



Número: **0815605-89.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

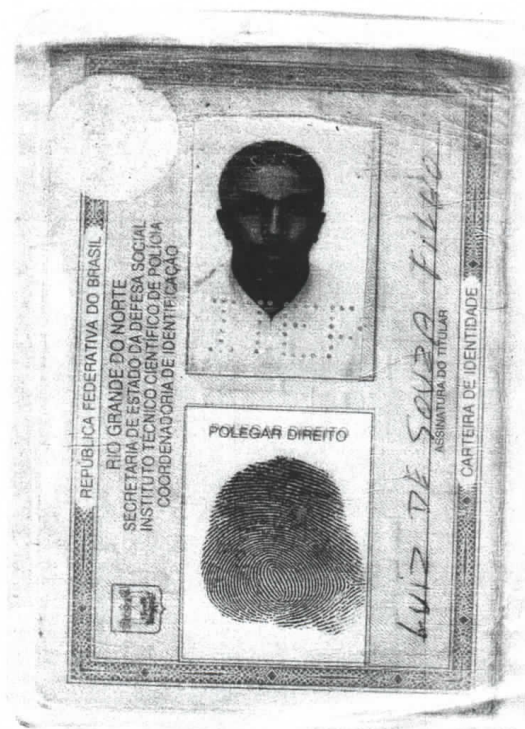
Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUIZ DE SOUZA FILHO (AUTOR)		GUSTAVO RODRIGO MACIEL CONCEICAO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
42154177	23/04/2019 11:23	DOCUMENTAÇÃO PESSOAL- LUIZ DE SOUZA FILHO20190321 11411154	Documento de Identificação
42155600	23/04/2019 11:23	COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA- LUIZ DE SOUZA FILHO20190321 11415919	Documento de Comprovação
42155895	23/04/2019 11:23	BOLETIM DE OCORRÊNCIA- LUIZ DE SOUZA FILHO20190321 11423963	Outros documentos
42156011	23/04/2019 11:23	DECLARAÇÃO SAMU- LUIZ DE SOUZA FILHO20190321 11440433	Documento de Comprovação
42156224	23/04/2019 11:23	Laudo médico- LUIZ DE SOUZA FILHO 0860	Documento de Comprovação
42156320	23/04/2019 11:23	Prontuário Médico- LUIZ DE SOUZA FILHO 0862-compactado	Outros documentos
42156353	23/04/2019 11:23	DOCUMENTO DO VEÍCULO- LUIZ DE SOUZA FILHO20190321 11451399	Outros documentos
42156932	23/04/2019 11:23	Comprovante Administrativo- LUIZ DE SOUZA FILHO	Documento de Comprovação



VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	002.069.379
DATA DE EXPEDICAO	26/07/2005
NOME	LUIZ DE SOUZA FILHO
FILIAÇÃO	LUIZ DE SOUZA MARIA JOANA DA CONCEICAO SOUZA
NATURALIDADE	CEARA-MIRIM RN
DOC. ORIGEM	CERT. DE NASCIMENTO L-0081 F-60 RG-21333 CEARA-MIRIM RN-2 CARTORIO
CPE	038.823.674-40
2a. VIA	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/63	

PROTOCOLO
RECEBIDO
21 FEV. 2008
ARAUNA SEGUROS S/A



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Marmoz, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Ins. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

KAROLYNE BASTOS VERAS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MARCILIO DIAS 254 -B CS-

CPF: 737.567.173-72

IGAPO/AREA URBANA
NATAL RN
59104-280

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7013002651	01/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
16/01/2019	05/02/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	96,94

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
017818571	ÚNICA	04/01/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
04/01/2019	3000898479	2710282

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	143,000000	0,80585937	86,83
Contrib Ilum. Pública Municipal			10,31

TOTAL DA FATURA

96,94

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
2170513848	CAT	05-12-2018	1.881,00	04-01-2019	2.024,00	30	1,00000		143,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano kWh
JAN 18 143
FEV 18 100
MAR 18 208
ABR 18 167
MAY 18 167
JUN 18 185
JUL 18 158
AGO 18 182
SET 18 183
OUT 18 178
NOV 18 180
DEZ 18 175

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	86,83	16,00
PIS	86,83	0,47
COPINS	86,83	2,17

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	30,38	35,74%
Transmissão	4,53	5,23%
Distribuição (Cosern)	21,47	24,78%
Perdas de Energia	5,77	6,68%
Encargos Setoriais	6,04	6,97%
Tributos	17,86	20,82%
Total	86,83	100%

Consumo Ativo(kWh)

0,48081000

TARIFAS APLICADAS

BB7C ADEF C4D8 F351 5411 F4CD 5FA3 4A7B

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você ou pelo site www.cosern.com.br. O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. Na data de leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é responsável quando há violação de continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagar em atraso gera multa 2% (Art. 41 ANEEL). Acres 1% (Art. 10 426/02) e atualização monetária no mês. O Cliente é responsável quando há descumprimento do prazo de entrega de energia e os padrões de atendimento ao cliente.

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

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

Qtd. Horas	Horas de Interrupção	Limite Mensal	Limite Trimestral	Limite Anual
OTC	0,00	5,43	16,85	21,73
PD	0,00	3,38	6,72	13,45
PD	0,00	3,11	6,00	0,00

Limite DCR: 12,22

EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 33,91

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	±10%

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

83830000000-4 96940038407-2 01300265120-5 01077110143-8 96,94





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DA GRANDE NATAL - DPGRAN
DEAV - Delegacia Especializada em Acidentes de Veículos



Ref. Ocorrência nº 101611111518450427

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Boletim versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO**

Data e Hora do Fato: **18/10/2017 às 09:37**

Local do Fato: **Em Via Aberta localizado(a) no(a) Viaduto Igapó, S/N, IGAPÓ, Natal, estado do(a/e) Rio Grande do Norte**

COMUNICANTE

LUIZ DE SOUZA FILHO, brasileira, casado(a), R.G. nº 002069379 ITEP/RN, CPF: 038.823.674-40, aux de copa e cozinha, com 38 anos e nascido aos 22/12/1978, natural de Ceará-Mirim-RN, filho(a) de Luiz de Souza e de Maria Joana da Conceicao Souza, residente e domiciliado(a) à(o) Das Orquideas, 226, casa 2, Jardim Petropolis, São Gonçalo do Amarante-RN, telefone (84) 98876-9651

HISTÓRICO SEGUNDO O COMUNICANTE

Informou que na data e hora citados conduzia a motocicleta em tela, quando uma outra motocicleta ao cair na pista provocou a colisão com a moto da vítima, que veio a cair e sofrer lesões conforme BAA de número 49980/2017, oriundo do pronto socorro Clóvis Sarinho.

Disse que fora conduzido pelo SAMU para o referido pronto socorro conforme ocorrência de número 175326/1, oriundo da SMS.

NADA MAIS DISSE

VÍTIMA(S)

1ª vítima: LUIZ DE SOUZA FILHO, brasileira, casado(a), R.G. nº 002069379 ITEP/RN, CPF: 038.823.674-40, aux de copa e cozinha, com 38 anos e nascido aos 22/12/1978, natural de Ceará-Mirim-RN, filho(a) de Luiz de Souza e de Maria Joana da Conceicao Souza, residente e domiciliado(a) à(o) Das Orquideas, 226, casa 2, jardim Petropolis, São Gonçalo do Amarante-RN, telefone (84) 98876-9651

TESTEMUNHA(S)

INFRATOR(ES)

Nenhum suspeito foi identificado até o momento

EXAMES REQUISITADOS

Nenhum

OBJETOS ENVOLVIDOS

Danificado: 1 Unidade(s) de Veículos, do tipo MOTOCICLETA, modelo HONDA/CG 125 FAN KS, de cor VERMELHA, de número de série *****22212, de placa NOA7923, ano 2012/2012, de propriedade do(a) Sr(a). LUIZ DE SOUZA FILHO

Autoridade: Alzira Veiga de Medeiros

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Comunicante: LUIZ DE SOUZA FILHO

CONCLUSÃO/REMESSA

Registrados os dados possíveis, seja a 1ª Via do Boletim remetido para o conhecimento do(a) delegado(a) Alzira Veiga de Medeiros na DEAV - Delegacia Especializada em Acidentes de Veículos e a 2ª via arquivada, para os devidos fins.

Natal, 14 de Dezembro de 2017.

Janir Azevedo Paiva

Janir Azevedo Paiva



Policial Civil

Matrícula: 170.234-3

- (84) 3232-6398/

PolOffice

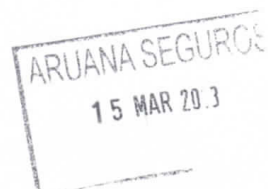
56edb25a124f4264da85e963446663d93

 NATAL	PREFEITURA DO NATAL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA SAMU 192 NATAL	 SAMU 192
---	--	--

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **LUIZ DE SOUZA FILHO**, foi vítima de colisão moto x moto, no dia 18/10/2017, aproximadamente às 09h37min, no Viaduto de Igapó, Igapó, nesta cidade. Tendo sido atendido pelo SAMU 192 Natal, **sob nº de ocorrência 175326/1** onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão e removido para o Hospital Walfredo Gurgel.

Natal, 24 de outubro de 2017.



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

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

23/10/2017

0.100/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=175326&Digito=1&ReadOnly=1

Paciente possui convênio particular?*

☐ Sim ☐ Não ☐ Não informado

☐ Atendimento na residência

☐ Óbito

☐ Removido por terceiros

☐ Conduta VTR

☐ Endereço não localizado

☐ Trote

☐ Evasão do local

☒ Remoção / Transferência

☐ Recusa atendimento

☐ Recusa remoção

Conduta Médico Regulador:

18/10/2017 09:29:10 - WALKER FERREIRA DA SILVA
VITIMA DE COLISÃO MOTO/MOTO. DEAMBULOU NO LOCAL. NEGA COMORBIDADES. NEGA PERDA DA CONSCIENCIA. TRAUMA EM OMBRO (ABRASÃO).
FRATURA DA CLAVICULA DIREITA (FECHADA). TRAUMA EM REGIÃO GLUTEA ESQ. (ESCORIAÇÕES). CABEÇA, TORAX, ABDOME INTEGROS. CONDUTA: IMOB.
CF. PROTOCOLO. AVP COM RS. DIPIRONA 2 ML + ABD IV. QTI PS CLOVIS SARINHO (POLITRAUMA)

Conduta Equipe de Enfermagem:

18/10/2017 09:47:05 - COMUNICADOR
TARM: WALDNERY. DR. PAULO DO POLITRAUMA VAI RECEBER PCTE.

