TJRN
PJe - Processo Judicial Eletrônico
Consulta Processual

20/06/2019

Número: **0800144-51.2019.8.20.5139**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**
Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Florânia**
Última distribuição : **09/04/2019**
Valor da causa: **R$ 6.918,75**
Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOAQUIM FAGUNDES DE MEDEIROS (AUTOR)	**FLAVIA MAIA FERNANDES (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
41700436	09/04/2019 15:47	Atestados médicos	Documento de Comprovação
41700459	09/04/2019 15:47	Boletim de Ocorrência	Documento de Comprovação
41700468	09/04/2019 15:47	Documento lider administrativo	Documento de Comprovação
41700487	09/04/2019 15:47	Documentos médicos 01-1-3	Documento de Comprovação
41700501	09/04/2019 15:47	Documentos médicos 01-4-7	Documento de Comprovação
41700540	09/04/2019 15:47	Documentos médicos 02	Documento de Comprovação
41700562	09/04/2019 15:47	Procuração e documentos	Documento de Comprovação

HOSPITAL MEMORIAL

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os fins que se fizerem necessários que JOAQUIM FAGUNDES DE MEDEIROS foi atendido (a) neste serviço médico, tendo sido liberado (a) a seguir. Devendo ficar afastado de suas atividades do trabalho por Noventa (90) dias, a partir desta data.

CID-10: CID M 233 Natal (RN), 19 de 11 de 2018

Marcelo Rêgo
Ortopedia
Cirurgia Joelho e Ombro
CRM/RN 4884

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Fone: (84) 3133-4200 - CEP 59022-020 - Tirol - Natal/RN

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19040915380551000000040334039
Número do documento: 19040915380551000000040334039

SERIDÓ CLÍNICA

RECEITUÁRIO MÉDICO

Laudo

Paciente Joaquim Fernandes de Medeiros, 55 anos de idade, vítima de acidente em motocicleta no dia 03/XI/2018, tendo sofrido o colo do úmero D.

Submetido a tratamento cirúrgico (Prótese total) e fisioterapia.

Encontra-se com artrite pós-traumática do MSD, com atrofia e diminuição de força muscular. Bloqueio nos movimentos de flexo-extensão do ombro, abdução e rotação do ombro D.

05/II/2019

Dr. Edimar M. Dantas
CRM 942
Ortopedia / Traumatologia

Dr. Rawlinson Oliveira Santos
Ortopedia / Traumatologia
CRM RN 3366

Dr. Edimar Medeiros Dantas
Ortopedia / Traumatologia
CRM RN 942

Rua José Carlos Ferreira, 68-A, Manoel Salustino - Currais Novos/RN
Fone: (84) 3412-2420 / 3412-3898

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19040915380551000000040334039
Número do documento: 19040915380551000000040334039

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE FLORANIA
Endereço: RUA PEDRO ARAUJO FILHO, 20, CENTRO, FLORÂNIA

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019181000008
1.2 Data de Expedição: 09/01/2019 09.06.24
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 03/11/2018 19.22.00
2.2 Autoria: Conhecida
2.3 Fato: Consumado
2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Outros
2.6 Tipo do local: Rural
2.7 Logradouro: RN QUE LIGA FLORANIA A SÃO VICENTE
2.8 Número: S/N
2.9 CEP:
2.10 Complemento:
2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS
2.13 Cidade: SÃO VICENTE
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FRANKLIN JOSE DA SILVA
3.2 Estado civil: Casado(a)
3.3 Nome Social:
3.4 Pai: FRANCISCO CARLOS DA SILVA
3.5 Etnia: Branca
3.6 Mãe: MARIA DAS V DE MEDEIROS SILVIA
3.7 Sexo: MASCULINO
3.8 Orientação Sexual:
3.9 CPF:
3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionalidade:
3.12 Data de Nascimento: 23/03/1988
3.13 Profissão: ENCANADOR
3.14 RG: 002652200 - ITEP/RN
3.15 Telefone(s):
3.16 Passaporte:
3.17 Número: 256
3.18 Naturalidade: SAO VICENTE RN
3.19 Bairro: ALTO DA CANDELÁRIA
3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.22 Logradouro: RUA VEREADOR CELSO DOLA
3.23 Cidade: SÃO VICENTE
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 Nome Completo: JOAQUIM FAGUNDES DE MEDEIROS
4.1.2 Estado civil:
4.1.3 Nome Social:
4.1.4 Pai:
4.1.5 Mãe:
4.1.6 Identidade de Gênero:
4.1.7 Orientação Sexual:
4.1.8 Etnia:
4.1.9 Sexo: MASCULINO
4.1.10 Data de Nascimento: 23/02/1959
4.1.11 CPF:
4.1.12 RG: Não informado
4.1.13 Nacionalidade:
4.1.14 Profissão:
4.1.15 Logradouro: RUA TEREZA B. DE MEDEIROS
4.1.16 Passaporte:
4.1.17 Número: S/N
4.1.18 E-Mail:
4.1.19 Bairro: ALTO DA CANDELÁRIA
4.1.20 CEP:
4.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
4.1.21 Cidade: SÃO VICENTE

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS VEÍCULOS)

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA RELATAR QUE NO DIA 03/11/2018 POR VOLTA DAS 19H22, SE DESLOCAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA /POP 100, PLACA OKC 9863,RENAVAM 01007274226 DE PROPRIEDADE DE JOSÉ BATISTA DOS SANTOS, SENDO QUE ESTE DECLARANTE RELATA QUE CONDUZIA COMO CARONA, A PESSOA DE JOAQUIM FAGUNDES DE MEDEIROS; QUE AO PASSAR EM UM TRECHO BASTANTE ESBURACADO A VIA, E POR TAMBÈM POR JÁ SER Á NOITE, NÃO VISUALIZOU OS BURACOS E ACABOU CAINDO JUNTAMENTE COM SEU CARONA; QUE RELATA QUE NADA SOFREU, MAS QUE O SENHOR JOAQUIM FAGUNDES DE MEDEIROS TEVE UMA FRATURA NO OMBRO, QUE ESTE DECLARANTE SOCORREU O SENHOR JOAQUIM FAGUNDES E O CONDUZIU AO HOSPITAL DA CIDADE DE SÃO VICENTE; QUE DE LÁ, FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL DA CIDADE DE CURRAIS NOVOS E POSTERIORMENTE, PARA O HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL NA CIDADE DE NATAL. QUE ESTE BOLETIM FOI CONFECCIONADO COM BASE NO BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA DE NUMERO 3223, DO HOSPITAL MARIANO COELHO DA CIDADE DE SÃO VICENTE/RN. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data 09/01/2019 09.06.24

Policial

Franklin Jose da Silva
Interessado

Polegar direito

Atendimento: 1675168 - FRANCISCO DE ASSIS TOSCANO
Impresso por: 1675168 - FRANCISCO DE ASSIS TOSCANO em 09/01/2019 09:06:31

FINAL DO BOLETIM DE OCORRNCIA

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19040915381884800000040334059
Número do documento: 19040915381884800000040334059

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190107424 **Vítima: JOAQUIM FAGUNDES DE MEDEIROS**

Data do Acidente: 03/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAQUIM FAGUNDES DE MEDEIROS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R$ 2.531,25

