



BRUNO RAFAEL ALBUQUERQUE MELO GOMES
Advogado

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Thadron Rosalilton da Silva, brasileiro, solteiro, eletricitista, inscrito no CPF: 087.182.624-06, residente e domiciliado na Rua Jesus Sizenando, Nº 191, Rede Vitoria, Apodi/RN

OUTORGADO: BRUNO RAFAEL ALBUQUERQUE MELO GOMES, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN, sob o número 14.511 e no CPF sob o número 072.018.044-99, com escritório de advocacia na Rua Frei Miguelinho, Doze Anos, número: 1291, Mossoró/RN, CEP: 59607-250, tel: (84) 9 9804-0022, e-mail: advbrunorafael@gmail.com.

- **PODERES:** Os das cláusulas "**AD JUDITIA**" para praticar todos os atos judiciais, *in solidum* ou cada um de per si, e independente de ordem de nomeação, agir em defesa dos interesses do(s) outorgante(s), podendo propor para quem de direito as ações judiciais competentes como autor(es) ou réu(s), assistente(s) ou oponente(s), embargante(s) ou embargado(s) e defendê-lo(s) nas contrárias, segundo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-o(s), conferindo-lhes, ainda os poderes expressos para acordar e assinar termos, dar quitação e receber, podendo ainda substabelecer, desistir e também para renunciar a quantia excedente aos 60 (sessenta salários mínimos) na propositura da ação no juizado especial federal.
- Para representá-lo perante o **INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL - INSS**, requerer benefícios, interpor recursos às instâncias superiores, receber mensalidades e quantias devidas, firmar os respectivos recibos, fazer recadastramento, bem como representá-lo perante a entidade bancária que recolhe o referido benefício, podendo, para tanto, assinar documentos, atualizar dados cadastrais, alegar e prestar declarações e informações, solicitar senha e cartão magnético, solicitar bloqueio para fins de empréstimo consignado, enfim, praticar e recorrer a todos os meios legais necessários ao fiel cumprimento do presente mandato.

Apodi/RN, 22 de, Julho de, 2019

+ Thadron Rosalilton da Silva
OUTORGANTE

Rua Frei Miguelinho, Doze Anos, número: 1291, Mossoró/RN, CEP: 59607-250.
Tel: (84) 9 9804-0022, e-mail: advbrunorafael@gmail.com



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO			
PARTIDO NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
NOME JHODSON RATAILLITON ALVES DA SILVA			
SEX. E NÚMERO / DATA DE NASCIMENTO 002393120		IDEP RM	
CPF 087.182.624-06		DATA NASCIMENTO 25/05/1990	
FILIAÇÃO RAIMUNDO BATISTA DA SILVA MARIA NERCIA ALVES DA SILVA			
PERMISSÃO	ACC	CAT. HAIR	
		A/B	
Nº REGISTRO 05135740973	VALIDADEZ 25/08/2020	1ª HABILITAÇÃO 07/02/2011	
OBSERVAÇÕES			
 ASSINATURA DO PORTADOR			
LOCAL APODI, RN	DATA EMISSÃO 02/09/2015		21878210988 RN702258954
AUTORIZADO PARA DIRIGIR VEÍCULO			

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1157404921

1157404921

1157404921



DECLARAÇÃO DE POBREZA

, DECLARO para os devidos fins que minha atual condição econômica não permite demandar em juízo sem prejuízo do meu sustento próprio e da minha família, pelo que peço os benefícios da justiça gratuita previstos na Carta Constitucional de 1988, e mais precisamente, com fulcro no artigo 4º, caput da Lei 1.060/50, consorciado com o artigo 1º da Lei 7.115 de 29 de agosto de 1983, bem como no art. 98 do Novo Código de Processo Civil.

Apodi/RN, 22, Julho de 2019

+ Yveson Rivalilton Alves da Silva

DECLARANTE



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ghedson Raialiton Alves da Silva
Inocência, Salteira, eletricista,

inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 087.182.624-06, venho através da presente, declarar a quem interessar, que não possuo em meu nome, nenhum comprovante de residência de concessionárias de Serviços públicos. Por este motivo venho declarar residir no endereço:
Rua Josué Sizenando, N° 191, RodeVionia, Apodi/RN

Declaro ainda, estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, *in verbis*:

"Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Para que surta os efeitos desejados, assino o presente.

Apodi/RN, 22 de Julho de 2019.

+ Ghedson Raialiton Alves da Silva
DECLARANTE



SINISTRO 3180417739 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JHODSON RAIALLITON ALVES DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO JHODSON RAIALLITON ALVES DA SILVA

CPF/CNPJ: 08718262406

Posição em 08-06-2019 20:19:24

Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [Clique aqui](#) e registre uma solicitação para que possamos checar mais detalhes sobre seu caso. Em até 72 horas, entraremos em contato.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
18/09/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
19/10/2018	Reanálise de processo - Conduta mantida	
11/09/2018	Aviso de Sinistro	



Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JHODSON RAIALLITON ALVES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180417739

Vítima: JHODSON RAIALLITON ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 02/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DARCIA FELICIA JACINTO DE OLIVEIRA

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180417739**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01267/01268 - carta_09 - INVALIDEZ



Carta nº 13489306





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE APODI
Telefone: (84) 3333-2737

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 317/2018

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo do Acidente: Queda

Data e Hora do Acidente: 02/04/2018

21h30 h

Local da Ocorrência: BR 405- contorno para no Sítio canto de Varas- Apodi/RN

Comunicante: A vítima

Identidade RG.:

CPF: 087.182.624-06

Profissão: Eletricista

Telefone: 99109-0650

Endereço:

Identificação da Vítima:

Nome: **JHODSON RAIALLITON ALVES DA SILVA**

Identidade RG.: 2.393.128

CPF: 087.182.624-06

Naturalidade: Apodi/RN

Data Nascimento: 25/05/1990

Pai: Raimundo Batista da Silva

Mãe: Maria Nercia Alves da Silva

Endereço: Rua Josué Sizenando, 191- Rodoviária- Apodi/RN

Condutor ou Passageiro? Condutor CNH: 05135740973

Identificação do Veículo:

