data: <u>31/07/2016</u> Registro: _____ Diagnóstico: _____ Dias de internação: _____		Letto: <u>452</u>	CONTROLE HÍDRICO
--	---	--	--------------------------	--------------------------------

SINAIS VITAIS										CONTROLE HÍDRICO										CUIDADOS ESPECIAIS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
HORA	TA	FR	FC	TEMP	P.V.C.	SAT O2	LÍQUIDO INFUNDIDO						LÍQUIDO ELIMINADO				HGT	Nebul.	Fluor.	Corporal	Hig.	Oral	Tapotagem	Mudança	Debitivo	Aspiração	HORA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
							SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG												SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

HOSPITAL MEMORIAL

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)31021228
hmemorial@veloxmail.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 01/08/2016 10:39

Dados do Paciente

Paciente: **ANDRE SANTOS DE CASTRO**

Registro: **115765**

Num. RG: **002188744**

CPF: **012.701.624-46** Nascimento: **18/05/1979** 37 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **ALTO DA CAIXA**

N.: **70**

Bairro: **MANGABEIRA**

Cidade: **MACAIBA**

UF: **RN**

CEP: **59280000**

Fone: **84987311408**

Profissão: **PEDREIRO**

Mãe: **FATIMA DOS SANTOS CASTRO**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1**

Entrada: **01/08/2016 10:38** Previsão saída: **02/08/2016 11:00** Atendente: **MRECEPCAO**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Matrícula/CNS: **898003034588129**

Médico: **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**

CRM: **5500**

LEITO RESERVA 08

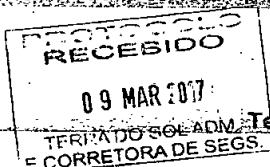
Dados do Responsável

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.

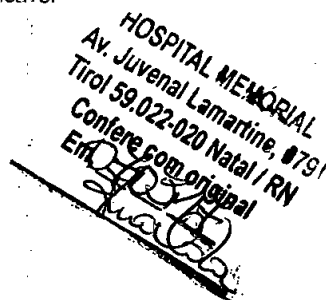
Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

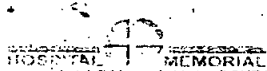
Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora esta autorizada a emitir as respectivas duplicatas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

Assinatura: [☒] Paciente [☐] Responsável

Observações

PACIENTE CO AIH, LAUDO DO SUS, AUTORIZACAO, DUAS FOLHAS DE RX.





Hospital Memorial de Natal

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

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 01/08/2016 10:39

Dados do Paciente

Paciente: **ANDRÉ SANTOS DE CASTRO**

Registro: **115765**

Núm. RG: **002188744**

CPF: **012.701.624-46**

Nascimento: **18/05/1979**

37 anos

Sexo: **Masculino**

Est. Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **ALTO DA CAIXA**

N.: **70**

Bairro: **MANGABEIRA**

Cidade: **MACAIBA**

UF: **RN**

CEP: **59280000**

Fone: **84987311408**

Profissão: **PEDREIRO**

Mãe: **FATIMA DOS SANTOS CASTRO**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1**

Entrada: **01/08/2016 10:38**

Previsão saída: **02/08/2016 11:00**

Atendente: **MRECEPCAO**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Matricula/CNS: **898003034588129**

Médico: **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**

CRM: **5500**

LEITO RESERVA 08

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

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

Déc. 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: _____

PROTÓCOLO
RECEBIDO
09 MAR 2017
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal/RN
Confere com original
Em 01/08/2016
Assinado

Hospital Memorial de Natal

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

Data: 01/08/2016 10:39

Dados do PacientePaciente: **ANDRE SANTOS DE CASTRO**Registro: **115765**Num. RG: **002188744** CPF: **012.701.624-46** Nascimento: **18/05/1979** 37 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**Endereço: **ALTO DA CAIXA**N: **70**Bairro: **MANGABEIRA**Cidade: **MACAIBA**UF: **RN**CEP: **59280000**Fone: **84987311408**Profissão: **PEDREIRO**Mãe: **FATIMA DOS SANTOS CASTRO****Dados do Internamento**Num. Internamento: **1**Entrada: **01/08/2016 10:38** Previsão saída: **02/08/2016 11:00** Atendente: **MRECEPCAO**Convênio: **SUS ESTADUAL**Matrícula/CNS: **898003034588129**Médico: **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**CRM: **5500****LEITO RESERVA 08****Dados do Responsável**

Responsável:

CPF:

RG:

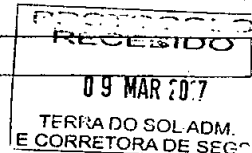
Parentesco:

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

1. - Autorizo o(a) **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**, a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: **S8304 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS**
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 a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