Recebedor: **JOAQUIM FAGUNDES DE MEDEIROS**
Valor: **R$ 2.531,25**
Banco: **104**
Agência: **000000805**
Conta: **0000034296-1**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00393/00394 - carta_15R - INVALIDEZ
00030197

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19040915382745900000040334068
Número do documento: 19040915382745900000040334068

GOVERNO DO ESTADO RN
SEC. SAÚDE PÚBLICA
HOSP. MONS. WALFREDO GURGEL

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE JOAQUIM FAGUNDES DE MEDEIROS				6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL/ SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO 1	FEMININO 2
10 - NOME DA MAE OU RESPONSAVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO [illegible]
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)				
13 - MUNICIPIO	14 - BAIRRO	15 - UF		16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Paciente com [illegible] limitação funcional IMPORTANTE no membro DIREITO.
Rx – Fratura cominuta úmero proximal esq. [illegible]

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Acidente Cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)
RXT + Exame Físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura úmero proximal Úmero [illegible]	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Artroplastia Total Úmero 4080100045 Tenoplastia do Bíceps 4080030475	26 - LEITO/CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
25 - COD. DO PROCEDIMENTO 0415020034			29 - DT. SOLICITAÇÃO [illegible] / [illegible] / 2010 30 - CNS / CPF 31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)

Marcelo Diego
Ortopedia
Cirurgia Joelho e Ombro
CRM/RN 4364

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BONUS
36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO 38 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO	37 - CNPJ	38 -	40 -
40 - ( ) CID. 10 PRINCIPAL 42 - ( ) CID. 10 SECUNDÁRIO		DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL 43 - ( ) 44 - ( ) GRAVE 45 - ( ) GRAVÍSSIMA	

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO 47 - DT. AUT. / /	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO 51 DT. AUT. / /	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
48 - CNS / CPF		
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19040915384429100000040334086
Número do documento: 19040915384429100000040334086

Hospital Memorial
Santa Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 19/11/2018 07:14

Dados do Paciente

Paciente: **JOAQUIM FAGUNDES DE MEDEIROS** Registro: **132628**
RG: **213207229** CPF: **260.875.454-68** Nascimento: **23/02/1959** **59** anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **TERESÁ BRASILEIRA DE MEDEIROS** N.: **179** Bairro: **ALTO DA CANDELARIA**
Cidade : **SAO VICENTE** UF: **RN** CEP: **59340000** Fone: **84998927749**
Profissão: **OPERADOR DE MAQUINA - NA INDUS** Mãe: **MARIA EMIDIA DE MEDEIROS**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **19/11/2018 7:15** Previsão saida: **21/11/2018 11:00** Atendente: **JAISIAK**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **704005333062967**
Médico : **Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO** CRM: **4884** **LEITO RESERVA 07**

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

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

Doc. Apresentado: _____ Diagnostico Definitivo: _____

Procedencia:: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatorio sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratorios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurologico: _____

Ap. Urinario e Ginecologico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol Natal/RN
Carimbo e assinatura
Em: / /

MedicWare

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19040915384429100000040334086
Número do documento: 19040915384429100000040334086

SUS Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar
Nº 4562 / 2018

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL CNES: 2653923
Executante: O solicitante ou: _____ CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: [illegible] **JOAQUIM FAGUNDES DE MEDEIROS** Prontuário:
CNS: 704005333062967 Nascimento: 23/02/1959 Sexo: Masculino Cor: PARDA
Mãe: MARIA EMIDIA DE MEDEIROS Pai: JOAO FAGUNDES DE MEDEIROS
Endereço: RUA TERESA BRASILEIRO DE MEDEIROS, 179 - ALTO DA CANDELARIA - SAO VICE Fone: 998927749 /
Município: SAO VICENTE Código Municipal IBGE: 241300 UF: RN CEP: 59340-000

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAL SINAL E SINTOMAS CLINICOS:
paciente3 com fratura do umero proximal direito nescessitando tratamento cirurgico

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
procedimento cirurgico

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
hc e rx

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:
S42.2 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO*4080010193 TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA

Dr. Orivil Fernandes de A. Filho
Cirurgião e Traumatologia
CRM/RN 2647

Profissional Solicitante / Assitente:
MICHEL FREIRE DE ARAUJO CRM: 4423 / RN Data da Solicitação 03/11/2018

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

( ) Acidente de Trabalho
( ) Acidente de Trabalho Típico
( ) Acidente de Trabalho Trajeto
CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____
CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____
Vínculo com previdência: ( )Empregado ( )Empregador ( )Autônomo ( )Desempregado ( )Aposentado ( )Não Segurad

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Orgão Emissor: _____
Documento: ( )CNS ( )CPF nº _____
Data da Autorização: ___/___/___ Assinatura/Carimbo: _____

Nº Autorização da AIH:

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19040915384429100000040334086
Número do documento: 19040915384429100000040334086

304B

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

DIGITALIZADO

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 19/11/2018 07:14

Cliente: **JOAQUIM FAGUNDES DE MEDEIROS** Registro: **132628**
Nº RG: **213207229** CPF: **260.875.454-68** Nascimento: **23/02/1959** **59** anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **TERESA BRASILEIRA DE MEDEIROS** N.: **179** Bairro: **ALTO DA CANDELARIA**
Cidade: **SAO VICENTE** UF: **RN** CEP: **59340000** Fone: **84998927749**
Profissão: **OPERADOR DE MAQUINA - NA INDUS** Mãe: **MARIA EMIDIA DE MEDEIROS**

Dados do Internamento

Nº Internamento: **1** Entrada: **19/11/2018 7:13** Previsão saida: **21/11/2018 11:00** Atendente: **JAISIAK**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **704005333062967**
Médico: **Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO** CRM: **4884** **LEITO RESERVA 07**

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.

Autorizo a liberação da documentação do meu caso médico, através de fotografia, ou de exames gráficos ou de imagens, bem como o seu arquivamento por meio digital, papéis, fotografias ou quaisquer meios para os seguintes fins:

a. Diagnóstico;
b. Planejamento e Terapêutico;
c. Ensino e Pesquisa.

Assinatura: [X] Paciente [ ] Responsável

HOSPITAL MEMORIAL Av. Juvenal Lamartine, 979 Tirol Fone: 3133-4200 Natal / RN Confira com original

Observações
PACIENTE COM 2 [illegible] ECG, EXAME DE SANGUE

MedicWare

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19040915385560800000040334100
Número do documento: 19040915385560800000040334100

Hospital Memorial São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

Data: 19/11/2018 07:14

Dados do Paciente

Paciente: **JOAQUIM FAGUNDES DE MEDEIROS** Registro: **132628**
Num. RG: **213207229** CPF: **260.875.454-68** Nascimento: **23/02/1959** **59** anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **TERESA BRASILEIRA DE MEDEIROS** N.: **179** Bairro: **ALTO DA CANDELARIA**
Cidade: **SAO VICENTE** UF: **RN** CEP: **59340000** Fone: **84998927749**
Profissão: **OPERADOR DE MAQUINA - NA INDUS** Mãe: **MARIA EMIDIA DE MEDEIROS**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **19/11/2018 7:13** Previsão saída: **21/11/2018 11:00** Atendente: **JAISIAK**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **704005333062967**
Médico: **Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO** CRM: **4884** **LEITO RESERVA 07**

Dados do Responsável

Responsável: CPF: RG:
Parentesco:

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) **Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO** a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: **S8507 ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL PARCIAL**
2. - O(A) **Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO**, expliclu-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.