Tipo: MOTOCICLETA

Marca/Modelo: HONDA/NXR 150 BROS ES

Placa: OWD6715/RN

Cor: BRANCA

Chassi: 9C2KD0550ER334377

RENAVAM: 0111517303

Proprietário: LUCIENE ALVES DA SILVA

Ano: 2014/2014

Condutor: JHODSON RAIALLITON ALVES DA SILVA

HISTÓRICO:

O comunicante comparece a esta delegacia para formalizar a ocorrência de ACIDENTE DE TRANSITO (QUEDA); Que a vítima seguia na BR 405, contorno no Sítio Canto de Varas-Apodi, quando se desequilibrou e caiu; Que a vítima seguia com sua namorada ANA BATRIZ ALVES DE LIMA RG: 3.133.522, na garupa, e ambos caíram; Que a vítima, e sua namorada, foram socorridos por FRANCISCO CLAUDIO DE SOUZA BATISTA RG: 2.073.334, e levadas ao Hospital Hélio Moraes Marinho em Apodi; Que a vítima sofreu um apancada no tórax e desligamento no joelho direito; Que sua namorada sofreu apenas escoriações leves. E nada mais disse e nem lhe foi perguntado.

Local e data deste Registro: Apodi, 9 de abril de 2018.

Jhodson Raialliton Alves da Silva
Comunicante / Vítima

Ana Beatriz Alves de Lima
Testemunha

Francisco Claudio de Souza Batista
Testemunha

Izabel Aprigida de Carvalho Neta
APC - Izabel Aprigida de Carvalho Neta
Matricula: 129.235-8





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA DO RN
HOSPITAL REGIONAL HÉLIO MORAIS MARINHO - FONE/FAX (84) 3333-2260 / 3523 / 9580 / 9581
RUA PROJETADA, S/N - RB 405 - KM 76 - CEP: 59.700-000 - APODI/RN - E-MAIL: sesaphmm@rn.gov.br

CLASSIFICAÇÃO



FICHA Nº _____

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

REGISTRO Nº 1225-697

1. DADOS DO PACIENTE:

Nome: Thodson Raialilton Alves da Silva
Data de Nascimento: 25.05.90 Idade: 26 a. Sexo: M
Estado Civil: Solteiro Naturalidade: Apoá
Profissão: _____ Cartão SUS nº: 706
Filiação: Pai e/ou Mãe: Maria Nereia Alves da Silva
Endereço: Rua Josué Sisenando
Bairro: _____ Cidade: Apoá UF: _____
Data: 02/04/2018 Hora: 21h5 Rubrica do Servidor: [assinatura]

2. ACOLHIMENTO: () Emergência () Urgência () Ambulatório

3. ACIDENTE DE: () Trabalho () Doméstico () Trajeto

4. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

a) Queixa: _____

b) Antecedentes Alérgicos: _____

c) HAS: () DM: ()

5. EXAME FÍSICO: Peso: _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____

F.R.: _____ Glasgow: _____ SpO₂: _____ HGT: _____

6. ANAMNESE: Viêm de quebra de nariz, com
dermatite em lábio inferior e direito.

7. PROCEDIMENTOS MÉDICOS: Histórico e/ou causa da lesão (alegada):

PROTÓCOLO
RECEBIDO
10 SET 2018
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

8. PROCEDIMENTO MÉDICO:

() Ambulatório, () Internamento, () Outros.

TODAS AS INFORMAÇÕES DE DADOS DO PACIENTE SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.

BM GRÁFICA 84. 9834-8040 / 3408-3577



Entregue 09.04.2018

9. ENCAMINHAR PARA O SERVIÇO SOCIAL (RESPONSÁVEL / ACOMPANHANTE), NOS

CASOS DE () Internamento, () Encaminhamento para outra Unidade, () Óbito

10. EXAMES SOLICITADOS:

() Ambulatoriais, () Raios X, () Outro

11. DIAGNÓSTICO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

01. Tramadol 10 - 01 amp, 500mg, 228034
TFR 94 - 100ml
02. Dipiridone - 0,25g + AD, 100ml, que -

Maria Inês de Abranches
Psiquiatria
CRM 4103 RN

Médico(a)
Assinatura e Carimbo





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

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

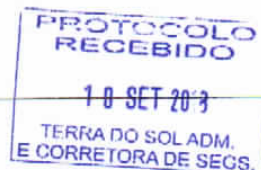
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>Thomson Raulino R. da Silva</i>	6 - Nº DO PRONTUÁRIO					
7 - CARTÃO NACIONAL/SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO	1	FEMININO	2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO					
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)						
13 - MUNICÍPIO <i>Afogados</i>	14 - BAIRRO	15 - UF <i>RN</i>	16 - CEP			

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>por + instabilidade fto</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>emergia</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>RAM + Sem diabetes</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Leucemia</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS



PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Reconstrução de Leucemia</i>	25 - CÓD. DO PROCEDIMENTO <i>415010012</i>	26 - LETICIA ÚNICA <i>40050160</i>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>40050888</i>	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>MARCO REGO</i>	29 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG NO CONSELHO) <i>23104118</i>
--	---	---------------------------------------	---	--	---

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

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





Estado do Rio Grande do Norte

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua João Pessoa, 50 - Centro - CEP 59700-000 Apodi - RN

Telefone: (0xx84) 3333-2036

E-MAIL: smsapodi@rn.gov.br

ENCAMINHAMENTO PARA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH

Encaminhamos o (a) paciente **Jhodson Ralalliton Alves da Silva**, residente na rua Josue Sizenando, 191, Bairro Liberdade - Apodi/RN. Registrado (a) no **CNS: 706 8047 9949 1926**, para realizar os procedimentos: **Procedimento de tratamento com cirurgias múltiplas (415010012) conforme laudo anexo**, haja visto que o município não dispõe do (s) referido (s) procedimento (s).