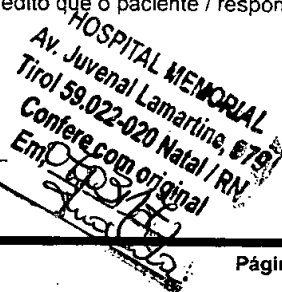
Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização:

Preenchido pelo responsável do paciente

Assinatura: [☒] Paciente [☐] Responsável**DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO**

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

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA - CRM 5500

NIR

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, Pronto Socorro Clóvis Sarinho				LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR					
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO					
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel			2 - CNES		
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE			4 - CNES		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
5 - NOME DO PACIENTE A. M. S. Santos da Costa			16 - Nº DO PROTOCOLO		
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS 898 0030 3458 8129		8 - DATA E LOCAL DE NASCIMENTO 18-05-1979		9 - SEXO 1	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Fatima dos Santos Costa			11 - TELEFONE DE CONTATO 98712 4122		
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) Rua Alts do coque no al B			13 - CEP 5928000		
13 - MUNICÍPIO Macau		14 - BAIRRO Nogueira		15 - UF RN	
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Secundário com febre					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO doença do sistema					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) K X					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura		21 - CID INICIAL 552		22 - CID SECUNDÁRIO	
23 - LAUDOS ASSOCIADOS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tratamento cirúrgico		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408020423		26 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. Kleudson Bastos	
27 - DT SOLICITAÇÃO 27/07/16		28 - DT SOLICITAÇÃO 27/07/16		29 - DT SOLICITAÇÃO 27/07/16	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		33 - CNPJ DA SEGURADORA		34 - Nº DO BILHETE	
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO		37 - CNPJ		38 -	
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO		40 -		41 - CID PRINCIPAL	
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ()		44 - ()	
AUTORIZAÇÃO					
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO		47 - DT AUTORIZ.		48 - CNES / CPF	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO		51 - DT AUTORIZ.	
52		53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		54 - Nº DO LAUDO DE INTERNAÇÃO	

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde a luz dos valores éticos e humanitários.

CONSULTAS->AIH GERADA

Código 173643331

N. AIH 241610055184-3

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MEMORIAL
Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL
Município Regulador
NATAL
Data de Solicitação
29.07.2016 - 08:46:56
Data de Autorização
29/07/2016 - 08:51:49
Data de Reserva
30.07.2016
Data de Internação
31.07.2016
Data Prevista de Alta
02.08.2016
Data de Alta
01/08/2016 - 09:16:39
Motivo da Alta
1.1 ALTA CURADO

CNES:
2408252
CNES:
2408252
Município
NATAL
Operador
03282959494PPC
Operador
63723034420MARJORIE
Operador
33391521449FRANCISCA
Operador
33391521449FRANCISCA

DADOS DO PACIENTE

CNS
706801264479022
Nome do Paciente
ANDRÉ SANTOS DE CASTRO
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
18/05/1979 (37 anos)
Nome da Mãe:
FATIMA DOS SANTOS CASTRO
Tipo Logradouro:
RUA
Número:
70
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):
(84) 3271-6550 (*Exibir Lista Detalhada*)
Nome do Responsável

Nome Social/Apelido:

Raça:
SEM INFORMACAO
Tipo Sanguíneo:

Naturalidade:
NATAL - RN
Logradouro:
ALTO DA CAIXA
Bairro:
MANGABEIRA
Município de Residência:
MACAIBA
Complemento:
CEP:
59280000
UF:
RN

Telefone do Responsável
---**DADOS DA SOLICITAÇÃO**

CPF do Médico Solicitante:
19561917807
CPF do Médico Executante:
19561917807
Diagnóstico Inicial - CID:
OUTRAS PARTES DO ANTEBRACO - S528
Classificação de Risco
AMARELO - urgência, atendimento o mais rápido possível.
Caráter
11 - Urgência
Clínica:
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO (C/ SINTESE)

Nome do Médico Solicitante:
HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
Status da Solicitação:
APROVADO
Nome do Médico Executante:
HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

Clínica Complementar:
Nenhuma
Código:
0408020423

LAIHO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
PACTE COM TRAUMA NO A.T.B D
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
EXAME FISICO E RX
Condições que Justificam a Internação:
TTO CIRURGICO

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em 16/08/2016
Assinado

Código 173643331

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:

HOSPITAL MEMORIAL

Município Regulador:

NATAL

Data Desejada:

DADOS DO PACIENTE

CNS

706801264479022

Nome do Paciente

ANDRE SANTOS DE CASTRO

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

18/05/1979 (37 anos)

Nome da Mãe:

FATIMA DOS SANTOS CASTRO

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

70

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(84) 3271-6550 (Exibir Lista Detalhada)

Nome do Responsável:

Não Informado

Município Regulador

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

19561917807

Diagnóstico Inicial - CID:

OUTRAS PARTES DO ANTEBRACO - S528

Classificação de Risco

AMARELO - urgência, atendimento o mais rápido possível.

