



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**

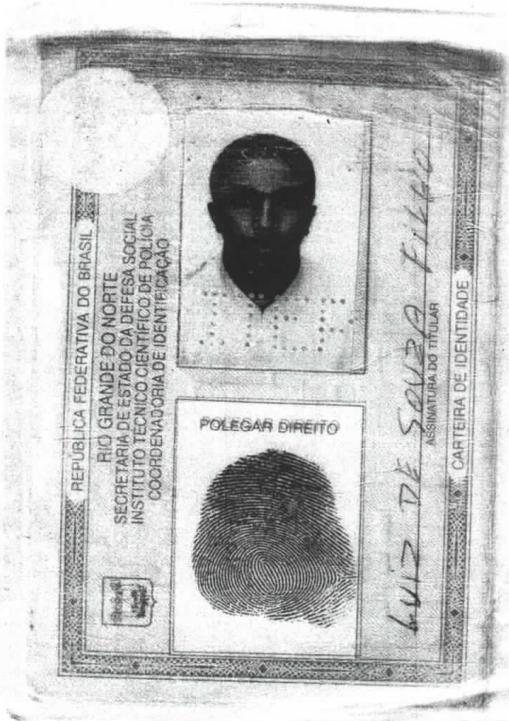
Segredo de justiça? **NÃO**

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
42154 177	23/04/2019 11:23	DOCUMENTAÇÃO PESSOAL- LUIZ DE SOUZA FILHO2019032111411154	Documento de Identificação
42155 600	23/04/2019 11:23	COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA- LUIZ DE SOUZA FILHO2019032111415919	Documento de Comprovação
42155 895	23/04/2019 11:23	BOLETIM DE OCORRÊNCIA- LUIZ DE SOUZA FILHO2019032111423963	Outros documentos
42156 011	23/04/2019 11:23	DECLARAÇÃO SAMU- LUIZ DE SOUZA FILHO2019032111440433	Documento de Comprovação
42156 224	23/04/2019 11:23	Laudo médico- LUIZ DE SOUZA FILHO 0860	Documento de Comprovação
42156 320	23/04/2019 11:23	Prontuário Médico- LUIZ DE SOUZA FILHO 0862-compactado	Outros documentos
42156 353	23/04/2019 11:23	DOCUMENTO DO VEÍCULO- LUIZ DE SOUZA FILHO2019032111451399	Outros documentos
42156 932	23/04/2019 11:23	Comprovante Administrativo- LUIZ DE SOUZA FILHO	Documento de Comprovação



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	002.069.379	DATA DE EXPEDIÇÃO	26/07/2005
NOME			
LUIZ DE SOUZA FILHO			
RESIDÊNCIA			
LUIZ DE SOUZA MARIA JOANA DA CONCEICAO SOUZA			
NATURALIDADE		DATA DE NASCIMENTO	
CEARA-MIRIM RN		22/12/1978	
DOC. ORIGEM	CERT. DE NASCIMENTO L-0081 F-60 RG-21333 CEARA-MIRIM RN-2 CARTORIO		
GPE	038.823.674-40 2a. VIA		
LEI N° 7.116 DE 29/08/83			

PROTOCOLO
 RECERFINO
 21 FEV. 2018
 LARAUNA 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 Menezes, 150, Bairro, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

KAROLYNE BASTOS VERA'S

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MARCILIO DIAS 254 – B CS-

CPF: 737.567.173-72

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

IGAPO/AREA URBANA
NATAL RN
59104-280

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
017818571	ÚNICA	04/01/2018
04/01/2019	3000698479	2710282

CONTA CONTRATO		MÊS ANO
Nº	DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
7013002651	01/2019	
	16/01/2019	05/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

96,94

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo(kWh)
Contrib. ilum. Pública Municipal

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
143.000000	0,60585937	86,63
		10,31

TOTAL DA FATURA: 96,94

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
2170513846	CAT	05-12-2018	1.881,00	04-01-2019	2.024,00	30	1.000000		143,00

MÊS/ANO kWh	INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS
JAN18 143	
DEZ18 175	ICMS
NOV18 180	PIS
OUT18 175	COFINS
SET18 183	
AGO18 152	
JUL18 158	Consumo Ativo(kWh)
JUN18 185	TARIAS APLICADAS
MAI18 167	0,48081000
ABR18 187	
MAR18 208	
FEV18 100	
JAN18	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Geração de Energia	R\$ 30,98	35,74%
Transmissão	R\$ 4,53	5,23%
Distribuição (Cosern)	R\$ 21,47	24,79%
Perdas de Energia	R\$ 5,77	6,86%
Encargos Setoriais	R\$ 6,04	7,07%
Tributos	R\$ 17,86	20,62%
Total	R\$ 88,83	100%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Para mais perto de você saiba mais em: www.cosern.com.br "O pagamento desta Nota Fiscal é feito com base no consumo individual ou no nível de tarifa de fornecimento. Pode haver variação no valor da fatura devido ao fator de multiplicação da tarifa de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, impostos e encargos. Os tributos só encontram-se disponíveis para consulta em nossas unidades de atendimento ou no site www.cosern.com.br"

As condições de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, impostos e encargos só encontram-se disponíveis para consulta em nossas unidades de atendimento ou no site www.cosern.com.br

TIPO DE CONSUMO	INÍCIO DO APURAMENTO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
EFC	0,00	5,43	10,86	21,73
FIC	0,00	3,36	6,72	13,45
Limit DCR	3,11	0,00	0,00	0,00

NÍVEIS DE TENSÃO	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)
TENSÃO NOMINAL (V) 220	MÍNIMO 70% / MÁXIMO 120%

CONTROLE DE USO DO SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO MÊS/ANO 01/2019 DATA DE VENCIMENTO 16/01/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 96,94
83830000000-4 96940038407-2 01300265120-5 01077110143-8





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLICIA 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

C O M U N I C A N T E

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

V Í T I M A (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

T E S T E M U N H A (S)

I N F R A T O R (E S)

Nenhum suspeito foi identificado até o momento

PROTOCOLO
RECEBIDO

21 FEV. 2018

ARAÚJO SEGUROS S/A

E X A M E S R E Q U I S I T A D O S

Nenhum

O B J E T O S E N V O L V I D O S

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: Xliria Veiga de Medeiros

C O N C L U S Ã O / R E M E S S A

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

Policial Civil

Matrícula: 170.234-3

- (84) 3232-6398/

PolOffice
56edb25a124f4264da85e963446663d93



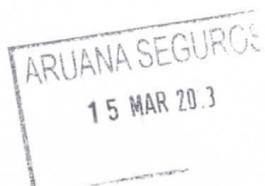
PREFEITURA DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 NATAL



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 com particular?*

Sim Não Não informado

Atendimento na residência
Óbito
Removido por terceiros

Conduta VTR
 Endereço não localizado
 Evasão do local
 Trote
 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 WALFREDO GURGEL