HOSPITAL MEMORIAL DE NATAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.020-000 Natal-RN

Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO - CRM 48

MedicWare

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19040915385560800000040334100
Número do documento: 19040915385560800000040334100

GOVERNO DO ESTADO RN
SEC. SAÚDE PÚBLICA
OSP. MONS. WALFREDO GURGEL

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: MEMORIAL	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE: MEMORIAL	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: JOAQUIM FAGUNDES DE MEDEIROS			6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL SUS: 709 0053 3306 2967	8 - DATA DE NASCIMENTO: 23.02.59	9 - SEXO	MASCULINO 1 / FEMININO 2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Maria Fagundes de Medeiros			11 - TELEFONE DE CONTATO: 9892-7749*
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº): Rua: Teresa Brasileira de Medeiros 179.			
13 - MUNICÍPIO: São Vicente	14 - BAIRRO	15 - UF: RN	16 - CEP: 59 340 000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com dor e limitação funcional IMPORTANTE no ombro DIREITO.
Rx – Fratura cominuta úmero proximal esquerdo

HOSPITAL [illegible]
Av. Juvenal [illegible], 979
Tirol 59.[illegible] / RN
Confere com o original
Em, __/__/__

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Acima Citada

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

RX + Exame Físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS
Fratura úmero proximal Ombro ESQUERDO			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	26 - LEITO/CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
Artroplastia Total Ombro 408010045 Tenoplastia do Bíceps 408060476			29 - DT. SOLICITAÇÃO: 08 / 11 / 2018
25 - COD. DO PROCEDIMENTO: 0415020034			30 - CRM: Marcelo Rego Ortopedia Cirurgia Joelho e Ombro CRM /RN 4884 31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)

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 -
38 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO			
40 - ( ) CID. 10 PRINCIPAL		DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
42 - ( ) CID. 10 SECUNDÁRIO		43 - ( ) 44 - ( ) GRAVE 45 - ( ) GRAVÍSSIMA	

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO 47 - DT. AUT. / /	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO 51 - DT. AUT. / /	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
48 - CNS / CPF		
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19040915385560800000040334100
Número do documento: 19040915385560800000040334100

Hospital Memorial São Francisco
Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3132-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: **132628** IH: **1** Paciente: **JOAQUIM FAGUNDES DE MEDEIROS**
Nascimento: **23/02/1959** **59 anos** Internação: **19/11/2018 07:13:55** Leito: **ENFERMARIA 304B**

ANTES DO ATO CIRÚRGICO — 19/11/2018 08:49:49 - Técnico(a) COREN - 940754 - MOISES GUTEMBERG DA SILVA

Observações:
CLIENTE ADMITIDO (A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE ARTROLASTIA ESCAPULO-UMERAL MSD ,ACOMPANHADO DE SEU FAMILIAR E MAQUEIRO, CONSCIENTE, ORIENTADO (A),RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, NEGA AM, DM E HAS. FOI PUNCIONADO(A) COM CATETER VENOSO EM MSE Nº20 VIABILIZANDO SF0,9% E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Doença pré-existente:

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

Exame Laboratorial: SIM Risco Cirúrgico: SIM Raio X: PRÉ: SIM-QTD: 1

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): NÃO

Assinatura Responsável

Outros Exames:

SRPA — 19/11/2018 08:49:49 - Técnico(a) COREN - 940754 - MOISES GUTEMBERG DA SILVA

Nível consciência: ORIENTADO Oxigenotrerapia: O² AMBIENTE

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

Hipotensão: NÃO Raio X de Controle:

Medicação administradas:

Encaminhamento:
CLIENTE DE POI, CONSCIENTE, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, NA HVP. EM MS VIABILIZANDO SF0,9%, COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO, DIURESE ESPONTÂNEA, DRENO DE SUCÇÃO 3.2, PRECISA REALIZAR RX DE CONTROLE, ANEXO AO PRONTUARIO EXAMES, SEGUE ENCAMINHADO ATÉ O LEITO ACOMPANHADO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM.
VERIFICADO SSVV: PA=132X78 MMHG, FC=77 BPM, T.= °C, SPO2=97 %

Assinatura Responsável

HOSPITAL MEMORIAL
Av. ... 979
Tirol ...
Cep ...
Em: ...

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19040915385560800000040334100
Número do documento: 19040915385560800000040334100

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

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Data: 21/11/2018 10:55

Dados do Paciente

Registro: **132628** IH: **1** Paciente: **JOAQUIM FAGUNDES DE MEDEIROS**
Nascimento: **23/02/1959** **59 anos** Internação: **19/11/2018 07:13:55** Leito: **ENFERMARIA 304B**

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: BLOQUEIO DUPLEX + SEDAÇÃO
Anestesiologista: DR GILVAN
Tipo: ARTROPLSTIA ESCAPULO-UMERAL
Cirurgião: DR MARCELO
Instrumentador: LUCAS
Circulante: ZE ROBERTO
Tipo curativo: GASES+ GREPON
Tem material para biópsia/cultura: NÃO
Inf.sanguínea: NÃO
Monitoração correta: SIM
Placa de bisturi: SIM
Antibiótico profilático?: CEFAZOLINA 2G
Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:
PACEINETE ADMITIDO EM SALA PARA PROCEDIMENTO DE ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL MSD, PUNCIONADO EM SALA COM JELCO 20 EM MSE, NEGA HAS, DM E AM, CPM DRENO DE SUCÇÃO 3.2, PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIA, SEGUE ENCAMINHADO AO SPRA AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Pontencial de Contaminação: Limpa

MOISES GUTEMBERG DA SILVA
Técnico(a) COREN - 940754

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.012-420 Natal / RN
Confere com original
Em, __/__/__

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19040915391085900000040334139
Número do documento: 19040915391085900000040334139

Código Solicitação: **264845655** Número AIH: **241810099251-6**

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante: HOSPITAL MEMORIAL
CNES: 2408252
Unidade Executante: HOSPITAL MEMORIAL
CNES: 2408252
Logradouro, Endereço, Nº , Complemento, Bairro AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL
Município Executante NATAL
Central Reguladora NATAL
Data de Solicitação 13.11.2018 - 14:09:22 **Operador** LUCIMAR
Data de Autorização 13/11/2018 - 17:18:52 **Operador** ADRIANOMAGNO
Data de Reserva 19.11.2018
Data de Internacao 14.11.2018 **Operador** 18129862204LUCIMAR
Data Prevista de Alta 30.03.2046
Data de Alta 14/11/2018 - 08:21:55 **Operador** 18129862204LUCIMAR
Motivo da Alta 1.1 ALTA CURADO