Caráter

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRACO (C/ SINTESE)

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

PACTE COM TRAUMA NO A.T.B.D

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FISICO E RX

Condições que Justificam a Internação:

TTO CIRURGICO

Natureza da lesão

Grave

PAROCE

Situação:

PENDENTE

Motivo de Impedimento do Regulador

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante (examinador)

CNES:

2408252

Unidade Desejada:

HOSPITAL MEMORIAL

CNES:

2408252

Nome Social/Apelido:

Raça:

SEM INFORMACAO

Tipo Sanguíneo:

Naturalidade:

NATAL - RN

Logradouro:

ALTO DA CAIXA

Complem

Bairro:

MANGABEIRA

CEP:

59280000

Município de Residência:

MACAIBA

UF:

RN

Telefone do Responsável:

Não Informado

Unidade Desejada:

HOSPITAL MEMORIAL

CNES:

Nome do Médico

Solicitante:

HELIO RUBENS POLIDO

GARCIA

Status da

Solicitação

PENDENTE

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408020423

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em 02/07/2016
Assinado

Operador Solicitante:

03282959494PPC

CRM

Data

http://sisregiionordeste.saude.gov.br/cgi-bin/marcar_ih?co_cnes_ups_solicitante=2408... 29/07/2016

Num. 44368380 - Pág. 38

RELATÓRIO ANESTESIA

I.S.D.A.

André Santos de Castro

PRÉ-ANESTÉSICO:

DROGAS:

TÉCNICA ANESTÉSICA:

Bloqueio Intercostal e oxalor D - Sedação IV.

DROGAS USADAS NA ANESTESIA

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
000150	Adrenalina	AMP		006816	Narcam	AMP					
002856	Água Bidestilada	AMP		007527	Pisali 10mg	AMP					
000942	Atropina 25	AMP		007555	Prosigmine	AMP					
002050	Cloreto de Potássio	AMP		005292	Ketalar	AMP					
001480	Cloreto de Sódio	AMP		003353	Quelicm 100mg	AMP					
016920	Dimorf 2mg	AMP		000040	Quelicm 500mg	AMP					
002115	Diprivan	AMP		003543	Rapitem	AMP					
002953	Dolantina	AMP	01	000574	Sevorane	ML					
003060	Dormosol 15mg	AMP	21	008449	Sol. Ringer Simples	FRS	02				
017075	Dormosol 5mg	AMP		026123	Sol. Fisológica	FRS					
003071	Eforil	AMP		008740	Sol. Glucose	FRS					
003511	Fentanil 2ml	AMP	01	008829	Sol. Ringer Lactado	FRS					
003780	Forane	ML		001002	Thionembital	AMP					
017038	Halotano	ML		003013	Tresilum	AMP					
004895	Hypnomidate	AMP		005727	Valium	AMP					
002487	Inoval	AMP		001475	Xilocaína 1%	AMP					
010588	Lanexel	AMP		009995	Xilocaína 2% a/A	AMP	01				
005887	Marcaine 0.5 a/A	AMP		010026	Xilocaína 2% a/A	AMP					
005894	Marcaine 0.5 a/A	AMP		010033	Xilocaína Pesada	AMP					
010595	Marcaine Pesada	AMP									

Interocorrências

ST INTER.

DESCRIÇÃO

Oxímetro	OK
Cardioscópio	OK
Capnógrafo	-
DESCRIÇÃO QUANTIDADE	
Oxigênio Líquido	2 litro
Protóxido Líquido	

ANOTAÇÕES

17:05 A.I. 1,45
 24:00 A.I. 1,45
 27:00 A.I. 1,45
 30:00 A.I. 1,45
 33:00 A.I. 1,45
 36:00 A.I. 1,45
 39:00 A.I. 1,45
 42:00 A.I. 1,45
 45:00 A.I. 1,45
 48:00 A.I. 1,45
 51:00 A.I. 1,45
 54:00 A.I. 1,45
 57:00 A.I. 1,45
 60:00 A.I. 1,45
 63:00 A.I. 1,45
 66:00 A.I. 1,45
 69:00 A.I. 1,45
 72:00 A.I. 1,45
 75:00 A.I. 1,45
 78:00 A.I. 1,45
 81:00 A.I. 1,45
 84:00 A.I. 1,45
 87:00 A.I. 1,45
 90:00 A.I. 1,45
 93:00 A.I. 1,45
 96:00 A.I. 1,45
 99:00 A.I. 1,45
 102:00 A.I. 1,45
 105:00 A.I. 1,45
 108:00 A.I. 1,45
 111:00 A.I. 1,45
 114:00 A.I. 1,45
 117:00 A.I. 1,45
 120:00 A.I. 1,45

INÍCIO ANESTESIA:

INÍCIO CIRURGIA:

DATA: 01/08/16

FINAL CIRURGIA:

FINAL ANESTESIA:

ANESTESIOLOGISTA:

CRM:

CPF: 023.779.794-23 CRM: 6321

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Hospital Memorial de Natal

Registro-Internamento: 115765 -1

Leito Nº: LEITO RESERVA 08

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

115765 -1 - ANDRE SANTOS DE CASTRO

PROCEDIMENTO ANTERIOR

PROCEDIMENTO SOLICITADO

MÉDICO SOLICITANTE

CRM

CPF

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

5500

195.619.178-07

JUSTIFICATIVA

2 PLACAS DCP
12 PARAFUSOS

FRATURA HÁ 7 SEMANAS, JÁ CONSOLIDADA. REALIZADOS:

0408060590 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DOS OSSOS LONGOS

0408060174 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE

0408040157 ENXERTO OSSEO

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 278
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em 01/08/2016

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

CRM

5500

DATA

01/08/2016 16:53

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR

CRM

DATA



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: 02/08/2016 01:39

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 115765 IH: 1 Paciente: ANDRE SANTOS DE CASTRO
Nascimento: 18/05/1979 37 anos Internação: 01/08/2016 10:38:30 Leito: ENFERMARIA 103-A

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: BLOQUEIO DO PLEXO BRAQUIAL

Anestesiologista: DR RODRIGO

Tipo: FRATURA DE ANTEBRAÇO

Cirurgião: DR HELIO

Instrumentador: ANTONIA

Circulante: MIGUEL

Tipo curativo: OCCLUSIVO

Tem material para biópsia/cultura: NAO

Inf.sanguínea: NÃO

Monitoração correta: SIM

Placa de bisturi: SIM

Antibiótico profilático: CEFALOTINA 2G

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

PACIENTE ADMITIDO EM SALA DE CIRURGIA, CONSCIENTE ORIENTADO EM O2 AMBIENTE VIABILIZANDO HVP DE SF A 0,9
% NO MSE, PUCIONADO COM JELCO DE N 22, ENCAMINHADO AO CRO EM P.O.E SEQUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: limpa

RICARDO MIGUEL COSTA DE LIMA
COREN - 1016774

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em: 02/08/2016
Assinado eletronicamente



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 115765 IH: 1 Paciente: ANDRE SANTOS DE CASTRO

Nascimento: 18/05/1979 37 anos

Internação: 01/08/2016 10:38:30

Leito: ENFERMARIA 103-A

ANTES DO ATO CIRÚRGICO

01/08/2016 17:00:32 COREN - 694147 - ANDRE ARAUJO DE OLIVEIRA

Observações:

PACIENTE ADMITIDO NO C.C. PROVENIENTE DE SUA RESIDENCIA DEAMBULANDO PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE MEMBRO MSD. NEGA HAS FARM. AFIRMA FAZER USO DE MEDICACAO PARA DORMI TAMBEM NEGA ALEGIA MEDICAMENTOSA. CONSCIENTE E ORIENTADO EM O2 AMBIENTE EM JEJUM. SEGUE AOS CUIDADOS.

Doença pré-existente:

Há reserva sanguínea: NÃO

Prótese: NÃO

Jóias: NÃO

Membro a lado da cirurgia: MSD

Exame laboratorial: NÃO

Risco Cirúrgico: NÃO

Raio X: PRÉ

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo):

Assinatura Responsável

Outros Exames:

SRPA

01/08/2016 17:00:32 COREN - 694147 - ANDRE ARAUJO DE OLIVEIRA

Nível consciência: CONSCIENTE E ORIENTADO

Oxigenoterapia: 02 AMBIENTE

Acesso venoso: NÃO

Diurese: NÃO

Acidótico: SIM

Palido: NÃO

Sudorese: NÃO

Tremores: NÃO

Hipotensão: NÃO

Raio X de Controle:

Medicação administradas:

Encaminhamento:

PACIENTE EM POI DE FRATURA DE MSD COM JELCO 22 VIA 3: SF 0,9% EN DSE, ANEXO EM SEU PROTUARIO UMA PELICOLA DE RX DE PNE, CONSCIENTE E ORIENTADO SEM INTERCORRENCIA FOI ACOMPANHADO AO LEITO PELO MAQUEIRO E TEC DE ENFERMAGEM, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTAO.

Assinatura Responsável

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tírol 59.022-020 Natal / RN
Confere.com Original
Em: 01/08/2016
Assinatura



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

EVOLUÇÃO ASSISTENTE SOCIAL

Dados do Paciente

Paciente: **ANDRE SANTOS DE CASTRO**

Nascimento: **18/05/1979 37 anos**

Acompanhante:

Registro: **115765** Num. Internação: **1**

Data Internação: **01/08/2016 10:38:30**

Parentesco:

Endereço para Correspondência:

Endereço:

Cidade: **MACAIBA**

Bairro: **MANGABEIRA**

Ocorrência:

SEGUNDO PCT VÍTIMA DE ATROPELAMENTO

Evolução do Prontuário:

X - Paciente sem Acompanhante

X - Paciente/Acompanhante recebeu(ram) orientações a respeito das Normas Hospitalares.