☐ Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WOLFREDO GURGEL

F:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Motivo da entrada:

Ass:

Vaga Negada - Motivo:

- SELECIONE -

H. ligação ao serv prop.:

☐ Vaga Zero

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Ass:

Data:

ARUANA SEGUROS
15 MAR 2017

http://10.0.0.100/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=175326&Digito=1&ReadOnly=1

2/2

23/10/2017

00/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=175326&Digito=1&ReadOnly=1

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 175326/1

Data: 18/10/2017

TARM: FERNANDA DA SILVA

Rádio Operador: LITIZ NEY DA SILVA

Equipe Enfermagem Cena: COMUNICADOR

VTR: USB 18 (BASE DESCENTRALIZADA LEIDE MORAIS)

Médico Regulação: RAIMUNDA FÁTIMA DE OLIVEIRA FERNANDES

Médico Cena: RAIMUNDA FÁTIMA DE OLIVEIRA FERNANDES

Usuário Pós-Cena:

Equipe VTR: AMAURI QUEIROZ CANDIDO GARCIA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
CLÓVIS JOSÉ F.NETO - TECNICO DE ENFERMAGEM
MAURIJUDSON DE OLIVEIRA LIMA - TECNICO DE ENFERMAGEM

☒ Regulação Médica ☐ Trote ☐ Informação ☐ Engano ☐ Queda da ligação ☐ Sem Médico ☐ Transf./Internação ☐ Eletivo

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: FERNANDO

Telefone: (84) 98839-0364

Nome do Paciente:

LUIS DE SOUSA FILHO

Idade: *

38 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: Longitude:

Endereço: QTH VIADULTO DE IGAPÓ

Bairro: IGAPÓ

Outro Bairro:

Nº:

Referência/Complemento: NO TUNEL

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WOLFREDO GURGEL

Queixa Primária: QUEDA DE MOTO

Quem Solicitou:

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

18/10/2017 08:48:05 - Dr(a). RAIMUNDA FÁTIMA DE OLIVEIRA FERNANDES

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE MOTO X MOTO

REGULAÇÃO: COLISAO MOTO-MOTO. ACORDADO. CONSCIENTE.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE:

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO:

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:

Chamado:
18/10/2017
08:45:02

Saída Local:
18/10/2017
09:37:36

Regulação Médica:
18/10/2017
08:48:05

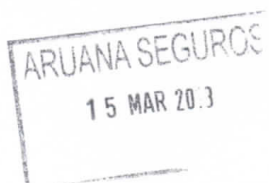
Chegada Destino:
18/10/2017
10:02:01

Solicitação VTR:
18/10/2017
08:52:27

Liberação Destino:
18/10/2017
11:03:24

Saída VTR:
18/10/2017
08:52:34
Liberação VTR:
18/10/2017
11:03:25

Chegada Local:
18/10/2017
09:03:28



http://10.0.0.100/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=175326&Digito=1&ReadOnly=1

1/2



Dr. Marcos Cabral Fagundes Rêgo
Ortopedia e Traumatologia Desportiva
CRM 5621 / TEOT 12416

Nota de exame físico
Uma de os membros inferiores
apresenta uma lesão de natureza
traumática, provavelmente por queda
e não por mecanismo de compressão
e lesão no grupo muscular
CEP 5/13!

24/04/13

Clínica Multimed
R. Cláudio Machado, 601
Petrópolis - CEP 59010-310 - Natal/RN

Tel. (84) 3202-1220
Email: marcosrego@hotmail.com

UNIMED NATAL SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
AV. ANTÔNIO BASÍLIO, 3598 - LAGOA NOVA - NATAL/RN - CEP:59054-380

FICHA DE INTERNAMENTO

FICHA DE REGISTRO - 10/11/2017 05:34

Nº ATEND.: 5

DADOS DO PACIENTE:

Registro: 151134
Nome: LUIZ DE SOUZA FILHO
Nascimento: 22/12/1978 00:00:00
Idade: 38 anos Sexo: Masculino
Estado Civil: RG: 2069379 CPF: 038.823.674-40
Pai: Mãe: MARIA JOANA DA CONCEICAO SOUZA
Endereço: RUA FLOR DAS ORQUIDEAS Nº 226 CIDADES DAS FLORES
CEP: 59000-000 Cidade: SAO GONÇ. AMARANTE-RN Estado: RN
Tel: 9415-0938 E-mail: Procedência:

Gunc.
Ata 10111

DADOS DO RESPONSÁVEL:

Nome: JOSEANE DO NASCIMENTO MELO SOUZA Parentesco: ESPOSA
RG: CPF:
Endereço: CEP:
Telefone: 84 9 8876-9651

DADOS DO CONVÊNIO:

Convênio: FEDERAÇÃO RN
Titular: LUIZ DE SOUZA FILHO Matrícula: 9800619004301008
Val. Carteira: 31/03/2018
Guia: 59010255
Diária Autorizada: DIARIA DE ENFERMARIA Dias Autorizados: 2 Validade da Guia: 12/11/2017

INFORMAÇÕES DE INTERNAÇÃO:

Unidade: GERENCIAMENTO DE LEITOS Tipo Leito: ENFERMAGEM
Leito: VT RES-44
ID: S43-LUXACAO ENTORSE DISTENS ARTIC

Federação RN

INFORMAÇÕES MÉDICO-HOSPITALARES:

Médico Paciente: MARCOS CABRAL FAGUNDES REGO
Observação: AUT VIA PORTAL NA SH: 2411710 VAL ATÉ 02/01/2018.

GABRIEL C
Funcionário (a) Responsável

Gabriel Antonio
Responsável
Hospital Unimed

Data e hora da impressão: 10/11/2017 às 05:37





3 - Data da Solitação 01/07/111712101171	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável XAVIER DE SOUZA FIDELIS	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização ARIANA SEGUROS
---	---	---	---

Federação RN

~~15 MAR 2013~~

Dados do Beneficiário					
1 - Registro ANS 3 3 5 5 9	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 5 9 0 1 0 2 5 5				
4 - Data de Autorização 1 0 7 1 1 7 2 0 1 7	5 - Senha 2 2 4 6 2 8 9 2				
6 - Data de Validade da Senha 0 5 7 0 1 7 2 0 1 8					
Dados do Contratado Solicitante					
7 - Número da Carteira 0 9 8 0 0 6 1 9 0 0 4 3 0 1 0 0 8	8 - Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1				
9 - Atendimento a RN N					
10 - Nome LUIZ DE SOUZA FILHO					
11 - Cartão Nacional de Saúde 7 0 4 0 0 9 8 6 0 9 7 8 2 6					
Dados do Contrato Solicitante					
12 - Código na Operadora 5 6 2 1	13 - Nome do Contratado MARCOS CABRAL FAGUNDES REGO				
Dados do Hospital / Local Solicitado e Dados da Internação					
14 - Nome do Profissional Solicitante	15 - Conselho Profissional 6				
16 - Número do Conselho 5 6 2 1	17 - UF R N				
18 - Código CBO 2 2 5 2					
Dados do Hospital / Local Solicitado e Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ 1 1 0 0 0 0 2 8	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIMED NATAL (HOSPITAL UNIMED)				
21 - Data Sugerida para Internação 1 0 7 1 1 7 2 0 1 7					
22 - Caráter de Atendimento 1	23 - Tipo de Internação 2				
24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1				
26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de quimioterapia S				
Indicação Clínica LUXACAO ENTORSE DISTENS ARTIC LIG CINT ESCAP					
Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 0					
Procedimentos ou Serviços Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde. Solto	38 - Qtde. Aut.	
01	1 8	0 0 6 0 0 0 8 0 5	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	0 0 2	0 0 2
02	2 2	0 0 3 0 7 1 7 1 0 8	FRATURAS E/OU LUXAÇÕES E/OU AVULSÕES - TRATAMENTO CIRÚRGICO	0 0 1	0 0 1
03	2 2	0 0 3 0 7 1 7 1 4 0	RESSECÇÃO PARCIAL OU TOTAL DE CLAVÍCULA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	0 0 1	0 0 1
04	2 2	0 0 3 0 7 3 1 1 1 9	TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDÃO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	0 0 1	0 0 1
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
Dados da Autorização					
39 - Data Provável de Admissão Hospitalar 0 7 1 1 7 2 0 1 7	40 - Qtde. Diárias Autorizadas 1 1	41 - Tipo de Acomodação 1			
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 1 1 0 0 0 0 2 8	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIMED NATAL (HOSPITAL UNIMED)	44 - Código CNES 9 9 9 9 9 9			
45 - Observações / Qualificação: AUTUMIA PORTADORA EM 2014, TRANSFERIDA PARA O CENTRO DE REABILITAÇÃO MATERIAIS, OS VALORES ESTÃO BASEADOS NA TAXA DE COMERCIALIZAÇÃO DO SERVIÇO.					
46 - Data da Solicitação 0 6 7 1 1 7 2 0 1 7	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>LUIZ DE SOUZA FILHO</i>	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização <i>MARJANA SEGUROS</i>		



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 335592	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha	
7 - Número da Carteira	
8 - Validade da Carteira	
9 - Atendimento a RN	
10 - Nome LUIZ DE SOUZA FILHO	
11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Código na Operadora	
13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante MARCOS CARVAL F. REBO	
15 - Conselho Profissional CRM	
16 - Número no Conselho 51621	
17 - UF RN	
18 - Código CBO	
19 - Código na Operadora / CNPJ	
20 - Nome do Hospital/Local Solicitado HOSPITAL UNIMED	
21 - Data sugerida para internação	
22 - Caráter do Atendimento U	
23 - Tipo de Internação H	
24 - Regime de Internação H	
25 - Qtde. Diárias Solicitadas 02	
26 - Previsão de uso de OPME S	
27 - Previsão de uso de quimioterápico N	

28 - Indicação Clínica

Do e impotência funcional em 2º grau : 20
exame anal da testa 2.
Rx - Linhas cervicais = L4/L5

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01	30717108	Tratamento cirúrgico Linhas cervicais		
02	30717108	Clavícula		
03	30717108	Função de tendão completo		
04	30717108	Extensor clavicular		
05		OPME		
06		Órtese titânio 5.0mm		
07		Fio de Kirschner n: 2mm	02	
08				
09				
10				
11				
12				

ARUANA SEGUROS
15 MAR 2017

Federação RN

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar	40 - Qtde. Diárias Autorizadas	41 - Tipo da Acomodação Autorizada
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - Código CNES
45 - Data da Solicitação 20/10/2017	46 - Assinatura do Profissional Solicitante MARCOS REBO Cirurgia de Ombro CRM 5821	47 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável LUIZ DE SOUZA FILHO
48 - Assinatura do Responsável pela Autorização		

Registro: 151134 / Num Carteira: 9800619004301008
 Nome: LUIZ DE SOUZA FILHO
 Dt.Nasc.: 22/12/1978 00:00 / Sexo: M
 Dt. Internacão: 10/11/2017
 Mãe: MARIA JOANA DA CONCEICAO SOUZA

Hospital
Unimed

BOLETIM DE SALA

REGISTRO: _____ CLIENTE: Luiz de Souza Filho

CIRURGIA REALIZADA: Procedimento cirúrgico para remoção de tumor + tendão do, 11, 17

CONVÊNIO: Unimed Curitiba + cobertura de plano particular 9.00 TÉRMINO: 10:30

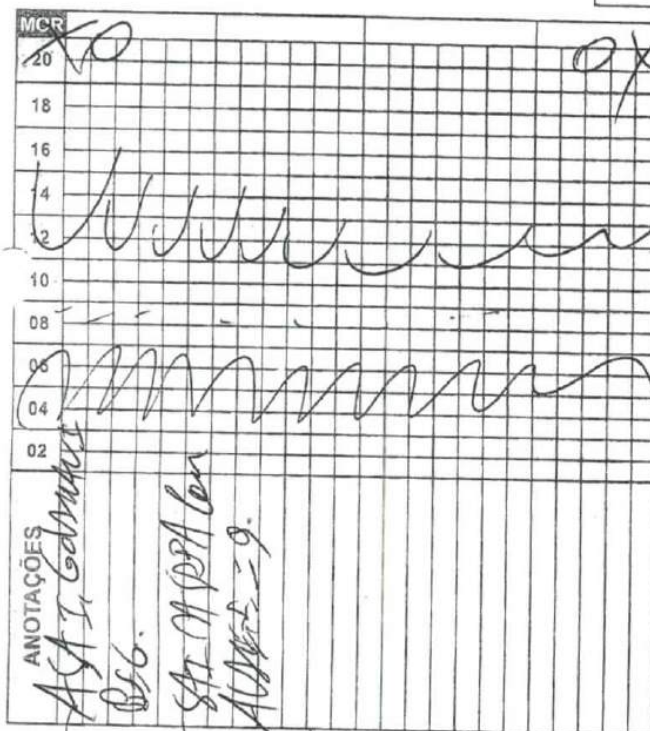
EQUIPE	NOME	CRM	ASSINATURA
CIRURGIÃO	DR. <u>Marcos Rebelo</u>	<u>5621</u>	<u>Marcos Rebelo</u>
1º AUXILIAR	DR. <u>Marcos Rebelo</u>	<u>5621</u>	<u>Marcos Rebelo</u>
2º AUXILIAR	DR. <u>Marcos Rebelo</u>	<u>5621</u>	<u>Marcos Rebelo</u>
3º AUXILIAR	DR. <u>Dr. Maxwell Melo</u>	<u>5621</u>	<u>Dr. Maxwell Melo</u>
ANESTESISTA	DR. <u>Dr. Maxwell Melo</u>	<u>5621</u>	<u>Dr. Maxwell Melo</u>
ENFERMEIRO	<u>Ana Paula</u>	<u>5621</u>	<u>Ana Paula</u>
INSTRUMENTADOR	<u>Dilma Digo</u>	<u>5621</u>	<u>Dilma Digo</u>
CIRCULANTE	<u>Sueli F. + Dilma</u>	<u>5621</u>	<u>Sueli F. + Dilma</u>

