



Número: **0833772-57.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **06/08/2019**

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

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO (AUTOR)		THIAGO MARQUES CALAZANS DUARTE (ADVOGADO)	
MAPFRE SEGUROS (RÉU)			
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47601481	06/08/2019 14:14	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
47601484	06/08/2019 14:14	<a href="#">01 - INICIAL</a>	Outros documentos
47601487	06/08/2019 14:14	<a href="#">02 - PROCURAÇÃO JUDICIAL E CONTRATO DE HONORÁRIOS</a>	Procuração
47601488	06/08/2019 14:14	<a href="#">03 - BOLETIM DE OCORRÊNCIA</a>	Documento de Comprovação
47601489	06/08/2019 14:14	<a href="#">03 - DOCUMENTOS PESSOAIS</a>	Documento de Identificação
47601490	06/08/2019 14:14	<a href="#">04 - DOCUMENTAÇÃO MÉDICA 1</a>	Documento de Comprovação
47601491	06/08/2019 14:14	<a href="#">05 - DOCUMENTAÇÃO MÉDICA 2</a>	Documento de Comprovação
47601492	06/08/2019 14:14	<a href="#">06 - COMPROVANTE DE PEDIDO ADMINISTRATIVO</a>	Documento de Comprovação

Petição inicial e documento comprobatórios em anexo.





**EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DE UMA  
DAS VARAS CÍVEIS DA COMARCA DE NATAL / ESTADO DO RIO GRANDE  
DO NORTE, A QUEM COUBER POR DISTRIBUIÇÃO LEGAL.**

**ALEXSANDRO ROBERTO BASÍLIO**, brasileiro(a), solteiro(a), funcionário público, portador(a) da Cédula de Identidade RG nº. 1685487 ITEP/RN, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº. 036.749.004-83, com endereço eletrônico "contato@bcdmadvogados.adv.br", residente e domiciliado(a) na Rua dos Canindés, nº 12, Alecrim, Natal/RN, CEP 59032-290, neste ato representado(a) por seu advogado ao final firmado, vem, a presença de Vossa Excelência, com fundamento na Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, propor:

### **ACÃO DE COBRANÇA**

Contra **MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, CNPJ nº 61.074.175/0001-38, com sucursal em Natal/RN, na Avenida Jaguarari, nº 1865, Lagoa Nova, CEP: 59032-620, em razão dos fatos a seguir expostos.



**DA VINCULAÇÃO DA REALIZAÇÃO  
AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO OU DE  
MEDIÇÃO À PERÍCIA MÉDICA PRÉVIA.**

Inicialmente, a parte autora informa que não tem interesse na realização de audiência preliminar de conciliação, prevista no artigo 334 do Código de Processo Civil (CPC), tendo em vista que o(a) Demandado(a) só oferece proposta de acordo após a produção da prova pericial, no caso, perícia médica a ser designada por este Juízo.

Nos termos § 4º, do artigo 334, do Código de Processo Civil:

"§4º A audiência não será realizada:

I – se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual."

A designação do referido ato processual, neste caso, seria infrutífera, não só aos sujeitos do processo, bem como do Judiciário, atentando os princípios da economia e celeridade. **No entanto, se na referida audiência houver profissional nomeado para a realização de perícia médica e confecção de laudo conclusivo, a parte autora não se opõe a sua realização.**

**DA GRATUIDADE JUDICIÁRIA.**

Independente de comprovação de proventos, a parte pode valer-se da **simples alegação de hipossuficiência** para que lhe seja deferida a concessão do **benefício da gratuidade judiciária**, pois se trata de garantia constitucional que confere a todos os cidadãos o direito de acesso à justiça.

A concessão mediante mera alegação de hipossuficiência recai na jurisprudência majoritária, senão veja-se:

ASSISTENCIA JUDICIÁRIA - REQUISITOS PARA A OBTENÇÃO - "Para que a parte obtenha o benefício da assistência judiciária, **basta à simples afirmação** de sua pobreza, até prova em contrário." (AASP 1622/19) in RT 697 p.99.





ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA - REQUISITOS PARA A OBTENÇÃO - "A assistência judiciária (Lei 1060/50, na redação da Lei 7510/86) - Para que a parte obtenha o benefício da assistência judiciária, **basta à simples afirmação de sua pobreza**, até prova em contrário. (art.4º. e §1º.). Compete à parte contrária a oposição à concessão." (STJ-REsp.1009/SP, Min.Nilson Naves, 3a.T., 24.10.89, in DJU 13.11.89, p.17026) in RT 686/185.

Portanto, considerando as condições econômicas da parte autora, requer-se as benesses da Lei 1060/50, bem como a aplicação das disposições dos arts. 98 e seguintes do Código de Processo Civil (CPC), a fim de desonerá-la dos ônus processuais, pois não tem condições momentâneas de arcar com estes custos sem prejuízo das próprias expensas.

### **DOS FATOS E FUNDAMENTOS.**

O(A) Requerente foi vítima de acidente de trânsito, ocorrido em **03 de julho de 2018**, tendo sido encaminhado ao Hospital Walfredo Gurgel, consoante se deduz da análise do boletim de ocorrência, do prontuário de atendimento médico-hospitalar e do comprovante de prévio requerimento administrativo, anexos.

Como consequência do acidente, resultou-se à vítima membro inferior esquerdo, lesões estas descritas nos prontuários médicos e demais documentos acima referidos, que serão cabalmente comprovadas, também, por meio de exame pericial a ser designado por este R. Juízo.

De acordo com a legislação vigente, Lei nº. 11.482 de 31 de maio de 2007, a parte autora requereu a indenização devida pelo seguro obrigatório junto a uma empresa seguradora participante do Convênio DPVAT, **recebendo a importância de R\$ 2.362,50 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), em 23 de novembro de 2018.**

Importante destacar, Excelência, que, para realizar o pagamento pela via administrativa, quaisquer das entidades conveniadas à Seguradora Ré exige uma série de documentos, dentre eles, boletim de ocorrência e prontuário médico, sem os quais há indeferimento de plano de qualquer



requerimento indenizatório. Portanto, se já houve prévio pagamento, é porque a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT reconhece, por meio de uma de suas consorciadas, a existência do acidente, bem como do nexo causal entre este e as lesões sobrevindas à parte Autora.

Pois bem, após o recebimento decorrente do requerimento administrativo, o(a) Demandante buscou informações para saber quais foram os critérios utilizados para chegar ao valor indenizatório pago; porém, apenas foi informado pela Consorciada que esta atua como mera "Conveniada" do Consórcio instituído pela Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (FENASEG), a qual estipula o valor da indenização, tudo de acordo com a Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), que nada faz para justificar sua finalidade, que é a defesa dos segurados e o dever de fiscalização das seguradoras no cumprimento da legislação.

A própria Seguradora, que se diga, auferir lucro na sua atividade, é a responsável por graduar as lesões das vítimas que a procuram para receber a indenização pela via administrativa, como fez o(a) Autor(a); sendo a análise, na maioria das vezes, realizada unicamente com base no prontuário médico do sinistrado, sem sequer uma perícia *in loco*.

Fica, pois, a vítima a mercê dos critérios estabelecidos pela Seguradora, que atendem mais a seus interesses financeiros que as necessidades dos acidentados.

Frisa-se que o(a) Requerente não pretende receber mais do que tem direito, mas também não pode se submeter à vontade unilateral da empresa, ávida por lucro, razão pela qual faz uso da tutela jurisdicional para receber valores dentro dos parâmetros técnicos e de acordo com os procedimentos previstos no ordenamento jurídico.

Assim, de acordo com nossa legislação, busca-se a complementação da indenização devida pelo seguro obrigatório junto à empresa seguradora Reclamada, cujo valor correto só será conhecido quando da realização de exame pericial, por profissional médico designado por este Juízo.



### **DOS QUESITOS PERICIAIS.**

Para a realização da perícia médica judicial, o(a) Autor(a) apresenta os seguintes quesitos:

- A. O autor possui alguma invalidez ou sequela permanente decorrente do acidente de trânsito sofrido?
- B. Em que região do corpo está localizada a invalidez ou sequela?
- C. Qual tempo médio para a convalidação da referida lesão?
- D. A invalidez ou sequela é notória ao autor, ou seja, poderá ser perceptível sem parecer médico?
- E. A ciência inequívoca da consolidação das sequelas pode ser verificada sem um laudo profissional?
- F. Com base na documentação médica apresentada, é possível precisar a data da ciência inequívoca, pelo autor, do caráter definitivo de suas sequelas?
- G. Sendo o autor possuidor de invalidez, qual o grau da invalidez segundo a Lei 11.945/2009?
- H. Existe tratamento médico capaz de reverter a situação do autor?
- I. Existindo tratamento, este é acessível a pessoas de situação financeira precária? É fornecido pelo Sistema único de Saúde de forma satisfatória?

### **DA CORREÇÃO MONETÁRIA.**

A correção monetária não significa um plus ou um acréscimo à quantia indenizatória, mas somente serve para atualizar seu valor em face da inflação e desvalorização da moeda ocorrida no período, motivo pelo qual deve incidir desde a data do efetivo prejuízo, ou seja, a data do acidente.



Neste sentido confirmam a súmula 43 do Superior Tribunal de Justiça:

"Súmula 43 – Incide correção monetária sobre dívida por ato ilícito a partir da data do efetivo prejuízo".

Tratando-se de responsabilidade securitária, com a conclusão do procedimento de "regulação do sinistro", destinado a apurar sua ocorrência, o montante indenizatório, bem como identificar os beneficiários do seguro, deve a seguradora imediatamente efetuar o pagamento da indenização, que no presente caso é disciplinado pela Lei 6.194/74.

Não é outra, senão este, o posicionamento da Corte Estadual de Justiça do Rio Grande do Norte edo Tribunal da Cidadania:

**"EMENTA:** APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA. ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. ILEGITIMIDADE PASSIVA. REJEIÇÃO. DEMANDA QUE PODE SER AJUIZADA EM DESFAVOR DE QUALQUER DAS SEGURADORES PERTENCENTES AO CONSÓRCIO. ALEGAÇÃO DE AUSÊNCIA DE INTERESSE DE AGIR POR INEXISTÊNCIA DE PLEITO ADMINISTRATIVO. DEMANDA AJUIZADA ANTES DE 03/09/2014 COM CONTESTAÇÃO DE MÉRITO. APLICAÇÃO DO ENTENDIMENTO DO RECURSO EXTRAORDINÁRIO N.º 631.240 MG. INTERESSE DE AGIR CONFIGURADO. ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO DE MULHER GRÁVIDA. MORTE DO FETO CONSTATADA. INDENIZAÇÃO DEVIDA. PRECEDENTES DO STJ, DESTA CORTE E DE OUTROS TRIBUNAIS PÁTRIOS. **CORREÇÃO MONETÁRIA DEVIDA DESDE A DATA DO SINISTRO.** APELO CONHECIDO E DESPROVIDO.

(TJRN, AC nº 2015.003016-4, Relator: Desembargador AMÍLCAR MAIA, Data de Julgamento: 15/03/2016, 3ª CÂMARA CÍVEL)"

**"EMENTA:** DIREITO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA POR ENRIQUECIMENTO ILÍCITO. INDENIZAÇÃO DECORRENTE DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. CORREÇÃO MONETÁRIA. TERMO INICIAL DO EVENTO DANOSO. PRECEDENTES DO STJ E DESTA CORTE DE JUSTIÇA. JUROS DE MORA. TERMO INICIAL COM A CITAÇÃO.



INTELIGÊNCIA DA SÚMULA Nº 426 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. APELO CONHECIDO E DESPROVIDO.

(TJRN, AC nº 2015.018458-4, Relator: Desembargador Expedito Ferreira, Data de Julgamento: 25/02/2016, 1ª CÂMARA CÍVEL)"

"CIVIL E PROCESSUAL. ACÓRDÃO. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. EFEITO INFRINGENTE. NULIDADE NÃO VERIFICADA. SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). INDENIZAÇÃO LEGAL. VALOR QUANTIFICADO EM SALÁRIOS MÍNIMOS. LEI N. 6.194/1974, ART. 5º, § 1º. **DATA DE APURAÇÃO. CORREÇÃO MONETÁRIA. TERMO A QUO. EVENTO DANOSO.** I. Não viola o art. 535 do CPC o acórdão que enfrenta a controvérsia, porém com resultado desfavorável à pretensão da recorrente. II. A indenização decorrente do seguro obrigatório (DPVAT) deve ser apurada com base no valor do salário mínimo vigente na data do evento danoso, monetariamente atualizado até o efetivo pagamento. III. Recurso especial não conhecido. (STJ, Relator: Ministro ALDIR PASSARINHO JUNIOR, Data de Julgamento: 29/09/2009, T4 - QUARTA TURMA)"

"AGRAVO REGIMENTAL. AÇÃO DE COBRANÇA. INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT. **CORREÇÃO MONETÁRIA. TERMO INICIAL.** 1.- **Na ação de cobrança de indenização do seguro DPVAT o termo inicial da correção monetária é a data do evento danoso.** 2.- Agravo Regimental improvido. (STJ - AgRg no AREsp: 46024 PR 2011/0149361-7, Relator: Ministro SIDNEI BENETI, Data de Julgamento: 16/02/2012, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 12/03/2012)."