F:

Recebido por:

Número do conselho:

Número 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:

Data:

Ass:

ARUANA SEGUROS
15 MAR 2013

23/10/2017

http://10.0.0.100/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
MAURÍUDSON 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

Nº:

Bairro: IGAPÓ

Outro Bairro:

Referência/Complemento: NO TUNEL

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO 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: COLISÃO MOTO-MOTO. ACORDADO. CONSCIENTE.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE:

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO:

POSSUI CONVÉNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apóio:

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:

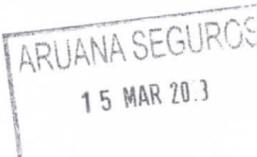
18/10/2017

11:03:25

Chegada Local:

18/10/2017

09:03:28





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

Assunto: Exame de rotina
Data: 08/06/2013
Paciente: Gustavo Maciel Conceição
Endereço: Rua Cláudio Machado, 601
Cidade: Petrópolis - RN
CPF: 31.041.118-0001-03
Data da consulta: 08/06/2013

Assinatura: Dr. Marcos Cabral Fagundes Rêgo
Data: 08/06/2013

Clinica 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:

Gueno.

Ahnta 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

Federação RN

INFORMAÇÕES DE INTERNAÇÃO:

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

INFORMAÇÕES MÉDICO-HOSPITALARES:

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

GABRIELC
Funcionário (a) Responsável

Gabriel Antônio
Residuário 6845
Hospital Unimed

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





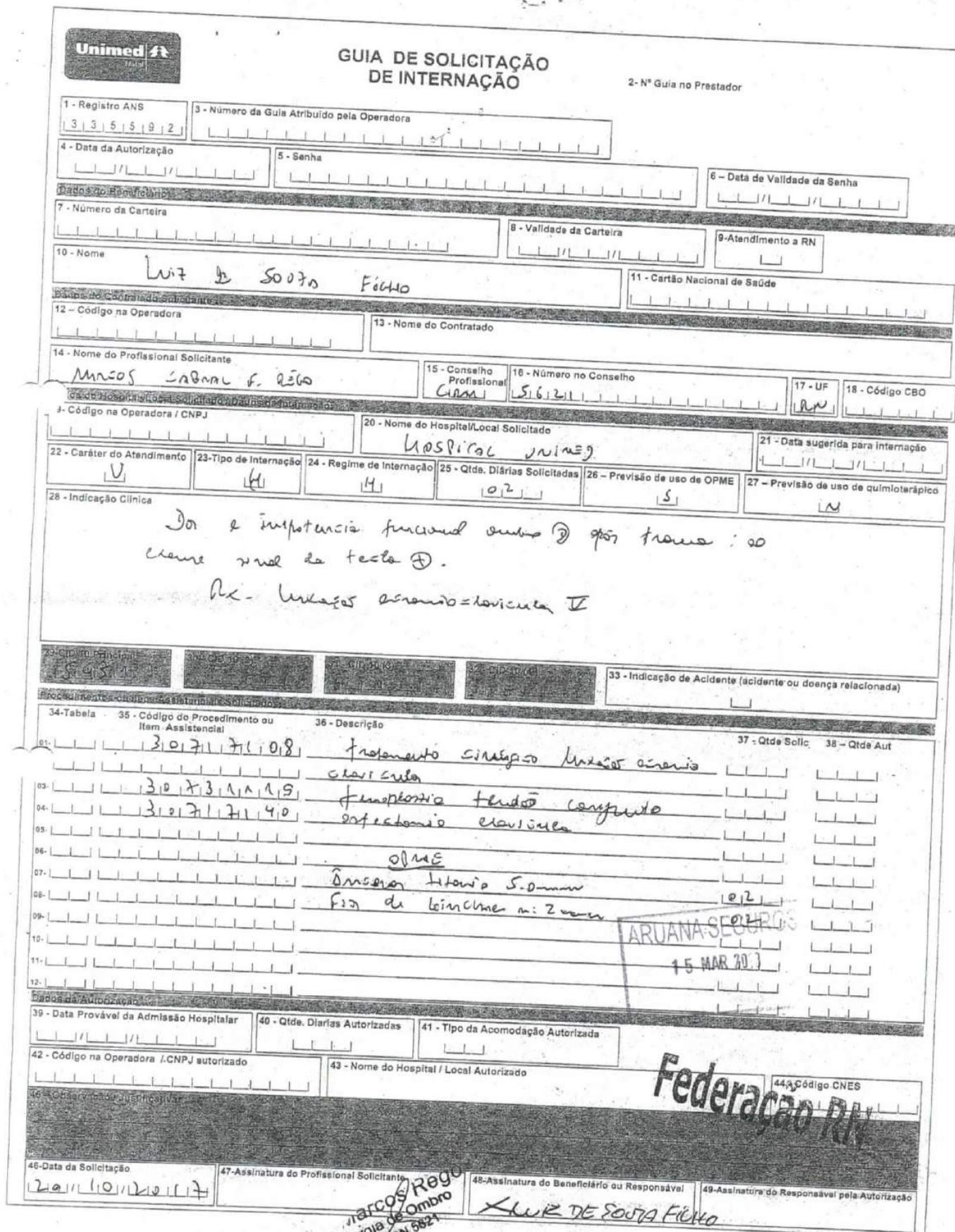
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