Apodi/RN, 25 de maio de 2018.

Luis Sabino da Costa Neto
Secretário Municipal de Saúde
Portaria n. 0018/2017

Responsável pela Autorização de Internação Hospitalar - AIH

Luis Sabino da Costa Neto
Secretário Municipal de Saúde Port. 0018/2017





Hospital Memorial de Natal

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

FIGHA DE INTERNAMENTO

Data: 12/06/2018 06:45

Dados do Paciente

Paciente: JHODSON RAIALLITON ALVES DA SILVA Registro: 129800
Num. RG: 2393128 CPF: 087.182.624-06 Nascimento: 25/05/1990 28 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Solteiro(a)
Endereço: RUA JOSUÉ SIZENANDO N.: 191 Bairro: LIVERDADE
Cidade: APODI UF: RN CEP: 59700000 Fone: 84991090650
Profissão: ELETRICISTA Mãe: MARIA NERCIA ALVES DA SILVA

Dados do Internamento

Num. Internamento: 1 Entrada: 12/06/2018 6:43 Previsão saída: 14/06/2018 11:00 Atendente: FRANCISCAR
Convênio: SUS ESTADUAL Matrícula/CNS: 706804799491926
Médico: Dr. MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO CRM: 6574 **LEITO RESERVA 03**

Dados do Responsável

Responsável: CPF: RG:
Parentesco:

Termo de Responsabilidade

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

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

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

Assinatura ☒ Paciente ☐ Responsável

Jhodson Raialliton Alves da Silva

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.025-420 Natal / RN
Contato: 84.3133-4200
E-mail: hmemorial@veloxmail.com.br

Observações

PACIENTE ACOMPANHANDO AIH + EXAMES LABORATORIAIS + RMM COM LAUDO





Hospital Memorial de Natal

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

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228

hmemorial@uol.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 12/06/2018 06:45

Dados do Paciente

Paciente: JHODSON RAIALLITON ALVES DA SILVA Registro: 129800
Num. RG: 2393128 CPF: 087.182.624-06 Nascimento: 25/05/1990 28 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Solteiro(a)
Endereço: RUA JOSUÉ SIZENANDO N.: 191 Bairro: LIVERDADE
Cidade: APODI UF: RN CEP: 59700000 Fone: 84981090650
Profissão: ELETRICISTA Mãe: MARIA NERCIA ALVES DA SILVA

Dados do Internamento

Num. Internamento: 1 Entrada: 12/06/2018 6:43 Previsão saída: 14/06/2018 11:00 Atendente: FRANCISCAR
Convênio: SUS ESTADUAL Matrícula/CNS: 706804799491926
Médico: Dr. MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO CRM: 6574 **LEITO RESERVA 03**

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____
Data da Baixa: _____ No. de dias de hospitalização: _____ No. de US: _____
Doc. Apresentado: _____ Diagnostico Definitivo: _____
Procedencia: _____
História da Doença atual: _____
Interrogatorio sobre diversos aparelhos: _____
Antecedentes pessoais: _____
Antecedentes familiares: _____
Estado geral: _____
Ap. Cardiorespiratorios: _____
Ap. digestivo: _____
Ap. Locomotor e Neurológico: _____
Ap. Urinário e Ginecológico: _____
Impressão geral: _____
Conduta: _____

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.050-020 Natal / RN
Contato com o Hospital
Em





Hospital Memorial de Natal

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

Data: 12/06/2018 06:45

Dados do Paciente

Paciente: JHODSON RAIALLITON ALVES DA SILVA Registro: 129300
Num. RG: 2393128 CPF: 087.182.624-06 Nascimento: 25/05/1990 28 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Solteiro(a)
Endereço: RUA JOSUÉ SIZENANDO N.º: 191 Bairro: LIVERDADE
Cidade: APODI UF: RN CEP: 59700000 Fone: 84991090650
Profissão: ELETRICISTA Mãe: MARIA NERCIA ALVES DA SILVA

Dados do Internamento

Num. Internamento: 1 Entrada: 12/06/2018 6:43 Previsão saída: 14/06/2018 11:00 Atendente: FRANCISCAR
Convênio: SUS ESTADUAL Matrícula/CNS: 706804799491926
Médico: Dr. MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO CRM: 6574 **LEITO RESERVA 03**

Dados do Responsável

Responsável: CPF: RG:
Parentesco:

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

- Autorizo o(a) Dr. MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO, a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: S6623 OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS
- O(A) Dr. MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
- Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização.
Preenchido pelo responsável do paciente

Assinatura [X] Paciente [] Responsável

Jhodson Raialliton Alves da Silva

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

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

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO - CRM 657.





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

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>Thaleson Reis Filho A. da Silva</i>	6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL/SUS <i>906804353491526</i>	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>25.05.90</i>	9 - SEXO MASCULINO ☒ FEMININO ☐	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Mãe Marcia Alves da Silva</i>	11 - TELEFONE DE CONTATO <i>9-9109-0650</i>
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) <i>Rua José Silveira, 181</i>	13 - MUNICÍPIO <i>Araucária</i>	14 - BAIRRO <i>Liberdade</i>	15 - UF <i>RN</i>	16 - CEP <i>5570000</i>

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>dor + instabilidade joelho</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>crônica</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>RNM + Semidormia</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Lesão LCA</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Reconstrução LCA</i>			
25 - COD. DO PROCEDIMENTO <i>415010012</i>			
26 - TÉCNICA <i>408050160</i>			
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>408050888</i>			
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>MARCO REGO</i>			
29 - ASSOCIAÇÃO <i>23104118</i>			
30 - CNS / OFF			
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG NO CONSELHO)			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