"SEGURO. DPVAT. INDENIZAÇÃO. LEI N. 11.482/2007. **CORREÇÃO MONETÁRIA. TERMO INICIAL.** 1. No caso de acidente ocorrido na vigência da Lei n. 11.482/2007, a indenização relativa ao seguro DPVAT deve corresponder a R\$ 13.500,00, de acordo com os percentuais previstos na tabela de condições gerais de seguro de acidente suplementada. 2. **A correção monetária sobre dívida por ato ilícito incide a partir do efetivo prejuízo (Súmula n. 43/STJ).** 3. Agravo regimental provido em parte para se conhecer do recurso especial e dar-lhe parcial provimento.



(STJ - AgRg no Ag: 1290721 GO 2010/0055115-1, Relator: Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, Data de Julgamento: 07/06/2011, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 14/06/2011)."

Sendo, a correção monetária do valor da indenização deverá ser calculada a partir da data do evento danoso até o dia do efetivo pagamento.

### **DOS JUROS LEGAIS.**

Quanto aos juros de mora, dispõe o art. 240 do Código de Processo Civil, que "a citação válida, ainda quando ordenada por juízo incompetente, induz litispendência, tona litigiosa a coisa e constitui em mora o devedor, **ressalvado o disposto nos artigos 397 e 398 da Lei 10.406 de janeiro de 2002 (Código Civil)**".

Estes dispositivos, por suas vezes, disciplinam a matéria da seguinte maneira:

"Art. 397. O inadimplemento da obrigação, positiva e líquida, no seu termo, constitui de pleno direito em mora o devedor.

Parágrafo único. Não havendo termo, a mora se constitui mediante interpelação judicial ou extrajudicial."

"Art. 398. Nas obrigações provenientes de ato ilícito, considera-se o devedor em mora, desde que o praticou."

Os juros ditos moratórios representam uma **sanção imposta ao devedor pelo atraso no cumprimento da obrigação** e têm origem no momento em que se instaura o que a doutrina chama de "crise no cumprimento da obrigação". Esta crise, para as obrigações contratuais, ocorre com o inadimplemento.

Denomina-se **inadimplemento** o não cumprimento da obrigação no tempo, lugar e forma devidos, por ato ou omissão imputável ao devedor. A este conceito liga-se o de mora, que, segundo ORLANDO GOMES, refere-se a



demora, atraso, impontualidade, violação do dever de cumprir a obrigação no tempo devido.

O **adimplemento incompleto ou insatisfatório** também tem aptidão para constituir em mora o devedor. De acordo com **PAULO LUIZ NETTO LÔBO**, “**o adimplemento é insatisfatório quando feito fora do tempo fixado, ou do lugar indicado, ou em quantidade inferior ao montante da dívida, ou em qualidade inferior ao convencionado**” (sem grifos no original).

Portanto, os juros, na concepção da doutrina, representam as perdas e danos do contrato inadimplido, de sorte que devem ser contados da data em que a DEVEDORA deixou de cumprir a obrigação. Neste sentido:

“A obrigação de pagar juros de mora não tem necessariamente cunho indenizatório. É devida igualmente quando não se alega prejuízo. Todavia, é de se interpretar a norma que a impõe neste caso como disposição que presume o dano sempre que há inadimplemento de dívida pecuniária ou daquelas cujo valor em dinheiro está fixado. Com fundamento nessa presunção, todo juro de mora é compensatória de dano.” (Orlando Gomes, “in” Obrigações, Forense, 3ª edição, 1972, págs. 177-180).

A posição da jurisprudência atual acompanha a doutrina de Orlando Gomes:

“SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT - RECIBO DANDO PLENA E GERAL QUITAÇÃO - VALOR ARBITRADO EM 40 VEZES O MAIOR SALÁRIO MÍNIMO VIGENTE À ÉPOCA - LEI Nº 6.194/74 - INDENIZAÇÃO PAGA A MENOR -POSSIBILIDADE DE COBRANÇA DA DIFERENÇA EM AÇÃO JUDICIAL - FIXAÇÃO EM SALÁRIOS MÍNIMOS - LEI Nº 6.194/74 NÃO REVOGADA PELAS LEIS 6.205/75 E 6.423/77 - CORREÇÃO MONETÁRIA E JUROS DE MORA DEVIDOS DESDE A DATA DO EFETIVO PREJUÍZO. (...).

Na indenização decorrente de seguro obrigatório de veículos automotores de vias terrestres, a correção monetária e dos juros de mora do valor devido incidem a partir do efetivo prejuízo.” (TA/PR - Agravo de Instrumento 17328 - Sexta Câmara Cível - Relator : Anny Mary Kuss - Julgamento: 06-04-2004).



"SEGURO OBRIGATÓRIO - AÇÃO PROPOSTA PELA MULHER DA VÍTIMA - LEGITIMIDADE DE PARTE - PRESCRIÇÃO - CORREÇÃO MONETÁRIA - Por expressa disposição legal, o cônjuge sobrevivente possui legitimidade para postular o recebimento da indenização (art. 4º da Lei 6194/74, de 19.12.74). Prescrição inocorrente, uma vez que a autora é beneficiária do seguro e não segurada. A indenização correspondente a 40 salários mínimos deve levar em conta o salário-mínimo vigente à época do evento, computando-se daí por diante a correção monetária na conformidade com os índices oficiais. Recurso especial não conhecido." (STJ – REsp no 222642 - SP - 4. T. - Rel. Min. Barros Monteiro - DJU 09-04-2001 - p. 00367).

Pelo exposto, os juros moratórios devem ser contados a partir do pagamento parcial realizado, quando ocorreu a inexecução da obrigação.

### **REQUERIMENTO FINAL.**

Diante do exposto, requer:

a) A citação da empresa Requerida **MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, CNPJ nº 61.074.175/0001-38, com sucursal em Natal/RN, na Avenida Jaguarari, nº 1865, Lagoa Nova, CEP: 59032-620, para:

a.1. que informe o interesse na realização da audiência de conciliação ou de mediação (art. 334, CPC) e realize o pagamento dos honorários periciais, estipulados nos termos do Convênio de Cooperação Institucional nº 01/2013 celebrado entre o Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte (TJRN) e a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT, caso haja opção pela ato conciliatório; ou

a.2. que apresente defesa, no prazo de 15 (quinze) dias, cujo termo inicial se dará





nos termos do art. 335, CPC, sob pena de revelia;

b) a concessão do benefício de **GRATUIDADE JUDICIÁRIA**;

c) a dispensa da audiência preliminar de conciliação, **salvo se, na oportunidade, houver realização de perícia médica**;

d) **a procedência dos pedidos da ação** para condenar o(a) Requerido(a) a pagar a diferença entre o valor já adimplido administrativamente e a porcentagem de invalidez apurada por perícia médica realizada por profissional nomeado por este Juízo, acrescido de correção monetária desde o evento danoso e juros moratórios a partir do efetivo prejuízo (pagamento a menor), custas processuais, honorários advocatícios sucumbenciais e demais consectários legais;

Protesta provar o alegado através dos documentos que instruem a presente petição inicial, da realização de exame pericial, bem como por outros meios que se fizerem necessários.

Dá-se a presente, para efeitos fiscais, o valor de **R\$ 1.000,00 (mil reais)**.

Termos em que,

Confia deferimento.

Natal, 06 de agosto de 2019.

**Thiago Marques Calazans Duarte**  
**OAB/RN 8.204**





BARROS, CALAZANS, DANTAS & MARANHÃO  
Sociedade de Advogados

## PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

**OUTORGANTE:** Alexsandro Roberto Basílio, brasileiro(a), Estado Civil: Solteiro, Profissão: Funcionário Público, portador(a) da cédula de identidade nº 1685487, CPF nº036.749.004-83, residente e domiciliado(a) na Travessa Dos Canindes, nº12, Complemento: Mercado 6, Bairro: Alecrim; CEP:59032-290; Cidade/UF: Natal/RN. Telefones: (84) 8873-2415.

**OUTORGADOS:** "BARROS, CALAZANS, DANTAS & MARANHÃO - SOCIEDADE DE ADVOGADOS", inscrita na OAB/RN sob o nº 388, com sede na Av. Lima e Silva, nº 1611, Ed. Blue Tower Center, térreo, sala 09, Lagoa Nova, CEP. 59075-710, Natal/RN, representada por seus sócios AGUINALDO FERNANDES DANTAS FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o n.º 7409; DIOGO MARQUES MARANHÃO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 7.046; RODOLPHO BARROS MARTINS DE SÁ, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o n.º 8.331; THIAGO MARQUES CALAZANS DUARTE, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 8.204. CONTATOS: (84) 3025-9981 / (84) 99225-0959 ("WhatsApp") / [contato@bcdmadvogados.adv.br](mailto:contato@bcdmadvogados.adv.br).

**PODERES:** Os das cláusulas "ad judicia" e "et extra" para o foro em geral, podendo, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, em conjunto ou separadamente, propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(s) nas contrárias, seguindo-as até decisão final, interpor os recursos permitidos em Lei e acompanhá-los, e os especiais para confessar, transigir, desistir, renunciar, receber e dar quitação, retirar alvarás, firmar compromissos, praticar todos os atos necessários ao fiel desempenho deste mandato, inclusive, extrajudiciais de representação e de defesa perante quaisquer natureza, entidades paraestatais e ainda perante quaisquer pessoas jurídicas de direito privado, ou pessoas físicas em geral, e finalmente tudo o que necessitar praticar, requerer e assinar, no único intuito do melhor desempenho deste mandato, podendo ainda o(s) outorgado(s) substabelecer(em) esta a quem lhe(s) convier, com ou sem reserva, em especial para qualquer ação proposta na Justiça do Trabalho, na Justiça Federal ou na Justiça dos Estados e para requerer os benefícios da justiça gratuita (Lei nº 1.060/50). Como pagamento dos serviços prestados, fica pactuado a título de honorários advocatícios a importância de **30% (trinta por cento) sobre o proveito econômico que o(a) OUTORGANTE vier a receber com a procedência da demanda.**

Natal/RN, 05 de Agosto de 2019.

x *Alexsandro Roberto Basílio*

OUTORGANTE

Av. Lima e Silva, 1611, Ed. Blue Tower Center, térreo, sala 09, Lagoa Nova, CEP 59075-710, Natal/RN.  
CONTATOS: 84. 3025-9981 / [contato@bcdmadvogados.adv.br](mailto:contato@bcdmadvogados.adv.br) / [www.bcdmadvogados.adv.br](http://www.bcdmadvogados.adv.br)





## **CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

**CONTRATANTE:** Alexsandro Roberto Basilio, brasileiro(a), Estado Civil: Solteiro, Profissão: Funcionário Público, portador(a) da cédula de identidade nº 1685487, CPF nº036.749.004-83, residente e domiciliado(a) na Travessa Dos Canindes, nº12, Complemento: Mercado 6, Bairro: Alecrim; CEP:59032-290; Cidade/UF: Natal/RN. Telefones: (84) 8873-2415.

**CONTRATADO:** "BARROS, CALAZANS, DANTAS & MARANHÃO – SOCIEDADE DE ADVOGADOS", inscrita na OAB/RN sob o nº 388, com sede na Av. Lima e Silva, nº 1611, Ed. Blue Tower Center, térreo, sala 09, Lagoa Nova, CEP. 59075-710, Natal/RN, representada por seus sócios AGUINALDO FERNANDES DANTAS FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o n.º 7409; DIOGO MARQUES MARANHÃO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 7.046; RODOLPHO BARROS MARTINS DE SÁ, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o n.º 8.331; THIAGO MARQUES CALAZANS DUARTE, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 8.204. CONTATOS: (84) 3025-9981 / (84) 99897-0734 / (84) 99225-0959 ("WhatsApp") / contato@bcdmadvogados.adv.br.

**AS PARTES ACIMA IDENTIFICADAS TÊM, ENTRE SI, COMO JUSTO E CONTRATADO O PRESENTE CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS, QUE SE REGERÁ PELAS CLÁUSULAS SEGUINTE E PELAS CONDIÇÕES DESCRITAS NO PRESENTE.**

### **I - DO OBJETO DO CONTRATO:**

**Cláusula 1ª.** O presente instrumento tem como OBJETO a prestação de serviços advocatícios referentes à **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT a ser ajuizada por esta Banca de Advogados.**

### **II - DAS ATIVIDADES:**

**Cláusula 2ª.** As atividades incluídas na prestação de serviço objeto deste instrumento, são todas aquelas inerentes à profissão, quais sejam:

- a) Praticar quaisquer atos e medidas necessárias e inerentes à causa, em todas as repartições públicas da União, dos Estados ou dos Municípios, bem como órgãos a estes ligados direta ou indiretamente, seja por delegação, concessão ou outros meios, bem como de estabelecimentos particulares.
- b) Praticar todos os atos inerentes ao exercício da advocacia e aqueles constantes no Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil, bem como os especificados no Instrumento Procuratório.