59010255

unimed		GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO		2 - Nº Guia no Prestador	59010255
1 - Registro ANB 13131515191	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 15190110215151	4 - Data de Autorização 110711171201171	5 - Senha 2124612819121	6 - Data de Validade da Senha 01570117201181	
Dados do Beneficiário:					
7 - Número da Carteira 10191810106119010431010101081	8 - Validade da Carteira 1111111111111111	9 - Atendimento a RN 1N			
10 - Nome LUIZ DE SOUZA FILHO			11 - Cartão Nacional de Saúde 17101410101018161019171812161		
Dados do Contratado / Solicitado:					
12 - Código da Operadora 1516121111111111	13 - Nome do Contratado MARcos CABRAL FAGUNDES REGO				
14 - Nome do Profissional Solicitante	15 - Conselho Profissional 16111	16 - Número do Conselho 1516121111111111	17 - UF 1RN	18 - Código CBO 121251217	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação:					
19 - Código da Operadora / CNPJ 1111010101216111111111	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIMED NATAL (HOSPITAL UNIMED)	21 - Data Sugerida para Internação 1110711117201171			
22 - Caráter de Atendimento 11	23 - Tipo de Internação 12	24 - Regime de Internação 11	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 11111	26 - Previsão de uso de OPME 1S1	27 - Previsão de uso de quimioterápico 1S1
28 - Indicação Clínica: LUXACAO ENTORSE DISTENS ARTIC LIG CINT ESCAP					
29 - Diárias Principais (Opcionais) 1S1	30 - Diárias Adicionais (Opcionais) 1S1	31 - Diárias (Opcionais) Excepcionais 1S1	32 - Diárias (Opcionais) Extraordinárias 1S1	33 - Indicação de Acidente (seidente ou doença relacionada) 191	
Procedimentos ou Lentes / Assistência Solicitados:					
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item	36 - Descrição	37 - Qtde. Solt.	38 - Qtde. Aut.	
01	11181010101010101810151	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1010121	1010121	
02	1212101010101010171110161	FRATURAS E/OU LUXAÇÕES E/OU AVULSÕES - TRATAMENTO CIRÚRGICO	1010111	1010111	
03	1212101010101010171111101	RESSECCÃO PARCIAL OU TOTAL DE CLAVÍCULA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	1010111	1010111	
04	121210101010101017131111101	TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDÃO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	1010111	1010111	
05	11111111111111111111111111111111		11111111111111111111111111111111		
06	11111111111111111111111111111111		11111111111111111111111111111111		
07	11111111111111111111111111111111		11111111111111111111111111111111		
08	11111111111111111111111111111111		11111111111111111111111111111111		
09	11111111111111111111111111111111		11111111111111111111111111111111		
10	11111111111111111111111111111111		11111111111111111111111111111111		
11	11111111111111111111111111111111		11111111111111111111111111111111		
12	11111111111111111111111111111111		11111111111111111111111111111111		
Dados da Autorização:					
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 101711117201171	40 - Qtde. Diárias Autorizadas 11111	41 - Tipo de Acomodação 111			
42 - Código da Operadora / CNPJ autorizado 1111010101012181111111	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIMED NATAL (HOSPITAL UNIMED)	44 - Código CNES 1910191019101910			
45 - OBSERVAÇÃO / ADVERTÊNCIA: AUTOMÓVEL UNIMED 2017/INTERNAÇÃO PROVADA AUTORIZADA - MATERIAIS / VALORES 2017/2018 / TAXA DE COMÉRCIO					
46 - Data da Solicitação 1016711117201171	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>LUIZ DE SOUZA FILHO</i>	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização <i>ARUANA SEGUROS</i>		

15 MAR 2013



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

Hospital

Unimed 

BOLETIM DE SALA

REGISTRO:	CLIENTE:	LUIZ DE SOUZA FILHO	
CIRURGIA REALIZADA:		Intervento Cirúrgico lumbosacral com extirpação de lesão + Tendinoplastia do 11, 12, 13	
CONVÉNIO:		Tendos corporais + extensão clivagem articular g/60	TÉRMINO: 10:30
EQUIPE	NOME	CRM	ASSINATURA
CIRURGIÃO	DR. Marcos Rego. Marcos Rego	5621	Marco Rego
1º AUXILIAR	DR. Marcos Rego Cirurgião de Ofício	5621	Oncopatra
2º AUXILIAR	DR.	4829	Cirurgia Joe e Ofício CRM/RJ 4004
3º AUXILIAR	DR.		
ANESTESISTA	DR. Maxwell Melo Anestesiologista		
ENFERMEIRO	AND PAVELA		
INSTRUMENTADOR	DILMA DIGO JOSE		
CIRCULANTE	SANGI F. + DILMA		

DESCRÇÃO	CÓD.	QTDE	DESCRÇÃO	CÓD.	QTDE	DESCRÇÃO	CÓD.	QTDE
a 70%	97	80	Espiradrapo hipotergônico	256	200	Sonda end. c/ balão n°		
Jão	98	02	Espuma (GELFOAM)	3324		Sonda foley 2 vias n° 14		393
Algodão ortopédico 15 cm	100	02	Extensão de silicone desc.	2124	02	Sonda foley 2 vias n° 16		394
Algodão ortopédico 20 cm	101		Extensorfix 120 cm	287		Sonda foley 2 vias n°		
Aguilha de raque desc. nº 27	84		Extensorfix 60 cm	272		Sonda foley 3 vias n°		
Aguilha desc. 13 x 4,5	73		Faixa de SMARCH nº 12	2838		Sonda gástrica Fouchet		
Aguilha desc. 25 x 7	75	01	Faixa de SMARCH nº 15	2839		Sonda uretral nº 12		2991
Aguilha desc. 40 x 12	79	01	Faixa de SMARCH nº 28	2840		Sonda uretral nº 14		448
Aguilha peridural desc. nº 18	87		Gaze 10 x 10	2042	04	Sonda uretral nº		450
Aguilha peridural desc. nº 15	97		Gaze 7,5 x 7,5	205				
Aguilha raque nº 25	82		Glutáldedo 14 dias	277				
Aguilha raque nº 27	84		Glutáldedo 20 dias	278				
Anel de silastic	4051		Gorro descartável	278	06			
Ap. tricotomia desc.	1254		Grampeador Endogla	3508				
Atadura de crepon 20 cm	108	1	Grampeador Ethicon	2607				
Atadura de crepon 30 cm	108		Hidrocortisona 500 mg	1104				
Atadura de crepon 15 cm	105		Lâmina de bisturi nº 11	288				
Azul de metileno	3069		Lâmina de bisturi nº 15	289				
Boisa de Karaya	2071		Lâmina de bisturi nº 23	293				
Caneta dermatográfica	3545		Luva cirúrgica est. 6,5	2070				
Capa de vídeo	2128		Luva cirúrgica est. 7,0	295				
Cargas azuis	2762		Luva cirúrgica est. 7,5	296	03			
Cargas brancas	2765		Luva cirúrgica est. 8,0	297	03			
Ter epidural nº 18	137		Luva cirúrgica est. 8,5	4054				
Ter intravenoso nº 18	7295		Luva de proc. estéril G	300				
Ter intravenoso nº 20	7296	02	Luva de proc. estéril M	298				
Cateter intravenoso nº 22	7297		Luva de proc. NÃO estéril	362	06			
Cateter P/2 tipo olhos	181		Máscara com tiras	314	06			
Cera para osso	3290		Palito de laranjeira	3035				
Clip p/ bolha de colostomia	3420		Perfusor SET 120 cm	3605				
Clorhexidina desgermante	194	200	Perfusor SET 60 cm	3804				
Clorhexidina macrolílica	2121	200	Pemeira grande	3921				
Colete de urina aberto	2169		Pemeira média	3844				
Colete de urina fechado	199		Pemeira pequena	3922				
Compressa cir. 23 x 25	120		Placa de bisturi desc.	1275	02			
Compressa cir. 45 x 50	121	1	Placa de bisturi desc. CONMED	5228				
Cotonóides	208		Polifix 2 vias	1281	02			
Dreno de BLAKE nº			PVPi alcoólico	4585				
Dreno de BLAKE nº 19			PVPi degermante	2041				
Dreno de BLAKE nº 24	3588		PVPi tópico	2040				
Dreno de KEER nº	3501		Reservatório 300 ml	3502				
Dreno de PENROSE nº 2	210		Reservatório lipo péra	3500				
Dreno de succão nº 3,2	227		Sapatinha cirúrgica	1262	06			
Dreno de succão nº 4,8	228		Seringa desc. 10 ml S/A	347	04			
Dreno de succão nº 6,4	229		Seringa desc. 1 ml S/A	339				
Eletrodos desc. Adulto	231	01	Seringa desc. 20 ml S/A	348	04			
Enoxiparin 20 mg	1223		Seringa desc. 3 ml S/A	345				
Equipo Arroscopia	3398		Seringa desc. 50 ml S/A	349				
Equipo de b. Infusão LIFEMED	241		Seringa desc. 5 ml S/A	346	02			
Equipo macro c/ injetor	244	01	SNG nº					
Equipo macro-gotas	247		Sonda de asp. traqueal nº 12	355				
Equipo PVC	248		Sonda de asp. traqueal nº 14	256				
Escova de degamação	2182	04	Sonda de asp. traqueal nº					
Espiradrapo hipermeável	258		Sonda end. Aramada nº					