DADOS DO PACIENTE

CNS: 704005333062967
Nome do Paciente JOAQUIM FAGUNDES DE MEDEIROS
Nome Social/Apelido: ---
Nome da Mãe MARIA EMIDIA DE MEDEIROS
Naturalidade: FLORANIA - RN
Sexo: MASCULINO
Raça: BRANCA
Data de Nascimento: 23/02/1959 (59 anos)
Tipo Sanguíneo: ---
Tipo Logradouro: RUA
Logradouro: KERGINALDO CAVALCANTE
Complemento:
Número: 254
Bairro: NOVA DESCOBERTA
CEP: 59075-240
País de Residência: BRASIL
Município de Residência: NATAL
UF: RN
Telefone(s): (21) 2105-0000 • (84) 99910-2038 *(Exibir Lista Detalhada)*

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante: 02166001467
Nome do Médico Solicitante: MARCELO CABRAL FAGUNDES REGO
Status da Solicitação: APROVADA
CPF do Médico Executante: 02166001467
Nome do Médico Executante: MARCELO CABRAL FAGUNDES REGO
Diagnóstico Inicial - CID: S430 - LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO
Caráter 10 - Eletivo
Classificação de Risco Prioridade 3 - Atendimento eletivo
Clínica: ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
Clínica Complementar: Nenhuma
Procedimento Solicitado: OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS
Código: 0415020034

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.020-000 Natal / RN
Confere com o original
Em, __/__/____

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
PACIENTE COM DOR E LIMITACAO FUNCIONAL IMPORTANTE NO OMBRO DIREITO FRATURA COMINUTA ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO/td>
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
R X + E F
Condições que Justificam a Internação:
TRATAMENTO CIRURGICO ARTROPLASTIA TOTAL DO OMBRO + TENOPLASTIA BICEPS

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador) **CRM:** **Data de Solicitação:** 13.11.2018 - 14:09:22

Data da Extração dos Dados: 26/11/2018 11:57:11

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19040915391085900000040334139
Número do documento: 19040915391085900000040334139

HOSPITAL MEMORIAL

BLOCO CIRÚRGICO
BOLETIM DE SALA

Reg 1 3 2 6 2 8 NOME: Joaquim Fagundes de Medeiros APTO:

Cirurgia Realizada: Artroplastia parcial de ombro, Tenoplastia de biceps ombro

DATA: 19.1.2018 INÍCIO: 08:00 HS: MIN: PERMINO: 1:00 HS: MIN:

EQUIPE	NOME	CRM	CIRURGIA
Cirurgião	Marcelo Rego	4884	Pequena
1 Auxiliar			Média
2 Auxiliar			Grande
Anestesiologista	Gilvan de Carvalho		Múltipla
Instrumentador	Lucas Macedo		

Ato:

1. Assepsia e Antissepsia , 2. Acesso deltopeitoral ombro E, 3. Dissecção por planos,4. Tenoplastia do biceps,5. Resseccao da cabeca umeral fraturada e colocacao da protese de ombro com hastew 9mm e cabeca 45mm, 6. Amarria das tuberosidades ,7.sutura,8.curativo,9.tipoia

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
	MEDICAMENTOS		
020958	Água Bidestilada 100ml	AMP	
000826	Água Bidestilada 10ml	AMP	06
026988	Água Bidestilada 20ml	AMP	
000857	Cloranfenicol 1g.	AMP	
000096	Decadron 4mg. Inj.	AMP	
000713	Glicose 25% 10ml Inj.	AMP	
004283	Glicose 50% 10ml Inj.	AMP	
004703	Hipaque 50%	FRS	
005049	Iniol Pomada 1/4	1/4	
015111	Kelln Neutro 1g.	COM	01
009667	Novalgina 2ml Inj.	AMP	
007493	Profanid 100mg. Inj.	AMP	
008829	Solução Ringer c/ Lactato	FRS	
008449	Solução Ringer Simples	FRS	
028125	Soro Fisiológico 100ml	FRS	
008718	Soro Fisiológico 9% 500ml	FRS	04
008740	Soro Glicosado 5% ctl 500	TB	
009995	Xylocaina 2% c/v	AMP	
010026	Xylocaina Geléia 2%	BSG	
Cimento s/ Vareta			01
Prótese de ombro 40 x 09,0 mm		UND	01
Cabeça Umeral 45,0 - 21,5 mm			01

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
	FIOS		
050320	Vicryl 4-0 (Violeta)	ENV	
050377	Vicryl 5-0 (Incolor)	ENV	
050725	Vicryl 6-0	ENV	
050313	Vicryl 7-0	ENV	
Prolene 5		UND	2

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
	DESCARTÁVEIS		
061900	Abboccath-T Plus Nº 14	UND	
061918	Abboccath-T Plus Nº 16	UND	
061925	Abboccath-T Plus Nº 18	UND	
061932	Abboccath-T Plus Nº 20	UND	01
060002	Agulha Descartável 13 x 4,5	UND	03
060392	Agulha Descartável 25 x 7	UND	03
060418	Agulha Descartável 40 x 12	UND	03
060575	Álcool Isofedado 70%	ML	1.000
060582	Atadura Crepon 10cm.	ROL	
060630	Atadura Crepon 12cm.	ROL	
060590	Atadura Crepon 15cm.	ROL	
060608	Atadura Crepon 20cm.	ROL	
060701	Atadura Gessada 10cm.	ROL	
060679	Atadura Gessada 12cm.	ROL	
060026	Atadura Ortopédica 10cm.	ROL	
060609	Atadura Ortopédica 15cm.	ROL	
061670	Atadura Ortopédica 15cm.	ROL	
060399	Atadura Ortopédica 20cm.	ROL	
060648	Bandeja Peridural	UND	
061545	Bandeja Raqui	UND	01
060948	Butterfly 19g	UND	
060955	Butterfly 21g	UND	
062135	Butterfly 23g	UND	
062142	butterfly 25g	UND	
061205	Camisola Descartável	UND	01
061244	Compressa Cirúrgica	UND	20
061989	Eletrodo Descartável	UND	03
060949	Enteralix 500ml	UND	
062024	Esparadrapo 10 x 45	CM	30
062031	Éter Sulfúrico / ml.	ML	
062285	Gase 91 x 91	UND	
062830	Gase Furacinada	UND	
062364	Gorro Descartável	UND	06
062103	Intrafix Air IL 2,4 M	UND	
061079	Intrafix Padrão	UND	01
062253	Lâmina Bisturi Nº 11	UND	
062260	Lâmina Bisturi Nº 15	UND	01
060149	Lâmina Bisturi Nº 20	UND	01
062332	Luva Descartável Nº 7,0	PAR	03
062340	Luva Descartável Nº 7,5	PAR	03
062429	Luva Descartável Nº 8,0	PAR	03
062411	Malha Tubular 10cm.	ROL	

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
	DESCARTÁVEL		
066164	Malha Tubular 12cm.	ROL	
060188	Malha Tubular 15cm.	ROL	01
062783	Máscara Descartável	UND	05
060930	Polifix 2 vias	UND	
064794	Povidine Degermante / ml.	ML	100
064787	Povidine Tópico / ml.	ML	
065567	Sabão Líquido	ML	100
060733	Sapatilha Descartável	UND	12
063223	Seringa Desc. 01cc c/ Agulha	UND	
062443	Seringa Desc. 03cc c/ Agulha	UND	
062475	Seringa Desc. 05cc c/ Agulha	UND	03
063209	Seringa Desc. 10cc c/ Agulha	UND	03
063216	Seringa Desc. 20cc c/ Agulha	UND	03
063120	Sonda Uretral 10	UND	
063144	Sonda Uretral 12	UND	
063151	Sonda Uretral 14	UND	
063169	Sonda Uretral 16	UND	
063183	Sonda Uretral 18	UND	
060550	Sonda Uretral 20	UND	
Alguma peça			03
Luva de procedimento			06
Cateter Jugular			01
Micro protector			01