DESCRIÇÃO	CÓD.	QTD	DESCRIÇÃO	CÓD.	QTD	DESCRIÇÃO	CÓD.	QTD
Algodão ortopédico 15 cm	98	02	Algodão ortopédico 20 cm	100	02	Algodão ortopédico 25 x 7	101	02
Algodão ortopédico 20 cm	100	02	Algodão ortopédico 25 x 7	101	02	Algodão ortopédico 40 x 12	102	02
Algodão ortopédico 25 x 7	101	02	Algodão ortopédico 40 x 12	102	02	Algodão ortopédico 60 x 12	103	02
Algodão ortopédico 40 x 12	102	02	Algodão ortopédico 60 x 12	103	02	Algodão ortopédico 80 x 12	104	02
Algodão ortopédico 60 x 12	103	02	Algodão ortopédico 80 x 12	104	02	Algodão ortopédico 100 x 12	105	02
Algodão ortopédico 80 x 12	104	02	Algodão ortopédico 100 x 12	105	02	Algodão ortopédico 120 x 12	106	02
Algodão ortopédico 100 x 12	105	02	Algodão ortopédico 120 x 12	106	02	Algodão ortopédico 140 x 12	107	02
Algodão ortopédico 120 x 12	106	02	Algodão ortopédico 140 x 12	107	02	Algodão ortopédico 160 x 12	108	02
Algodão ortopédico 140 x 12	107	02	Algodão ortopédico 160 x 12	108	02	Algodão ortopédico 180 x 12	109	02
Algodão ortopédico 160 x 12	108	02	Algodão ortopédico 180 x 12	109	02	Algodão ortopédico 200 x 12	110	02
Algodão ortopédico 180 x 12	109	02	Algodão ortopédico 200 x 12	110	02	Algodão ortopédico 220 x 12	111	02
Algodão ortopédico 200 x 12	110	02	Algodão ortopédico 220 x 12	111	02	Algodão ortopédico 240 x 12	112	02
Algodão ortopédico 220 x 12	111	02	Algodão ortopédico 240 x 12	112	02	Algodão ortopédico 260 x 12	113	02
Algodão ortopédico 240 x 12	112	02	Algodão ortopédico 260 x 12	113	02	Algodão ortopédico 280 x 12	114	02
Algodão ortopédico 260 x 12	113	02	Algodão ortopédico 280 x 12	114	02	Algodão ortopédico 300 x 12	115	02
Algodão ortopédico 280 x 12	114	02	Algodão ortopédico 300 x 12	115	02	Algodão ortopédico 320 x 12	116	02
Algodão ortopédico 300 x 12	115	02	Algodão ortopédico 320 x 12	116	02	Algodão ortopédico 340 x 12	117	02
Algodão ortopédico 320 x 12	116	02	Algodão ortopédico 340 x 12	117	02	Algodão ortopédico 360 x 12	118	02
Algodão ortopédico 340 x 12	117	02	Algodão ortopédico 360 x 12	118	02	Algodão ortopédico 380 x 12	119	02
Algodão ortopédico 360 x 12	118	02	Algodão ortopédico 380 x 12	119	02	Algodão ortopédico 400 x 12	120	02
Algodão ortopédico 380 x 12	119	02	Algodão ortopédico 400 x 12	120	02	Algodão ortopédico 420 x 12	121	02
Algodão ortopédico 400 x 12	120	02	Algodão ortopédico 420 x 12	121	02	Algodão ortopédico 440 x 12	122	02
Algodão ortopédico 420 x 12	121	02	Algodão ortopédico 440 x 12	122	02	Algodão ortopédico 460 x 12	123	02
Algodão ortopédico 440 x 12	122	02	Algodão ortopédico 460 x 12	123	02	Algodão ortopédico 480 x 12	124	02
Algodão ortopédico 460 x 12	123	02	Algodão ortopédico 480 x 12	124	02	Algodão ortopédico 500 x 12	125	02
Algodão ortopédico 480 x 12	124	02	Algodão ortopédico 500 x 12	125	02	Algodão ortopédico 520 x 12	126	02
Algodão ortopédico 500 x 12	125	02	Algodão ortopédico 520 x 12	126	02	Algodão ortopédico 540 x 12	127	02
Algodão ortopédico 520 x 12	126	02	Algodão ortopédico 540 x 12	127	02	Algodão ortopédico 560 x 12	128	02
Algodão ortopédico 540 x 12	127	02	Algodão ortopédico 560 x 12	128	02	Algodão ortopédico 580 x 12	129	02
Algodão ortopédico 560 x 12	128	02	Algodão ortopédico 580 x 12	129	02	Algodão ortopédico 600 x 12	130	02
Algodão ortopédico 580 x 12	129	02	Algodão ortopédico 600 x 12	130	02	Algodão ortopédico 620 x 12	131	02
Algodão ortopédico 600 x 12	130	02	Algodão ortopédico 620 x 12	131	02	Algodão ortopédico 640 x 12	132	02
Algodão ortopédico 620 x 12	131	02	Algodão ortopédico 640 x 12	132	02	Algodão ortopédico 660 x 12	133	02
Algodão ortopédico 640 x 12	132	02	Algodão ortopédico 660 x 12	133	02	Algodão ortopédico 680 x 12	134	02
Algodão ortopédico 660 x 12	133	02	Algodão ortopédico 680 x 12	134	02	Algodão ortopédico 700 x 12	135	02
Algodão ortopédico 680 x 12	134	02	Algodão ortopédico 700 x 12	135	02	Algodão ortopédico 720 x 12	136	02
Algodão ortopédico 700 x 12	135	02	Algodão ortopédico 720 x 12	136	02	Algodão ortopédico 740 x 12	137	02
Algodão ortopédico 720 x 12	136	02	Algodão ortopédico 740 x 12	137	02	Algodão ortopédico 760 x 12	138	02
Algodão ortopédico 740 x 12	137	02	Algodão ortopédico 760 x 12	138	02	Algodão ortopédico 780 x 12	139	02
Algodão ortopédico 760 x 12	138	02	Algodão ortopédico 780 x 12	139	02	Algodão ortopédico 800 x 12	140	02
Algodão ortopédico 780 x 12	139	02	Algodão ortopédico 800 x 12	140	02	Algodão ortopédico 820 x 12	141	02
Algodão ortopédico 800 x 12	140	02	Algodão ortopédico 820 x 12	141	02	Algodão ortopédico 840 x 12	142	02
Algodão ortopédico 820 x 12	141	02	Algodão ortopédico 840 x 12	142	02	Algodão ortopédico 860 x 12	143	02
Algodão ortopédico 840 x 12	142	02	Algodão ortopédico 860 x 12	143	02	Algodão ortopédico 880 x 12	144	02
Algodão ortopédico 860 x 12	143	02	Algodão ortopédico 880 x 12	144	02	Algodão ortopédico 900 x 12	145	02
Algodão ortopédico 880 x 12	144	02	Algodão ortopédico 900 x 12	145	02	Algodão ortopédico 920 x 12	146	02
Algodão ortopédico 900 x 12	145	02	Algodão ortopédico 920 x 12	146	02	Algodão ortopédico 940 x 12	147	02
Algodão ortopédico 920 x 12	146	02	Algodão ortopédico 940 x 12	147	02	Algodão ortopédico 960 x 12	148	02
Algodão ortopédico 940 x 12	147	02	Algodão ortopédico 960 x 12	148	02	Algodão ortopédico 980 x 12	149	02
Algodão ortopédico 960 x 12	148	02	Algodão ortopédico 980 x 12	149	02	Algodão ortopédico 1000 x 12	150	02
Algodão ortopédico 980 x 12	149	02	Algodão ortopédico 1000 x 12	150	02			

BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 10/11/17

registro: 151134 / Num Carteira: 9800619004301008
Nome: LUIZ DE SOUZA FILHO
DtNasc.: 22/12/1978 00:00 / Sexo: M
Dt Internacao.: 10/11/2017
vive: MARIA JOANA DA CONCEICAO SOUZA



ANESTESIA: TIPO: 13CCH PERO PR48
TÉCNICA: 14B5PK con ST. Murphy
+ SMACH V60 SA
Inicio Anestesia: 09:00 Inicio Cirugía: 09:40
Fin Anestesia: 10:30 Término Cirugía: 10:20

	DRUGA USADA	UNID.	QTDE.
01-	NUA 600mg 50mg		01
02-	PERAL 100mg		01
03-	PROPOLET 200mg		01
04-	RODUA CAVA 0.75		01
05-	LIDO CAVA 0.75		01
06-	SL 500		02
07-	SL 500		02
08-	AKD 100		04
09-	PERAL PERAL 100mg		02
10-	DIPIRAN 1g		02
11-	PRECONIBE 40mg		01
12-	RAVITOL 50mg		01
13-	QUINEXOL 8mg		01
14-	ELC 200		01
15-	AGUA STERILIZADA		01
16-	FRUIT		01
17-			
18-			
19-			
20-			
21-			
22-			
23-			
24-			
25-			

GASOTERAPIA

XIGÊNIO:	Início: 9:00	Término: 10:30
OXI. NITROSO:	Início: _____	Término: _____
NITROGÊNIO:	Início: _____	Término: _____
GÁS CARBÔNICO:	Início: _____	Término: _____
AR COMPRIMIDO:	Início: _____	Término: _____

EQUIPAMENTOS

Bomba de Infusão	23	C. S. Lopes
Capnógrafo	24	
Monitor com PNI	25	
Oxímetro de Pulso	26	
Bomba Diprofusora		
Pressão Invasiva		
Craniotomo		
Ultracision		
Bisturi Elétrico		
Intensificador de Imagem		
Microscópio		
Vídeo		
Sist. Pneumático		
Colchão Térmico		

HU-MOD 022/06

SANGUE / DERIVADOS

Dr. Maxwell Melo
Anestesiologista
Membro da Sociedade Brasileira de Anestesiologia
CRM-3080 - R. 58A 1082
CPF: 008.002.754-90
Assinatura/Carimbo Anestesia

CRM

CPF

HOSPITAL UNIMED NATAL
CENTRO CIRÚRGICO



Registro: 151134 / Num Carteira: 9800619004301008
Nome: LUIZ DE SOUZA FILHO
Dt.Nasc.: 22/12/1978 00:00 / Sexo: M
Dt. Internacao: 10/11/2017
Mãe: MARIA JOANA DA CONCEICAO SOUZA

ANEXAR INVÓLUCRO

MEDICO ASSISTENTE: MARCOS C. REBO

DATA: 10/11/17

CIRURGIA: TTT da artéria coronária com uso de stent + TENOPLASTIA PERONEAL
artéria + OSTIOTOMIA da artéria com uso de stent

17A25
4894502
MRP R\$ 1.250,00 (incl. of all taxes)

STIMUPLEX A
Agulha para anestesia de piezo
Laboratório B. Braun S.A.
Rua Dona Maria Fidalgo, 328 - Piraporinha - Diadema - SP - Brasil - CEP 09960-350
Fone: +55 11 4071-4418 - CNPJ: 06.072.173/0001-04 - Resp. Técnico: Miguel Tadeu Corpe - CRP - V308