Hospital

Unimed

Dr. Maxwellk Melo
Anestesiologista
Sociedade Brasileira de Anestesiologia
CRM-SP 1092764-96
TEA - SBA 16122

BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 10/11/17

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

MCR	XO
20	
18	
16	
14	
12	W W W W W W W W
10	
08	
06	W W W W W W W W
04	
02	

ANOTACOES
AGT 3. Coluna
SAA 100% 29.
AGT 29.

ANESTESIA: TIPO Bloco Plexo Reta
TÉCNICA: Nitrouxido com ST. Myrtex + SNCAS Uroloxa.
Início Anestesia: 09:00 Início Cirurgia: 09:40
Fim Anestesia: 10:30 Término Cirurgia: 10:20

DROGA USADA	UNID.	QTDE.
01 - Nitrouxido 500ml	01	
02 - Nitroxil 100mg	01	
03 - Propofol 200ml	01	
04 - Propivaca 0,5%	01	
05 - Lido 0,2% 100ml	01	
06 - Sf 500 ml	02	
07 - Ses 500 ml	02	
08 - Ad 10ml	04	
09 - Etomidato 1g	02	
10 - Dexamet 5	02	
11 - Metocarb 40mg	01	
12 - Raxit 50ml 50ml	01	
13 - Ondansetron 8mg	01	
14 - Fc 200	01	
15 - Agulha Stomax	01	
16 - Sf 10ml	01	
17 -		
18 -		
19 -		
20 -		
21 -		
22 -		
23 -		15 MAR 2013
24 -		
25 -		

SANGUE / DERIVADOS

Dr. Maxwellk Melo
Anestesiologista
Sociedade Brasileira de Anestesiologia
CRM-SP 1092764-96
SBA 16122
CPF: 008.000.000/0000-00
Assinatura/Carimbo Anestesia

GASOTERAPIA

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

EQUIPAMENTOS

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

HU-MOD 022/06

CRM

CPF

Unimed

Natal

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
Vice: MARIA JOANA DA CONCEICAO SOUZA

ANEXAR INVÓLUCRO

MEDICO ASSISTENTE: MARCOS C. REGO

DATA: 10 / 11 / 17

CIRURGIA: TTT com ligamento luxado clavicular "D" + remoção de frangos
anterior + osteotomia clavicular antero "S"



17A25
4894502

MRP R 1250,00 (Incl. of all taxes)

STIMUPLEX A
Agulha para anestesia de piezo
Comercializado por:
B BRAUN
Laboratórios B. Braun S.A.
Av. Presidente Vargas, 100 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
CEP 20041-000 - Tel. 254-11-0000 - Fone: 254-11-0000 - Fax: 254-11-0001
Farmácia Residencial Square R. G. da Costa - 189-191 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
CEP: 21.971-220 - Tel. 254-0000 - Fax: 254-0001 - Internet: www.braun.com.br
Braun - Münchenerstrasse 21a - D-8000 München - FRG

Fabricado por:
Hanno CTG, Japan
Importado por:
B braun Münchenerstrasse 21a - Alemanha



17A25

4894502

MRP R 1250,00 (Incl. of all taxes)

L.O.L. IMPLANTES LTDA.

Rua Dom Maria Pidelis, 226 - Pirapóvila - Diadema - SP - Brazil - CEP 09950-350
Fone: +55 11 4071-4118 - CEP: 06.072-172/0001-04 - Resp. Técnico: Miguel Tadeu Górga - CRM - 7508
Cintagol - Soluções de Comércio Internacional Ltda.
Travessa da Arquitetura, N° 15 - 2º Esc. Faz. - CEP 2996-024 - Belo Horizonte - Portugal - Tel/Fax: +351 262222227 - E-mail: cintagol@optonline.pt

TECNICO / TECHNICAL NAME / NOMBRE COMERCIAL

2 FIBER WIRE / TORNA CLA 3.5 MM 2 HILOS FIBER

CONFUSÃO / COMPOSITION / COMPOSICIÓN

TITANIO/POLESTER / TITANIUM/POLESTER / TITANIO/POLESTER - PE 0000W

CÓDIGO / CODE / CÓDIGO

40083500023

QUANTIDADE / QUANTITY / CANTIDAD

01

IMPLANTE PARA LIGAMENTO / LIGAMENT IMPLANT / IMPLANTE

PF. ANCORÁ - 3.5 MM 2 FIBER / ANCHOR SCREW 3.5 MM

REGISTRO ANVISA / ANVISA REGISTRATION / REGISTRO DE ANVISA

01223680071

CLASSE / CLASS / CLASE

01296/15

LOTE / LOT / LOTE

01296/15

Instruções para o uso do produto, advertências, precauções, condições especiais de armazenamento, conservação, manipulação e reclamações: Ver instruções de uso. Instruções para uso, advertências, precauções, condições especiais de armazenamento, conservação, manipulação y quejas: Ver instrucciones de uso.

Non usar os produtos se o envolvimento estiver danificado. (O não uso é proteção à danagem). Não usar os produtos se o envelope estiver danificado.