Observações:

A GENITORA (FATIMA) DO PACIENTE AGUARDA POSIÇÃO SE SERÁ LIBERADO NA RECEPÇÃO DO HOSPITAL

CONDUTA HOSPITALAR

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

LUANA GOMES DE OLIVEIRA
CRAS - 3084

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Emp. [assinatura]

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: ANDRE SANTOS DE CASTRO

Idade: 37 anos

Convênio: SUS ESTADUAL

Reg.: 115765

Prontuário:

Unidade: CENTRO CIRURGICO

Leito: LEITO RESERVA 08

103 H

Admissão: 01/08/16 10:38

0 dia(s) de internação

Diag.: S528 - Fratura de outras partes do antebraço | Cabeça do cúbito [ulna]

01/08/2016 10:54

Serie (Estoque): 116.89237

Horários de Aplicação

	DIETAS DIETAS, Ao dia																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
--	-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(ATENÇÃO)

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 0791
Tirai 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em 01/08/16
Assinado eletronicamente

Pixeon - 01/08/2016 20:12 (U246/ASSIST.702) / (DWO:69)

Página: 1 / 1



Hospital Memorial de Natal

Prescrição Médica

Paciente: ANDRE SANTOS DE CASTRO
Prontuário: 115765
Registro: 115765
Leito: LEITO RESERVA 08
Unid.: CENTRO CIRURGICO
Admissão: 01/08/16 10:38
Endereço: ALTO DA CAIXA - MANGABEIRA - MACAIBA - RN
Telefone: 8498731408

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 59
Tf: 59.022-020 Natal / RN
Contato: SUS ESTADUAL
Em: 01/08/16
Assinado eletronicamente

01/08/2016 16:54	Periódica	Qtd	Controle
1)	DIETA LIVRE, Ao dia		
2)	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML Uso: 1 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.		Mat: 8718
3)	DIPIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.		Mat: 11067
4)	CEFALOTINA 1G FA Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.		Mat: 11042
5)	TRAMADOL CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.		Mat: 11139
6)	DIMENIDRINATO B6 INJ 10ML (DRAMIN) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.		Mat: 6943
7)	DICLOFENACO SÓDICO 50 MG COM (VOLTAREN) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.		Mat: 12345
8)	RANTIDINA 150MG COM (ANTAK) Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.		Mat: 11329
9)	OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia		
02/08/2016 07:00	Periódica	Qtd	Controle
10)	DIETA LIVRE, Ao dia		
11)	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML Uso: 1 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.		Mat: 8718
12)	DIPIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.		Mat: 11067

Hospital Memorial de Natal

Prescrição Médica -



Paciente: ANDRE SANTOS DE CASTRO
Prontuário: Registro: 115765
Unid: CENTRO CIRURGICO
Endereço: ALTO DA CAIXA - MANGABEIRA - MACAIBA - RN
Leito: LEITO RESERVA 08
Admissão: 01/08/16 10:38
Convênio: SUS ESTADUAL
Telefone: 84987311408

02/08/2016 07:00	Perfódica	Qtd	Controle
13)	CEFALOTINA 1G FA Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.		Mat: 11042
14)	TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.		Mat: 11139
15)	DIMENIDRINATO B6 INJ 10ML (DRAMIN) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.		Mat: 6943
16)	DICLOFENACO SÓDICO 50 MG COM (VOLTAREN) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.		Mat: 12345
17)	RANITIDINA 150MG COM (ANTAK) Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.		Mat: 11329
18)	OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia		
19)	ALTA HOSPITALAR, 02 em 02 horas		

01/08/2016 16:54

CR: -

Pixeon - 01/08/2016 16:54 (U130/ASSIST.702) / (DWO:58)

Página: 2 / 2



Hospital Memorial de Natal

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

EVOLUÇÃO MÉDICA -

Dados do Paciente

Paciente: ANDRE SANTOS DE CASTRO

Registro: 115765 Num.Internação: 1

Nascimento: 18/05/1979 (37 anos)

Data Internação: 01/08/2016 10:38:30

Evolução: 01/08/2016 16:53:47

consolidação viciosa do antebraço D há 7 semanas

com paresia do interosseo posterior

cd: POI sem intercorrências

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
CRM - 5500

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere.com original
Em: 01/08/2016
Assinado