LO.L. IMPLANTES LTDA.
Rua Dona Maria Fidalgo, 328 - Piraporinha - Diadema - SP - Brasil - CEP 09960-350
Fone: +55 11 4071-4418 - CNPJ: 06.072.173/0001-04 - Resp. Técnico: Miguel Tadeu Corpe - CRP - V308

EC REP
Travessa da Amarela, Nº 16 - 2º And. Fm. - ZIP 2906-254 - Vitória - Portugal - Tel/Fax: +351 25226227 - e-mail: ciber@loll.com.pt

TECNICO / TECHNICAL NAME / NOME TÉCNICO
IMPLANTE PARA LIGAMENTO / LIGAMENT IMPLANT / IMPLANTE

COMERCIAL / TRADE NAME / NOME COMERCIAL
PF. ANCOR - 3.5 MM 2 FIBER / ANCOR SCREW 3.5 MM

COMPOSICAO / COMPOSITION / COMPOSICAO
TITANIO/POLIESTER / TITANIUM/POLYESTHER / TITANIUM/POLYESTER - PE 90/10

CODIGO / CODE / CODIGO
40083500023

QUANTIDADE / QUANTITY / CANTIDAD
01

CLASSE / CLASS / CLASSE
III

LOTE / LOT / LOTE
01296/15

Limites de Temperatura
Temperatura Limit
Limites de Temperatura
Não reutilizar
Não reutilizar
Não reutilizar

Data de Fabricação
Date of Manufacture
Fecha de fabricación
2015/02

Validade
Expiry Date
Validade
5 ANOS
5 YEARS
5 AÑOS

ESTERIL / STERILE / ESTERIL
ETO
OXÍDIO DE ETILENO

PRODUTO DE USO ÚNICO
SINGLE USE PRODUCT
PRODUCTO DE USO ÚNICO

PROIBIDO REPROCESSAR
FORBIDDEN TO REPROCESS
PROHIBIDO REPROCESSAR

LO.L. IMPLANTES LTDA.
Rua Dona Maria Fidalgo, 328 - Piraporinha - Diadema - SP - Brasil - CEP 09960-350
Fone: +55 11 4071-4418 - CNPJ: 06.072.173/0001-04 - Resp. Técnico: Miguel Tadeu Corpe - CRP - V308

EC REP
Travessa da Amarela, Nº 16 - 2º And. Fm. - ZIP 2906-254 - Vitória - Portugal - Tel/Fax: +351 25226227 - e-mail: ciber@loll.com.pt

TECNICO / TECHNICAL NAME / NOME TÉCNICO
IMPLANTE PARA LIGAMENTO / LIGAMENT IMPLANT / IMPLANTE

COMERCIAL / TRADE NAME / NOME COMERCIAL
PF. ANCOR - 3.5 MM 2 FIBER / ANCOR SCREW 3.5 MM

COMPOSICAO / COMPOSITION / COMPOSICAO
TITANIO/POLIESTER / TITANIUM/POLYESTHER / TITANIUM/POLYESTER - PE 90/10

CODIGO / CODE / CODIGO
40083500023

QUANTIDADE / QUANTITY / CANTIDAD
01

CLASSE / CLASS / CLASSE
III

LOTE / LOT / LOTE
01296/15

LO.L. IMPLANTES LTDA.
Rua Dona Maria Fidalgo, 328 - Piraporinha - Diadema - SP - Brasil - CEP 09960-350
Fone: +55 11 4071-4418 - CNPJ: 06.072.173/0001-04 - Resp. Técnico: Miguel Tadeu Corpe - CRP - V308

EC REP
Travessa da Amarela, Nº 16 - 2º And. Fm. - ZIP 2906-254 - Vitória - Portugal - Tel/Fax: +351 25226227 - e-mail: ciber@loll.com.pt

TECNICO / TECHNICAL NAME / NOME TÉCNICO
IMPLANTE PARA LIGAMENTO / LIGAMENT IMPLANT / IMPLANTE

COMERCIAL / TRADE NAME / NOME COMERCIAL
PF. ANCOR - 3.5 MM 2 FIBER / ANCOR SCREW 3.5 MM

COMPOSICAO / COMPOSITION / COMPOSICAO
TITANIO/POLIESTER / TITANIUM/POLYESTHER / TITANIUM/POLYESTER - PE 90/10

CODIGO / CODE / CODIGO
40083500023

QUANTIDADE / QUANTITY / CANTIDAD
01

CLASSE / CLASS / CLASSE
III

LOTE / LOT / LOTE
01296/15

ARUANA SEGUROS
15 MAR 20 3

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA

Hospital
Unimed 

Cirurgia: _____

Diagnóstico: _____

Cirurgião: _____

Anestesiologista: _____

Registro: 151134 / Num Carteira: 9800619004301008

Nome: LUIZ DE SOUZA FILHO

Dt. Nasc.: 22/12/1978 00:00 / Sexo: M

Dt. Internação: 10/11/2017

Mae: MARIA JOANA DA CONCEICAO SOUZA

Peso (kg)	Altura (Cm)	FR	Pulso (bpm)	Temp (c°)	PA (mmHg)	Jejum (horas)
60	170	10	72	36	120x60	8

Avaliação Clínica

Cardiovascular <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipertenso <input type="checkbox"/> Angioplastia <input type="checkbox"/> Valculopatia <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Infarto <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Coronariopatia <input type="checkbox"/> ICC		Respiratorio <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dependência O ₂ <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> IVAS <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC		Exame Físico Cardíaco: RCR, 2T, BAF (Jophs) Respiratório: Mucosas, Aft. 1/RA. Neuro: Regional: Outro:	
Neurológico <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Neuropatias <input type="checkbox"/> Nervoso <input type="checkbox"/> Déficits <input type="checkbox"/> Medo		Gastrointestinal <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Gastrite <input type="checkbox"/> Refluxo <input type="checkbox"/> Hepatite		Laboratório Hb: Ht: Plaquetas: Glicemia: Outros:	

Renal <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> IRC <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Cálculo Renal <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Diálise <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Outros		Hábitos Sociais <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Artrite <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Hêmia Discal <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Músculo Distrofia <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Escoliose		Músculo Esquelético <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artite <input type="checkbox"/> Hêmia Discal <input type="checkbox"/> Músculo Distrofia <input type="checkbox"/> Escoliose	
Medicação em uso: NEGA					

Hematológico <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Apendicite <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Tireoideopatia <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Transfusões Anteriores		Endócrino <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tireoideopatia		Alergias <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Medicamentosa <input type="checkbox"/> Alimentar <input type="checkbox"/> Látex	
Cirurgias Anteriores Quais? NEGA					

Comentários sobre os achados ADTO.				Avaliação Asa I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/>			
--	--	--	--	--	--	--	--

Risco Cirurgico (NYHA) I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/>			
---	--	--	--

Índice de Goldman I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>			
--	--	--	--

Assinatura do Anestesiologista  Dr. Maxwehlo Melo Anestesiologista Membro da Sociedade Brasileira de Anestesiologia CRM 5056 - TEA - SP 16182 CPF: 000.002.784-98		CRM			
---	--	------------	--	---	--

Hospital Unimed

Relatório de Movimentação por Solicitação - Baixa de Estoque

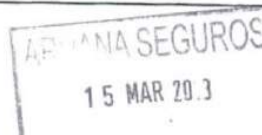
Paciente: LUIZ DE SOUZA FILHO
Reg./Pront.: 151134 / 151134
Solicitação: 117.573619
Setor: CENTRO CIRURGICO

Convênio: FEDERAÇÃO RN
Unidade: GERENCIAMENTO DE LEITOS Leito: VT RES-44
Data: 10/11/2017 16:08 Solicitante: SHEILAC
OS:

Horário	Código	Descrição	Lote	Solic.	Atend.	Devolução
Setor de Aplic.: CCO CENTRO CIRURGICO						
Data:	10/11/17	Subalmoxarifado: FARM CENT CIRURG		Usuário: SHEILAC		
16:08	977	CEFAZOLINA 1G	100108S Valid: 30/07/2019	1	1 FA	_____
16:08	347	SERINGA DESC S/ AGULHA 10ML C/ ROSCA		2	2 UND	_____
16:08	15762	AGULHA DESCARTAVEL P/ ASPIRAÇÃO 25 X 12		2	2 UND	_____
16:08	1388	AGUA BIDESTILADA 10ML	7050265 Valid: 15/05/2020	3	3 AMP	_____
16:08	1210	DIPIRONA SODICA 1G 500MG/ML 2ML	26583157 Valid: 30/05/2019	1	1 AMP	_____

Declaro ter recebido os itens contidos nesta solicitação, lacrados sem nenhum tipo de violação e em perfeitas condições de uso
Recebido: _____

MedicWare - 10/11/2017 16:09 (U2/ESTOQU.067) (U1867/ESTOQU.310)



Página 1 / 1

COMUNICADO IMPORTANTE

NATAL, 10 de Novembro de 2017

Prezados (as) senhores (as),

A diretoria do Hospital Unimed Natal alerta aos pacientes, familiares, visitantes, médicos e colaboradores para a prática ilícita de abordagens por telefone que requeiram quaisquer tipos de informações, principalmente no que se refere a depósitos ou transferência bancária para qualquer finalidade, relacionada ao tratamento médico de pacientes em internação.

Reiteramos que o Hospital Unimed Natal atende exclusivamente aos pacientes beneficiários do sistema Unimed e que não é de procedimento da unidade fornecer ou solicitar informações por telefone sobre o detalhamento assistencial de seus pacientes.

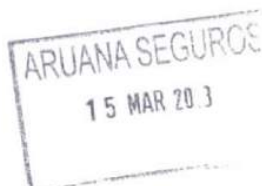
O pagamento de procedimentos não cobertos, quaisquer que sejam e se necessários, serão conduzidos presencialmente por meio da diretoria do Hospital.

Atenciosamente,

r. Marcos Antônio Tavares Jácome da Costa Britto
Superintendente de Recursos Hospitalares

ALUIS DE SOUZA FILHO

Gustavo Rodrigo Maciel Conceição
Recepção 8845
Hospital Unimed



UNIMED NATAL SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
AV. ANTÔNIO BASÍLIO, 3598 - LAGOA NOVA - NATAL/RN - CEP:59054-380

TERMO DE RESPONSABILIDADE HOSPITALAR

CONTRATANTE: Sr(a). JOSEANE DO NASCIMENTO MELO SOUZA

RG nº:

Endereço:

Fone:

84 9 8876-9651

CPF nº:

Cidade:

NATAL

Parentesco:

ESPOSA

PACIENTE: Sr(a).

LUIZ DE SOUZA FILHO

RG nº:

2069379

Endereço:

RUA FLOR DAS ORQUIDEAS, 226

Bairro:

CIDADES DAS FLORES

CEP:

59000-000

CPF nº:

038.823.674-40

Cidade:

SAO GONÇ. AMARANTE-RN

Fone:

9415-0938

1) O RESPONSÁVEL fica ciente que a utilização de materiais e medicamentos não reembolsáveis pelo convênio, bem assim, como a internação em acomodações diversas daquela autorizada pelo convênio médico pagador, obriga o responsável pelo (a) paciente ao pagamento das despesas acrescidas.

2) (os, a, as) RESPONSÁVEL (EIS) declara (m) assumir, neste ato e em caráter principal e solidário com o (a) próprio (a) paciente, a obrigação de pagar todas as diárias de internação, materiais, medicamentos, diárias de U.T.I. e taxas de utilização de sala cirúrgica, gastos de telefonemas locais, celulares, interurbanos e internacionais, despesas decorrentes dos serviços de atendimento diagnóstico e tratamento médico - hospitalares necessários e indispensáveis, incluindo medicamentos, materiais e serviços que forem fornecidos por terceiros e que, a critério médico, forem imprescindíveis para o sucesso do tratamento indicado.