<input checked="" type="checkbox"/> Não é reutilizável	Limites de Temperatura / Temperature Limit / Límites de Temperatura
<input checked="" type="checkbox"/> De uso múltiplo	De uso único
<input checked="" type="checkbox"/> Reutilizável	Não reutilizável
<input checked="" type="checkbox"/> Data de Fabricação / Date of Manufacture / Fecha de fabricación	2015/02
<input checked="" type="checkbox"/> Validade / Expiry Date / Vencimiento	VALIDADE ANOS
<input checked="" type="checkbox"/> 5 ANOS	5 AÑOS
<input checked="" type="checkbox"/> EXTER / STERILE / ESTÉRIL	ESTERIL / STERILE / ESTÉRIL
<input checked="" type="checkbox"/> ETO	OXÍDO DE ETILENO
<input checked="" type="checkbox"/> PRODUTO DE USO ÚNICO	PRODUTO DE USO ÚNICO
<input checked="" type="checkbox"/> PROIBIDO REPRODUZIR	PROIBIDO REPRODUZIR
<input checked="" type="checkbox"/> FORBIDDEN TO REPRODUCE	PROHIBIDO REPRODUCIR

<input checked="" type="checkbox"/> Não é reutilizável	Limites de Temperatura / Temperature Limit / Límites de Temperatura
<input checked="" type="checkbox"/> Não é reutilizável	De uso único
<input checked="" type="checkbox"/> Não é reutilizável	Não reutilizável
<input checked="" type="checkbox"/> Data de Fabricação / Date of Manufacture / Fecha de fabricación	2015/02
<input checked="" type="checkbox"/> Validade / Expiry Date / Vencimiento	VALIDADE ANOS
<input checked="" type="checkbox"/> 5 ANOS	5 AÑOS
<input checked="" type="checkbox"/> EXTER / STERILE / ESTÉRIL	ESTERIL / STERILE / ESTÉRIL
<input checked="" type="checkbox"/> ETO	OXÍDO DE ETILENO
<input checked="" type="checkbox"/> PRODUTO DE USO ÚNICO	PRODUTO DE USO ÚNICO
<input checked="" type="checkbox"/> PROIBIDO REPRODUZIR	PROIBIDO REPRODUZIR
<input checked="" type="checkbox"/> FORBIDDEN TO REPRODUCE	PROHIBIDO REPRODUCIR

<input checked="" type="checkbox"/> Não é reutilizável	Limites de Temperatura / Temperature Limit / Límites de Temperatura
<input checked="" type="checkbox"/> Não é reutilizável	De uso único
<input checked="" type="checkbox"/> Não é reutilizável	Não reutilizável
<input checked="" type="checkbox"/> Data de Fabricação / Date of Manufacture / Fecha de fabricación	2015/02
<input checked="" type="checkbox"/> Validade / Expiry Date / Vencimiento	VALIDADE ANOS
<input checked="" type="checkbox"/> 5 ANOS	5 AÑOS
<input checked="" type="checkbox"/> EXTER / STERILE / ESTÉRIL	ESTERIL / STERILE / ESTÉRIL
<input checked="" type="checkbox"/> ETO	OXÍDO DE ETILENO
<input checked="" type="checkbox"/> PRODUTO DE USO ÚNICO	PRODUTO DE USO ÚNICO
<input checked="" type="checkbox"/> PROIBIDO REPRODUZIR	PROIBIDO REPRODUZIR
<input checked="" type="checkbox"/> FORBIDDEN TO REPRODUCE	PROHIBIDO REPRODUCIR

ARUANA SEGUROS

15 MAR 2013

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	120/60	8

Avaliação Clínica

Cardiovascular	Respiratorio	Exame Físico
<input type="checkbox"/> Hipertenso	<input type="checkbox"/> Angioplastia	<input type="checkbox"/> Dependência O ₂
<input type="checkbox"/> Valvulopatia	<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Expectoração
<input type="checkbox"/> Infarto	<input type="checkbox"/> Arritmia	<input type="checkbox"/> IVAS
<input type="checkbox"/> Coronariopatia	<input type="checkbox"/> ICC	<input type="checkbox"/> Tosse
	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> DPOC

Neurológico	Gastrointestinal	Laboratório
<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Hb
<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Ht
<input type="checkbox"/> Neuropatias	<input type="checkbox"/> Nervoso	<input type="checkbox"/> Plaquetas
<input type="checkbox"/> Déficits	<input type="checkbox"/> Medo	<input type="checkbox"/> Glicemia
	<input type="checkbox"/> Refluxo	<input type="checkbox"/> Outros:

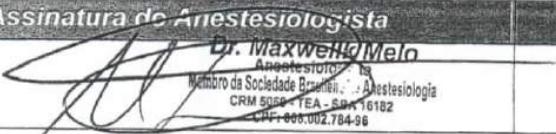
Renal	Hábitos Sociais	Músculo Esquelético	Medicação em uso:
<input type="checkbox"/> IRC	<input type="checkbox"/> Tabagismo	<input type="checkbox"/> Artrite	<input type="checkbox"/> Nega
<input type="checkbox"/> Cálculo Renal	<input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Hérnia Discal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

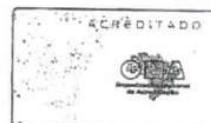
Hematológico	Endocrinio	Alérgias	Cirurgias Anteriores
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Medicamentosa	<input type="checkbox"/> Quais?
<input type="checkbox"/> Sangramento	<input type="checkbox"/> tireoideopatia	<input type="checkbox"/> Alimentar	<input type="checkbox"/> Nega
<input type="checkbox"/> Hemofilia		<input type="checkbox"/> Látex	
<input type="checkbox"/> Transfusões Anteriores			

Comentários sobre os achados	Avaliação ASA
<input type="checkbox"/> ATO	I II III IV
<input type="checkbox"/> VARIANA SEGURO 15 MAR 2013	V VI Urgência Emergência

Risco Cirúrgico (NYHA)
I II III IV
V VI

Índice de Goldman
I II III IV

Assinatura do Anestesiologista	CRM
 Dr. Maxwell Melo Anestesiologista Membro da Sociedade Brasileira de Anestesiologia CRM 5056 - TEA - SBR 16182 CPF 005.002.784-96	



Hospital Unimed**Relatório de Movimentação por Solicitação - Baixa de Estoque**

Paciente: LUIZ DE SOUZA FILHO

Convênio: FEDERAÇÃO RN

Reg./Pront.: 151134 / 151134

Unidade: GERENCIAMENTO DE LEITOS Leito: VT RES-44

Solicitação: 117.573619

Data: 10/11/2017 16:08

Solicitante: SHEILAC

Setor: CENTRO CIRURGICO

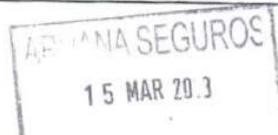
OS:

Horário	Código	Descrição	Lote	Solic.	Atend.	Devolução
Setor de Aplic.:	CCO	<u>CENTRO CIRURGICO</u>				
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.

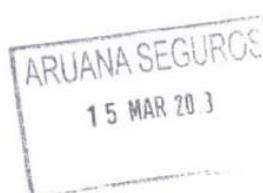
Reiteramos que o Hospital Unimed Natal atende exclusivamente aos pacientes beneficiários do sistema Unimed e que não é de procedimento da unidade fornecer ou solicitar informações por telefone sobre o detalhamento assistencial de seus pacientes.