### **III - DAS DESPESAS:**

**Cláusula 3ª.** As custas processuais e extrajudiciais que se fizerem necessárias ao ajuizamento da ação e ao recebimento do crédito, tais como custas do processo junto à Justiça Federal (1% - um por cento - do valor requerido) e/ou junto à Justiça Estadual (valor apurado conforme Tabela de Custas Judiciais); custas de reconhecimento de firma nos documentos necessários e autenticações quando estas se fizerem necessárias; custas de perícia contábil necessária ao cálculo do crédito; etc., serão suportadas exclusivamente pelo **CONTRATANTE**.

### **IV - DOS HONORÁRIOS:**

**Cláusula 5ª.** Por força do presente contrato particular, o(a) **CONTRATANTE** pagará para o **CONTRATADO** parte do crédito que possui em face dos direitos devido pelo PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO EXTRAJUDICIAL e/ou **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**.

**Parágrafo primeiro:** O (a) **CONTRATANTE** pagará o valor correspondente ao percentual de **30% (trinta por cento)** sobre o proveito econômico que vier a obter, resultado da Ação de Cobrança do Seguro DPVAT, seja por acordo amigável ou posterior sentença de procedência da demanda.

**Cláusula 6ª.** Havendo acordo entre o **CONTRATANTE** e a parte **CONTRÁRIA**, não prejudicará o recebimento dos honorários contratados e da sucumbência, se houver.



**Cláusula 7ª.** Os honorários de sucumbência pertencem ao **CONTRATADO**.

**Cláusula 8ª.** As partes estabelecem que havendo atraso no pagamento dos honorários, serão cobrados juros de mora na proporção de 1% (um por cento) ao mês, além da correção monetária (INPC - IBGE).

**V - DA COBRANÇA:**

**Cláusula 9ª.** As partes acordam que facultará ao **CONTRATADO**, o direito de realizar a cobrança dos honorários por todos os meios admitidos em direito.

**VI - DA RESCISÃO:**

**Cláusula 10ª.** Agindo o **CONTRATANTE** de forma dolosa ou culposa em face do **CONTRATADO**, restará facultado a este rescindir o contrato, substabelecendo sem reserva de iguais, se exonerando de todas as obrigações.

**Cláusula 11ª.** Fica estabelecido que em caso de **REVOGAÇÃO** infundada do instrumento procuratório ou **DESISTÊNCIA**, por parte do **CONTRATANTE**, será devido ao **CONTRATADO** a título de honorários, por assessoria e consultoria jurídica, os seguintes valores, a depender da fase processual: a) até o oferecimento da contestação, multa de **R\$ 1.000,00 (mil reais)**; b) até o momento da sentença, multa de **R\$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais)**; c) fase recursal, multa de **30% do valor da condenação fixada em sentença**; d) fase de cumprimento de sentença, multa de **30% do valor apurado**.

**Cláusula 12ª.** Em caso de **DESISTÊNCIA** da propositura da ação, por parte do **CONTRATANTE**, será devido ao **CONTRATADO** a título de honorários, por assessoria e consultoria jurídica, o valor de **R\$ 1.000,00 (um mil reais)**.

**Cláusula 13ª.** O **CONTRATANTE** deverá ainda, em caso de **REVOGAÇÃO OU DESISTÊNCIA**, na fase anterior ou posterior ao ajuizamento da ação, ressarcir todas as despesas que o **CONTRATADO** obteve tais como; custas processuais, cartoriais, cópias, certidões diligências, despesas com análise contratual etc.

**VII - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:**

**Cláusula 14ª.** É dever do **CONTRATANTE** fornecer os documentos, comprovantes e informações requeridos pela **CONTRATADA** necessários à instrução processual, bem como manter atualizados os dados cadastrais (telefone de contato e endereço), sob pena de passível extinção processual, isentando a **CONTRATADA** de quaisquer responsabilidade.

**VIII - DO FORO:**

**Cláusula 15ª.** Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do **CONTRATO**, as partes elegem o foro da comarca de Natal/RN;

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor, juntamente com 02 (duas) testemunhas.

Natal/RN, 05 de Agosto de 2019.

Y Alexandre Roberto Bandeira

CONTRATANTE

Thiago Marques Calazans Duarte

CONTRATADO

**TESTEMUNHAS:**

1- Fernanda Lâmarq da Silva  
CPF: 090.135.164-40

2- Luís Kelly P. Souza  
CPF: 063.530.304-36







ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA MILITAR  
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
**BOAT 100041**

1 - LOCAL E DATA

Local AV. RIO GRANDE DO SUL COM RUA PATOLÉ DO ROCHA Bairro CIDADE DA ESPERANÇA  
Cidade/UF NATAL / RN P. Ref. 9º BATALHÃO  
Data 03 / 07 / 2018 Hora do acidente 10:15 Hora do registro 11:10 Dia da semana TERÇA-FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☒ - Colisão Frontal ☒ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento  
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outro(s)

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi NNO 6604 Cidade NATAL UF RN  
Marca/Mod. HONDA / CG 125 FAN ES Cor VERMELHA Ano 2011 / 2011  
Proprietário CAERN - COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DO RN Nº de Ocupantes 02  
Condutor ALEXSANDRO ROBERTO BASÍLIO Data de Nasc. 13 / 07 / 1984  
Endereço TRAVESSA DOS CAMINDES Nº 12 Fone \_\_\_\_\_  
Bairro ALERRIM Cidade NATAL UF RN  
CPF Nº 036.749.004-83 CNH Nº 02592337625 Validade 19 / 02 / 2019 Categoria AB  
Local de Trabalho CAERN Fone 3232-4276  
End. AVENIDA CAPITÃO MORAIS GONÇALVES Nº S/N Bairro BOM PASTOR Cidade NATAL

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi MYV 4532 Cidade NATAL UF RN  
Marca/Mod. FORD / FIESTA 1.0 F TRAIL 5 Cor PRATA Ano 2008 / 2008  
Proprietário WALKER FRANCIS SILVA SALES DE ANDRADE Nº de Ocupantes 02  
Condutor A PROPRIETÁRIO Data de Nasc. 07 / 11 / 1980  
Endereço RUA JOCA SOARES Nº 3710 Fone 98725-5224  
Bairro CANDELARIA Cidade NATAL UF RN  
CPF Nº 030.336.734-22 CNH Nº 04426263132 Validade 29 / 04 / 2023 Categoria AB  
Local de Trabalho ESCOLA MUNICIPAL VERÍSSIMO DE MELO Fone 3232-4778  
End. RUA RAINHA DO MAR Nº S/N Bairro FELIPE CAMARÃO Cidade NATAL

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ Nº de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF Nº \_\_\_\_\_ CNH Nº \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ Nº de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_





## 8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Active Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Active Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros_____	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input checked="" type="checkbox"/> Linha <b>DUPLA CONTÍNUA</b>
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente	_____	<input type="checkbox"/> Outros_____	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s)_____
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____	
			<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	

## 9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

CIDA DE NOVA

[illegible]

## 10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

BAIRRO NAZARÉ

### AVARIAS DO VEÍCULO 1

PRINTEL; FAROL; RETROVISOR DIREITO, MANETE DIREITA; TANQUE; CARENAGEM LA DO ESQUERDO; ESTRIBO; SUPORTE DE PROTECAO.

TE DE PROTEÇÃO.

### AVARIAS DO VEÍCULO 3

VARIAÇÕES DO VEÍCULO 3:

## AVARIAS DO VEÍCULO 2

- PARACHOQUE, PLACA DE IDENTIFICAÇÃO;  
PARABRISA, PARALAMA DIANTEIRO ESQUER-  
DO; CAPÔ.

20; CAPG.

#### AVARIAS DO VEÍCULO 4

AVARIAS DO VEÍCULO 4





- VERSÕES DOS CONDUTORES

RE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. RIO GRANDE DO SUL  
 que sentido? CIDADE DA ESPERANÇA PARA BAIRRO NAZARÉ Em que faixa? DIREITA  
 do condutor ALEGA QUE: TRANSITAVA NORMALMENTE NO SENTIDO CIDADE DA ESPERANÇA PARA BAIRRO NAZARÉ QUANDO, DE REPENTE, FOI ATINGIDO POR V<sub>2</sub> QUE NÃO PAROU NEM MESMO SINALIZOU QUE IRIA CONVERGIR E ENTRAR NA RUA CATOLE DO ROCHA.

Assinatura do Condutor do V1 Alexandro Roberto Bonfio

RE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. RIO GRANDE DO SUL  
 que sentido? BAIRRO NAZARÉ PARA CIDADE NOVA Em que faixa? ESQUERDA  
 do condutor ALEGA QUE: TRANSITAVA NORMALMENTE NO SENTIDO CIDADE DA ESPERANÇA PARA BAIRRO CIDADE NOVA E OBSERVOU QUE NÃO HAVIA FLUXO NA AV. RIO GRANDE DO SUL EM- A O SENTIDO CIDADE NOVA PARA O BAIRRO NAZARÉ, PRÓXIMO A RUA CATOLE DO ROCHA, ESTIVES- ENOBERTEO POR UM VEÍCULO TIPO VAN QUE ESTAVA PARADO NA FAIXA DA ESQUERDA PRONTO A ENTRAR A ESQUERDA NA RUA CATOLE DO ROCHA. PORTANTO, TAL VEÍCULO DIFICULTOU A REALIZAÇÃO DE V<sub>2</sub> EM RELAÇÃO A V<sub>1</sub>. SENDO ASSIM, V<sub>2</sub> COLIDIU EM V<sub>1</sub>.

Assinatura do Condutor do V2 Walner Francis S.S. de Andrade

V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?  
 que sentido?  
 do condutor  
 Em que faixa?

Assinatura do Condutor do V3

V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?  
 que sentido?  
 do condutor  
 Em que faixa?





11 - ☒ Vítima: condutor de ☒ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre  
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: ELVIS SARINHO  
Nome: ALEXSANDRO ROBERTO BASÍLIO Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro  
GNº: 1685487 Órgão Expedidor: SSP/RN Data de Nascimento: 19/07/1984  
Endereço: TRAVESSA DOS CANINDES Nº: 12 Fone: 99654-2636  
Bairro: ALECRIM Cidade: NATAL UF: RN  
Versão: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ sintura \_\_\_\_\_  
2 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre  
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro  
Nº: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Versão: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ sintura \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre  
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro  
Nº: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Versão: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ sintura \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre  
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro  
Nº: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Versão: \_\_\_\_\_

**SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO**

\_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Marca/Modelo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ RG Nº: \_\_\_\_\_ Órgão Exp.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☒ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☒ NÃO AIT Nº: \_\_\_\_\_ Cód/DESD: \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO**

A DRE 106 SE DESLOCOU AO HOSPITAL ELVIS SARINHO E CONSTATOU QUE O CONDUTOR  
VA SOFRERA ESCORIAÇÕES ALÉM DE QUE ESTAVA COM A PERNA ESQUERDA IMOBILIZADA  
DEVIDO O ACIDENTE. O VA FOI ENTREGUE AO SR. ALBERTO DA SILVA MOURA, CPF  
82.367.934-00, CNH Nº 023.585.547-32 E TEL. 99353-0157.

Completo do Agente: JANILSON SILVA CUSTÓDIO  
VGRAD.: CABO PM Nº: 04.176 Viatura: DRE 106 Subunid.: 1ª DP RE









BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 33188 /2018

Admissão: 03/07/2018 11:25:04

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 81925 - ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO (36 a 11 m 15 d)

Nascimento: 19/07/1981 Natural: NATAL.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CPF: 03674900483

Prof:

Mãe: SANDRA MARIA BASILIO DA SILVA

Pai:

Graduado: DOS CANINDES, 12

CEP: 59032290 Bairro: ALECRIM

Cidade: NATAL

Telefone: 84.988738415

Compl:

Evento: MOTO X CARRO - COLISÃO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

Local: NATAL

História:

Discriminador:

BS:

Classificação: 03/07/2018 11:20:19

HORA	P.A.	HGT	SatO2	S-FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: TRAUMA EM MIE/COLISÃO CARRO-MOTO

Idade: 38

Paciente vítima de colisão carro x moto há aproximadamente 1 hora. Carro atingiu membro inferior esquerdo do paciente. Usava capacete. Voz TCE. Negou perda de consciência. Negou vômitos. Queixa de dor intensa no MIE. Sem incontinência. Negou torácico e abdominal.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

Vias aéreas patentes. Vem com coloração rosácea e branda. Sem incontinência. Eupneico. MU+, miotico, SRA. RCR, RT, BNF, S sopros. Hemodinamicamente estável. FC = 67 bpm. TA = 160/90. Glasgow 15. Escoriação em joelho direito - Fx em MIE?

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdomem flácido, sem sinais de peritonite. Pelve estável.

RAIOS-X  
Alberto José Faustino Alves  
Técnico em Radiologia Médica  
CRTR 0973

Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Gerado via SX por JOSEFA SILVA DA COSTA. Impresso em 03 de Julho de 2018.