3) Fica ciente ainda o responsável que caso o pagamento das contas não sejam autorizados pelo convênio médico indicado pelo (a) paciente ou seus familiares, e tratando-se de internação de prazo longo e indeterminado, fica estabelecido que o Hospital Unimed emitirá e apresentará notas fiscais sempre que as despesas hospitalares atingirem o valor de R\$ 1.000,00 (um mil reais), bem como respectivas faturas e duplicatas de serviços, para que o (os, a, as) RESPONSÁVEL (EIS) faça (m) os pagamentos dos valores em débito existentes na conta corrente hospitalar do (a) paciente, ajustando as partes contratantes que, nessa hipótese, as quantias apuradas tenham o seu vencimento fixado sempre que atingir o valor supracitado até o final da alta médica. Ocorrendo a hipótese de falta de pagamento na forma ajustada nesta cláusula, incidirá multa de 10% (dez por cento) sobre a quantia total vencida, mais juros de mora à razão de 1% (um por cento) ao mês, correção monetária segundo os índices oficiais que vêm sendo adotados pelo Poder Judiciário do Estado e, em caso de procedimento judicial, mais custas processuais e honorários advocatícios que forem arbitrados em Juízo.

4) Fica (m) ciente (s) o (os, a, as) responsável (eis), que o Hospital Unimed Natal, não se responsabiliza por quaisquer bens ou objetos pessoais que porventura adentrem ou sejam deixados, esquecidos em nossas dependências. Ficam, portanto, os mesmos sob a responsabilidade de quem estiver portando-os.

5) O (os, a, as) RESPONSÁVEL (EIS) confirma (m) que lhe(s) foi oferecida uma cópia do regulamento interno do Hospital Unimed, declarando outrossim ser do seu inteiro conhecimento todas as normas e condições pré-estabelecidas que se referem à internação do (a) paciente, ao comportamento dos acompanhantes, à conduta dos parentes e visitantes e ao cumprimento de horários, enquanto dentro do estabelecimento hospitalar.

6) As partes elegem o foro da comarca de Natal, estado do Rio Grande do Norte, para nele dirimir eventuais dúvidas ou litígios que surgirem da interpretação das cláusulas constantes deste Instrumento, correndo por conta da parte vencida as custas processuais e os honorários advocatícios que forem despendidos pela parte vencedora. O presente instrumento é assinado em duas vias de igual teor e forma, ficando uma via para cada uma das partes contratantes.

LUIZ DE SOUZA FILHO
CONTRATANTE

CONTRATADO

Testemunhas:

Gustavo Rodrigo Maciel Conceicao

Nome:

RG:

CPF:

Nome:

RG:

CPF:

OBS.: Rubricar Todas as Páginas.

NATAL, 10 de Novembro de 2017

ARUANA SEGUROE
15 MAR 2018

Registro: 151134 / Num Carteira: 9800619004301008
 Nome: LUIZ DE SOUZA FILHO
 Dt. Nasc.: 22/12/1978 00:00 / Sexo: M
 Dt. Internação: 10/11/2017
 Mãe: MARIA JOANA DA CONCEICAO SOUZA

ADMISSÃO DO PACIENTE

Data: 10/11/17 Procedimento Programado: ☒ Eletiva ☐ Urgência
 Tricotomia: ☐ Não realizada ☐ Realizada por: _____ às _____ h Peso: _____ Altura: _____
 Cirurgias Anteriores: ☐ Não ☐ Sim Qual? _____ Intercorrência com Anestesia: ☐ Não ☐ Sim
 Acompanhante: ☐ Não ☒ Sim Jejum a partir das: _____ h do dia ____/____/____
 Alergia: ☒ Não ☐ Sim Alérgico à: _____

Etiqueta
ALERGIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Ansioso ☐ Desorientado

CHECK LIST DE ENCAMINHAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO

- ☐ Anamnese e exame físico ☐ Avaliação Pré-Anestésica
☐ Avaliação inicial de enfermagem e anestésico ☐ Retirada de órteses, Próteses e Adornos
☐ Consentimento Cirúrgico e Anestésico ☐ Reconciliação Medicamentosa e Triagem Nutricional
☐ Exames complementares e imagens que auxiliam o procedimento

PATOLOGIAS EXISTENTES: ☒ AUSENTE

☐ Hipertensão ☐ Neoplasias ☐ DPOC ☐ Diabetes ☐ Cardiopatias ☐ DRC ☐ Artrite ☐ Outras

FATORES DE RISCO EXISTENTES: ☒ AUSENTE

☐ Etilismo ☐ Tabagismo ☐ Drogas Ilícitas ☐ Obesidade

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA O CENTRO CIRÚRGICO às _____ horas

SSV: _____ h PA: _____ T: _____ P: _____ SPO₂: _____ HGT: _____

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem (Carimbo): _____

CHECK LIST - NA ENTRADA DO CENTRO CIRÚRGICO

CHECK-IN

- ☒ Checado dois identificadores do paciente (Nome completo e registro do Prontuário) ☒ Consentimento Anestésico
☒ Avaliação Pré-Anestésica ☒ Sítio Marcado ☐ Não se Aplica ☒ Conferência Paciente/Agendamento ☐ Protocolo de TEV
 SSV: _____ h PA: 120x80 T: 36°C P: 80 SPO₂: 100% HGT: _____

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem (Carimbo): *Thelma Freire do Nascimento*

II - TIME OUT - COMUNICAÇÃO ATIVA COM VERIFICAÇÃO OBRIGATORIA DO CHECK LIST - NA SALA DE CIRURGIA

TIME OUT - Antes da Indução Anestésica

- ☒ Checado dois identificadores do paciente (Nome completo e Registro)
☒ ATB Profilático 60 minutos antes da incisão cirúrgica
☒ Sim Horário: 09:00 h ☐ Não ☐ Não se Aplica
☐ ATB Terapêutico
☒ Materiais/Implantes estão disponíveis
☒ Consentimento Anestésico
☒ Sítio Marcado ☐ Não se Aplica
☒ Oxímetro de Pulso funcionando corretamente
☒ Via aérea difícil/Broncoaspiração
☐ Alergia ☒ Não ☐ Sim: _____
☒ Provável perda sanguínea (Adulto 500ml e Criança 7ml/kg/peso) ☐ Sim
☐ Reserva de Sangue disponível ☒ Não
☒ Checagem dos Equipamentos (Anestesia e Equipe)

TIME OUT - Antes da Incisão Cirúrgica

- ☒ Confirmação do paciente/Cirurgia a ser realizada e Lateralidade/Sítio Cirúrgico
☒ Checagem da Equipe que está em sala
Exames de imagens e laboratoriais disponíveis
☐ Não ☒ Sim ☐ Não se Aplica (ex)
Enfermagem/Instrumentador
☒ Materiais e equipamentos estéreis (integrados) e disponíveis

ARUANA SEGUROS

15 MAR 2017

Placa de Bisturi: ☒ SIM

Eletrodos: ☒ SIM

Horário do início do garroteamento: _____

Horário do término do garroteamento: _____

Tricotomia: ☒ Não ☐ Sim

Local: ☐ Unidade de Internação ☐ Sala Operatória ☐ Domicílio ☐ > 2 horas

Material Utilizado: ☐ Aparelho Barbeador ☐ Tricotomizador ☐ Outros - Qual? _____

Preparo pela: ☒ Degermação ☐ Clorexidine ☐ PVPI ☐ Outros - Qual? _____

Anti-sepsia: ☒ Clorexidine ☐ PVPI ☐ Outros - Qual? ALCOOL

Manta Térmica: ☐ Superior ☐ Inferior ☐ Corpo Inteiro

Colchão Térmico: ☒ Não ☐ Sim

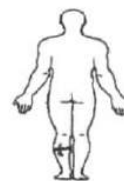
Protetor Térmico: ☒ Não ☐ Sim

☐ Bisturi Argônico ☐ Garrote Pneumático ☒ Bisturi Valleylab ☐ CEC

☐ Motor Pneumático ☐ Ultrassom ☐ Microscópio

Laser: _____

☐ Histeroflator ☐ Sonosurg ☐ Video



RELATÓRIO TRANS OPERATÓRIO

Data: 10/11/17

Hora início: 09:00

Anestesia: ☐ Geral Inalatória ☐ Geral Venosa ☒ Sedação ☐ Local ☐ Peridural ☐ Raqui ☒ Bloqueio: _____

IOT: ☒ Não ☐ Sim - cânula n° _____ IOT aramado: ☒ Não ☐ Sim - n° _____

AVP: ☐ Não ☒ Sim: MSE, Jelco n° 20 por RAPHAEL Dissecção Venosa: ☒ Não ☐ Sim Por _____

AVC: ☒ Não ☐ Sim _____, por _____ Instalada PAI: ☒ Não ☐ Sim Por _____

C: ☒ Não ☐ Sim por _____ Cateter O²: ☐ Não ☒ Sim SNG: ☒ Não ☐ Sim N° _____ SNE: ☒ Não ☐ Sim

SVD: ☒ Não ☐ Sim N° _____ Efetuada por: _____

Intercorrências: _____

Posicionamento: ☒ Dorsal ☐ Lateral direito ☒ Lateral esquerdo ☐ Litotomia ☐ Fowler ☐ Semi-fowler ☐ Semi-ginecológico

☐ Ventral ☐ Trendelenburg ☐ SIMS

Placa de Bisturi: ☐ Não ☒ Sim Local: PARAVERTEBRAL L4-L5 (por Tec. Sims)

Medicações administradas no intra-operatório (Hora: 09:00 h) AMPS, 0,2g CEFASOLINA EV

10:00 AMPS, 0,2g Diclofenaco + 0,2g PARACETAMOL 400mg +

0,2g PARACETAMOL 400mg + 0,2g ONDASETRONA 8mg EV

Intercorrências: _____

Infusões intra-operatórias de hemoderivados

CH: _____ qtd. Plasma: _____ qtd. Plaquetas: _____ qtd. Crio: _____ qtd. Expansor plasmático: _____ qtd.

ARUANA SEGURO

15 MAR 2017

Carimbo das Equipes: HOSPITAL UNIMED NATAL
 CIRURGIA REALIZADA: TTT. CÂMERAS LUXACÃO CLAVICULAR "D" + TENOPLASTIA DE
 INÍCIO DA ANESTESIA: 09:00 CÂMERAS + OSTEOTOMIA CLAVICULAR BILATERAL
 INÍCIO DA INCISÃO: 09:40
 FECHAMENTO DA INCISÃO: 10:20
 TÉRMINO DA ANESTESIA: 10:30
 TIPO DE ANESTESIA: BL. PLEURO-DRAG + SEDACAP
 CIRURGIÃO: MARCOS REES
 1º AUXILIAR: _____
 2º AUXILIAR: _____
 ANESTESISTA: MAX WELK
 PEDIATRA: _____
 INSTRUMENTADOR: JOÃO
 CIRCULANTE: SNEHA + JILMA
 10:40 APOS TTT CÂMERAS
 ENCAMINHADO AO C.A.S. DOS GRUPOS
 ANESTESIA, A.A. MV + EDA RES
 02 RES. MÉDICA + 01 ATM. ANA
 AO JORNALÃO

HOSPITAL UNIMED NATAL
 GERENCIAMENTO DE RISCO - LATERALIDADE
 CIRURGIA: TTT LUXACÃO CLAVICULAR "D"
 LATERALIDADE: ☒ ESQUERDO
 PACIENTE: ☒ INCONSCIENTE
 LADO FÓFURA: ☒ SIM ☐ NÃO

Tempo	Temperatura	FC	SPO ₂	PA	RAI	PVC
09:00	36,0°C	80	100%	120 x 80	—	—
10:30	36,0°C	83	100%	117 x 76	—	—

III CHECK OUT - NA SALA DE CIRURGIA (EQUIPE DE ENFERMAGEM)