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
	FIOS		
050037	Algodão 0 (s/ Agulha)	ENV	
050685	Algodão 2-0 (s/ Agulha)	ENV	
050044	Algodão 3-0 (s/ Agulha)	ENV	
050162	Cromado 1-0	ENV	01
050130	Cromado 2-0	ENV	
050123	Cromado 4-0	ENV	
050259	Kit-Catarata	ENV	
005599	Monoryion 0 PRETO	ENV	
050614	Monoryion 2.0 PRETO	ENV	01
050621	Monoryion 3.0 PRETO	ENV	01
050639	Monoryion 4.0 PRETO	ENV	
050646	Monoryion 5.0 PRETO	ENV	
050653	Monoryion 6.0 PRETO	ENV	
057892	Monoryion 8.0 PRETO	ENV	
050542	Monoryion 10-0 PRETO	ENV	
050202	Prolene 2-0	ENV	
050483	Prolene 4-0	ENV	
050449	Prolene 5-0	ENV	
050431	Prolune 6-0	ENV	
050510	Sêda 2-0	ENV	
050550	Sêda 3-0	ENV	
050660	Sêda 6-0	ENV	
050194	Simples 3-0 (s/ Agulha)	ENV	
050360	Vicryl 4-0 (Incolor)	ENV	

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
	TAXAS		
090736	Ar Comprimido		
092407	Aspirador Vácuo		X
090324	Bomba de Infusão		
090331	Capnógrafo		
090363	Craneotomo		
090395	Desfibrilador		
090467	Intensificador de Imagem		
090499	Microscópio		
090711	Oxigênio Sob Pressão 1/4		
090553	Oxímetro		X
093985	Óxido Nitroso		
092708	Respirador a Pressão		
090578	Respirador a Volume		X
091856	Taxa do Monitor		X
	Taxa de Sala Nº 11		X
090426	Taxa de Fibra Ótica		
	Vídeo Laparoscópio		
Descartável			X
Bandeja			X
Perfuravac			X

CIRURGIÃO:

CIRCULANTE: José Roberto Pereira de Araujo
Técnico de Enfermagem
COREN - RN 756.642

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19040915391085900000040334139
Número do documento: 19040915391085900000040334139

RELATÓRIO ANESTESIA

I.S.D.A. Fratura do úmero proximal direito

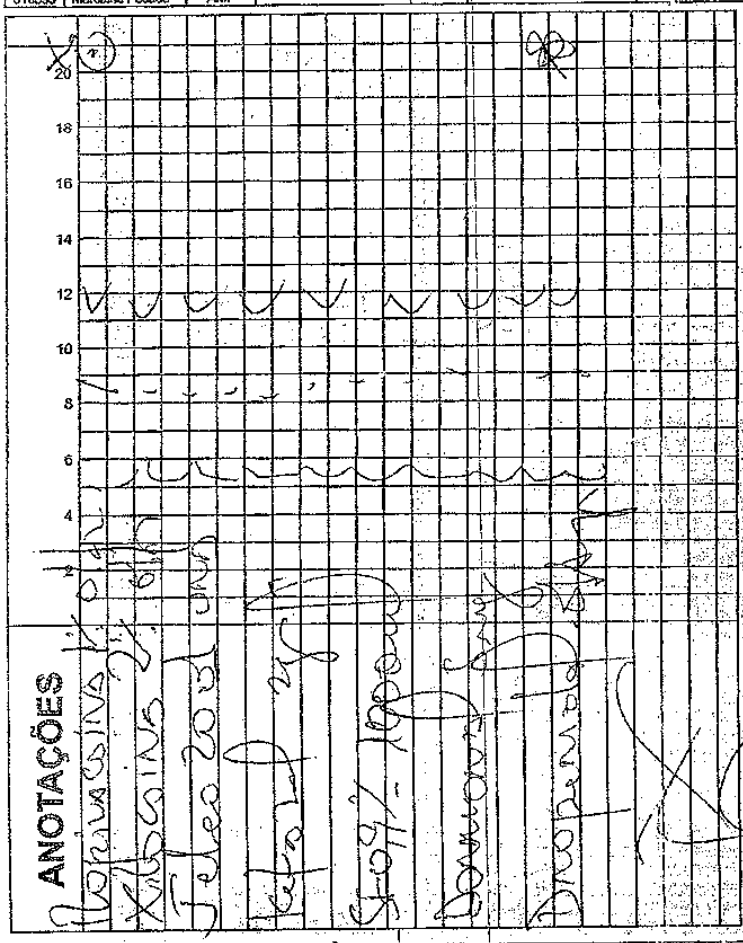
PRÉ-ANESTÉSICO:

DROGAS:

TÉCNICA ANESTÉSICA: Bloqueio do plexo braquial + Sedação

DROGAS USADAS NA ANESTESIA

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID	QUANT.
									MEDICAMENTOS		
000160	Adrenalina	AMP		008818	Narcain	AMP					
028956	Água Bidestilada	AMP		007527	Plasil 10mg	AMP					
000942	Atropina 25	AMP		007568	Prostigmine	AMP					
002060	Cloreto de Potássio	AMP		005292	Ketalar	AMP					
001460	Cloreto de Sódio	AMP		003853	Quelicin 100mg	AMP					
018920	Dimorf 2mg	AMP		000040	Quelicin 500mg	AMP					
002115	Dipriven	AMP		003543	Rapifem	AMP					
002953	Dolantina	AMP		000974	Sevorane	ML					
003060	Dormonid 15mg	AMP		008449	Sol. Ringer Simples	FRS					
017075	Dormonid 5mg	AMP		028125	Sol. Fisiológica	FRS					
003071	Efortil	AMP		008740	Sol. Glicosado	FRS					
003511	Fentanil 2ml	AMP		008829	Sol. Ringer Lactado	FRS					
003780	Forane	ML		001002	Thionembutal	FRS					
017036	Halotano	ML		003013	Tracrium	AMP					
004695	Hypnomidate	AMP		009727	Valium	AMP					
002467	Inoval	AMP		001475	Xilocaína 1%	AMP					
010588	Lanexat	AMP		008895	Xilocaina 2% s/A	AMP					
005887	Marcaina 0,5 c/A	AMP		010026	Xilocaina 2% c/A	AMP					
005894	Marcaina 0,5 s/A	AMP		010033	Xilocaine Pesada	AMP					
010595	Marcaina Pesada	AMP									



Interocorrências

DESCRIÇÃO	
Oxímetro	Sim
Cardioscópio	Sim
Capnógrafo	
DESCRIÇÃO	**QUANTIDADE**
Oxigênio Líquido	
Protóxido Líquido	

Gilvan de Carvalho
Anestesiologista
CRM/RN 1904

INÍCIO ANESTESIA: 08:00	INÍCIO CIRURGIA: 08:30	DATA: 19.11.2018	
FINAL CIRURGIA: 10:00	FINAL ANESTESIA: 10:05	ANESTESIOLOGISTA: Gilvan de Carvalho Anestesiologista CRM/RN 1904	CRM: 1904

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19040915391085900000040334139
Número do documento: 19040915391085900000040334139

Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1220
hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **JOAQUIM FAGUNDES DE MEDEIROS**
Nascimento: **23/02/1959** **59 anos** Data Internação: **19/11/2018 07:13:55** Registro: **132628** IH: **1**
Leito: **ENFERMARIA 304B**

Turno: Tarde Antecedentes: DESCONHECE.
Hipótese Diagnóstica: POI DE UMERO D COM DRENO PORT VACUO.
Estado Geral: Bom Coloração da Pele: Normocorado
Alergias Medicamentosas: DESCONHECE.
Isolamento de contato:
Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Sinais Vitais
Temperatura: 36° °C Saturação O2: 98%% Respiração: 20 RPM
Pressão Arterial: 110x80 Frequência Cardíaca: 78

Oxigênioterapia
Em O2 Ambiente
CONFORTAVEL.