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



18/06/2018

SISREG III - Servidor de Produção

Código Solicitação: 244137986

Número AIH: 241810047830-0

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MEMORIAL
Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROL
Central Reguladora
Data de Solicitação
Data de Autorização
Data de Reserva
Data de Internação
Data Prevista de Alta
Data de Alta
Motivo de Alta

NATAL
08.06.2018 - 08:39:53
08/06/2018 - 10:05:26
12.06.2018
12.06.2018
26.10.2045
12/06/2018 - 20:09:33
1.1 ATA CURADO

CNES:
2408252
CNES:
2408252
Município Executante
NATAL

Operador
Operador
Operador
Operador
LUCIMAR
03432553404ANA
18129862204LUCIMAR
18129862204LUCIMAR

DADOS DO PACIENTE

CNS:
706804799491926
Nome do Paciente
JHODSON RAIALLITON ALVES DA SILVA
Nome da Mãe
MARIA NERCIA ALVES DA SILVA
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
25/05/1990 (28 anos)
Tipo Logradouro:
INVALIDO
Número:
191
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):
(61) 3315-2425 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:

APODI - RN

Raça:

PARDA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

R JOSUE SIZENANDO

Bairro:

LIBERDADE

Município de Residência:

APODI

Complemento:

CEP:

59700-000

UF:

RN

DADOS DE SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:
05544048428
CPF do Médico Executante:
05544048428
Diagnóstico Inicial - CID:
M242 - TRANSTORNOS DE LIGAMENTOS
Caráter
10 - Eletivo
Clínica:
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
Procedimento Solicitado:
OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS

Nome do Médico Solicitante:
MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO
Nome do Médico Executante:
MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO

Status da Solicitação:
APROVADA

Classificação de Risco

Prioridade 3 - Atendimento eletivo

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0415020034

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
PACIENTE COM DOR + INSTABILIDADE NO JOELHO DIREITO /td>
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
R N M + E F
Condições que Justificam a Internação:
TRATAMENTO CIRURGICO RECONSTRUCAO LIGAMENTAR + MENISCO + SINOVECTOMIA

PARCELA

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:
08.06.2018 - 08:39:53

Data da Extração dos Dados: 18/06/2018 11:30:54

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 58.820-020 Natal / RN
Confira com original
Em, ___/___/___



Código Solicitação: **244137986**

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MEMORIAL
Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
AV JUVENAL LAMARTINE - 079 - TIROL
Central Reguladora
Data de Solicitação
Data de Autorização
Data de Reserva
Data Prevista de Alta

CNES:
2408252
CNES:
2408252
Município Executante
NATAL

NATAL
08/06/2018 - 08:39:53 Operador
08/06/2018 - 10:05:28 Operador
12/06/2018
26/10/2045
LUCIMAR
0343253404ANA

DADOS DO PACIENTE

CNS:
006004799491426
Nome do Paciente
THODSON RAIALTON ALVES DA SILVA
Nome da Mãe
MARIA NERCIA ALVES DA SILVA
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
25/05/1990 (28 anos)
Tipo Logradouro:
INVALIDO
Número:
191
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):
(61) 3315-2425

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:
APODI - RN
Raça:
PARDA
Tipo Sanguíneo:

Logradouro:
R JOSUE SILENANDO
Bairro:
LIBERDADE
Município de Residência:
APODI

Complemento:
CEP:
59700-000
UF:
RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:
05544042428
Diagnóstico Inicial - CID:
M242 - TRANSTORNOS DE LIGAMENTOS
Caráter:
10 - Eletivo
Clínica:
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
Procedimento Solicitado:
OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS

Nome do Médico Solicitante:
MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO

Status da Solicitação:
APROVADA

Classificação de Risco
Clínica - 10 - Atendimento eletivo
Clínica Complementar:
Nenhuma
Código:
0415020034

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

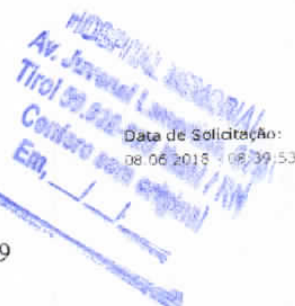
Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
PACIENTE COM DOR + INSTABILIDADE NO JOELHO DIREITO /td>
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
R.N.M + E.F.
Condições que Justificam a Internação:
TRATAMENTO CIRURGICO RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR + MENISCO + SINOVECTOMIA

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:



Data da Extração dos Dados: 11/06/2018 13:26:39





BLOCO CIRÚRGICO BOLETIM DE SALA

Reg **129800** NOME: **JHODSON RAIGALLON ALVES DA SILVA** APTO:

Cirurgia Realizada: **reconstrução do ligamento cruzado + Menisclorrafia joelho + sinovectomia**

DATA: **12/06/2018** INICIO: **14:00** HS: MIN: TÉRMINO: **15:30** HS: MIN:

EQUIPE
Cirurgião: **Dr. Márcio Roberto** NOME: **Márcio Roberto** CIC/MF: CRM: CIRURGIA: **Pequena**
1 Auxiliar: **Dr. Márcio Roberto** NOME: **Márcio Roberto** CIC/MF: CRM: CIRURGIA: **Média**
2 Auxiliar: **Dr. Márcio Roberto** NOME: **Márcio Roberto** CIC/MF: CRM: CIRURGIA: **Grande**
Anestesiologista: **Dr. Márcio Roberto** NOME: **Márcio Roberto** CIC/MF: CRM: CIRURGIA: **Múltipla**
Instrumentador: **Dr. Márcio Roberto** NOME: **Márcio Roberto** CIC/MF: CRM: CIRURGIA: **Múltipla**

1. Assepsia e Antissepsia, 2. Acesso anterior ao joelho, 3. Retirada do terço central do tendão patelar, 4. sinovectomia, 5. Confecção do túnel femoral e tibial, 6. tratamento de lesão osteocondral da patela e fêmur, 7. Sutura do menisco medial, 8. passagem do enxerto pelos túneis e fixação com parafuso de interferência 9x25 na tibia e técnica press-fit no fêmur, 9. Sutura, 10. curativo

COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
MEDICAMENTOS				FIOS				DESCARTÁVEIS			
028898	Agua Biotintada 100ml	AMP	02	02020	Vicryl 4-0 (Violeta)	ENV		086164	Malha Tubular 12cm	ROL	05
020326	Agua Biotintada 10ml	AMP		02077	Vicryl 5-0 (Amaro)	ENV		090189	Malla Tubular 15cm	ROL	05
028898	Agua Biotintada 20ml	AMP		020728	Vicryl 6-0	ENV		082783	Máscara Descartável	UND	05
020057	Cloroxinolol 1g	AMP		020313	Vicryl 3-0	ENV	02	000230	Protetor 2 vias	UND	05
020096	Oxácido 4mg. Inj.	AMP						084794	Protetor Dependente / ml.	ML	100
020713	Glicose 25% 10ml Inj.	AMP						084787	Protetor Tópico / ml.	ML	100
024283	Glicose 50% 10ml Inj.	AMP						084717	Sabão Líquido	ML	100
024703	Hipoclorito 50%	FRS						080713	Sapato Descartável	UND	12
020049	Injetor Pontoado 14	1/4						083213	Seringa Desc. 01cc. d. Agulha	UND	
015111	Kelly Neuro 1g	COM						083413	Seringa Desc. 03cc. d. Agulha	UND	
020887	Novelgine 2ml Inj.	AMP						083115	Seringa Desc. 05cc. d. Agulha	UND	
027483	Protetor 100mg. Inj.	AMP						083203	Seringa Desc. 10cc. d. Agulha	UND	
028829	Solução Ringier d. Lactato	FRS	0					083218	Seringa Desc. 20cc. d. Agulha	UND	05
028849	Solução Ringier Sinterplex	FRS	0	DESCARTÁVEIS				029129	Sonda Universal 10	UND	
028126	Soro Fisológico 100ml	FRS	04	02100	Albacore-T Plus Nº 44	UND		029144	Sonda Universal 12	UND	
028126	Soro Fisológico 5% 500ml	FRS	04	02118	Albacore-T Plus Nº 16	UND		029151	Sonda Universal 14	UND	
028740	Soro Glicosado 5% off 500	TR		02125	Albacore-T Plus Nº 18	UND		029189	Sonda Universal 16	UND	
020825	Xelacore 2% ch	AMP		02132	Albacore-T Plus Nº 20	UND	03	029183	Sonda Universal 18	UND	
010028	Xelacore Gel 2%	BSG		02042	Agulha Descartável 13 x 4,5	UND		020550	Sonda Universal 20	UND	
				02082	Agulha Descartável 25 x 7	UND	02	PARAFUSO 9x25			
				02018	Agulha Descartável 40 x 12	UND	02	PARAFUSO 9x25			
				02075	Alcova Injetor 30%	ML	100				
				02082	Alcova Oregon 10cm	ROL	01				
				02083	Alcova Oregon 12cm	ROL					
				02080	Alcova Oregon 15cm	ROL	02				
				02080	Alcova Oregon 20cm	ROL					
				02091	Alcova Gemada 10cm	ROL					
				02079	Alcova Gemada 12cm	ROL					
				02077	Alcova Ortopédica 10cm	ROL					
				02089	Alcova Ortopédica 15cm	ROL					
				02170	Alcova Ortopédica 15cm	ROL					
				02080	Alcova Ortopédica 20cm	ROL					
				02048	Bandeja Percutânea	UND		TAXAS			
020037	Algodão 0 (el. Agulha)	ENV		02145	Bandeja Raqui	UND	03	020738	Ar Comprimido		
020885	Algodão 2-0 (el. Agulha)	ENV		02048	Butterfly 19g	UND		020407	Aspirador Vácuo	X	
020044	Algodão 3-0 (el. Agulha)	ENV		02045	Butterfly 21g	UND		020254	Bomba de Infusão		
020162	Cornado 1-0	ENV		02036	Butterfly 23g	UND		020331	Capinógeno		
020130	Cornado 2-0	ENV		02042	Butterfly 25g	UND		020303	Cranectomia		
020123	Cornado 4-0	ENV		02105	Correção Descartável	UND	03	020385	Desinfetante		
020259	KG-Catena	ENV		02144	Comprimido Cirúrgico	UND	50	020467	Intensificador de Imagem		
020880	Monocryl 0 PRETO	ENV		02149	Eléctrodo Descartável	UND	05	020469	Microscópio		
020814	Monocryl 2.0 PRETO	ENV		02049	Entorção 500ml	UND		020711	Ortognato Sólido 14	X	
020821	Monocryl 3.0 PRETO	ENV	03	02024	Esparadrapo 10 x 45	CM	30	020713	Ortognato	X	
020839	Monocryl 4.0 PRETO	ENV		02031	Gar Sulfônico / ml.	ML		020815	Óxido Nitroso		
020846	Monocryl 5.0 PRETO	ENV		02075	Gaze 91 x 91	UND	50	020718	Respirador e Pressão		
020853	Monocryl 6.0 PRETO	ENV		02030	Gaze Fuzicada	UND		020719	Respirador e Volume		
020882	Monocryl 8.0 PRETO	ENV		02034	Gono Descartável	UND	06	020715	Taca de Monitor	X	
020842	Monocryl 10-0 PRETO	ENV		02033	Injetor Air II 2,4 M	UND		020716	Taca de Seta H	X	
020202	Prilene 2-0	ENV		02079	Injetor Padrinho	UND	01	020718	Taca de Fibr. Úica	X	
020483	Prilene 4-0	ENV		02053	Lâmina Eletal Nº 11	UND		VÍDEO LAPAROSCÓPIO			
020449	Prilene 5-0	ENV		02080	Lâmina Eletal Nº 15	UND					
020431	Prilene 6-0	ENV		02049	Lâmina Eletal Nº 20	UND	0				
020510	Sêria 2-0	ENV		02032	Luz Descartável Nº 7,0	PAR					
020550	Sêria 3-0	ENV		02040	Luz Descartável Nº 7,5	PAR	04				
020660	Sêria 4-0	ENV		02029	Luz Descartável Nº 8,0	PAR	02				
020194	Sêria 5-0 (el. Agulha)	ENV		02011	Malla Tubular 10cm	ROL					
020380	Vicryl 4-0 (Incolor)	ENV									