CHECK OUT
☒ Contagem de Compressas N° entregues: 25 N° Conferidas: 25
☒ Peça Cirúrgica para anatomia patológica ☐ Sim ☒ Não
☒ Identificação da peça com etiqueta do paciente
☒ Quantidade de peças: 2 Especificação da peça: 2
☒ Eventos prevenidos com TIME OUT SIM
☒ Houve algum problema com equipamentos? ☐ Sim ☒ Não ☐ Quais? _____
☒ Houve algum EAS relacionado ao procedimento cirúrgico? _____ Foi notificado? ☒ Não ☐ Sim
 Paciente encaminhado para: ☒ SRPA ☐ UTI ☐ Unidade de Internação ☐ Residência

ENCAMINHAMENTO PARA A SRPA: 20:00
 CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DO PACIENTE - ANESTESIA: ☐ Geral Venosa ☐ Geral Inalatória ☐ Geral Combinada (V+I) ☐ Peridural cl Catete
 Anestesista: ☒ Peridural sem Cateter ☐ Raqui ☐ Bloqueio ☐ Sedação ☐ Local
 Oxigenoterapia: ☒ Ar Ambiente ☐ MV _____ % ☐ Cateter O₂ ☐ TQT ☐ Outros
 Monitorização: ☐ ECG ☒ Oximetria ☒ PA ☐ PA Invasiva ☐ PVC Hora Instalado _____ h Hora Desligado _____ h
 Sondas/Câmulas: ☐ Sonda Gástrica ☐ Sonda Nasoenteral ☐ Sonda Vesical ☐ Guedel n° _____ ☐ Penrose Látex
☐ Penrose Silicone ☐ Nelaton ☐ Torax ☐ TOT n° _____ ☐ Sucção ☐ Outros: _____
 Nível de Consciência: ☐ Acordado ☒ Sonolento ☒ Calmo ☐ Agitado

BALANÇO GERAL		INFUDIDO				ELIMINADO			
Hora	Oral	SNG/SNE	Soro	Sangue	Medicação	Drenos	SNG	Diurese	Vômitos
Total Infundido:						Total eliminado:		Débito:	
VALORES DO ÍNDICE DE ALDRETE - KROULIK									
Atividade	Respiração	Circulação				Consciência	Saturação		
2: Movimento voluntário de todas as extremidades 1: Movimento voluntário de duas extremidades apenas 0: Incapacidade de se mover	2: Respiração profunda e tosse 1: Dispnéia, hipoventilação 0: Apnéia	2: PA entre 140x90mmhg e 90x60mmhg 1: PA Sistólica: Acima de 145mmhg com/ou Distólica acima de 105mmhg 0: PA igual ou inferior a 89x55mmhg				2: Totalmente esperto 1: Desperta quando chamado 0: Não responde	2: Capaz de manter em ar ambiente Sat O ² > 92% 1: Necessidade de suplementação de oxigênio para manter Sat O ² > 92% 0: Sat O ² < 90% apesar da suplementação de oxigênio		
						ARUANA SEGURANÇA			
						15 MAR 2011			

ARJANA SEGURO
 15-MAR-2023

PLANO TERAPÊUTICO CIRÚRGICO

Hospital
Unimed 

Data: 10/11/17

Registro: 151134 / Num Carteira: 9800619004301003

Nome: LUIZ DE SOUZA FILHO

Dt. Nasc.: 22/12/1978 00:00 / Sexo: M

Dt. Internacao.: 10/11/2017

Mae: MARIA JOANA DA CONCEICAO SOUZA

ADMISSÃO MÉDICA	Diagnóstico:	
	Comorbidades:	
	Exames Complementares:	
	Procedimento:	
	Antibiótico profilaxia:	Dias:
	Previsão de Alta:	
Assinatura/Carimbo do Médico		

ARUANA SEGURO
15 MAR 2017

FORMULÁRIO	
Referência: Registro de Medicamentos Utilizados pelo Paciente	NºDoc: 24/2014
Área: Todas	Versão: 01
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Data: 03/06/2014
	Página: 01

Preencha os campos se não houver etiqueta

Registro: 151134 / Num Carteira: 9800619004301008
 Nome: LUIZ DE SOUZA FILHO
 Dt.Nasc.: 22/12/1978 00:00 / Sexo: M
 Dt. Internacao.: 10/11/2017
 Mae: MARIA JOANA DA CONCEICAO SOUZA

Lista de Reconciliação Medicamentosa

Fonte das informações: ☒ Paciente ☐ Familiar ☐ Médico ☐ Farmacêutico ☐ Prontuário ☐ Outros:

LISTE ABAIXO TODOS OS MEDICAMENTOS, FITOTERÁPICOS, VITAMINAS E SUPLEMENTOS PRESCRITOS OU NÃO QUE O PACIENTE FAZ USO EM CASA


☐ NÃO USA MEDICAMENTOS ☐ NÃO SABE INFORMAR OS MEDICAMENTOS ☐ TROUXE MEDICAMENTOS DE CASA

Alergias/Reações: ☒ Não ☐ Sim Listar:

Nome do Medicamento	Dose	Via de adm.	Posologia	Horário da última administração	Médico: Compare os medicamentos da prescrição atual com os tomados em casa			Enfermeiro: Compare os medicamentos da prescrição atual com os tomados em casa		Farmacêutico: Compare os medicamentos da prescrição atual com os tomados em casa		Transferência Intra-Hospitalar: Reconciliação dos medicamentos na transferência de seg.	
					Continuar	Modificar	Suspender	Ajustado Não alertar o Médico	Não Ajustado Alertar o Médico	Ajustado Não alertar o Médico	Não Ajustado Alertar o Médico	Ajustado Não alertar o Médico	Não Ajustado Alertar o Médico
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

Fator de RISCO: <input type="checkbox"/> Obeso <input type="checkbox"/> Hepatopata <input type="checkbox"/> Hipertenso <input type="checkbox"/> Renal Crônico <input type="checkbox"/> Diabético	Médico da admissão: DATA: HORA:	Enfermeiro da admissão: Jiana Teixeira da Silva Enfermeira COREN-107131 DATA: HORA:	Farmacêutico: DATA: HORA:	Farmacêutico: DATA: HORA:
--	---	--	---	---

ARUANA SEGUROS
15 MAR 2013

Unimed 	FORMULÁRIO DO SGQ		NºDoc: FORM - 45/2013
	Referência: Check-list do Protocolo de Queda		Versão: 2
	Área: Hospital Unimed Natal		Data: 09/04/2015
	Responsável: Gerência de Enfermagem		Página: 1

CHECK-LIST DO PROTOCOLO DE QUEDA

Registro: 151134 / Num Carteira: 9800619004301008
 Nome: LUIZ DE SOUZA FILHO
 Dt. Nasc.: 22/12/1978 00:00 / Sexo: M
 Dt. Internação: 10/11/2017
 Mãe: MARIA JOANA DA CONCEICAO SOUZA



PROTOCOLO DE QUEDA		
FATORES DE RISCO	IDENTIFICAÇÃO	RECOMENDAÇÕES
<input type="checkbox"/> Idade >75 anos <input type="checkbox"/> Idade ≥60 anos <input type="checkbox"/> História prévia de quedas <input type="checkbox"/> Necessidade de dispositivo de auxílio à marcha <input type="checkbox"/> Incontinência ou urgência miccional <input type="checkbox"/> Déficit sensitivo (visão, tato, audição) <input type="checkbox"/> AVC prévio <input type="checkbox"/> Alto Risco <ul style="list-style-type: none"> Idade ≥75 anos 4 ou mais itens marcados Queda anterior 	Risco de QUEDA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<ul style="list-style-type: none"> Manter grades do leito elevadas; Manter campainha próxima as mãos; Manter luz da cabeceira acesa; Presença de acompanhante na acomodação; Solicitar auxílio ao levantar e caminhar; Manter a cama com rodas travadas Não deixar os pacientes sozinhos no banheiro; Orientar o acompanhante a solicitar ajuda da enfermagem.

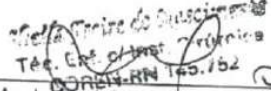
Natal, 10/11/17

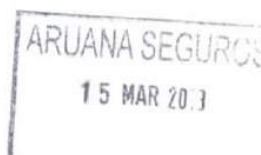
DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA SOBRE RISCO DE QUEDA

Eu, LUIZ DE SOUZA FILHO
☒ Paciente ☐ Acompanhante ☐ Cuidador

Declaro que recebi o folheto de Orientações para o Risco de Queda e comprometo-me a seguir as instruções contidas no mesmo.

LUIZ DE SOUZA FILHO
 Assinatura do Orientado


 TAC. GR. 01/10/17 09.50MS
 Assinatura do Orientador (carimbar)



 Natal	FORMULÁRIO		Nº Doc. Form - 122/2011
	Referência: Triagem de Risco Nutricional		Versão: 2
	Área: EMTN		Data: 30/05/2011
	Responsável: Supervisor de Área		Página: 2

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE TERAPIA NUTRICIONAL (EMTN)
TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL

1. Identificação:

Nome: LUIZ DE SOUZA FILHO Idade: _____ RG: _____ Sexo: M () F
 Leito: _____ Data Internação: 10 / 11 / 17 Data Avaliação: _____
 Motivo da Internação: _____

2. Triagem (completar a avaliação, preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números para obter o escore final da triagem).

A. Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a () perda de apetite, () problemas digestivos, () náuseas / vômitos, () dificuldade de mastigar ou deglutir ou () jejum absoluto por > 72h?

- 0 = diminuição severa da ingestão
 1 = diminuição moderada da ingestão
 2 = sem diminuição da ingestão

☐

B. Perda de peso nos últimos três meses:

- 0 = superior a três quilos
 1 = não sabe informar
 2 = entre um e três quilos
 3 = sem perda de peso

☐

C. Mobilidade

- 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
 1 = deambula, mas necessita de ajuda
 2 = normal

☐

D. Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

- 0 = sim 2 = não

☐

E. Problemas neuropsicológicos

- 0 = demência ou depressão grave
 1 = demência leve
 2 = normal

☐

F. 1 índice de Massa Corporal (IMC = peso [Kg] / estatura [m²]):

- 0 = IMC < 19
 1 = 19 < IMC < 21
 2 = 21 < IMC < 23
 3 = IMC > 23

☐

SE O CÁLCULO DO IMC NÃO FOR POSSÍVEL, SUBSTITUIR A QUESTÃO F1 PELA F2.
 NÃO PREENCHA A QUESTÃO F2 SE A QUESTÃO F1 JÁ TIVER SIDO COMPLETADA

F. 2 Circunferência da Panturrilha (CP) em cm

- 0 = CP < 31
 3 = CP > 31

☐

Escore de Triagem (máximo, 14 pontos)

- 12 - 14 pontos: estado nutricional normal ()
 8 - 11 pontos: sob risco de desnutrição ()
 0 - 7 pontos: desnutrido ()

ARUANA SEGUROS

15 MAR 2017

Total

☐

Avaliador (a)

hospital Unimed Natal

Paciente: 151134 - LUIZ DE SOUZA FILHO

Data do Protocolo: 10/11/2017 15:42:53

Admissão: 10/11/2017 05:34:46

IH: 5

Sexo: M Data Nasc.: 22/12/1976

Profissional: UIARA TEIXEIRA DA SILVA JÁCOME

COREN 107131

Mãe: MARIA JOANA DA CONCEICAO SOL

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE TEV - CIRÚRGICO

☐ Cirurgia de risco alto

☐ Cirurgia de portes médio e alto

☐ Cirurgia de pequeno porte com duração < 60 min e internação < 2 dias

☐ Artroplastia de quadril
☐ Artroplastia de joelho
☐ Fratura de quadril
☐ Oncológica curativa
☐ Trauma raquimedular
☐ Politrauma

☐ >60 anos ☐ 40 a 60 anos ☒ <40 anos

☐ Endoscopia
☐ Laparoscopia
☐ Superficial (mama, dermatológica, plástica)
 Outra: LUXACAO DE CLAVICULA

Risco p/ TEV*

☐ RISCO ALTO

☐ RISCO INTERMEDIÁRIO

☐ RISCO BAIXO

Contra-indicação impede profilaxia medicamentosa?