Núcleo Hospitalar de Epidemiologia





ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*\*

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE: INTERNAÇÃO N° do Boletim de Atendimento:INTERNAMENTO NA CLÍNICA: ORTOPEDIA DATA: 3 / 7 / 18 HORA: 12:25h

IDA: DATA: / / HORA:

Exatidão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:

BITO: DATA: / / HORA:

regue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Marcelo Glauber Pereira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RN: 6236 - TEOT: 14557

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação.

DESTINO DO PACIENTE: N° do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA:

IDA: DATA: / / HORA:

Exatidão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:

BITO: DATA: / / HORA:

regue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐



AN:

# ORTOPEDIA - 317118 - 12-00

Paciente vítima de colisão moto x carro, apresentando dor, deformidade, edema e impotência funcional em membro (E). Pele íntegra, sem ferimentos nem vasculares.

Roux x membro (E): Fratura diafisea tibia + fibula distais.

EXAME FÍSICO

cd: Soluções intermediárias para tratamento cirúrgico  
fratura diafisea tibia

Marcelo Glauber Pereira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN: 6236 - TEOT: 14667

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*\*

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

- ① Tala cirúrgica MIE
- ② Fractal 000mg - Olanp + 10ml 5%, IV
- ③ Dexamet - Olanp + ABP, IV

Marcelo Glauber Pereira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN: 6236 - TEOT: 14667

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL 26/10/18  
MAT. Nº  
SAME  
ASSINATURA  
SIGNATUR

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	4
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV):	
Orientado; Responde coerentemente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, onde está, o porquê, a data e etc.)	5
Confuso. (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala alusória, mas sem troca conversacional.)	3
Bons Inteligíveis. (Geme sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inespecífica a dor.	4
Padrão flexo à dor (Dorificação).	3
Padrão extensor à dor (Descerebração).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	6-8 = 2
	4-5 = 1
	3 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	10-20 = 4
	>20 = 3
	6-9 = 2
	1-5 = 1
	0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90 = 4
	76-89 = 3
	50-70 = 2
	1-40 = 1
	0 = 0

"Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.L. Copes, et al; A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 624, 1999.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)\*

03 - 08 = grave (necessidade de intubação imediata);  
09-14 = moderado;  
15-16 = leve

\* Referência: TEASDALE G. JENNET. B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

\*\* A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idades superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PRÓPRIOS DO HOSPITAL: REQUISICIONAMENTO DE EXAMES, FOLHA DE PRESCRIÇÃO E ANEXO O BOLETO.



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

NAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*\*

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE: INTERNAÇÃO

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: ORTOPEDIA

DATA: 3 / 7 / 18

HORA: 12:25h

ÁREA:

DATA: / /

HORA:

Prescrição Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

BITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação.

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

ÁREA:

DATA: / /

HORA:

Prescrição Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

BITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐



## FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

210940/1

Data: 03/07/2018

## REGULAÇÃO

RM: FERNANDA DA SILVA

Médico Regulação: MARCOS ANTÔNIO DE FREITAS

Rio Operador: JOSIVANDERSON DA SILVA DANTAS

Médico Cena: MARCOS ANTÔNIO DE FREITAS

Tipo Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

R: USB 17 (BASE DESCENTRALIZADA NEÓPOLIS)

Equipe VTR: ALEXANDRE MAGNO BARBOSA DE MEDEIROS - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA  
PAULO SOARES DANTAS DA SILVA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

TRANSF./INTERNAÇÃO

ade: NATAL

me do Solicitante: WALKER

Telefone: (84) 98621-5228

me do Paciente:

EXSANDRO ROBERTO BASILIO

de: \*

ANO(S)

Sexo: \*

MASCULINO

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: -5.8234101 Longitude: -35.2402183

Jereço: RUA RIO GRANDE DO SUL

Nº:

Jerro: CIDADE DA ESPERANÇA

Outro Bairro:

Terência/Complemento: NA RUA DO DETRAN /// ESQUINA COM A RUA CATOLE DO ROCHA // PX. A FARMACIA SANTA FÉ

idade de Destino Transferência: HOSPITAL WOLFREDO GURGEL

aixa Primária: COLIDAO CARRO X MOT

em Solicitou:

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

tórico Regulação Médica:

07/2018 10:14:19 - Dr(a). MARCOS ANTÔNIO DE FREITAS

H: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

GULAÇÃO: COLISÃO CARRO X MOTO. PACIENTE CONSCIENTE, COM FRATURA EM PERNA ESQUERDA. PACIENTE AO SOLO. PACIENTE ESTAVA COM PACETE. RETIRADO POR TERCEIROS

ÃO COM INTERVENÇÃO: USB

TORIDADE: VERMELHO

DIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

SSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

cio:

## CANCELAMENTO

o de Cancelamento: Cancelado envio da VTR

ativo Cancelamento:

me Solicitante:

me do Usuário: JANEVALDO COSTA ALVES JUNIOR

ustificativa: VTR: USB 18 (BASE DESCENTRALIZADA NEÓPOLIS) - DESVIO, USB 17 NA UP A ESPERANÇA ASSUMIU A OC.

ta: 03/07/2018 10:20

## HISTÓRICO DO ATENDIMENTO

amado:

/07/2018

:12:34

ida Local:

/07/2018

:02:35

Regulação Médica:

03/07/2018

:14:19

Chegada Destino:

03/07/2018

11:20:19

Solicitação VTR:

03/07/2018

:20:22

Liberação Destino:

03/07/2018

11:27:18

Saída VTR:

03/07/2018

:20:24

Liberação VTR:

03/07/2018

11:27:19

Chegada Local:

03/07/2018

:23:32





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



**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins que **ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 03/07/2018, aproximadamente às 10h12min, na Avenida Rio Grande do Sul, Cidade da Esperança, nesta Cidade. **Sob nº de ocorrência 210940/1**, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 28 de agosto de 2018.

**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





ANTONIO  
PRUDENTE

**ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL**

AV PRESIDENTE QUARESMA, 930 - ALECRIM

59031-115 NATAL - RN

**RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

Nome Completo: ANNE GABRIELLE LEITE BEZERRA

CRM: 8271

UF: RN

AV PRESIDENTE QUARESMA 930 ALECRIM  
59031150 Tel.

Cidade: NATAL

UF: RN

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogaria

2ª Via orientação ao Paciente

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO

Endereço: TV DOS CANINDES 12 ALECRIM NATAL RN 59032290 Tel. 98873-2415

Prescrição: CIPROFLOXACINO 500MG 01 CAIXA  
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS POR 07 DIAS.

COLAGENASE CREME 01 TUBO  
APLICAR NA LESÃO 2X AO DIA POR 07 DIAS.

LIMPEZA E CUIDADOS DIÁRIOS COM A FERIDA

Data : 11/08/2018

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Nome: \_\_\_\_\_

Ident: \_\_\_\_\_

Orgão Emissor: \_\_\_\_\_

End: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

Assinatura do Farmacêutico Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_







ANTONIO  
PRUDENTE

**ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL**

AV PRESIDENTE QUARESMA, 930 - ALECRIM

59031-115 NATAL - RN

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

Nome Completo: LARAH REBECA DIOGENES  
HOLANDA

CRM: 9559 UF: RN

AV PRESIDENTE QUARESMA 930 ALECRIM  
59031150 Tel.

Cidade: NATAL UF: RN

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogaria

2ª Via orientação ao Paciente

*Dr. Larah Rebeca Digenes*  
*CRM 9559*

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

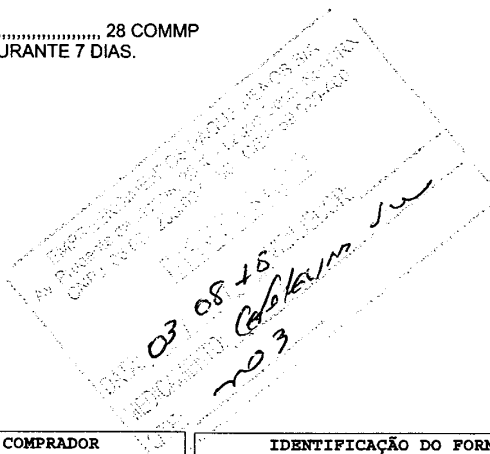
Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO

Endereço: TV DOS CANINDES 12 ALECRIM NATAL RN 59032290 Tel. 98873-2415

Prescrição: RX

USO ORAL

1. CEFALOXINA 500MG ..... 28 COMMP  
TOMAR 1 COMP, VO, 6/6H, DURANTE 7 DIAS.



Data : 03/08/2018

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Nome: \_\_\_\_\_

Ident: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

End: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

Assinatura do Farmacêutico Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_





**ANTONIO  
PRUDENTE**  
Natal

## **ATESTADO**

ATESTO, A PEDIDO, QUE O SR  
**ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO**  
FOI OPERADO PARA TRATAMENTO  
DE FRATURA DE TIBIA E  
TORNOZELLO ESQUERDOS +/- 15  
DIAS.

ENCONTRA-SE EM  
TRATAMENTO AMBULATORIAL E  
FISIOERAPICO.

DEVENDO SE AFASTAR DAS  
ATIVIDADES POR +/- 90 (NOVENTA)  
DIAS

CID 10 S82.2 + S82.4

17/10/18

Dr. Antônio Araújo  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Pé e Tornozelo  
Cirurgia de Reconstrução  
CRM/RN 5915 TEO 16889

Hospital Antonio Prudente - Av. Presidente Quaresma, 930, Bairro Alecrim.





**ANTONIO  
PRUDENTE**  
Natal

*Alameda Roberto*

*Sola to*

*11 Roberto*

Dr. Antônio Araújo  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Pê e Tornozelo  
Cirurgia de Reconstrução  
Cirurgia da Mão e Test. 1888

Hospital Antonio Prudente - Av. Presidente Quaresma, 930, Bairro Alecrim.





ANTONIO  
PRUDENTE

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL

AV PRESIDENTE QUARESMA, 930 - ALECRIM

59031-115 NATAL - RN

## ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO** às 12:54 hs,  
sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por **15 ( QUINZE )** dias,  
a partir de **03/07/2018**, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S82

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

DYENNO DE CARVALHO ANDRADE

CRM 6595

Aceito a Colocação do CID. Assinado us \_\_\_\_\_

Código de Autenticação : BCCME78N3C4C2

R3002

DYENNO DE CARVALHO ANDRADE

04/07/2018 12:54

10.1.32.202



## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Recutante: O solicitante ou:

CNES:

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: 81925 ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO

Prontuário:

S:

Nascimento: 19/07/1981 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Nome: SANDRA MARIA BASILIO DA SILVA

Pai:

Endereço: TRAVESSA DOS CANINDES, 12 - ALECRIM - NATAL

Fone: 988738415 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE: 240810

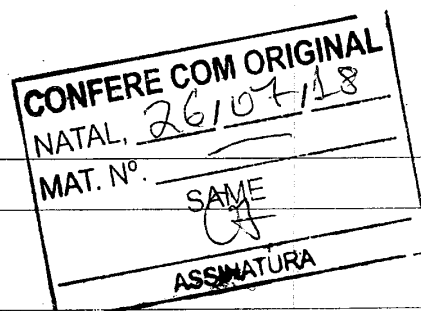
UF: RN

CEP: 59032-290

## JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

INCIPIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

TRAMA DE COLISÃO MOTO X CARRO, APRESENTANDO DOR, DEFORMIDADE E IMPOTENCIA FUNCIONAL EM PERNA QUERDA.



INDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

NECESSIDADE DE ABORDAGEM CIRURGICA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

DIOGRAFIAS DE PERNA ESQUERDA: FRATURA DIAFISARIA DE TIBIA E FIBULA, DESVIADA

## Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

2.2 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA\*408050500. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Profissional Solicitante / Assistente:

MARCELO GLAUBER DA SILVA PEREIRA

Marcelo Glauber Pereira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN: 6236 - TEOR: 14667

CRM: 6236 / RN

Data da Solicitação: 03/07/2018

## PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

( ) Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: Nº do bilhete: Série:

( ) Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: CNAE da Emp.: CBOR:

( ) Acidente de Trabalho Trajetado CNPJ da Empresa: CNAE da Emp.: CBOR:

Veículo com previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: Órgão Emissor:

Documento: ( ) CNS ( ) CPF nº

Data da Autorização: Assinatura/Carimbo:

Nº Autorização da AIH:



ALBERGAMINO ROBERTO BASILIO  
IM  
DO-551558

PERNATAL  
H

HIGHER LEVEL WORKS SHOULD BE  
 DONE BY QUALIFIED PERSONS

4cm

**LEGE**  
**ପ୍ରତିଷ୍ଠାନ**  
**ଏ ଏମ୍ ଏ**  
**ଅଭ୍ୟାସ ପ୍ରଣାଳୀ ୨୦୧୩**



ALFREDO ROBERTO BASILLO  
M  
IDR 55155

PERNATAL  
H

HOŞGÖRÜLÜ MÜHÜRLEME KURULUŞU  
Tarih: 1 Kasım  
Sıradaki Numara: 03/01/2020/03

4cm

**লেখক**  
**প্রকাশক**  
**১৯৮৫**  
**ইজ্ঞান প্রকাশন: পি.ও. ৩৬৬**

W455276301 6155304

0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840.