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

Marcos Antônio Tavares Jácome da Costa Britto

Marco Antônio
Recapitulação 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: CPF nº:
Endereço: Cidade: NATAL
Fone: 84 9 8876-9651 Parentesco: ESPOSA

PACIENTE: Sr(a). LUIZ DE SOUZA FILHO
RG nº: CPF nº: 038.823.674-40
Endereço: RUA FLOR DAS ORQUIDEAS ,226
Bairro: CIDADES DAS FLORES
CEP: 59000-000 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 atendimento diagnóstico e tratamento médico - hospitalares necessários e indispensáveis, despesas decorrentes dos serviços de 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, 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 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 eventuals dúvidas ou litígios 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:

Gabriel Lameira
Nome:
RG:
CPF:

Nome:
RG:
CPF:

OBS.: Rubricar Todas as Páginas.

NATAL, 10 de Novembro de 2017

ARUANA SEGUR
15 MAR 20.]

Unimed

Hospital Unimed Natal

PRÉ OPERATÓRIO ACOLHIMENTO
CIRÚRGICO

Quando 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

ADMISSÃO DO PACIENTE

Data: 10/11/17

Procedimento Programado: _____ Eletiva UrgênciaTricotomia: Não realizada Realizada por: _____ às _____ h Peso: _____ Altura: _____Cirurgias Anteriores: Não Sim Qual? _____ Intercorrência com Anestesia: Não SimAcompanhante: Não Sim

Jejum a partir das: _____ h do dia _____ / _____

Alergia: Não Sim

Alérgico à: _____

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

 Consciente Orientado Ansioso Desorientado

CHECK LIST DE ENCAMINHAMENTO PRE-OPERATÓRIO

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

ATOLOGIAS 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: _____ horas

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

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem (Carimbo): _____

m/2

I - 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
- VV: _____ h PA: 120x8 T: 36°C P: 80 SPO²: 100% HGT: _____

Wellly Freire de Mancinello

Tec. Enf. Cir. Inst. UFRN

II - TIME OUT (COMUNICAÇÃO ATIVA COM VERIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA 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
- Enfermagem/Instrumentador
- Materiais e equipamentos estéreis (integrados) e disponíveis

ARUANA SEGUROS

15 MAR 2018

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? anacocina

Manta Térmica: Superior Inferior Corpo Inteiro

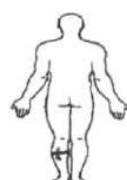
Colchão Térmico: Não Sim

Protetor Térmico: Não Sim

Bisturi Argônico Garrote Pneumático Bisturi Valleylab CEC

Motor Pneumático Ultrassom Microscópio

Histeroflator Sonosurg Video



RELATÓRIO TRANS-OPERATÓRIO

Data: 10/11/17 Hora início: 09:00

Anestesia: Geral Inhalatória Geral Venosa Sedação Local Peridural Raqui Bloqueio:

IOT: Não Sim - cânula nº _____ IOT aramado: Não Sim - nº _____

AVP: Não Sim: MSE, Jeico nº 20 por Raphae 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 Nº _____ SNE: Não Sim

SVD: Não Sim Nº _____ Efetuada por: _____

Intercorrências: _____

Posicionamento: Dorsal Lateral direito Lateral esquerdo Litotomia Fowler Semi-fowler Semi-ginecológico
 Ventral Trendelenburg SIMS

Placa de Bisturi: Não Sim Local: Assento de paciente

Medicações administradas no intra-operatório (Hora: 09:00 h) ANESTESIA 029 CEFAZOLINA 2G + 029 DEXAMETASONE + 029 PANÉCOXIBE 400mg + 029 FAMOTIDA 5mg + 029 ONDasetrona 8mg EV *metadona 0,05 mg/kg*

Intercorrências: _____

Infusões intra-operatórias de hemoderivados

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

ARUANA SEGUR

15 MAR 2013

Carimbo das Equipes: HOSPITAL UNIMED NATAL
 CIRURGIA REALIZADA: TTT. curvexico luxado clavicula "D" + TENOPUSTA TE
 INICIO DA ANESTESIA: 09:00 curvexico + OSTEOTOMIA CLAVICULA DORSUM "S"
 INICIO DA INCISAO: 09:40
 FECHAMENTO DA INCISAO: 10:20
 TERMINO DA ANESTESIA: 10:30
 TIPO DE ANESTESIA: GL. PLANO SEDACAO + SORVADO
 CIRURGIOS: MARCOS REES
 1º AUXILIAR:
 2º AUXILIAR:
 ANESTESISTA: MAXWELL
 PEDIATRA:
 INSTRUMENTADOR: JOAO
 CIRCULANTE: SNEHA + VILMA
 10:10 APÓS 40° curvexico
 Encamamento do cas sos gerais
 ANESTESIA, NA MU + ECA
 02 FEC. MÉDIA + 01 ATM Aneur
 Ao Jardim

HOSPITAL UNIMED NATAL					
ENCAMINHAMENTO DE RISCO - LATERALIDADE					
CLASSE RISCO:	TTT luxado clavícula "D"				
LATERALIDADE:	() ESQUERDO				
PACIENTE:	() INCONSCIENTE				
LADO FOLHADO:	() SIM () NÃO				
Hora:	Temperatura: FC	SPO ₂	PA	RAI	PVC
09:00	36°C	82	100%	120 x 80	—
10:30	36°C	83	100%	117 x 76	—

Shella Freire do Nascimento
 TEC. EM. CLIN. "M"
 CLÍNICA DO JARDIM

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: —
 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

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO DO PACIENTE - ANESTESIA: Geral Venosa Geral Inalatória Geral Combinada (V+I) Peridural c/ Catete
 Anestesista: DR. MARCELO LIMA 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
 Drenos/Cánuas: _____ Sonda Gástrica Sonda Nasoenteral Sonda Vesical Guedel n° _____ Penrose Látex
 Penrose Silicone Nelaton Torax TOT n° _____ Succção Outros:
 Nível de Consciência: Acordado Sonolento Calmo Agitado

BALANÇO GERAL		INFUDIDO			ELIMINADO					
Hora		Oral	SNG/SNE	Soro	Sangue	Medicação	Drenos	SNG	Diurese	Vômitos
Total Infudido:					Total eliminado:			Débito:		
VALORES DO ÍNDICE DE ALDRETE - KROLIK										

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: Dispneia, 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

15 MAR 2013

CHECK OUT - SRPA

Cirurgia foi realizada a proposta: Sim Não (Se não, checar solicitação) Sondas, drenos e infusões Identificados

Encaminhado: Residência Enfermaria UTI - Encaminhado por:

CHECK OUT SRPA/OBSTETRICIAN

o de Parto: Normal Cesariana Sexo: F M Nascimento à:

Assistido pelo (a) Pediatra; Sexo: () F () M Nascimento as _____ h

Assistido pelo(a) Pediatra: _____ Aspiração de VAS com sonda traqueal nº _____

Belçano 01

QAEVIRGO

13:00 - Giamete acorda e deixa o leito

15:00 - Adm. Kefazol 1g + D.O.ABD EV.
16:00 - Adm. D. Iodoform 1g + SO ABD EV.
17:00 - Detoxin 0,1% 80 ml. Solu. de
alta Hospitalar em aguardiente, lassu-
nitro, oxibetaid, acompanhado por gelos
frios.