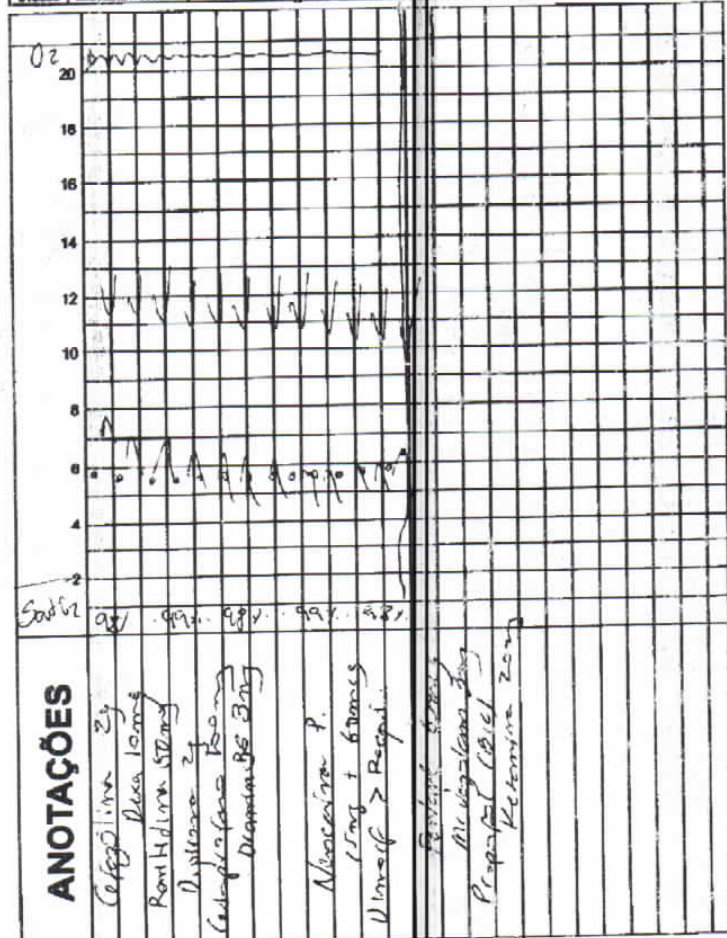
CIRURGIÃO: **MOISÉS** CIRCULANTE:



RELATÓRIO ANESTESIA

I.S.D.A.		B60, L20, epinephrine, usado
PRÉ-ANESTÉSICO:		
DROGAS:		
TÉCNICA ANESTÉSICA:		Rioquilonal + Bloqueio n. femoral.

DROGAS USADAS NA ANESTESIA									
COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO
000150	Adrenalina	AMP		000115	Narcotil	AMP		000115	Desatolona
000066	Agua Biotilada	AMP		000127	Passil 10mg	AMP		000115	Desatolona
000042	Atropina 25	AMP		000138	Proclonina	AMP	01A	000115	Desatolona
000050	Chloral de Potássio	AMP		000140	Quicim 100mg	AMP		000115	Desatolona
000160	Clorido de Sódio	AMP		000140	Quicim 500mg	AMP		000115	Desatolona
000120	Clorid 2mg	AMP		000145	Rapilene	AMP		000115	Desatolona
000115	Clorid 1mg	AMP	02F	000174	Sedacina	AMP		000115	Desatolona
000053	Clorid 1mg	AMP		000174	Sedacina	AMP		000115	Desatolona
000080	Clorid 1mg	AMP	01A	000125	Sol. Ringier Simple	FRS	01F	000115	Desatolona
017075	Diamon 5mg	AMP		000125	Sol. Ringier Simple	FRS	01F	000115	Desatolona
000071	Eufil	AMP		000140	Sol. Ringier Simple	FRS	01F	000115	Desatolona
000011	Femoral 2mg	AMP	01A	000140	Sol. Ringier Simple	FRS	01F	000115	Desatolona
000180	Femoral	AMP		000140	Sol. Ringier Simple	FRS	01F	000115	Desatolona
017075	Hefalona	AMP		000140	Sol. Ringier Simple	FRS	01F	000115	Desatolona
000050	Hefalona	AMP		000140	Sol. Ringier Simple	FRS	01F	000115	Desatolona
000049	Insulin	AMP		000140	Sol. Ringier Simple	FRS	01F	000115	Desatolona
010506	Lentinal	AMP		000140	Sol. Ringier Simple	FRS	01F	000115	Desatolona
000057	Morcelina 0.5 g/A	AMP		000140	Sol. Ringier Simple	FRS	01F	000115	Desatolona
000058	Morcelina 0.5 g/A	AMP		000140	Sol. Ringier Simple	FRS	01F	000115	Desatolona
010506	Morcelina 0.5 g/A	AMP		000140	Sol. Ringier Simple	FRS	01F	000115	Desatolona
010506	Morcelina 0.5 g/A	AMP		000140	Sol. Ringier Simple	FRS	01F	000115	Desatolona



Interocorrências

1) Alto sem intercorrências

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Oxímetro	OK
Cardioscópio	OK
Capnógrafo	
Oxigênio Líquido	2L/min
Protóxido Líquido	
CATETER NASAL	01U
AGULHA QUINCK	02F:01U

Dr. Mateus R. V. R.