☐ Sangramento ativo
☐ Úlcera péptica ativa
☐ HAS não controlada (>180/110mmHg)
☐ Coagulopatia (plaquetopenia ou INR > 1,5)
☐ Alergia ou plaquetopenia por heparina
☐ Em uso de anticoagulante

☐ Estimular a deambulação precoce
☐ Fisioterapia

Métodos Mecânicos

☐ Meia Elástica de Comp. Gradual
☐ Comp. Pneumática Intermitente
☐ Bota Plantar
☐ Fisioterapia Motora

☐ Tromboprofilaxia

☐ Paciente com idade >80 anos ou com disfunção renal

Profilaxia Recomendada

	Risco Alto	Risco Intermediário
Heparina		
Enoxaparina	40mg 1x/dia	20mg 1x/dia
HNF	5.000 U 3x/dia	5.000 U 2x/dia
Fondaparinux	2,5mg 1x/dia	2,5mg 1x/dia

☐ Associação

Comp. Pneumática Intermitente
 Meia Elástica de Comp. Gradual
 Fisioterapia

Tempo de Profilaxia Recomendado

ATO e Fratura de Quadril	4 a 5 semanas
ATJ	Pelo menos 10 dias
Oncológica	3 a 4 semanas
Politrauma e TRM	Até recuperação
Demais	7 a 10 dias

*** Fatores de risco para TEV**

☐ Câncer
☐ Cateteres venosos
☐ Doença inflam. intest. ativa
☐ Doença respiratória
☐ Gravidez/puerpério
☐ ICC classe III ou IV
☐ História prévia de TEV
☐ Infecção
☐ Insufic. arterial periférica
☐ Internação em UTI
☐ Obesidade (imc >= 30Kg/m)
☐ Paresia ou paralisia de MMII
☐ Químio / Hormonioterapia
☐ Reposição hormonal / CCH
☐ Trombofilias
☐ Varizes

Profilaxia Recomendada

HNF 5.000UI 8/8 horas

DATA DA REAVALIAÇÃO

12/11/2017 15:43

OBSERVAÇÃO:

SEM PROFILAXIA PARA TEV

ARUANA SEGURCS

15 MAR 2013

Hospital



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Registro: 151134 / Num Carteira: 9800619004301008

Nome: LUIZ DE SOUZA FILHO

Dt. Nasc.: 22/12/1978 00:00 / Sexo: M

Dt. Internação: 10/11/2017

Mãe: MARIA JOANA DA CONCEICAO SOUZA

NOME


UNIDADE _____ LEITO _____ CONVÊNIO _____ ACOMODAÇÃO _____

DATA DA ADMISSÃO 10.11.17 DIAS DE INTERNAÇÃO _____

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO
	1) DIFTA Ligeira	SN
	2) S.E. 1500 mg + AS 1000	32 32
	3) S.E. 1000 mg + AS 1000	32 32
	4) DIFTA 200 mg + AS 1000	15 32
	5) DIFTA 100 mg + AS 1000	16 32
	6) DIFTA 100 mg + AS 1000	SN
	7) RANITIDINA 50 mg + AS 1000	32 32
	8) OMEPRAZOL 40 mg + AS 1000	32 32
	9) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	10) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	11) S.E. 1000 mg + AS 1000	32 32
	12) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	13) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	14) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	15) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	16) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	17) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	18) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	19) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	20) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	21) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	22) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	23) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	24) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	25) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	26) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	27) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	28) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	29) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	30) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	31) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	32) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	33) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	34) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	35) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	36) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	37) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	38) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	39) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	40) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	41) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	42) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	43) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	44) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	45) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	46) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	47) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	48) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	49) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	50) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	51) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	52) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	53) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	54) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	55) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	56) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	57) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	58) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	59) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	60) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	61) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	62) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	63) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	64) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	65) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	66) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	67) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	68) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	69) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	70) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	71) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	72) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	73) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	74) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	75) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	76) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	77) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	78) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	79) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	80) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	81) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	82) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	83) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	84) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	85) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	86) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	87) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	88) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	89) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	90) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	91) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	92) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	93) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	94) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	95) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	96) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	97) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	98) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	99) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32
	100) DIFTA 100 mg + AS 1000	32 32

Dr. Maxwell Melo
 Anestesiologista
 Médico da Sociedade Brasileira de Anestesiologia
 CRM 9090 - FESP - RUA 1512A
 CPF: 003.002.128-00

HU, MOD. 020/06

Unimed 	FORMULÁRIO		NºDoc: FORM - 64/2012
	Referência: Termo de Consentimento para Hemotransusão		Versão: 01
	Área: Hospital Unimed Natal		Data: 02/08/2012
	Responsável: Agência Transfusional		Página: 2

TERMO DE CONSENTIMENTO DE TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES

1. A Equipe do Hospital Unimed Natal, seja o médico (a) assistente ou enfermeiro (a), informou-me que pode tornar-se necessário que eu receba durante o meu tratamento transfusão de sangue ou componentes sanguíneos e também me explicou como esta transfusão pode me beneficiar;
2. A Equipe explicou-me como uma transfusão é feita e quais são as possíveis alternativas, riscos e consequências. Fui avisado de que os riscos incluem:
 - Na coleta de sangue, a inserção da agulha pode causar desconforto temporário e pode ocorrer equimose no local da entrada da agulha, na veia;
 - Reações alérgicas, tais como erupções;
 - Possibilidade de ser exposto, através de transfusão, a doenças infecciosas, tais como hepatite e HIV (AIDS), mesmo com todos os testes realizados;
 - Febre.
3. A Equipe explicou-me que o Banco de Sangue selecionou cuidadosamente os doadores, a combinação dos tipos de sangue e realizou os testes necessários;
4. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o processo de transfusão de sangue, suas alternativas, riscos e consequências e a todos os questionamentos me foram dadas as explicações e esclarecimentos de forma clara e compreensiva;
5. Todas as informações neste formulário me foram explicadas e eu, por concordar e autorizar o procedimento, estou assinando por livre, espontânea e vontade própria;
6. Isto se aplica a uma ou a uma série de transfusões, de acordo com as ordens da equipe médica;
7. Estou ciente e me foi esclarecido que o Hospital Unimed Natal e o Banco de Sangue Hemonorte seguem todas as normas de segurança para todos os procedimentos de transfusão, estabelecidas pela ANVISA, na Resolução RDC 57, de 16 de Dezembro de 2010, e Portaria nº 1353, de 13 de Junho de 2011.

LUIZ DE SOUZA FILHO
Nome do paciente

Data e hora

LUIZ DE SOUZA FILHO
Responsável pelo paciente

10.11.17 às 09:50
Data e hora

Registro: 151134 / Num Carteira: 9800819004301008
Nome: LUIZ DE SOUZA FILHO
Dt.Nasc.: 22/12/1978 00:00 / Sexo: M
Dt. Internacao.: 10/11/2017
Mãe: MARIA JOANA DA CONCEICAO SOUZA

ARUANA SEGUROS
15 MAR 2017

TERMO DE CONSENTIMENTO ANESTÉSICO-CIRÚRGICO INFORMADO

Pelo presente instrumento, declaro que fui suficientemente esclarecido (a) pelo (a) médico (a) *MARCOS CABRAL FAGUNDES REGO* sobre o (s) procedimento (s) *FRATURA LUXAÇÕES OU AVULSOES -TRATAMENTO CIRURGI RESSECCAO PARCIAL OU TOTAL DA CLAVICULA TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDAO*, a que vou me submeter, ou a que vai ser submetido *LUIZ DE SOUZA FILHO*, do qual sou responsável legal, bem como do diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento, inclusive transfusão de sangue.

Declaro também que fui informado (a) da proposta do procedimento anestésico a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos inerentes, complicações potenciais e alternativas me foram explicados claramente, bem como os cuidados e orientações que devo seguir a fim de alcançar o melhor resultado. Estou ciente que o tratamento pode não se limitar ao *FRATURA LUXAÇÕES OU AVULSOES -TRATAMENTO CIRURGI RESSECCAO PARCIAL OU TOTAL DA CLAVICULA TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDAO*, sendo que poderei retornar ao consultório/hospital nos dias determinados pelo médico, bem como informá-lo imediatamente sobre possíveis alterações / problemas que porventura possam surgir.

Pelo presente também manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para realização do procedimento acima descrito.

ATAL, 10 de Novembro de 2017

LUIZ DE SOUZA FILHO - Paciente

Nome e assinatura do paciente (ou representante legal)

Documento de Identidade

Testemunha

Testemunha



Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação que o Sr.(a) Luiz R. Silva

Assado

necessita de 30 dias de afastamento de suas atividades
profissionais, a contar desta data para convalescença.

CID-10: S43.1

Natal, 10 / 11 / 17

Dr. Marcos Rego
Cirurgia de Ombro
CRM/RN 5521

Assinatura e Carimbo

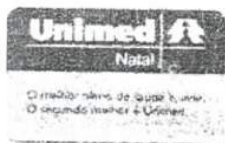
A colocação do CID fica condicionada a autorização expressa do paciente
ou seu representante legal - Código de Ética Médica, Art. 117.

Autorizo a colocação do CID neste Atestado Médico.

Assinatura de acordo com documento de identificação.

Av. Antônio Basílio, 3598 - Bairro Lagoa Nova - Natal - RN
CEP: 59054-380 - Telefone/Fax: (84) 3220-1500

HU-MOD 029/06



Impressão de solicitação

Solicitação cadastrada em 14/12/2017 08:03

TR 3263714

AUTORIZADO NA SH:2530052 OS MATERIAIS DE OPME PARAFUSO ANCORA FIO FIBER 70861285 X2 NO VL R\$ 1.624,00 + 15% TX COMERC. TRATA-SE DE MUDANCA DE MATERIAL. - OP.RENATA

Número do Protocolo 117443

Número da Solicitação 151925

Guia de internação hospitalar 59010255

Nome do beneficiário LUIZ DE SOUZA FILHO

RG 2.069.379

Data de nascimento 22/12/1978

Carteira 980 061900430100 8

Data de internamento 10/11/2017

Data da alta 10/11/2017

Data inicial da prorrogação 10/11/2017

Data final da prorrogação 10/11/2017

Observação GIH

AUT VIA PORTAL NA SH: 2411710 TRANS: 3151882 VAL: 02/01/2018 - CIENTE MATERIAL NO VALOR R\$ 2.144,00+15% TX DE COMERC

Hospital UNIMED NATAL (HOSPITAL UNIMED)

Diagn. z00

Médico assistente MARCOS CABRAL FAGUNDES REGO

Dias de prorrogação 1

Procedimento atual MATERIAL DE OPME EXCEDENTE EM ANEXO

Ventilação não invasiva Não

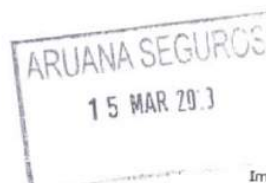
Materiais de alto custo
COTAÇÃO EM ANEXO

Justificativa do médico assistente
DR MARCOS REGO

Acomodação Enfermaria

Status Aprovada

Quantidade de arquivos enviados 2



Impresso em: 27/12/2017 13:07:33

<https://apps.unimednatal.com.br/spmmacnet/solicitacoes/imprimir/151925>

27/12/2017

PRÓTO ATENDIMENTO

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Hospital
UnimedDr. EMERSON LUIS CAMPELO OLIVEIRA
Diretor Técnico Médico
CRM-RN 4257 / RQE: 957