2018 243483-4/01

mat-4151 RNSI

| PREVIDENCIA SOCIAL  |   | 01. Emitente [1]   |  |
|---|---|--|--|
| INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL   |   | 1-Empregador 2-Sindicato 3-Medico 4-Segur./Depend. 5-Aut. publica  |  |
| COMUNICACAO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT   |   | 02. Tipo de CAT [1]  |  |
|   |   | 1-Inicial 2-Reabertura 3-Comunicacao de Obito:                     |  |
| EMPREGADOR  |   |  |  |
| 103. Razao Social / Nome  | 04. Inscricao   |  | 05. CNAE   |
| COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DO RN  | [1] CGC/CNPJ 08.334.385/0167-24                                   |  | 3600601  |
| 106. Endereco   | Bairro  | CEP  | 07. Municipio  |
| AV. CAPITAO MOR GOUVEIA, 100  | LAGOA NOVA  | 59076400   | NATAL  |
| 08. UF  | 09. Telefone  | RN 55-84-32324129  |  |
| ACIDENTADO  |   |  |  |
| 110. Nome do Acidentado: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO   |   | 11. Nome da Mae: SANDRA MARIA BASILIO DA SILVA                     |  |
| 112. Nascimento   | 13. Sexo  | 14. Estado Civil   | 15. CTPS   |
| 19/07/1981  | [1] 1-Masc. 3-Fem.  | [1] Solteiro   | 0022189 014  |
| 118. Identidade   | Emissao   | Orgao Exp.   | 19. UF   |
| 1685487   | 09/06/2001  | SSP RJ   | 190.067.906-24   |
| 121. Endereco (Rua/Av./No.)   | Bairro  | Cep  | 22. Municipio  |
| TV DOS CANINDES   | ALECRIM   | 59032290   | NATAL  |
| 125. Nome da Ocupacao   | 26. CBO   | 27. Filiacao INSS  | 28. Aposentado?  |
| OF SIST AGUA ESGOTO   | 862205  | [1] Empregado  | [2] 1-Sim 2-Nao  |
| ACIDENTE OU DOENCA  |   | [1] 1-Urbana 2-Rural   |  |
| 130. Data Acidente  | 31. Hr Acidente   | 32. Hrs Trabalhadas  | 33. Tipo   |
| 03/07/2018  | 10:30   | 3  | [1] Tipico   |
| 136. Local Acidente   | 37. Especificacao Local   | 38. Cgc  | 39. UF   |
| [3] Via publica   | AV. RIO GRANDE DO SUL   | 40. Municipio  |  |
| 41. Parte do corpo atingida: PERNA (TIBIA E FIBULA) ESQUERDA                                  |   | 42. Agente Causador: PILOTAVA A MOTO DA EMPRESA QND                |  |
| 43. Descricao da Situacao Geradora do Acidente ou doenca                                      |   | 44. Houve Registro Policial?                                       |  |
| FOI ATINGIDO POR UM CARRO NA CONTRAMAO, SENDO ARREMESSADO DA                                  |   | [1] 1-Sim 2-Nao  |  |
| MESMA E SOFREDO AS LESOES CITADAS. BOAT/CPRE/RN N. 100041                                     |   | 45. Houve Morte? [2] 1-Sim 2-Nao                                   |  |
| TESTEMUNHAS   |   |  |  |
| 146. Nome: ARIEUDO BEZERRA DA SILVA   | Bairro/CEP  | 48. Municipio  | 49. UF   |
| RUA CASSITERITA, 1516   | AMARANTE/59290-000  | S. G. AMARANTE   | RN   |
| 150. Nome: JESSICA P. A. DE OLIVEIRA  | Bairro/CEP  | 52. Municipio  | 53. UF   |
| R. RUA VILA RIBEIRO, 12A  | DIXSEPT ROSADO/59054-385  | CAERN  | RN   |
| Local e Data  |   | Assinatura e carimbo do Medico com CRM                             |  |
| Natal, 04/07/18   |   | Alina de Azevedo Curyalbo  |  |
|   |   | Ag. Administrativo - Mat. 4772                                     |  |
| ATENDIMENTO   |   |  |  |
| 154. Unidade de Atendimento Medico  | 56. Hora  |  |  |
| CAERN   | 04/07/18 17:00  |  |  |
| 157. Houve Internacao?  | 58. Duracao Provavel de Tratamento                                | 59. Devera o acidentado afastar-se do trabalho durante tratamento? |  |
| [1] 1-Sim 2-Nao   | 30 (nue)  | [1] 1-Sim 2-Nao  |  |
| LESAO   |   |  |  |
| 160. Descricao e Natureza do Lesao  | 62. CID-10  |  |  |
| fractura de tibia e fibula  | S829  |  |  |
| DIAGNOSTICO   |   |  |  |
| 161. Diagnostico Provavel   |   |  |  |
| fractura de perna   |   |  |  |
| 163. Observacoes  |   |  |  |
| Natal 04.07.18  |   |  |  |
| Local e Data  |   | Assinatura e carimbo do Medico com CRM                             |  |
| 164. Recebida em  | 65. Cod. da Unidade   | 66. No. CAT  | NOTAS: 1- A inexistencia das declaracoes desta comunicacao implicara nas |
|   |   |  | sancoes previstas nos arts. 171 e 299 doCodigo Penal.                    |
| 167. Matricula do Servidor  | 2- A comunicacao de acidente do trabalho devera ser feita ate o   |  |  |
|   | 10. dia util apos o acidente, sob pena de multa na forma prevista |  |  |
| Matricula   | Assinatura do Servidor  | ta no art. 22 da Lei no. 8.213/91.                                 |  |
| COMUNICACAO DO ACIDENTE E OBRIGATORIA, MESMO NO CASO EM QUE NAO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO. |   |  |  |





| PREVIDENCIA SOCIAL  |  |  |  | 01.Emitente [1]   |  |  |  |   |
|---|--|--|--|---|--|--|--|---|
| INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL   |  |  |  | 1-Empregador 2-Sindicato 3-Medico 4-Segur./Depend. 5-Aut.publica        |  |  |  |   |
| COMUNICACAO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT   |  |  |  | 02.Tipo de CAT [1]  |  |  |  |   |
|   |  |  |  | 1-Inicial 2-Reabertura 3-Comunicacao de Obito:                          |  |  |  |   |
| EMPREGADOR  |  |  |  | 04.Inscricao  |  |  |  | 05.CHAE   |
| 03.Razao Social / Nome  |  |  |  | [1]CGC/CNPJ 08.334.385/0167-24  |  |  |  | 3600601   |
| COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DO RN  |  |  |  | Bairro CEP 07.Municipio   |  |  |  | 08.UF 09.Telefone   |
| 06.Endereco   |  |  |  | LAGOA NOVA 59076400 NATAL RN  |  |  |  | 55-84-32324129  |
| AV. CAPITAO MOR GOUVEIA, 100  |  |  |  |   |  |  |  |   |
| ACIDENTADO  |  |  |  | 11. Nome da Mae: SANDRA MARIA BASILIO DA SILVA                          |  |  |  |   |
| 10.Nome do Acidentado: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO   |  |  |  | 14.Estado Civil 15.CTPS Serie Emissao                                   |  |  |  | 16.UF 17.Remun.Mensal   |
| 12.Nascimento 13.Sexo   |  |  |  | [1] Solteiro 0022189 014 14/05/1996 RN                                  |  |  |  | 1.894,33  |
| 19/07/1981 [1] 1-Masc. 3-Fem.   |  |  |  | 20.PIS/PASEP/NIT  |  |  |  |   |
| 18.Identidade Emissao   |  |  |  | Orgao Exp. 19.UF  |  |  |  |   |
| 1685487 09/06/2001 SSP RJ   |  |  |  | 190.067.906-24  |  |  |  |   |
| 21.Endereco (Rua/Av./No.)   |  |  |  | Bairro Cep 22.Municipio   |  |  |  | 23.UF 24.Telefone   |
| TV DOS CANINDES ALECRIM   |  |  |  | 59032290 NATAL RN   |  |  |  | 32235725  |
| 25.Nome da Ocupacao   |  |  |  | 27.Filiacao INSS  |  |  |  | 28.Aposentado?  |
| OP SIST AGUA ESGOTO 862205  |  |  |  | [1]Empregado  |  |  |  | [2] 1-Sim 2-Nao   |
| ACIDENTE OU DOENCA  |  |  |  | 34.Houve Afastamento?   |  |  |  | 35.Ultimo dia Trab.   |
| 30.Data Acidente 31.Hr Acidente 32.Hrs Trabalhadas  |  |  |  | 33.Tipo   |  |  |  |   |
| 03/07/2018 10:30 3  |  |  |  | [1] Tipico [1] 1-Sim 2-Nao  |  |  |  | 03/07/2018  |
| 36.Local Acidente   |  |  |  | 37.Especificacao Local  |  |  |  | 38.Cgc  |
| [3]Via publica AV. RIO GRANDE DO SUL  |  |  |  |   |  |  |  |   |
| 41.Parte do corpo atingida: PERNA(TIBIA E FIBULA) ESQUERDA                                    |  |  |  | 42.Agente Causador: PILOTAVA A MOTO DA EMPRESA QND                      |  |  |  |   |
| 43.Descricao da Situacao Geradora do Acidente ou doenca                                       |  |  |  | 44.Houve Registro Policial?   |  |  |  |   |
| FOI ATINGIDO POR UM CARRO NA CONTRAMAO, SENDO ARREMESSADO DA                                  |  |  |  | [1] 1-Sim 2-Nao   |  |  |  |   |
| MESMA E SOPRENDO AS LESOES CITADAS. BOAT/CPRE/RN N. 100041                                    |  |  |  | 45.Houve Morte?   |  |  |  | [2] 1-Sim 2-Nao   |
| TESTEMUNHAS   |  |  |  |   |  |  |  |   |
| 46.Nome: ARIEUDE BEZERRA DA SILVA   |  |  |  | 48.Municipio  |  |  |  | 49.UF   |
| 47.Endereco   |  |  |  | S. G. AMARANTE RN   |  |  |  | Telefone  |
| RUA CASSITERITA, 1516 AMARANTE/59290-000  |  |  |  |   |  |  |  |   |
| 50.Nome: JESSICA P. A. DE OLIVEIRA  |  |  |  | 52.Municipio  |  |  |  | 53.UF   |
| 51.Endereco   |  |  |  | NATAL RN  |  |  |  | Telefone  |
| R. RUA VILA RIBEIRO, 12A DIXSEPT ROSADO/59054-385   |  |  |  |   |  |  |  | 84 9 8874-2569  |
| Natal, 04/07/18   |  |  |  | Alirio de Azevedo Carvalho  |  |  |  |   |
| Local e Data  |  |  |  | Assinatura e carimbo do Medico com CRM                                  |  |  |  |   |
| ATENDIMENTO   |  |  |  | 55.Data   |  |  |  | 56.Hora   |
| 54.Unidade de Atendimento Medico  |  |  |  |   |  |  |  |   |
| 57.Houve Internacao?  |  |  |  | 58.Duracao Provavel do Tratamento                                       |  |  |  | 59.Devera o acidentado afastar-se do trabalho durante tratamento? |
| [ ] 1-Sim 2-Nao   |  |  |  | Dias  |  |  |  | [ ] 1-Sim 2-Nao   |
| LESAO   |  |  |  |   |  |  |  |   |
| 60.Descricao e Natureza da Lesao  |  |  |  |   |  |  |  |   |
| DIAGNOSTICO   |  |  |  |   |  |  |  |   |
| 61.Diagnostico Provavel   |  |  |  |   |  |  |  | 62.CID-10   |
| 63.Observacoes  |  |  |  |   |  |  |  |   |
| Local e Data  |  |  |  | Assinatura e carimbo do Medico com CRM                                  |  |  |  |   |
| 64.Recebida em 65.Cod. da Unidade 66.No.CAT   |  |  |  | NOTAS:1- A inexistencia das declaracoes desta comunicacao implicara nas |  |  |  |   |
|   |  |  |  | sancoes previstas nos arts.171 e 299 doCodigo Penal.                    |  |  |  |   |
| 67.Matricula do Servidor  |  |  |  | 2- A comunicacao de acidente do trabalho devera ser feita ate o         |  |  |  |   |
|   |  |  |  | 10. dia util apos o acidente, sob pena de multa na forma previa-        |  |  |  |   |
| Matricula Assinatura do Servidor  |  |  |  | ta no art. 22 da Lei no. 8.213/91.                                      |  |  |  |   |
| COMUNICACAO DO ACIDENTE E OBRIGATORIA, MESMO NO CASO EM QUE NAO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO. |  |  |  |   |  |  |  |   |





## Comunicação de Acidente de Trabalho

Número da CAT:2018.243.483-4/01

## Informações do Emitente

|             |                |                   |                           |
|-------------|----------------|-------------------|---------------------------|
| Emitente    | 1 - Empregador | Data Emissão      | 04/07/2018                |
| Tipo de CAT | 1 - Inicial    | Comunicação Óbito |                           |
| Filiação    | 1 - Empregado  | E-mail            | VICENCIANETA@CAERN.COM.BR |