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

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **ANDRE SANTOS DE CASTRO**

Registro: **115765** Nº Internação: **1**

Nascimento: **18/05/1979** 37 anos Data Internação: **01/08/2016 10:38:30**

Leito: **ENFERMARIA 103-A**

OBSERVAÇÕES GERAIS

AS 10:00 HORAS FOI ADM. DRAMIN 01AMP EM 100ML DE SF EV
AS 10:00 HORAS FOI ADM. RANITIDINA 01 CP V.O
AS 12:00 HORAS FOI ADM. DIPIRONA 01AMP EM 08ML DE ABD EV
AS 12:00 HORAS FOI ADM. CEFALOTINA 01G 01FA EM 10ML DE ABD AV

Janaína Vasconcelos

02/08/2016
01/07 - 655318
JANAINA VASCONCELOS DE SOUZA

ESTADO GERAL

Alerta

Higiene

Com auxílio

Ativo na Leito

Respiração

02 Ambiente

Corada

Deambulação

Asintomático

Com auxílio

Eliminação Vesical: **PRESENTE**

Eliminação Intestinal:

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **120 x 80** Pulso: **78** Temperatura: **37,3** °C Respiração: **20**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO:

DIETA

Alta Total

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:

PACIENTE CIRURGIADO POR FRATURA DE ANTEBRACO(D), NA HYP COM ESQUEMA DE ATB.
ANALGESIA FOI REALIZADO CURATIVO CIRURGICO COM PRESENÇA DE POLCO
SANGRAMENTO FOI LIMPO E OCLUIDO, LOGO EM SEGUIDA FOI AFERIDO SSVV, RECEBEU
VISITA MEDICA E ALTA HOSPITALAR, EM SEGUIDA SAIU.

02/08/2016 18:30:00

COREN - 627882

MICHAEL SOUZA DE LIMA

Michael

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tírol 59.072-020 Natal / RN
Controle com original
Em 02/08/2016



ASIMPA

Associação dos Servidores Municipais de Parnamirim

Atendimento Médico e Odontológico

Receituário

Especialidades:

Alergologia

Angeologia

Cardiologia

Clínico Geral

Dermatologia

Endocrinologia

Gastroenterologia

Ginecologia

Mastologia

Neurologia

Nutricionista

Odontologia

Oftamologia

Ortopedia

Otorrinolaringologia

Pediatra

Proctologia

Psicologia

Psiquiatria

Reumatologia

Urologia

Exames:

Acupuntura

Colposcopia

Eletrocardiograma

Eletrocardiografia

Exame Preventivo

Exames Laboratoriais

Endoscopia Digestiva

Peniscopia

Prótese Dentária

Ultrassonografia

Ligadura Elástica

Retossigmoidoscopia

Nome:

André Santos de Azevedo

Ator que apresenta
realizou tratamento
amigável dos ossos
do ant. braço direito
na articulação ceto-
um pouco mais forte
da mobilidade, ele
fez um e mono pupular
fui suco de refração
e uma noção de
recurso de mobilidade
de triângulo pt-tyro
não distorção
0175525/234

Assinatura e Carimbo

Rua Dr. Carlos Viates, 219 - Centro - Parnamirim

Fones: (84) 3645-0045/3644-8195/2226-8587

PROTOCOLO
RECEBIDO

23 MAR 2017

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEG.

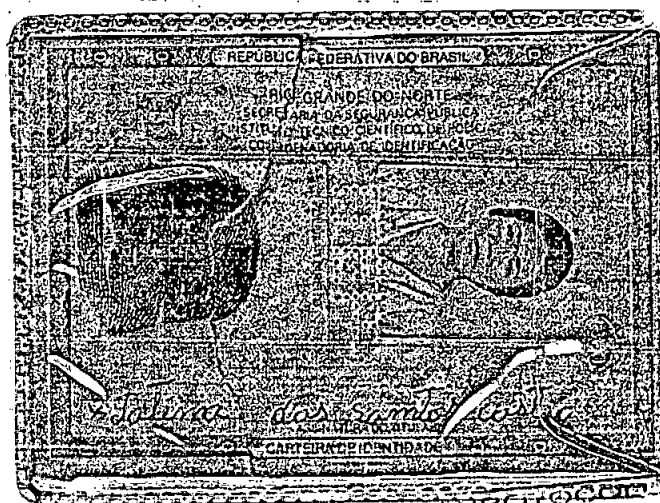


PROTÓCOLO
RECEBIDO
13 FEV 2017
TERRA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGS.