ABHANA SECURITIES

15 MAR 2023

José Izales Pereira

~~Uiara Teixeira da Silva~~

Trasferido por: José Izquierdo Pérez

Hora: 17:22 Assinatura do Enfermeiro (s)

~~Entendimira~~

PLANO TERAPÊUTICO CIRÚRGICO

Hospital

Unimed



Data: 20/11/17

Registro: 151134 / Num Carteira: 9800618004301005

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:

Antibioticoprofilaxia:

Dias:

Previsão de Alta:

Assinatura/Carimbo do Médico

ARUANA SEGURÓ

15 MAR 2013

		FORMULÁRIO Referência: Registro de Medicamentos Utilizados pelo Paciente Área: Todas Responsável: Equipe Multidisciplinar						Nº Doc: 24/2014					
								Versão: 01					
								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 <input checked="" type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Prontuário <input type="checkbox"/> Outros:													
LISTE ABAIXO TODOS OS MEDICAMENTOS, FITOTERÁPICOS, VITAMINAS E SUPLEMENTOS PRESCRITOS OU NÃO QUE O PACIENTE FAZ USO EM CASA:													
<input type="checkbox"/> NÃO USA MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/> NÃO SABE INFORMAR OS MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/> TROUXE MEDICAMENTOS DE CASA													
Alergias/Reações <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Listar:					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 setor.								
Nome do Medicamento 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	Dose	Via de adm.	Posologia	Horário da Última administração	Continuar	Modificar	Suspender	Ajustado Mts. até o Médico	Não Ajustado Alerta o Médico	Ajustado Mts. até o Médico	Não Ajustado Alerta o Médico	Ajustado Mts. até o Médico	Não Ajustado Alerta o Médico
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: Enfermeiro da admissão: JIARA TEIXEIRA DA SILVA Enfermeira COREN-107131			Farmacêutico:		Farmacêutico:			
Risco Farmacológico - Uso de medicamento de Alto risco <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Listar:													
					DATA:			DATA:		DATA:			
					HORA:			HORA:		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: 9800618004301008
 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



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

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

Assinatura do Orientador
 TEE. EXP. 01/01/2018 09:50hs
 Assinatura do Orientador (carimbar)

ARUANA SEGUROS

15 MAR 2013

Unimed	FORMULÁRIO	Nº Doc. Form - 122/2011
Natal	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: MILTON DE SOUZA FERREIRA Idade: _____ RG: _____ Sexo: M () F
 Leito: _____ Data Internação: 20/11/17 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 ingesta alimentar devido a () perda de apetite, () problemas digestivos, () náuseas / vômitos, () dificuldade de mastigar ou deglutir ou () jejum absoluto por > 72h?

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

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 [m^2]):

- 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 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 2013
 Total _____

Avaliador (a)

Hospital Unimed Natal

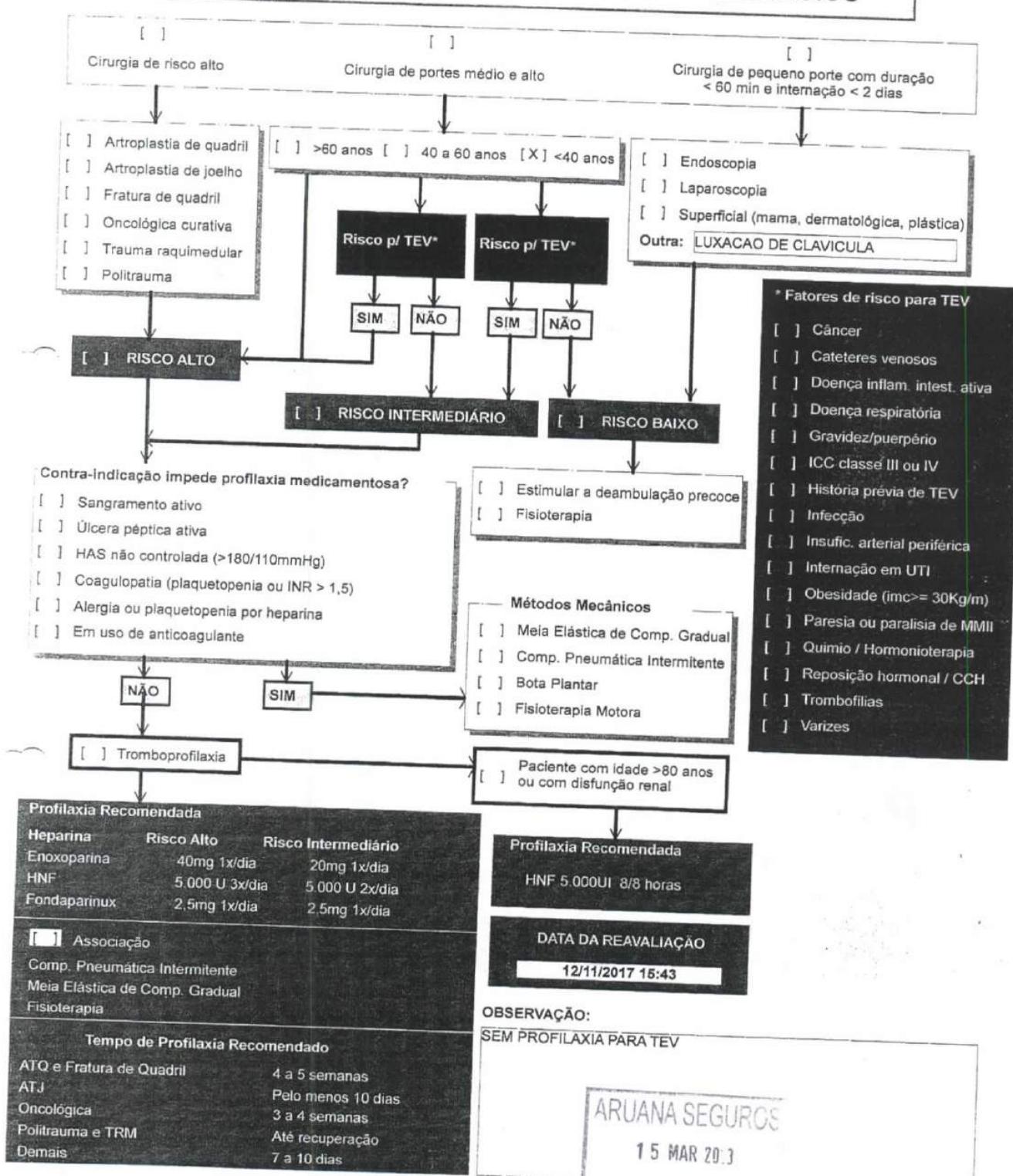
Paciente: 151134 - LUIZ DE SOUZA FILHO

Data do Protocolo: 10/11/2017 15:42:53 Admissão: 10/11/2017 05:34:46 IH: 5
Profissional: UIARA TEIXEIRA DA SILVA JÁCOME COREN 107131