## Informações do Empregador

|                   |   |          |                      |
|-------------------|---|----------|----------------------|
| Razão Social/Nome | COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE |          |                      |
| Tipo/Num. Doc.    | 1 - CGC/CNPJ 083343850167-24                        | CNAE     | 36006                |
| CEP               | 59076400  | Endereço | R CAP MOR GOVEIA 177 |
| Bairro            | LAGOA NOVA  | Estado   | RN                   |
| Município         | NATAL   | Telefone | 0084-02212021        |

## Informações do Acidentado

|                   |   |                 |  |
|-------------------|---|-----------------|--|
| Nome              | ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO                        | Data Nascimento | 19/07/1981   |
| Nome da Mãe       | SANDRA MARIA BASILIO DA SILVA                     | Sexo            | Masc   |
| Grau de Instrução | 9 - Ensino superior completo                      |                 |  |
| Estado Civil      | Solteiro  | Remuneração     | 1.894,33   |
| CTPS              | 022189 Série: 00014 Dt emissão: 14/05/1996 UF: RN | Identidade      | 1685487 Dt emissão: 09/06/2001 Org Exp: 01 UF: RN    |
| PIS/PASEP/NIT     | 1900679062-4                                      | Endereço        | DOS CANINDES 12                                      |
| Bairro            | ALECRIM   | CEP             | 59032290   |
| Estado            | RN  | Município       | NATAL  |
| Telefone          | -   | CBO             | 862205 - OPERADOR DE ESTACAO DE CAPTACAO, TRATAMENTO |
| Aposentado        | Não   | Área            | Urbana   |

## Informações do Acidente

|                       |   |                                   |                   |
|-----------------------|---|-----------------------------------|-------------------|
| Data do Acidente      | 03/07/2018  | Hora do Acidente                  | 10:30             |
| Horas Trabalhadas     | 03:00   | Tipo                              | 1 - Típico        |
| Houve afastamento?    | Sim   | Reg. Policial                     | Sim               |
| Local do Acidente     | 3 - Área Pública  | Esp. Local                        | AV. GRANDE DO SUL |
| CGC da Prestadora     | CNPJ - -  | UF do Acidente                    | RN                |
| Município do Acidente | NATAL   | Último dia<br>Trabalhado/Dt Óbito | 03/07/2018        |
| Parte do Corpo        | 75.70.10.600 - PERNA (DO TORNOZELO, EXCLUSIVE, AO JOELHO, |                                   |                   |
| Agente Causador       | 30.30.75.250 - VEICULO RODOVIARIO MOTORIZADO              |                                   |                   |
| Sit. Gerador          | 20.00.04.600 - IMPACTO DE PESSOA CONTRA OBJETO EM         |                                   |                   |
| Morte                 | Não   | Data Óbito                        |                   |

Local e Data

Assinatura e carimbo do emitente

## Informações do Atestado Médico

|  |   |                   |                     |
|--|---|-------------------|---------------------|
| Unidade  | SETOR MEDICO CAERN                          | Data Atend.       | 04/07/2018          |
| Hora Atend.  | 14:00                                       | Houve Internação? | Sim                 |
| Deverá o acidentado afastar-se durante o tratamento? | Sim - 015 dia(s)                            |                   |                     |
| Nat. Lesão   | 70.20.35.000 - FRATURA                      |                   |                     |
| CID - 10   | S82 - Fratura da perna, incluindo tornozelo |                   |                     |
| Observações  | FRATURA DE PERNA E                          | CRM               | 0000002220 - UF: RN |

Local e Data

Assinatura(\*) e carimbo (legível) do médico com CRM/UF

Cadastrada em 06/07/2018 às 11:28:28

\* A apresentação do atestado médico original, com as informações de identificação do médico assistente, substitui o preenchimento deste campo.

A impressão desta CAT deverá ser apresentada juntamente com o(s) documento(s) original(is) referente ao Segurado, para requerer o benefício acidentário junto à Agência da Previdência Social.

file:///C:/CAT40/CAT2018243483401.HTM

06/07/2018

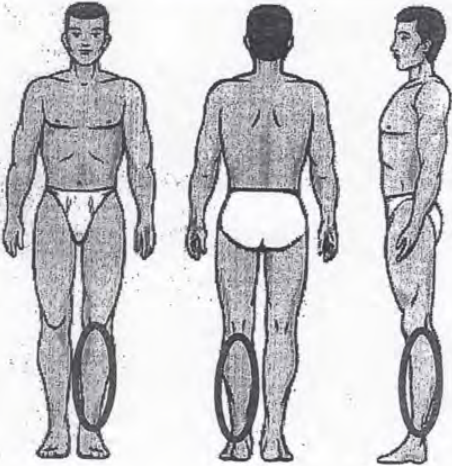






CAERN – Companhia de Águas e Esgotos do Rio Grande do Norte  
DA - Diretoria Administrativa  
GDH – Gerência de Desenvolvimento Humano  
USMT - Unidade de Segurança e Medicina do Trabalho  
**GMS/GCN – NATAL SUL**

### FICHA DE REGISTRO DE ACIDENTES E/OU DOENÇAS DO TRABALHO

| IDENTIFICAÇÃO DO FUNCIONÁRIO/VÍTIMA   |                                     |                     |  |                                 |   |                                     |                      |                                     |     |
|---|-------------------------------------|---------------------|--|---------------------------------|---|-------------------------------------|----------------------|-------------------------------------|-----|
| MATRÍCULA   | 4151                                | NOME                | ALEXSANDRO ROBERTO BASÍLIO                 |                                 |   |                                     |                      |                                     |     |
| LOTAÇÃO (C.CUSTO)   | NFMNO/UCNO/GCN/SCO/DC               |                     |  |                                 |   |                                     |                      |                                     |     |
| CARGO   | OP. DE SISTEMAS DE ÁGUAS E ESGOTOS  |                     |  |                                 |   |                                     |                      |                                     |     |
| ADMISSÃO  | 02/07/2012                          | HORÁRIO DE TRABALHO | 7h30min às 11h30min / 13h30min às 17h30min |                                 |   |                                     |                      |                                     |     |
| DADOS DO ACIDENTE PARA EMISSÃO DE CAT   |                                     |                     |  |                                 |   |                                     |                      |                                     |     |
| DATA DO ACIDENTE  | 03/07/2018                          |                     |  | HORA DO ACIDENTE                | 10h30min  |                                     |                      |                                     |     |
| ÚLTIMO DIA DE TRABALHO  | 03/07/2018                          |                     |  | APÓS QUANTAS HORAS DE TRABALHO? | 3h  |                                     |                      |                                     |     |
| TIPO  | <input checked="" type="checkbox"/> | TÍPICO              |  |                                 | TIPO DA CAT   | <input checked="" type="checkbox"/> | INÍCIO               |                                     |     |
|   |                                     | DOENÇA              |  |                                 |   |                                     | REABERTURA           |                                     |     |
|   |                                     | TRAJETO             |  |                                 |   |                                     | COMUNICAÇÃO DE ÓBITO |                                     |     |
| HOUVE AFASTAMENTO?  | <input checked="" type="checkbox"/> | SIM                 |  |                                 |   | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO                  |                                     |     |
| LOCAL DO ACIDENTE   | Bairro Cidade da Esperança          |                     |  |                                 |   |                                     |                      |                                     |     |
| ESPECIFICAÇÃO DO LOCAL  | Avenida Rio Grande do Sul           |                     |  |                                 |   |                                     |                      |                                     |     |
| MUNICÍPIO DO ACIDENTE   | Natal                               |                     |  |                                 |   |                                     | UF                   | RN                                  |     |
| PARTE(S) DO CORPO ATINGIDA(S)   | PERNA (TÍBIA e FÍBULA) ESQUERDA     |                     |  |                                 |   |                                     |                      |                                     |     |
| AGENTE(S) CAUSADOR(ES)  | VEÍCULO DE TERCEIRO                 |                     |  |                                 |   |                                     |                      |                                     |     |
| IDENTIFICAÇÃO DA LOCALIZAÇÃO DA(S) LESÃO(ÕES)                                       |                                     |                     |  |                                 | DESCRIÇÃO DA(S) SITUAÇÃO(ÕES) CAUSADORA(S) DO ACIDENTE E/OU DOENÇA  |                                     |                      |                                     |     |
|  |                                     |                     |  |                                 | Quando retornava de um serviço de cobrança à cliente, deslocando-se para outro serviço em moto da Empresa, foi atingido por um veículo de terceiro, vindo em sentido contrário, que ao cruzar a via, invadiu a faixa na qual o mesmo se encontrava, e com o impacto, foi arremessado da moto, sofrendo escoriações pelo corpo, e fratura interna de tíbia e fíbula esquerdas. |                                     |                      |                                     |     |
| HOUVE REGISTRO POLICIAL?  | <input checked="" type="checkbox"/> | SIM                 |  | NÃO                             | HOUVE MORTE?  |                                     | SIM                  | <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO |
| N.º DO B.O DE REG. POLICIAL   | BOAT/CPRE/RN N.º 100041             |                     |  |                                 |   |                                     |                      |                                     |     |
| TESTEMUNHAS   |                                     |                     |  |                                 |   |                                     |                      |                                     |     |
| MATRÍCULA   | 3058                                | NOME                | ARIEUDO BEZERRA DA SILVA                   |                                 |   |                                     |                      |                                     |     |
| MATRÍCULA   | 4936                                | NOME                | JESSICA PRISCILA ALEXANDRE                 |                                 |   |                                     |                      |                                     |     |

JOSE RICARDO BULDES REGO  
TÉC. EM SEGURANÇA DO TRABALHO  
Reg. MTE/DRT/RN nº 39/00182 - 00  
CAERN/USMT/GDH/DA | Mat. 3840  
n4/07/18





# RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO DO ACIDENTE/DOENÇA

| CARACTERIZAÇÃO DA EMPRESA  |  |          |                                       |   |            |                                |     |   |     |
|--|--|----------|---------------------------------------|---|------------|--------------------------------|-----|---|-----|
| CNPJ   | 08.334.385/0001-35   |          | RAZÃO SOCIAL                          | COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE - CAERN   |            |                                |     |   |     |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL   | 111.582-0  |          | CNAE                                  | 3600-6/01   |            | GRAU DE RISCO                  | 03  |   |     |
| ENDEREÇO   | Av. Capitão Mor Gouveia, 5186, Lagoa Nova, CEP.: 59.070-400, Natal/RN. |          |                                       |   |            |                                |     |   |     |
| CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHADOR/VÍTIMA   |  |          |                                       |   |            |                                |     |   |     |
| MATRÍCULA  | 4151   | NOME     | ALEXSANDRO ROBERTO BASÍLIO            |   |            |                                |     |   |     |
| LOTAÇÃO (C.CUSTO)  | NFMNO/UCNO/GCN/SCO/DC  |          |                                       |   |            |                                |     |   |     |
| CARGO  | OP. DE SISTEMAS DE ÁGUAS E ESGOTOS                                     |          |                                       |   |            |                                |     |   |     |
| CBO  | 862205   | ADMISSÃO | 02/07/2012                            | DATA DE NASCIMENTO  | 19/07/1981 | IDADE                          | 36  |   |     |
| ESTADO CIVIL   | SOLTEIRO   |          | TELEFONE/CONTATO                      |   | 99654-2636 |                                |     |   |     |
| JÁ SOFREU OUTROS ACIDENTES ANTERIORMENTE? / QUANTOS?   |  |          |                                       | NÃO   |            |                                |     |   |     |
| FATORES DE ORDEM PESSOAL   |  |          |                                       |   |            |                                |     |   |     |
| O FUNCIONÁRIO ENCONTRA-SE COM ALGUMA DOENÇA EM PROCESSO DE TRATAMENTO?   |  |          |                                       |   |            |                                | SIM | X | NÃO |
| FAZ USO REGULAR (DIÁRIO) DE ALGUM TIPO DE MEDICAMENTO?   |  |          |                                       |   |            | X                              | SIM |   | NÃO |
| SE ALIMENTOU REGULARMENTE NAS ÚLTIMAS 24 HORAS QUE ANTECEDERAM AO ACIDENTE?  |  |          |                                       |   |            | X                              | SIM |   | NÃO |
| QUANTAS HORAS DE SONO O TRABALHADOR TEVE - EM MÉDIA - ANTES DE INICIAR O SERVIÇO?  |  |          |                                       |   |            | 6h a 8h                        |     |   |     |
| ADMITE O USO DE ÁLCOOL, OU OUTRA SUBSTÂNCIA QUÍMICA, NAS ÚLTIMAS 24 HORAS?   |  |          |                                       |   |            |                                | SIM | X | NÃO |
| O FUNCIONÁRIO RELATA ALGUM PROBLEMA EMOCIONAL, OU PREOCUPAÇÃO, EXTRA-TRABALHO?   |  |          |                                       |   |            |                                | SIM | X | NÃO |
| CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE   |  |          |                                       |   |            |                                |     |   |     |
| DATA DO ACIDENTE   | 03/07/2018   |          | HORA DO ACIDENTE                      | 10h30min  |            | APÓS QUANTAS HORAS DE TRABALHO | 3h  |   |     |
| NATUREZA DA LESÃO  | Escoriações e Fratura de Tíbia e Fíbula esquerdas                      |          |                                       |   |            |                                |     |   |     |
| PARTE(S) DO CORPO ATINGIDA(S)  | Perna esquerda   |          |                                       |   |            |                                |     |   |     |
| HOSPITAL/AMBULATORIO ONDE FOI ATENDIDO   | Hospital Walfredo Gurgel / Hospital Antônio Prudente (Cirurgia)        |          |                                       |   |            |                                |     |   |     |
| HOUVE AFASTAMENTO?   | X  | SIM      | N.º DE DIAS DE AFASTAMENTO PREVISTOS: | A DEFINIR   |            |                                | NÃO |   |     |
| NATUREZA DO SERVIÇO - EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO - CAPACITAÇÕES  |  |          |                                       |   |            |                                |     |   |     |
| O que o trabalhador fazia, no momento exato da ocorrência do acidente, e/ou manifestação da doença?  |  |          |                                       | Deslocava-se em motocicleta de Empresa, de um serviço para outro.   |            |                                |     |   |     |
| A(s) atividade(s) realizada(s) fazia(m) parte das atribuições e competências do trabalhador, de acordo com o Plano de Cargos da Empresa?   |  |          |                                       | Sim   |            |                                |     |   |     |
| Quais os equipamentos de proteção obrigatórios, que o trabalhador deve dispor, para utilizar em seus serviços?   |  |          |                                       | Capacete de segurança para motociclista; bota em couro cano alto; Joelheira; Cotoveleira; Luvas de proteção; Kit em EVA para proteção de ombros e costas.                               |            |                                |     |   |     |
| O trabalhador dispunha - e fazia uso - dos equipamentos de proteção indicados para o serviço, no momento da ocorrência do acidente e/ou manifestação da doença?<br>(Anexar a cópia da FICHA DE CONTROLE DE ENTREGA DE EPI's do trabalhador)  |  |          |                                       | Fazia uso de capacete de segurança e botas em couro cano alto.  |            |                                |     |   |     |
| O trabalhador recebeu algum treinamento e/ou capacitação formal, pelo chefe/responsável pela área de sua atuação, antes de iniciar suas atividades no setor/serviço, orientando o mesmo a executar os serviços adequadamente e de forma segura?<br>(Caso a resposta seja "SIM", ANEXAR COMPROVANTE do mesmo)   |  |          |                                       | Treinamento de Direção Preventiva e Direção Segura para motociclistas, promovido pela USMT e DETRAN/RN  |            |                                |     |   |     |
| Quais treinamentos, palestras, capacitações - promovidos pela USMT - Unidade de Segurança e Medicina do Trabalho - o trabalhador já participou? Algum deles poderia ter ajudado a prevenir a ocorrência do acidente e/ou manifestação da doença?<br>(Anexar a FICHA DE CONTROLE DE CAPACITAÇÕES, PALESTRAS E TREINAMENTOS DO TRABALHADOR, emitida pela USMT) |  |          |                                       | Treinamento de Direção Preventiva e Direção Segura para motociclistas, promovido pela USMT e DETRAN/RN  |            |                                |     |   |     |
| Houve alguma CONDIÇÃO AMBIENTAL que pode ter contribuído para a ocorrência do acidente e/ou manifestação da doença em questão? Qual(is)?   |  |          |                                       | Imprudência do motorista do veículo que ocasionou o acidente, que cruzou a faixa sem reduzir velocidade, sem sinalizar, e não respeitando os motoristas que vinham em sentido contrário |            |                                |     |   |     |

*[Assinatura]*





teve algum **ATO DO TRABALHADOR** que pode ter contribuído para a ocorrência do acidente e/ou manifestação da doença em questão? Qual(is)?

Não evidenciado durante a investigação, nem nos relatos do trabalhador acidentado

## **RELATÓRIO DE ANÁLISE E CONCLUSÃO ACERCA DO ACIDENTE/DOENÇA**

### **PARECER DO PROFISSIONAL DE SEGURANÇA QUE FEZ A INVESTIGAÇÃO DO ACIDENTE/DOENÇA**

*Infelizmente trata-se de um acidente típico de trânsito, ocasionado por imprudência de terceiros, que descumprem as normas e leis básicas de segurança no trânsito.*

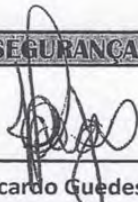
*Embora o trabalhador não estivesse com todos os equipamentos obrigatórios, para uso por motociclistas em atividades no trânsito, por dispor apenas do capacete e da bota em couro cano alto, a ausência de outros equipamentos básicos recomendados, não contribuíram ou foram agravantes nas lesões registradas.*

*É preciso aguardar ainda a emissão do Boletim de Ocorrência pelo órgão competente, para se averiguar as responsabilidades, e serem definidas as medidas e procedimentos legais cabíveis ao caso.*

### **AÇÕES A SEREM TOMADAS PARA EVITAR NOVAS OCORRÊNCIAS DE MESMA NATUREZA**

*Recomenda-se à Empresa, a aquisição dos demais itens básicos para proteção dos motociclistas, a fim de se evitar danos e lesões mais graves, atingindo outras partes do corpo inclusive, em eventuais ocorrências de mesma natureza.*

### **ASSINATURA DO TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO RESPONSÁVEL**



**José Ricardo Guedes Rêgo**  
Técnico em Segurança do Trabalho – USMT/ADC – GMS/GCN  
Mat. 3840 – Reg. MTE/DRT/RN n.º: 39/00182-00

### **LOCAL E DATA**

Natal/RN, 04 de julho de 2018





**ANTONIO  
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO  
DADOS PESSOAIS**

Atendimento  
**51899885**



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

30/08/2018 10:06:06

|   |                            |                       |              |       |
|---|----------------------------|-----------------------|--------------|-------|
| Prontuário  | Nome do Paciente           | Sexo                  | Nascimento   | Idade |
| 9278560   | ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO | M                     | 19/07/1981   | 37    |
| RG  | CPF                        | Carteira Profissional | Estado Civil |       |
| 685487 SSP RN   | 3674900483                 |                       | 2-SOLTEIRO   |       |
| Endereço  |                            |                       |              |       |
| R TV DOS CANINDES, 12 - ALECRIM, NATAL(RN) CEP 59032290 |                            |                       |              |       |
| Telefone Residencial                                    | Telefone Trabalho          |                       |              |       |
| 98873-2415  |                            |                       |              |       |

**DADOS DO CONVENIO**

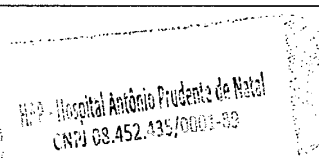
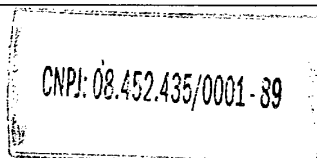
|                  |  |  |  |
|------------------|--|--|--|
| Convenio         |  |  |  |
| 22 HAPVIDA NATAL | 1 PLANO ENFER VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO |  |  |
| Carteira         | Validade   |  |  |
| 2162000637006019 |  |  |  |

**DADOS DO ATENDIMENTO**

|  |       |           |                           |
|--|-------|-----------|---------------------------|
| Setor                                  |       |           |                           |
| 634020-RECEPCAO EMG ADULTO - HAP NATAL |       |           |                           |
| Data                                   | Hora  | Matricula | Tipo Atendimento          |
| 03/07/2018                             | 16:29 |           | 6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA |
| Médico Atendente                       |       |           | Clinica                   |
| 988340 ANTONIO B DE ARAUJO FILHO       |       |           | 5-ORTOPEDICA              |
| Médico Acompanhante                    |       | Peso (Kg) | Temperatura (°C)          |
|  |       |           |                           |

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - ROSELI BORGES DA SILVA



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL

03/07/2018 20:08

Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO

Dt. Nasc.: 19/07/1981

Atendimento: 51899885

Prontuário: 9278560

Convênio: HAPVIDA NATAL

Posto:

Leito: /

Profissional(is): GUSTAVO MONTENEGRO SOARES CRM 5410 [1]

Nº: 24987526 03/07/2018 às 20:06

## ANAMNESE

Queixa Principal

RETONO DE EXAMES LAB  
SEM RX DA PERNA AFETADA

[1]

Documento assinado digitalmente por: GUSTAVO MONTENEGRO SOARES:02600589473, às 20:22BRT de 03/07/2018



LTRA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL

03/07/2018 17:34

|  |                       |                       |                     |
|--|-----------------------|-----------------------|---------------------|
| Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO                     | Dt. Nasc.: 19/07/1981 | Atendimento: 51899885 | Prontuário: 9278560 |
| Convênio: HAPVIDA NATAL                                  | Posto:                | Leito: /              |                     |
| Profissional(is): ANTONIO B DE ARAUJO FILHO CRM 5016 [1] | Nº: 24981914          | 03/07/2018            | às 17:26            |

## ANÂMNESE

|                                   |                               |     |
|-----------------------------------|-------------------------------|-----|
| Queixa Principal                  | PACIENTE COM FRATURA DE TIBIA | [1] |
| Queixa Principal                  |                               |     |
| CID10                             | S822 FRAT DA DIAFISE DA TIBIA | [1] |
| Alergias                          | Não                           | [1] |
| Medicação Em Uso                  | Não                           | [1] |
| Antecedentes Patológicos Familiar | Não                           | [1] |

## EXAME FÍSICO

|                      |   |     |
|----------------------|---|-----|
| Nível De Consciência | 0 | [1] |
| Resposta Motora      | 6 | [1] |
| Resposta Verbal      | 5 | [1] |

## DIAGNÓSTICO

|       |                               |     |
|-------|-------------------------------|-----|
| CID10 | S822 FRAT DA DIAFISE DA TIBIA | [1] |
| CID10 | S822 FRAT DA DIAFISE DA TIBIA | [1] |

## CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

MENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: ANTONIO BARBOSA DE ARAUJO FILHO;98230158568, às 12:19BRT de 06/07/2018





ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL

03/07/2018 17:12

Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO

Dt. Nasc.: 19/07/1981

Atendimento: 51899885

Prontuário: 9278560

Convênio: HAPVIDA NATAL

Posto:

Leito: /

Profissional(is): MAURO CARNEIRO CALHAU CRM 3063 [1]

Nº: 24981239 03/07/2018 às 17:11

## ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA NA  
PERNA ESQUERDA. PROCEDENTE DO HOSPITAL WALFREDO  
GURGEL. SOL RX

[1]

Queixa Principal

CID10

S82 FRAT DA PERNA INCL TORNOZELO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

## EXAME FÍSICO

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?

Sim

[1]

## DIAGNÓSTICO

CID10

S82 FRAT DA PERNA INCL TORNOZELO

[1]

CID10

S82 FRAT DA PERNA INCL TORNOZELO

[1]

## CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

Documento assinado digitalmente por: MAURO CARNEIRO CALHAU:69666660768, às 17:55BRT de 03/07/2018



**ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL**

03/07/2018 16:38

|  |                       |                       |                     |
|--|-----------------------|-----------------------|---------------------|
| Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO                     | Dt. Nasc.: 19/07/1981 | Atendimento: 51899885 | Prontuário: 9278560 |
| Convênio: HAPVIDA NATAL                                  | Posto:                | Leito: /              |                     |
| Profissional(is): ANTONIO B DE ARAUJO FILHO CRM 5016 [1] | Nº: 24979704          | 03/07/2018            | às 16:37            |

**ANAMNESE**

|                                   |   |     |
|-----------------------------------|---|-----|
| Queixa Principal                  | PACIENTE DR CALHAU                              | [1] |
| Queixa Principal                  |   |     |
| CID10                             | Z00 EXAME GERAL INVEST PESS S/QUEIX DIAGN RELAT | [1] |
| Alergias                          | Não   | [1] |
| Medicação Em Uso                  | Não   | [1] |
| Antecedentes Patológicos Familiar | Não   | [1] |

**EXAME FÍSICO**

|                      |   |     |
|----------------------|---|-----|
| Nível De Consciência | 0 | [1] |
| Resposta Motora      | 6 | [1] |
| Resposta Verbal      | 5 | [1] |

**DIAGNÓSTICO**

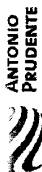
|       |   |     |
|-------|---|-----|
| CID10 | Z00 EXAME GERAL INVEST PESS S/QUEIX DIAGN RELAT | [1] |
| CID10 | Z00 EXAME GERAL INVEST PESS S/QUEIX DIAGN RELAT | [1] |

**CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE**
**PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO**

|                                |                                   |     |
|--------------------------------|-----------------------------------|-----|
| Alta Após Medicação E Cuidados | Alta após cuidados e/ou medicação | [1] |
|--------------------------------|-----------------------------------|-----|