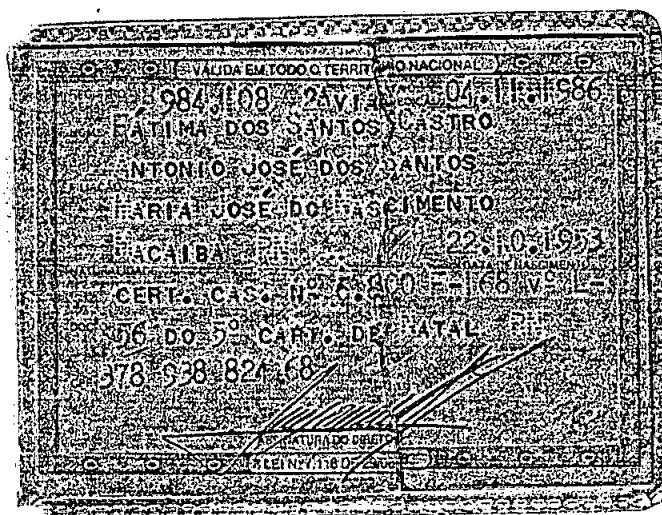
DOCUMENTO 5 *T596*



VITIMA



PROTÓCOLO
RECEBIDO
13 FEV 2017
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS



PROCURADORA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170102204 **Cidade:** Macaíba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRE SANTOS DE CASTRO **Data do acidente:** 24/06/2016 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/02/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO, TRAUMA ABDOMINAL E TCE

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: RELATORIO DE TRATAMENTO QUANTIFICANDO A SEQUELA

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Estado do Rio Grande do Norte

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE PODER JUDICIÁRIO - COMARCA DE MACAIBA

SEGUNDO TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE MACAIBA/RN

Francisco BENÍCIO da Costa ===== Andreângelo BENÍCIO de Souza Costa

CPF nº 129.775.194-91

CPF nº 035.014.494-02

Tabelião Público

Substituto

PRIMEIRO TRASLADO "LIVRO Nº 95 PROCURAÇÕES" FOLHA 069

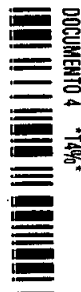
Procuração bastante que faz **ANDRE SANTOS DE CASTRO**, como abaixo se declara.

SAIBAM tantos quantos este Público Instrumento de Procuração virem, que no ano 2017 (dois mil e dezessete), aos 04 (quatro) dias do mês de janeiro, nesta cidade de Macaíba/RN, perante mim, Tabelião Público, compareceu como outorgante, neste Segundo Ofício de Notas, sito na Rua Prudente de Moraes, 122, **ANDRE SANTOS DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, calceteiro, natural de Natal/RN, onde nasceu aos 18 de maio de 1979, filho de Carlos Carvalho de Castro e Fátima dos Santos Castro, portador da Cédula de Identidade nº 002.188.744/SSP-RN e do CPF nº 012.701.624-46, residente e domiciliado na Rua Alto da Caixa, nº. 70 - Mangabeira, CEP: 59280-000 - Macaíba/RN; reconhecido pelo próprio por mim Tabelião Público - através da documentação apresentada; dou fé; e, por ele me foi dito que, por este Público Instrumento, nomeia e constitui sua bastante Procuradora, **FÁTIMA DOS SANTOS CASTRO**, brasileira, viúva, do lar, portadora da Cédula de Identidade nº 984.108 / 2ª Via SSP/RN e do CPF nº 378.938.824-68, residente e domiciliada na Rua Alto da Caixa, nº. 70 - Mangabeira, CEP: 59280-000 - Macaíba/RN; a quem confere os mais amplos e ilimitados poderes para acompanhar, junto a qualquer seguradora estabelecida neste país, a tramitação do processo requerido pelo outorgante relacionado a indenização do seguro **DPVAT - SEGURO OBRIGATÓRIO de DANOS PESSOAIS DE VEÍCULOS AUTOMOTORES TERRESTRES**, receber toda e qualquer importância referente a indenização e/ou indenizações, por acidente automobilístico ocorrido com a pessoa dele outorgante, conferindo-lhe poderes específicos para assinar e receber autorização de pagamento de crédito de indenização de sinistro - DPVAT, através de Ordem de Pagamento e contra recibo, em qualquer agência do país; representá-lo junto ao BANCO DO BRASIL - agência 2256-X em Macaíba/RN e nas demais agências deste país, BANCO ITAÚ S/A, nas agências dos Correios e Telégrafos, BANCO BRADESCO S/A, BANCO RURAL, BANCO SANTANDER, CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, BANCO DO NORDESTE S/A, em qualquer de suas agências e nos demais Bancos da Rede Nacional e nas demais Instituições Financeiras deste país, e mais onde com esta se apresentar, com a finalidade de resolver todo e qualquer assunto; receber valores a que tem direito ele outorgante; podendo para tal finalidade, prestar esclarecimentos e/ou declarações, apresentar documentos comprobatórios, abrir, movimentar, transferir e encerrar contas de depósito, assinar apólice de seguro, assinar contrato de abertura de crédito, instrumento de crédito, autorizar cobranças, débito em conta relativo a operações, cadastrar, alterar e desbloquear senhas, efetuar pagamentos, bem como por meio eletrônico, efetuar resgate/aplicações financeiras, efetuar saques em conta corrente e/ou poupança, efetuar transferências e pagamentos por qualquer meio, movimentar com a conta corrente e/ou poupança mesmo com cartão eletrônico, receber ordens de pagamento; receber, passar recibos e dar quitações, requisitar e receber cartão eletrônico; solicitar saldos e extratos, representar ainda o outorgante junto ao Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, com a finalidade de resolver todo e qualquer assunto referente a Previdência Social a que faz jus ele outorgante; podendo receber carnê de pagamento, cheques, contra-cheques, passar recibos, dar quitação, representar também o mesmo junto a Secretaria da Receita Federal, com a finalidade de resolver todo e qualquer assunto pendente em nome e sob a responsabilidade