Sexo: M Data Nasc.: 22/12/1978

Mãe: MARIA JOANA DA CONCEICAO SOL

PROTÓCOLO DE PREVENÇÃO DE TEV - CIRÚRGICO



Unimed		FORMULÁRIO	NºDoc: FORM - 64/2012
Referência:	Termo de Consentimento para Hemotransfusão	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

20.11.17 às 09:50

Data e hora

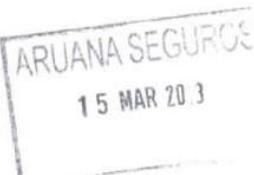
Registro: 151134 / Num Carteira: 9800619004301008

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





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 LUXAÇOES 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 LUXAÇOES 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

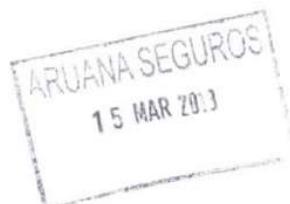
LUIZ DE SOUZA FILHO - Paciente

Nome e assinatura do paciente (ou representante legal)

Documento de Identidade

Testemunha

Testemunha





Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação que o Sr.(a) Luzia de Souza
Filho
necessita de 90 dias de afastamento de suas atividades
profissionais, a contar desta data para convalescença.

CID-10: S43.1

Natal, 10 / 11 / 17

Marcos Rego
Cirurgia de Ombro
CRM/RN 5621

Assinatura e Carimbo

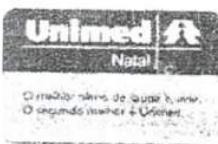
A colocação do CID fica condicionada a autorização expressa do paciente
ou seu representante legal - Código de Ética Médica, Art. 117.

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 MUDANÇA 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

Materials de alto custo

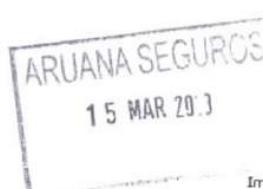
COTAÇÃO EM ANEXO

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

PROFILO ATENDIMENTO



Ficha de Atendimento Ambulatorial

R. 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: 03882387440 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

Matrícula: 9800619004301008 Valid.: 31/03/18

Convênio: FEDERAÇÃO RN

Médico: MARCOS CABRAL FAGUNDES REGO - CRM 5621

CONSULTA ORTOPEDIA

SINAIS VITais

CLASSIF. INICIAL

FC: 60	PA: 120X80	T: 36.5 °C	FR: 18	HGT:	SPO2: 100	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

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cardiopata | <input type="checkbox"/> Etilista | <input type="checkbox"/> Neoplasia |
| <input type="checkbox"/> Convulção | <input type="checkbox"/> Hipertenso | <input type="checkbox"/> Pneumopata |
| <input type="checkbox"/> Diabético | <input type="checkbox"/> IRC | <input type="checkbox"/> Tabagista |

MEDICAÇÃO EM USO

EXAME FÍSICO

Estado Geral:	<input type="text"/>
Avaliação Neurológica:	<input type="text"/>
Ausculta Cardio Pulmonar:	<input type="text"/>
Abdome:	<input type="text"/>

OUTROS:

Tem relação com o trabalho?	<input type="checkbox"/>		
CÓD:	S431 LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR		
Variante Diagnóstica:	<input type="text"/>		
ALERGIA:	<input type="checkbox"/> Nao	PRINCÍPIO ATIVO:	<input type="text"/>

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 () Convulção () Pneumopatia
() IRC () Hipertensão Arterial () Etilista () Cardiopatia

Outros:

Allergia: Nao Qual?

ANTECEDENTES

() Azul (X) Verde () Amarelo () Laranja () Vermelho

OBSERVAÇÕES

Luzinete 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: PSO PRONTO ATENDIMENTO

Materiais 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 INTENÇAO 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	Especie	Lugares									
NOA7923	459119699	NOA7923/RN	4-MOTOCICLETA	1-Particular	1-Passageiro	2									
Marca/Modelo	002844-HONDA/CG 125 FAN KS (Nacional)	Fabricação/Modelo	2012/2012	Potência	Combustível	Cor	Carroceria								
Nome do Proprietário	LUIZ DE SOUZA FILHO			0	2-Gasolina	15-VERMELHA	999-NAO APLICAVEL								
Proprietário Anterior	ALEXANDRE MALHEIRO DE MELO						Recadastrado DETRAN								
Município de Emplacamento	CEARA-MIRIM	Licenciado até	2018 em 08/02/2018, Licenciamento Anual no lote 011031, AR=RS062079601BR (CRLV emitido)(Via 1)		Adquirido em	Situação									
Restrição à Venda	Sem gravame				03/01/2017	Em Circulação									
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 FRETE AO Nº 932, ALECRIM PLACA R-32 VISIVEL, VEICULO EM MOVIMENTO, NAO ACESSOU LOTE LINDEIRO, NEM FEZ CONVERSÃO A DIREITA													
Em aberto	Em NATAL no dia 07/03/2017 às 16h26min														
STTU-217610-R 19298257-7455	TRANSITAR/VELOCIDADE SUPERIOR A MAXIMA EM ATE 20%	AV. BERNARDO VIEIRA, DEFRENTE 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, DEFRENTE 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, DEFRENTE 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	Inicio 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													
Auditória		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 **SEGURÓ 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 encaminhados a beneficiário 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/btloc1CtccQlzS1agnyUlqapi_key=WC0KGkK1kCRZvGalEW+KKZsa__MD03Imd__+3LmutOWis=)
20/03/2018	Exigência Documental	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/YZ5rCwnX7HHFZKfViapi_key=WC0KGkK1kCRZvGalEW+KKZsa__MD03Imd__+3LmutOWis=)
20/03/2018	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/mdCfkem9d9H1b7g+api_key=WC0KGkK1kCRZvGalEW+KKZsa__MD03Imd__+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)



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



A A A O

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-Efetuados.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>)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo ([/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx](#))
 - › Consulta a Pagamentos ([/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.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>)