Acesso Venoso
Periférico
EM MSE 19/11.

Dieta
VO
ACEITA.

Eliminações Fisiológicas
Diurese: ESPONTÂNEA
Obs.:
Intestinais: AUSENTE
Aspectos:

HGT
Correção:
Correção:
Correção:
Correção:
Correção:
Correção:

Drenos
Data: 19/11/2018 18:00
Tipo: DRENO PORT VACI
Local: OMBRO D.
Aspecto: SANGUINOLENTO.
Obs.: 100ML DE DEBITO.

Curativo:
OCLUSICO NA TIPOIA.

Medicações:
ADM.MEDICAÇÕES DO HORÁRIO.

Intercorrência:
PACIENTE ADMITIDO NESTE SETOR PROVENIENTE DO C.C. ONDE SUBMETEU-SE Á TTT CIRURGICO DE UMERO D.CONSCIENTE,ORIENTADO,SEGUE AOS CUIDADOS.

- - -DOCUMENTAÇÕES XEROX(RG + COSERN + CARTÃO DO SUS)
EXAMES ECG COM RISCO + EXAMES LABORATÓRIAS + 02PELICULAS DE RX + ULTRASSONOGRAFIA DO OMBRO D.

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol - Natal - RN
Carimbo com Assinatura
Enfermeira

Rejane Oliveira

COREN: 437772 - REJANE DA SILVA GOMES
19/11/2018 17:54:51

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19040915391085900000040334139
Número do documento: 19040915391085900000040334139

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

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **JOAQUIM FAGUNDES DE MEDEIROS** Registro: **132628** IH: **1**

Nascimento: **23/02/1959** **59 anos** Data Internação: **19/11/2018 07:13:55** Leito: **ENFERMARIA 304B**

Turno: Manhã Antecedentes: DESCONHECE.

Hipótese Diagnóstica: 1° DPO DE ARTROPLASTIA DO ÚMERO(D).

Estado Geral: Bom Coloração da Pele: Normocorado

Alergias Medicamentosas: DESCONHECE.

Sinais Vitais

Temperatura: 35,8 °C Saturação O2: 96% Respiração: 22 RPM

Pressão Arterial: 130x70 Frequência Cardíaca: 86

Acesso Venoso

Periférico

AVP

Dieta

VO

HGT

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Oxigênioterapia

Em O2 Ambiente

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.:

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

Drenos

Data:

Tipo: PORTOVAC.

Local:

Aspecto:

Obs.: SEM DÉBITO NO MOMENTO.

Curativo:

REALIZADO CURATIVO + RETIRADA DE DRÊNO PELA COMISSÃO.

Medicações:

Intercorrência:

AS 10:02 PACIENTE HIGIENIZADO TROCADO ROUPA DE CAMA E PESSOAL. EM SEGUIDA SAIU DE ALTA HOSPITALAR ACOMPANHADO DO MAQUEIRO E DE SEUS FAMILIARES SEM QUEIXAS E SEM ALTERAÇÕES.

Azenilda S
Azenilda

COREN: 1135751 - AZENILDA SANTOS DO NASCIMENTO
20/11/2018 10:02:12

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19040915391085900000040334139
Número do documento: 19040915391085900000040334139

Hospital Memorial São Francisco

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: JOAQUIM FAGUNDES DE MEDEIROS — Idade: 59 anos
Convênio: SUS ESTADUAL — Reg.: 132628 — Prontuário:
Unidade: UNIDADE III — Peso: 72,0 kg Altura: 1 [illegible]
Leito: ENFERMARIA 304B
Admissão: 19/11/18 07:13 — 1 dia(s) de internação
Diag.: S430 - Luxação da articulação do ombro| | Articulação glenoumeral

19/11/18 19:00

		Horários de Aplicação			4884
1) DIETA LIVRE	D1	(SDN)			
2) SORO FISIOLOGICO 0,9% 500mL Uso: 1 frasco, via endovenosa, 06 em 06 horas.	D1	18:00		12:00,	
3) DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD	D1	16:00		10:00,	
4) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 10 ML DE ABD.	D1		08:00,	16:00	
5) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%	D1		08:00,	16:00	
6) METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário. CASO VOMITOS	D1	(SN)			
7) MEDICACAO DE USO CONTINUO DO PACIENTE	D1	(ATENÇÃO)			
8) SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário	D1	(SN)			
9) ALTA HOSPITALAR, Pela manhã	D0	(MANHÃ)			
10) CURATIVO, Pela manhã	D0	08:00.			

Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO
CRM - 4884

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Arcoverde, 979
Tiro 80 [illegible] 639 Madeira / PBV
Confere com original
Em, __/__/__

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19040915391085900000040334139
Número do documento: 19040915391085900000040334139

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DR. SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA - SESAP
MARIANO COELHO - HRMC

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA Nº 332

Identificação

Responsável pelo preenchimento:		**Data:** 03/11/18	**Hora:** 19:22
Nome: JOABSIM FAGUNDES DE BRIDESNOT		**Idade:** 59	**Sexo:** ( )M ( )F
Nº Cartão SUS: 704 0053 3206 3967	**CPF/RG:**	**Data Nasc.** 23/02/59	
Endereço: Rua Tomaz [illegible]		**Cidade:** [illegible] VICENTE	
Bairro: [illegible]	**Ocupação:**	**FONE:**	

Forma de chegada: ( )Meio próprio ( )SAMU ( )Outras ambulâncias

Classificação de Risco

Sinais vitais	**PA:** x	**FC:**	**FR:**	**T:**	**HGT:**	**Sat0$_2$:**
Dor: ( )Aguda ( )Crônica ( )Recorrente	**Tipo de dor:** ( )Leve ( )Moderada ( )Forte ( )Severa					
Estado Geral:	( )Aparentemente BEM ( )REGULAR ( )GRAVE ( )Inconsciente ( )Consciente ( )Orientado ( )Confuso ( )Convulsão ( )Hemorragias ( )Politraumatizado					
Queixa principal:						
Comorbidades:						
Medicamentos em uso:						
Alergia medicamentos:						
Classificação:	( )Azul	( )Verde	( )Amarelo	( )Vermelho	( )Não classificado	Glasgow:
Enfermeiro(a):					**Coren:**	**Hora:**