ADMISSÃO: 20/10/2017 13:38:10 IH:3

O.S.:117/1348522 - 20/10/2017 13:39:38

Atendimento: 20/10/2017 14:32:44

Paciente: 151134 - LUIZ DE SOUZA FILHO

Idade: 38 anos

Nascimento: 22/12/1978 Sexo: Masculino RG: 2069379 CPF: 03882367440 Estado Civil:

Pai: Mãe: MARIA JOANA DA CONCEICAO SOUZA

Endereço: RUA FLOR DAS ORQUIDEAS 226 - - CIDADES DAS FLORES

SAO GONÇ. AMARANTE-RN / RN CEP: 59000000 Fone: 9415-0938

Responsável: JOSEANE DO NASCIMENTO MELO SOUZA

Parentesco: ESPOSA

Matricula: 9800619004301008 Valid.: 31/03/18

Convênio: FEDERAÇÃO RN

Médico: MARCOS CABRAL FAGUNDES REGO - CRM 5621

CONSULTA ORTOPEDIA

SINAIS VITAIS

FC: 60

PA: 120X80

T: 36.5 °C

FR: 18

HGT:

SPO2: 100

CLASSIF. INICIAL

VERDE

QUEIXA PRINCIPAL + HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Classificação de Riscos

Médico

PACIENTE RELATA QUE ESTEVE NESTA UNIDADE DIA
19/10 PASSOU POR CONSULTA POR DR MANOEL VICTOR
O MESMO ENCAMINHOU PRA DR MARCOS REGO

TRAUMA OMBRO D HA CERCA DE 48H

COMORBIDADES

Classificação de Riscos

Médico

☐ Cardiopata ☐ Etilista ☐ Neoplasia
☐ Convulsão ☐ Hipertenso ☐ Pneumopata
☐ Diabético ☐ IRC ☐ Tabagista

MEDICAÇÃO EM USO

EXAME FÍSICO

Estado Geral:

Avaliação Neurológica:

Ausculta Cardio Pulmonar:

Abdomen:

OUTROS:

tem relação com o trabalho?

CID: S431 LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR

Hipótese Diagnóstica:

ALERGIA: Nao

PRINCÍPIO ATIVO:

CONDUTA MÉDICA

ORIENTO

CLASSIF. FINAL

AZUL

Dr. MARCOS CABRAL FAGUNDES REGO - CRM 5621

PRONTO ATENDIMENTO

Classificação de Risco

ADMISSÃO: 20/10/2017 13:38:10 IH: 3 O.S.: 117 / 1348522 - 20/10/2017 13:39:38 Atendimento: 20/10/2017 13:46:24

Paciente: 151134 - LUIZ DE SOUZA FILHO Idade: 38 anos

Nascimento: 22/12/1978 Sexo: Masculino RG: 2069379 CPF: 03882367440 Estado Civil:

Pai: Mãe: MARIA JOANA DA CONCEICAO SOUZA

Endereço: RUA FLOR DAS ORQUIDEAS 226 - - CIDADES DAS FLORES

SAO GONÇ. AMARANTE-RN / RN CEP: 59000000 Fone: 9415-0938

Responsável: JOSEANE DO NASCIMENTO MELO SOUZA

Parentesco: ESPOSA

Convênio: FEDERAÇÃO RN

Matrícula: 9800619004301008

Validade: 31/03/2018

Profissional da Classificação: LUZINETE RODRIGUES FIGUEIROA - COREN 416224

DADOS VITAIS

FC: 60

T: 36.5 °C

HGT:

PA: 120X80

FR: 18

SPO2: 100

ESCALA DE COMA GLASGOW

Abertura ocular: 4

Resposta verbal: 5

Resposta motora: 6

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO - ESCALA DE DOR

PACIENTE RELATA QUE ESTEVE NESTA UNIDADE DIA 18/10 PASSOU POR CONSULTA POR DR MANOEL VICTOR O MESMO ENCAMINHOU PRA DR MARCOS REGO

DOR

Leve:

Moderada:

Intensa:

ALTERAÇÕES

ANTECEDENTES

() Diabetes

() Tabagista

() Neoplasia

() Convulsão

() Pneumopatia

() IRC

() Hipertensão Arterial

() Etilista

() Cardiopatia

Outros:

Alergia: Nao

Qual?

ANTECEDENTES

() Azul

(X) Verde

() Amarelo

() Laranja

() Vermelho

OBSERVAÇÕES

Luizete R. Figueiroa

Téc. LUZINETE RODRIGUES FIGUEIROA - COREN 416224

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Dr. Antônio Fernando Coelho Júnior
Diretor Técnico Médico
CRM-RN 3224 / RQE 2022

ADMISSÃO: 20/10/2017 13:38:10 IH: 3

Paciente: 151134 - LUIZ DE SOUZA FILHO

Idade: 38 anos

Nascimento: 22/12/1978

Mãe: MARIA JOANA DA CONCEICAO SOUZA

Convênio: FEDERAÇÃO RN

Matrícula: 9800619004301008

Validade: 31/03/2018

Evolução: 20/10/2017 14:32:30

Gravação: 20/10/2017 14:41:41

Setor: PSC PRONTO ATENDIMENTO

Materials e medicamentos fracionados utilizados

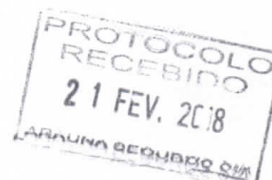
<input type="checkbox"/> 72 - Água oxigenada (ml)	<input type="checkbox"/> 15029 - Álcool 70% (ml)	<input type="checkbox"/> 15029 - Álcool 70% (ml)
<input type="checkbox"/> 2121 - Clorexidina Tópica (ml)	<input type="checkbox"/> 2083 - Éter (ml)	<input type="checkbox"/> 2083 - Éter (ml)
<input type="checkbox"/> 2040 - PVPI Tópico (ml)	<input type="checkbox"/> 12139 - PVPI Degermante (ml)	<input type="checkbox"/> 12139 - PVPI Degermante (ml)
<input type="checkbox"/> 314 - Máscara Descartável (und)		

PACIENTE DEU ENTRADA NO PA COM FRATURA DE OMBRO. VEIO ENCAMINHADO PARA DR. MARCOS REGO ORIENTADO POR DR. MANOEL VITOR EM SEGUIDA SOLICITADO INTENAÇÃO CIRURGICA ELETIVA

Téc MARIA DE JESUS MEDEIROS DA SILVA COREN 564084

Dados do Veículo de placa NOA7923				Em 20/02/2018 14:23:29			
Placa	Renavam	Placa Anterior	Tipo	Categoria	Espécie	Lugares	
NOA7923	459119699	NOA7923/RN	4-MOTOCICLETA	1-Particular	1-Passageiro	2	
Marca/Modelo			Fabricação/Modelo	Potência	Combustível	Cor	Carroceria
002844-HONDA/CG 125 FAN KS (Nacional)			2012/2012	0	2-Gasolina	15- VERMELHA	999-NAO APLICAVEL
Nome do Proprietário						Recadastrado DETRAN	
LUIZ DE SOUZA FILHO						DetranNet	
Proprietário Anterior						Situação Lacre	
ALEXANDRE MALHEIRO DE MELO						REGULAR Portaria 272/2007 DENATRAN	
Município de Emplacamento			Licenciado até			Adquirido em	Situação
CEARA-MIRIM			2018 em 08/02/2018, Licenciamento Anual no lote 011031, AR=RS062079601BR (CRLV emitido)(Via 1)			03/01/2017	Em Circulação
Restrição à Venda						Carnê de Licenciamento 2018	
Sem gravame						Ainda não gerado	
Informações PENDENTES originadas das financeiras via SNG - Sistema Nacional de Gravame							
Nenhuma informação pendente até esta data							
Impedimentos							
Nenhum impedimento registrado até esta data							
▼ Listagem de Débitos							
Nenhum débito em aberto cadastrado para este veículo.							
▼ Infrações em Autuação							
Num.Auto	Descrição			Local/Complemento			
STTU-217610-A 18272158-7587	TRANSITAR FAIXA/VIA TRÂNSITO EXCLUSIVO, REG. DEST. VEIC PUBL			RUA CEL JOSE BERNARDO EM FRENTE AO Nº 932, ALECRIM			
	Em aberto Em NATAL no dia 07/03/2017 às 16h26min			PLACA R-32 VISIVEL, VEICULO EM MOVIMENTO, NAO ACESSOU LOTE LINDEIRO, NEM FEZ CONVERSÃO A DIREITA			
STTU-217610-R 19298257-7455	TRANSITAR/VELOCIDADE SUPERIOR A MAXIMA EM ATE 20%			AV. BERNARDO VIEIRA, DEFRONTE AO Nº 2453, ALECRIM, SENTIDO ZONA NORTE-			
	Em aberto Em NATAL no dia 12/03/2017 às 05h05min						
STTU-217610-R 19304667-7455	TRANSITAR/VELOCIDADE SUPERIOR A MAXIMA EM ATE 20%			AV. BERNARDO VIEIRA, DEFRONTE AO Nº 2390, LAGOA NOVA, SENTIDO PARQUE DAS DUNAS-			
	Em aberto Em NATAL no dia 08/04/2017 às 20h08min						
STTU-217610-R 19304754-7463	TRANSITAR/VELOCIDADE SUPERIOR A MAXIMA ENTRE 20% E 50%			AV. BERNARDO VIEIRA, DEFRONTE AO Nº 2453, ALECRIM, SENTIDO ZONA NORTE-			
	Em aberto Em NATAL no dia 09/04/2017 às 05h21min						
▼ Listagem de Multas							
Nenhuma multa em aberto cadastrada para este veículo até o momento.							
▼ Último Processo							
Processo	Interessado	Início em					
49000073/2017	05307817436	05/01/2017 às 11h45min					
Situação	Final em						
Encerrado	05/01/2017 às 12h21min						
Serviço	Execução em						
Transferência de Propriedade	Em 05/01/2017 às 11h45min por 03444670400						
Geração de guia de pagamento	Em 05/01/2017 às 11h45min por 03444670400						
Auditoria	Em 05/01/2017 às 12h21min por 08688077452						
Emissão CRV(1ª via)	Em 05/01/2017 às 12h27min por 00961342404						
▼ Recurso de Infração							
Nenhuma Processo de Recurso de Infração cadastrado para este veículo até o momento.							
▶ Histórico de Impedimentos							
Nenhum impedimento cadastrado para este veículo.							

Não Possui valor como
NADA CONSTA !



Voltar



Buscar no site



A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encami 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180123099 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUIZ DE SOUZA FILHO

COBERTURA Invalidez




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

BENEFICIÁRIO LUIZ DE SOUZA FILHO

CPF/CNPJ: 03882367440

Posição em 29-01-2019 15:18:07

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
06/04/2018	Negativa Técnica - Sem sequelas	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/btloc1CtccQlzS1agnyUl&api_key=WC0KGkK1kCRZvGalEW+KKZsa__MD03lmd__+3LmutOWis=)
20/03/2018	Exigência Documental	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/YZ5rCwnX7HHFZKfVI&api_key=WC0KGkK1kCRZvGalEW+KKZsa__MD03lmd__+3LmutOWis=)
20/03/2018	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/mdCfkem9d9H1b7g+&api_key=WC0KGkK1kCRZvGalEW+KKZsa__MD03lmd__+3LmutOWis=)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



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



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

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



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

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

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

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

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

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

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

(<https://www.seguradoralider.com.br>)

(<https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

(<https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)

› Perguntas Frequentes (</Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes>)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (</Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line>)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (</Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes>)
- › Telefones de Contato (</Contato/telefones-de-contato>)
- › Ouvidoria (</Contato/Ouvidoria>)
- › Canal de Denúncias (</Contato/canal-de-Denuncias>)
- › Mapa do Site (</Mapa-do-Site>)
- › Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT (</Seguro-DPVAT/Download>)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](/Pages/Termos-de-Uso.aspx)