AAA-014620

*Fátima dos Santos Castro

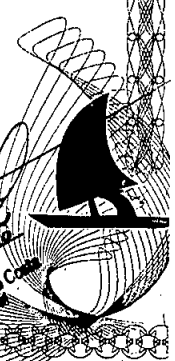
F. F. BENÍCIO DE SOUZA COSTA
TABELIÃO PÚBLICO
COMARCA DE MACAIBA



RECEBIDO

13 FEV 2017

FERRA DO SOL ADRIANA
CORRETORA DE SEGUROS



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PODER JUDICIÁRIO - COMARCA DE MACAÍBA
SEGUNDO TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE MACAÍBA/RN
Francisco BENÍCIO da Costa ==== Andreângelo BENÍCIO de Souza Costa
CPF nº 129.775.194-91 CPF nº 035.014.494-02
Tabelião Público Substituto
PRIMEIRO TRASLADO "LIVRO Nº 95 PROCURAÇÕES" FOLHA 069vº

do mesmo, tudo requerer, assinar todo e qualquer documento, representar o outorgante junto a qualquer farmácia do país, requerer e receber medicamentos, apresentar qualquer tipo de receita, assinar autorização de exame, representá-lo perante todas as repartições públicas federais, estaduais, municipais e autárquicas, Serventias Notariais, Serventia Registrais e Serventias em geral, Receita federal, podendo, requerer, alegar e assinar o que convier, fazer acordos, concordar ou discordar com cláusulas e condições firmado em Termos de Acordos, fazer pagamento quer total ou parcial, constituir advogado, outorgando o mesmo os poderes constantes da Cláusula "Ad Judicia e Et Extra" para o foro (em geral, podendo em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, defender os direitos e interesses dele outorgante, e enfim usar de todos os poderes por especiais que sejam para o fiel e cabal desempenho deste mandato, embora aqui não expressamente nomeados, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que será dado por bom, firme e valioso. Assim me disse do que dou fé, me pediu e eu lhe digitei a presente que lhe li, aceitou e por declarar ser analfabeto deixa aposta as margens deste livro a sua impressão digital do polegar direito assinando a seu rogo Fátima dos Santos Castro, já supra qualificada como outorgada. Dispensada as testemunhas nos termos do art. 134 da Lei nº 6.952, publicada no Diário Oficial da União em edição de 10 de novembro de 1981. Eu, Francisco BENÍCIO da Costa - Tabelião Público do Segundo Ofício a digitei nos termos do Provimento nº 02/82 da Corregedoria Geral da Justiça deste Estado, publicado no Diário Oficial do Estado em edição de 22 de outubro de 1982, subscrevo, dato e assino em público e raso de que uso; dou fé.

MACAÍBA/RN, 04 de janeiro de 2017.

Fátima dos Santos Castro
A rogo de André Santos de Castro.

Outorgante

Em testº da verdade

Andreângelo Benício de Souza Costa
Tabelião Público Substituto

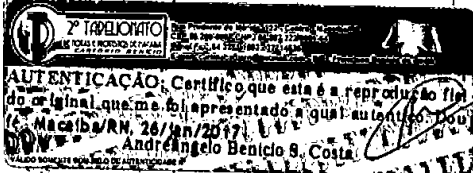


2º TABELIONATO
CARTÓRIO BENÍCIO

Procuração Transcrita em Livro de Segurança - Folha: "AAA-014420"
Data de Autenticação - Ato Notarial e Registral: ABW-036175
Francisco BENÍCIO da Costa
Tabelião Notarial



ABW-036175
Empreendimento: R\$ 44,48
FDJ: R\$ 13,71
ERP/RN: R\$ 1,43
FCRCPN: R\$ 4,45
Total: R\$ 62,27



AUTENTICAÇÃO: Certifico que esta é a reprodução fiel do original que me foi apresentado e qual autenticou. Macaíba/RN, 26/Jan/2017. Andreângelo Benício S. Costa

Francisco BENÍCIO da Costa
Tabelião Notarial

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	03/04/2017
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDRE SANTOS DE CASTRO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02256-X

CONTA: 000010037562-6

Nr. da Autenticação C74779F9FEAF0E5B