Avaliação Médica

História da doença atual/Exame clínico

Queixa de [illegible]
Co- dor e dificuldade de deslocamento

Diagnóstico

Conduta/prescrição	**Anotações de enfermagem**
Voltaren - 1 amp 1/1	
Dipirona - 1 amp 1/1	
	Obs:

Assinatura e carimbo médico — Hora

Destino do paciente

Alta Hospitalar:	( )Decisão médica	( )Cura	( )À pedido	( )À revelia	( )Óbito
Internamento	( )Clínica médica	( )Clínica cirúrgica	( )Pediatria	( )UTI geral	( ) UCI NEO
Transferência	Destino:				

Assinatura e carimbo médico — Data — Hora

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19040915391085900000040334139
Número do documento: 19040915391085900000040334139

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DR. SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA - SESAP
MARIANO COELHO - HRMC

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA Nº 332

Identificação

Responsável pelo preenchimento:		**Data:** 03/11/18	**Hora:** 19 22
Nome: JOAQUIM FAGUNDES DE MEDEIROS		**Idade:** 59	**Sexo:**( )M ( )F
Nº Cartão SUS: 704 0053 3306 2967	**CPF/RG:**	**Data Nasc.** 23/02/59	
Endereço: Rua Teresa B. de Medeiros		**Cidade:** S. VICENTE	
Bairro: Alto da Cadeia	**Ocupação:**	**FONE:**	

Forma de chegada: ( )Meio próprio ( )SAMU ( )Outras ambulâncias

Classificação de Risco

Sinais vitais	**PA:** x	**FC:**	**FR:**	**T:**	**HGT:**	**Sat0_2:**
Dor: ( )Aguda ( )Crônica ( )Recorrente		**Tipo de dor:**	( )Leve ( )Moderada ( )Forte ( )Severa			
Estado Geral:	( )Aparentemente BEM ( )REGULAR ( )GRAVE ( )Inconsciente ( )Consciente ( )Orientado ( )Confuso ( )Convulsão ( )Hemorragias ( )Politraumatizado					
Queixa principal:						
Comorbidades:						
Medicamentos em uso:						
Alergia medicamentos:	—					
Classificação:	( )Azul	( )Verde	( )Amarelo	( )Vermelho	( )Não classificado	Glasgow:
Enfermeiro(a):					**Coren:**	**Hora:**

Avaliação Médica

História da doença atual/Exame clínico

Período de luto
Cx dor e dificuldade de deslocamento

Diagnóstico

Conduta/prescrição

Voltaren - 1 Amp IM
Dipirona - 1 Amp IM

Anotações de enfermagem

RECEBIDO
14 FEV 2019
TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.

PROTOCOLO RECEBIDO
TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.

Obs:

Assinatura e carimbo médico — Hora

Destino do paciente

Alta Hospitalar:	( )Decisão médica	( )Cura	( )À pedido	( )À revelia	( )Óbito
Internamento	( )Clínica médica	( )Clínica cirúrgica	( )Pediatria	( )UTI geral	( ) UCI NEO
Transferência	Destino:				

Assinatura e carimbo médico — Data ___/___/___ — Hora

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19040915391085900000040334139
Número do documento: 19040915391085900000040334139

GOVERNO DO ESTADO RN
SEC. SAÚDE PÚBLICA
HOSP. MONS. WALFREDO GURGEL

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: MEMORIAL	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE: MEMORIAL	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: JOAQUIM FAGUNDES DE MEDEIROS			6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL/ SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO 1 / FEMININO 2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO: 9892-7739*
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 com dor e limitação funcional IMPORTANTE no ombro DIREITO. Rx – Fratura cominuta úmero proximal esquerdo

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Acima Citada

RECEBIDO 14 FEV 2019 TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS): RX + Exame Físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS
Fratura úmero proximal Ombro ESQUERDO			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Artroplastia Total Ombro 408010045 Tenoplastia de Bíceps 408060476	26 - LEITO/CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
			29 - DT. SOLICITAÇÃO 08 / 11 / 2018
25 - COD. DO PROCEDIMENTO: 0415020034			30 - CARIMBO: Marcelo Diego Ortopedista Cirurgia Joelho e Ombro CRM RN 4884
			31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 - DT. AUT. / /	51 DT. AUT. / /	PROTOCOLO RECEBIDO 20 FEV 2019 TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.
48 - CNS / CPF		
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19040915391085900000040334139
Número do documento: 19040915391085900000040334139

FLÁVIA MAIA
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: **JOAQUIM FAGUNDES DE MEDEIROS**, brasileiro, casado, operador de máquinas, portador do RG nº 21.320.722-9 e inscrito no CPF sob o nº 260.875.454-69, residente e domiciliado na Rua Tereza Brasileira de Medeiros, 179, Alto da Candelária, São Vicente/RN, CEP: 59.340-000. Fone: (84) 9.9600-2358.

OUTORGADO: **FLÁVIA MAIA FERNANDES**, brasileira, divorciada, advogada inscrita na OAB/RN sob o nº 8403, **MILENA GALVÃO FERREIRA DE SOUZA,** brasileira, divorciada, advogada inscrita na OAB/RN sob o nº4892, ambas com endereço profissional nesta cidade, na Rua Moisés Galvão,125, Centro, Currais Novos- RN, CEP: 59.380-000, onde recebem intimações e comunicações deste feito.

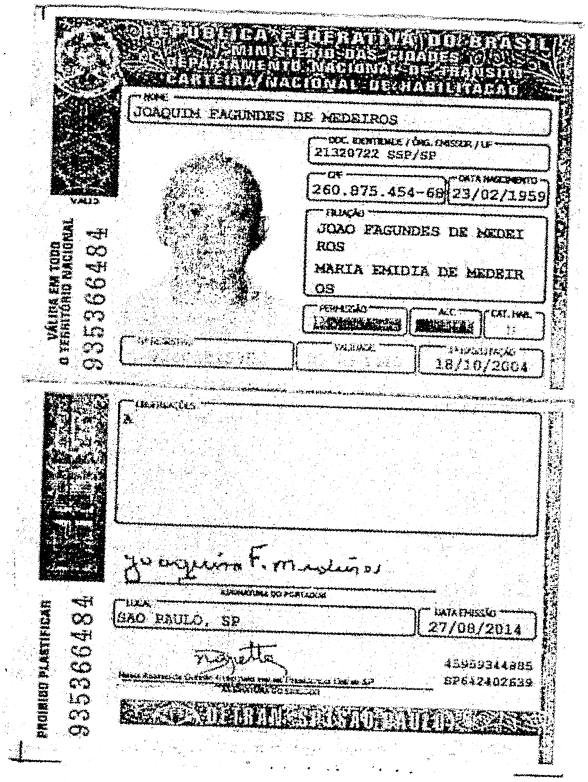
PODERES: Com poderes das cláusulas ***"AD JUDICIA"*** **"ET EXTRA",** e com poderes para confessar, transigir, desistir, fazer acordos, passar recibos, receber importâncias monetárias, requerer medidas preventivas e assecuratórias de direito, defender os interesses do outorgante em qualquer juízo, foro, instância ou tribunal inclusive Justiça Federal, repartições Públicas, federais, estaduais, municipais e autarquias, propor e variar de ações, agravar, apelar e interpor recursos livremente, praticar e assinar tudo o mais que se tome necessário em defesa de seus interesses e direitos, inclusive substabelecer este em que lhe convier, o qual dá, desde logo, por firme e valioso.