CRM: 10080

HOSPITAL REGIONAL

Unidade de Anestesia, 970

Endereço: Rua 10080

INÍCIO ANESTESIA: 14:30	INÍCIO CIRURGIA: 14:30	DATA: 12.06.18
FINAL CIRURGIA: 15:15	FINAL ANESTESIA: 15:30	ANESTESIOLOGISTA: Mateus
		CRM: 8380



Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARCA, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 Fax: (84)3102-1226 - Email: hmemorial@veioxmail.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 129800 IH: 1 Paciente: JHODSON RAIALLITON ALVES DA SILVA
Nascimento: 25/05/1990 28 anos Internação: 12/06/2018 06:43:53 Leito: ENFERMARIA 101-C
12/06/2018 12:57:30 COREN - 662081 - MARIA ELIZABETE B PEREIRA

ANTES DO ATO CIRÚRGICO

Observações:

CLIENTE ADMITIDO (A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE LIGAMENTO, ACOMPANHADO DE SEU FAMILIAR E MAQUEIRO, CONSCIENTE, ORIENTADO (A), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, SIC NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, DM E HAS, FOI PUNCIIONADO(A) COM CATETER VENOSO Nº 20 VIABILIZANDO SF0,9% E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Doença pré-existente: NÃO

Há reserva sanguínea: NÃO

Exame Laboratorial: SIM

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): NÃO

Outros Exames: RNM

Prótese: NÃO

Jóias: NÃO

Risco Cirúrgico: NÃO

Membro e lado da cirurgia: MID

Raio X: PRÉ

Assinatura Responsável

SRPA

Nível consciência: CONSCIENTE ORIENTADO

Acesso venoso: SIM

Diurese: SIM

Acianótico: NÃO

Oxigenoterapia: O2 AMBIENTE

Pálido: NÃO

Sudorese: NÃO

Tremores: NÃO

Hipotensão: NÃO

Raio X de Controle: NÃO

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE ENCAMINHADO AO LEITO DE RUI DE LIGAMENTO SEM INTERCORRENCIA NA HVP EM MSE O MESMO AGUARDA REALIZAR RX DE CONTROLE DIURESE AUSENTE NO MOMENTO, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Assinatura Responsável

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamarcas, 979
Tirol 39.922-020 Natal / RN
Envie com original



Hospital Memorial de Natal

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

Data: 12/06/2018 22:41

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 129800 IH: 1 Paciente: HODSON RAIALLITON ALVES DA SILVA
Nascimento: 25/05/1990 28 anos Internação: 12/06/2018 06:43:53 Leito: ENFERMARIA 101-C

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: RAQUI + SEDAÇÃO

Tipo: LIGAMENTO MID

Instrumentador: ZE+ EDELMAR

Tipo curativo: OCCLUSIVO

Tem material para biópsia/cultura:

Inf. sanguínea: NÃO

Antibiótico profilático?: CEFAZOLINA

Medicação administradas:

Anestesiologista: DR. MATEUS

Cirurgião: DR. MARCIO

Circulante: MOISES

Placa de bisturi: NÃO

Monitoração correta: SIM

Intercorrências / Observações:
CLIENTE ADMITIDO NA SALA C.C PARA SUBMETER-SE AO PROCEDIMENTO CIRURGICO DE LIGAMENTO DO MID O(A)
MESMO(A) NEGA AM+DM+HAS. FUNCIONANDO EM SALA EM MS COM JELCO N°20. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: Limpa

EDELMAR MARTINS DA SILVA
COREN - 980343

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 30.020-020 Natal / RN
Centro com registro
Em, ____/____/____





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: JHODSON RAIALLITON ALVES DA SILVA Idade: 28 anos
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 129800 Prontuário:
Unidade: UNIDADE I
Leito: LEITO RESERVA 03 JOSC
Admissão: 12/06/18 06:43 0 dia(s) de internação
Diag.: M242 - Transtornos de ligamentos | Frouxidão ligamentosa SOE | Instabilic

12/06/2018 15:22	Horários de Aplicação	6574
1) DIETA LIVRE	(SND)	
2) DIFIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.	20:00 02:00 08:00 14:00	
3) DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	22:00 06:00	
4) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário. DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%	(SN)	
5) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 10 ML DE ABD.	20:00 04:00	
6) METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.	(SN)	
7) RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	06:00 18:00	
8) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000mL Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, Ao dia.	(500 500)	
9) SORO GLICOSADO 5% 500ML Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, Ao dia.	(500)	
10) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única. 6h apos cirurgia	22:00	
11) ALTA PELA MANHA	(ATENÇÃO)	
12) SINAIS VITAIS (SSVV + CCG)	(M T)	
13) SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário	(ATENÇÃO)	

Dr. MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO
CRM - 6574

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamerino, 879
Tiroi 59.022-420 Alagoas / RN
Confira com original
Em, ____/____/____





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

REGISTRO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO CENTRO CIRÚRGICO

Dados do Paciente

Paciente: **JHODSON RAIALLITON ALVES DA SILVA**

Registro: **129800** Nº Internação: **1**

Nascimento: **25/05/1990** 28 anos Data internação: **12/06/2018 06:43:53** Leito: **ENFERMARIA 101-C**

ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: **Alerta**

ASPECTO GERAL

☒ - Ac. Venoso ☒ - Acianótico
Pálido Tremores
Vômitos Sudorese

Diurese:

FERIDA OPERATÓRIA

Ocluída Sangramento
Drenos Fixadores
Tala Tração
Edema Hematomas

DA ENFERMAGEM

Observações:

AS 17:26HS RECEBER PACIENTE PROVENIENTE VINDO DO C.C

R/AIO X

Observações/QTD:

Pré: **03 PELÍCULAS DE RES**

Pos:

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **120** X **80** Temperatura: **36,8** °C
Pulso: **80** Respiração: **20**

Observações:

DA ENFERMAGEM

Queixas do Paciente:

SEM QUEIXAS NO MOMENTO

Observações Gerais:

PACIENTE DE 28 ANOS EM POL DE MENISCO, EM O²
AMBIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, AFERIDO
SSVV SEM ANORMALIDADES, DIETAS VO
(COMUNICADO A NUTRIÇÃO), DIURESE ESPONTÂNEA
(AGUARDANDO), SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS

12/06/2018 17:51:36
COREN - 1088650

EDVANIA PEREIRA

Eduania





Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4100 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloemail.com.br

REGISTRO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO CENTRO CIRÚRGICO

Dados do Paciente

Registro: 129800 Nº Internação: 1

Paciente: JHODSON RAIALITON ALVES DA SILVA
Nascimento: 25/05/1990 28 anos Data Internação: 12/06/2018 06:43:53

Leito: ENFERMARIA 101-C

ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: Alerta

ASPECTO GERAL

X - Ac. Venoso X - Aclanótico
Pálido Tremores
Vômitos Sudorese

Diurese:

FERIDA OPERATÓRIA

Ocluída Sangramento

Drenos Fixadores

Tala Tração

Edema Hematomas

Queixas do Paciente:

SEM QUEIXAS NO MOMENTO

DA ENFERMAGEM

Observações:

AS 17:55H RECEBIR PACIENTE PROVENIENTE VINDO DO C.C.

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: 120 X 80

Pulso: 80

Temperatura: 36,8 °C

Respiração: 20

RAIO X

Observações/QTD

Pré: 03 PELICULAS DE RES

Pos:

Observações Gerais:

PACIENTE DE 28 ANOS EM POS DE MENISCO, EM O^o AMBIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, AFERIDO SSVV SEM ANORMALIDADES DIETAS VO, DIURESE ESPONTANEA (COMUNICADO A NUTRICAÇÃO), SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS (AGUARDANDO).

12/06/2018 17:51:36
COREN - 1088550

EDVANIA PEREIRA

ESTADO GERAL

Higiene
Com auxílio

Respiração
O2 Ambiente

Deambulação
Com auxílio

Corado

Aclanótico

Eliminac. Vesicais:

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: 120 X 80

Pulso: 79

Temperatura: 37 °C

Eliminac. Intestinais:

Respiração: 20

Saturação O2: 98

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Ácelda Total

QUEIXAS DO PACIENTE

Obs:

Observações Gerais:

PACIENTE JOVEM EM POS DE MENISCO, CONSCIENTE E ORIENTADO O2 AMBIENTE, AFERIDO SSVV SEM ANORMALIDADES DIETAS VO, DIURESE ESPONTANEA POR COLETOR NA HVP, MSD COM ESQ DE AT, SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

12/06/2018 22:11:08
Francisca Gorete Henrique Gomes
COREN - 571215
FRANCISCA GORETE HENRIQUE GOMES

OBSERVAÇÕES GERAIS

08:45H PACIENTE EM POS DE MENISCO, CONSCIENTE E ORIENTADO O2 AMBIENTE DIETAS VO, DIURESE ESPONTANEA, RETIRADO AVP E SAIU DE ALTA HOSPITALAR COM MAQUEIRO NA CADEIRA E NA COMPANHIA DOS SEUS FAMILIARES LEVANDO TODOS OS SEUS PERTENSES.

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol - 50.020-422 Natal - RN
Em: _____
Nikacia

13/06/2018
COREN - 1024887
NIKACIA CAETANO FAUSTINO

Página 1

Pixeon - 12/06/2018 22:38 (U398/ASSIS...)

MedicWare





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

1ª Vara da Comarca de Apodi

BR 405, KM 76, Portal da Chapada, APODI - RN - CEP: 59700-000

Processo nº: 0802840-44.2019.8.20.5112

Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: JHODSON RAIALLITON ALVES DA SILVA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Vistos.

Defiro a gratuidade judiciária em favor da parte autora.

Da análise da inicial, verifica-se de logo a necessidade de prova pericial, motivo pelo qual as circunstâncias fático-jurídicas da lide inviabilizam a conciliação neste momento.

Demais disso, consigno que a Seguradora Líder adotou a política de não conciliar nas ações que discutem a cobrança e/ou diferenças do pagamento de indenizações do Seguro DPVAT, alegando a existência de fraudes, razão pela qual **deixo de marcar audiência prévia de conciliação** prevista no art. 334 do CPC, nada impedindo a designação posterior.

Dito isto, **Cite-se a parte requerida para contestar** no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial.

Havendo questões preliminares, reconvenção e/ou alegação de fatos impeditivos, modificativos ou extintivos do direito autoral, **ouça-se** a parte autora, no prazo de 15 (quinze) dias.

Em seguida, **designa-se perícia técnica** a ser realizada por profissional com especialidade de ortopedia/traumatologia, **nos termos do Convênio nº 39/2018, fixando-se honorários no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais)**, a serem pagos pela Seguradora Líder, no prazo de 15 (quinze) dias após realizada a perícia, contados da data da intimação, independente do resultado.



Oficie-se ao NUPEJ para indicar o profissional, remetendo-se os quesitos do Juízo e aqueles elaborados pelas partes, **ou, alternativamente, inclua-se no Mutirão para realização de perícias do DPVAT**, adotando-se a providência mais célere.

Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pela parte autora? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5- Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 9- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média(50%), leve (25%) ou residual(10% ou menos)?

Intimem-se as partes para indicarem assistente técnico e, querendo, **apresentarem outros quesitos** diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de quinze dias.

Designada a data, intimem-se pessoalmente as partes para se fazerem presentes, devendo os advogados serem intimados pelo DJe/PJe.

Apresentado o laudo, intimem-se os advogados das partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de quinze dias, expedindo-se imediatamente o Alvará para levantamento dos honorários periciais.

Após, **retornem** os autos conclusos, nos termos do art. 352 e 353 do CPC.

P. I. Cumpra-se.

Apodi/RN, 2 de setembro de 2019.

Assinado eletronicamente

ANTONIO BORJA DE ALMEIDA JUNIOR

Juiz de Direito