Currais Novos/RN, 14 de Março de 2019.

Joaquim F. Medeiros
OUTORGANTE

Rua Moisés Galvão, nº 125, Centro – Currais Novos / RN - CEP 59380-000
TEL/FAX. (84) 3412-1112 CEL. (84) 9877-0162/9971-7115.

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19040915393177300000040334160
Número do documento: 19040915393177300000040334160



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

NOME
JOAQUIM FAGUNDES DE MEDEIROS

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
21320722 SSP/SP

CPF
260.875.454-68

DATA NASCIMENTO
23/02/1959

FILIAÇÃO
JOAO FAGUNDES DE MEDEIROS
MARIA EMIDIA DE MEDEIROS

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AE

VALIDADE

PRIMEIRA HABILITAÇÃO
18/10/2004

OBSERVAÇÕES
A

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SAO PAULO, SP

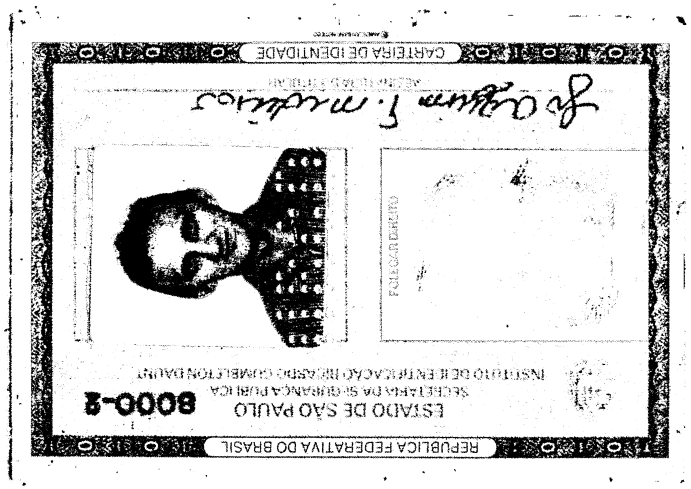
DATA EMISSÃO
27/08/2014

45959344885
SP642402639

DETRAN SÃO PAULO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
935366484

PROIBIDO PLASTIFICAR
935366484



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

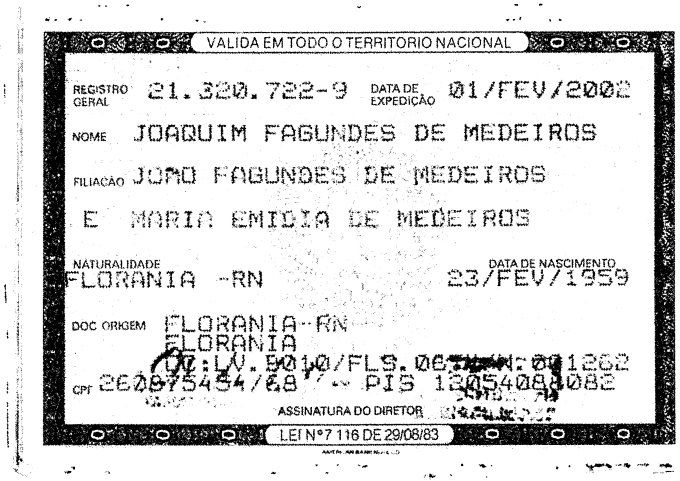
ESTADO DE SAO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PUBLICA

INSTITUTO DE ENTRALACAO DE ASSOC. CIMELECTON DAUNT

8000-2

FOLEGA DIREITO



VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 21.320.722-9 DATA DE EXPEDIÇÃO 01/FEV/2002

NOME JOAQUIM FAGUNDES DE MEDEIROS

FILIAÇÃO JOAO FAGUNDES DE MEDEIROS

E MARIA EMIDIA DE MEDEIROS

NATURALIDADE FLORANIA -RN DATA DE NASCIMENTO 23/FEV/1959

DOC ORIGEM FLORANIA-RN
FLORANIA
CT:LV.5010/FLS.06 [illegible]:001262

CPF 26087545470-8 PIS 1305408[illegible]082

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N°7 116 DE 29/08/83

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19040915393177300000040334160
Número do documento: 19040915393177300000040334160

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

cosern neoenergia

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mermoz, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte – CEP 59025-550
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055189-0 | www.cosern.com.br

RITA CARLOS SILVA

CPF 059.270.414-03 IIS 16043060591

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

RUA TERESA BRASILEIRA DE MEDEIROS
179

ALTO DA CANDELARIA/AREA URBANA
SAO VICENTE RN
59340-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7012926965	11/2018

DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
26/11/2018	18/12/2018

TOTAL A PAGAR (R$) 77,59

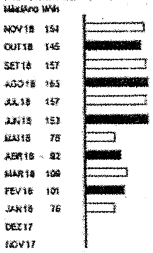
Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
015405516	ÚNICA	19/11/2018

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
19/11/2018	3010210685	1483419

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,20854034	6,25
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,35749774	25,02
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	54,0000000	0,53624661	28,95
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,74
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,53
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,38
ICMS-Parcela Subvencionada			6,62

TOTAL DA FATURA 77,59

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
11718132	CAT	18-10-2018	18.245,00	19-11-2018	18.399,00	32	1,00000		154,00



	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	63,59	18,00	11,44
PIS	63,59	0,91	0,58
COFINS	63,59	3,74	2,37

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R$ 23,44	36,87%
Transmissão	R$ 3,94	6,20%
Distribuição (Cosern)	R$ 15,83	24,89%
Perdas de Energia	R$ 4,28	6,73%
Encargos Setoriais	R$ 2,41	3,79%
Tributos	R$ 14,32	22,52%
Total	R$ 63,59	100%

Consumo Ativo até 30 kWh 0,208540340
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,357497740
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh 0,416246610

314D 6764 781E F6C8 185F CB37 0D78 196B

Pague no pontos-leia perto de você: agências dos Correios, casas lotéricas e lojas credenciadas, caixas eletrônicos e internet banking credenciados. Ligue para 0800 084 0121, entre em contato em www.cosern.com.br. * O pagamento da tarifa social de energia elétrica será isento somente em espécie. No dia da leitura estará em vigor a Bandeira Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual do nível de tensão de fornecimento. Pague com atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL), juros 1% a.m. (Lei 10.438/02) e atualização monetária pro rata. Resolução pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R$ 37,19. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo estabelecido para os padrões de atendimento comercial.

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

CONJUNTO CHUVOSO	VALOR BANDEIRA VERMELHA	LIMITE MENSAL	LIMITE BIMESTRAL	LIMITE ANUAL
	0,00	6,03	12,06	24,12
	0,00	3,42	6,85	13,70
	0,00	3,54	0,00	0,00

Limite DICRI 12,22 BUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R$ 22,60

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V) MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
7012926965	11/2018	26/11/2018	77,59

83860000000-0 77590038407-3 01292696520-8 01134016193-6

Vistoria.

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES, FLAVIA MAIA FERNANDES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19040915393177300000040334160
Número do documento: 19040915393177300000040334160