ENTÃO ASSINADO DIGITALMENTE POR: ANTONIO BARBOSA DE ARAUJO FILHO:98230158568, às 16:45BRT de 03/07/2018





# PRESCRIÇÃO MEDICA

Emissão 03/07/2018 16:38

|                                      |                           |                       |
|--------------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO | Dt. Nasc.: 19/07/1981     | Atendimento: 51899885 |
| Convenio: HAPVIDA NATAL              | Nº Prescrição: 17662355   | Prontuário: 9278560   |
| Posto: REC EMG ADT - HAP NATAL       | Leito: /                  | Peso: kg              |
| 1. PARACETAMOL (200.00mg/ml)         | 200 ml                    | Agora ORAL            |
| Profissionais CRM-5016               | ANTONIO B DE ARAUJO FILHO | CRM-5016              |

RP1541

ANTONIO B DE ARAUJO FILHO

03/07/2018 16:38

10.1.32.202





**ANTONIO  
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO  
DADOS PESSOAIS**

Atendimento  
**52601459**



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

19/09/2018 10:51:53

|  |                            |                       |              |       |
|--|----------------------------|-----------------------|--------------|-------|
| Prontuário   | Nome do Paciente           | Sexo                  | Nascimento   | Idade |
| 9278560  | ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO | M                     | 19/07/1981   | 37    |
| RG   | CPF                        | Carteira Profissional | Estado Civil |       |
| 1685487 SSP RN   | 3674900483                 |                       | 2-SOLTEIRO   |       |
| Endereço   |                            |                       |              |       |
| R TV DOS CANINDES,12 - ALECRIM, NATAL(RN) CEP 59032290 |                            |                       |              |       |
| Telefone Residencial                                   | Telefone Trabalho          |                       |              |       |
| 98873-2415   |                            |                       |              |       |

**DADOS DO CONVENIO**

|                   |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|
| Convenio          |  |  |  |
| 222 HAPVIDA NATAL | 1 PLANO ENFER VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO |  |  |
| Carteira          | Validade   |  |  |
| 02162000637006019 |  |  |  |

**DADOS DO ATENDIMENTO**

|  |       |           |                           |
|--|-------|-----------|---------------------------|
| Setor                                  |       |           |                           |
| 634020-RECEPCAO EMG ADULTO - HAP NATAL |       |           |                           |
| Data                                   | Hora  | Matricula | Tipo Atendimento          |
| 03/08/2018                             | 09:51 |           | 6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA |
| Médico Atendente                       |       |           | Clinica                   |
| 225134 FERNANDO CALDAS                 |       |           | 5-ORTOPEDICA              |
| Médico Acompanhante                    |       | Peso (Kg) | Temperatura (°C)          |
|  |       |           |                           |

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - ROSELI BORGES DA SILVA

CNPJ: 08.452.435/0001-89

HAP - Hospital Antonio Prudente de Natal  
CNPJ 08.452.435/0001-89





ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL

19/09/2018 10:49

|  |                       |                       |                     |
|--|-----------------------|-----------------------|---------------------|
| Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO                     | Dt. Nasc.: 19/07/1981 | Atendimento: 52601459 | Prontuário: 9278560 |
| Convênio: HAPVIDA NATAL                                  | Posto:                | Leito: /              |                     |
| Profissional(is): ANTONIO B DE ARAUJO FILHO CRM 5016 [1] |                       | Nº: 26125865          | 03/08/2018 às 10:42 |

## ANAMNESE

|                                   |                               |     |
|-----------------------------------|-------------------------------|-----|
| Queixa Principal                  | POS OPERATORIO                | [1] |
| Queixa Principal                  |                               |     |
| CID10                             | S822 FRAT DA DIAFISE DA TIBIA | [1] |
| Alergias                          | Não                           | [1] |
| Medicação Em Uso                  | Não                           | [1] |
| Antecedentes Patológicos Familiar | Não                           | [1] |

## EXAME FÍSICO

|                      |   |     |
|----------------------|---|-----|
| Nível De Consciência | 0 | [1] |
| Resposta Motora      | 6 | [1] |
| Resposta Verbal      | 5 | [1] |

## DIAGNÓSTICO

|       |                               |     |
|-------|-------------------------------|-----|
| CID10 | S822 FRAT DA DIAFISE DA TIBIA | [1] |
| CID10 | S822 FRAT DA DIAFISE DA TIBIA | [1] |

## CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE





**ANTONIO  
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO  
DADOS PESSOAIS**

Atendimento  
**52615583**



PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

19/09/2018 10:52:21

|   |                            |                       |              |       |
|---|----------------------------|-----------------------|--------------|-------|
| Prontuário  | Nome do Paciente           | Sexo                  | Nascimento   | Idade |
| 278560  | ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO | M                     | 19/07/1981   | 37    |
|   | CPF                        | Carteira Profissional | Estado Civil |       |
| 5487 SSP RN   | 3674900483                 |                       | 2-SOLTEIRO   |       |
| Endereço  |                            |                       |              |       |
| V DOS CANINDES,12 - ALECRIM, NATAL(RN) CEP 59032290 |                            |                       |              |       |
| Telefone Residencial                                | Telefone Trabalho          |                       |              |       |
| 98873-2415  |                            |                       |              |       |

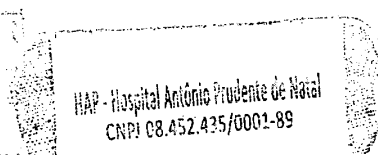
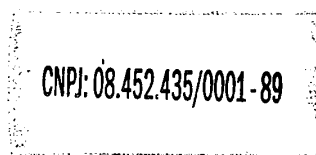
**DADOS DO CONVENIO**

|                |  |  |  |
|----------------|--|--|--|
| Convênio       |  |  |  |
| HAPVIDA NATAL  | 1 PLANO ENFER VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO |  |  |
| Carteira       | Validade   |  |  |
| 62000637006019 |  |  |  |

**DADOS DO ATENDIMENTO**

|                                      |       |           |                    |
|--------------------------------------|-------|-----------|--------------------|
| Módulo                               |       |           |                    |
| 4020-RECEPCAO EMG ADULTO - HAP NATAL |       |           |                    |
| Data                                 | Hora  | Matricula | Tipo Atendimento   |
| 08/2018                              | 21:14 |           | 2 CONSULTA CLINICA |
| Médico Atendente                     |       |           | Clinica            |
| 61822 LARAH REBECA DIOGENES HOLANDA  |       |           | 1-MEDICA           |
| Médico Acompanhante                  |       | Peso (Kg) | Temperatura (°C)   |
|                                      |       |           |                    |
| Assinatura do Médico                 |       |           |                    |
| RIMBO / ASSINATURA MÉDICO            |       |           |                    |

44310RA - ROSELI BORGES DA SILVA





**ANTONIO  
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO  
DADOS PESSOAIS**

Atendimento  
**52615583**



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

19/09/2018 10:52:21

|  |                            |                       |              |       |
|--|----------------------------|-----------------------|--------------|-------|
| Prontuário   | Nome do Paciente           | Sexo                  | Nascimento   | Idade |
| 9278560  | ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO | M                     | 19/07/1981   | 37    |
| RG   | CPF                        | Carteira Profissional | Estado Civil |       |
| 1685487 SSP RN   | 3674900483                 |                       | 2-SOLTEIRO   |       |
| Endereço   |                            |                       |              |       |
| R TV DOS CANINDES,12 - ALECRIM, NATAL(RN) CEP 59032290 |                            |                       |              |       |
| Telefone Residencial                                   | Telefone Trabalho          |                       |              |       |
| 98873-2415   |                            |                       |              |       |

**DADOS DO CONVENIO**

|                   |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|
| Convenio          |  |  |  |
| 222 HAPVIDA NATAL | 1 PLANO ENFER VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO |  |  |
| Carteira          | Validade   |  |  |
| 22162000637006019 |  |  |  |

**DADOS DO ATENDIMENTO**

|  |       |           |                    |
|--|-------|-----------|--------------------|
| Setor                                  |       |           |                    |
| 634020-RECEPCAO EMG ADULTO - HAP NATAL |       |           |                    |
| Data                                   | Hora  | Matricula | Tipo Atendimento   |
| 03/08/2018                             | 21:14 |           | 2 CONSULTA CLINICA |
| Médico Atendente                       |       |           | Clinica            |
| 3661822 LARAH REBECA DIOGENES HOLANDA  |       |           | 1-MEDICA           |
| Médico Acompanhante                    |       | Peso (Kg) | Temperatura (°C)   |
|  |       |           |                    |
| CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO            |       |           |                    |
| R4310RA - ROSELI BORGES DA SILVA       |       |           |                    |

CNPJ: 08.452.435/0001-89

HAP - Hospital Antônio Prudente de Natal  
CNPJ 08.452.435/0001-89



**ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL**

03/08/2018 21:35

|  |                       |                       |                     |
|--|-----------------------|-----------------------|---------------------|
| Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO                         | Dt. Nasc.: 19/07/1981 | Atendimento: 52615583 | Prontuário: 9278560 |
| Convênio: HAPVIDA NATAL                                      | Posto:                | Leito: /              |                     |
| Profissional(is): LARAH REBECA DIOGENES HOLANDA CRM 9559 [1] | Nº: 26149723          | 03/08/2018            | às 21:20            |

**ANAMNESE**

|                                   |   |     |
|-----------------------------------|---|-----|
| Queixa Principal                  | Paciente com queixa de surgimento de ulceração há 5 dias em perna esquerda, com drenagem de secreção purulenta, após trauma local. Nega febre.<br><br>Nega alergias.<br>Nega comorbidades.<br>Nega uso de medicações.<br><br>Ao exame:<br>BEG, vigil, eupneico, acianótico, anictérico, normocorado, hidratado.<br>Pele: presença de ulceração em perna esquerda com áreas de necrose e drenagem de secreção purulenta. | [1] |
| Queixa Principal                  |   |     |
| CID10                             | A311 INFECC CUTANEA MICOBACTERIANA  | [1] |
| Alergias                          | Não   | [1] |
| Medicação Em Uso                  | Não   | [1] |
| Antecedentes Patológicos Familiar | Não   | [1] |

**EXAME FÍSICO**

|   |     |     |
|---|-----|-----|
| Dispensar preenchimento de Sinais Vitais? | Sim | [1] |
|---|-----|-----|

**DIAGNÓSTICO**

|       |                                    |     |
|-------|------------------------------------|-----|
| CID10 | A311 INFECC CUTANEA MICOBACTERIANA | [1] |
| CID10 | A311 INFECC CUTANEA MICOBACTERIANA | [1] |

**CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE**

VENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: LARAH REBECA DIOGENES HOLANDA:08034506486, às 22:55BRT de 03/08/2018







**ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL**

19/09/2018 10:52:21

|  |                            |                       |              |       |
|--|----------------------------|-----------------------|--------------|-------|
| Prontuário   | Nome do Paciente           | Sexo                  | Nascimento   | Idade |
| 9278560  | ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO | M                     | 19/07/1981   | 37    |
| RG   | CPF                        | Carteira Profissional | Estado Civil |       |
| 1685487 SSP RN   | 3674900483                 |                       | 2-SOLTEIRO   |       |
| Endereço   |                            |                       |              |       |
| R TV DOS CANINDES,12 - ALECRIM, NATAL(RN) CEP 59032290 |                            |                       |              |       |
| Telefone Residencial                                   | Telefone Trabalho          |                       |              |       |
| 98873-2415   |                            |                       |              |       |

## DADOS DO CONVENIO

|                   |  |  |
|-------------------|--|--|
| Convenio          |  |  |
| 222 HAPVIDA NATAL | 1 PLANO ENFER VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO |  |
| Carteira          | Validade   |  |
| 02162000637006019 |  |  |

### DADOS DO ATENDIMENTO

|  |       |           |                    |
|--|-------|-----------|--------------------|
| Setor                                  |       |           |                    |
| 634020-RECEPCAO EMG ADULTO - HAP NATAL |       |           |                    |
| Data                                   | Hora  | Matricula | Tipo Atendimento   |
| 03/08/2018                             | 21:14 |           | 2 CONSULTA CLINICA |
| Médico Atendente                       |       |           | Clinica            |
| 3661822 LARAH REBECA DIOGENES HOLANDA  |       |           | 1-MEDICA           |
| Médico Acompanhante                    |       | Peso (Kg) | Temperatura (°C)   |
|  |       |           |                    |
| CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO            |       |           |                    |

**R4310RA - ROSELI BORGES DA SILVA**

CNPJ: 08.452.435/0001-89

HAP - Hospital Antônio Prudente de Natal  
CNPJ 08.452.435/0001-89



**ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL**

03/08/2018 21:35

|  |                       |                       |                     |
|--|-----------------------|-----------------------|---------------------|
| Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO                         | Dt. Nasc.: 19/07/1981 | Atendimento: 52615583 | Prontuário: 9278560 |
| Convênio: HAPVIDA NATAL                                      | Posto:                | Leito: /              |                     |
| Profissional(is): LARAH REBECA DIOGENES HOLANDA CRM 9559 [1] |                       | Nº: 26149723          | 03/08/2018 às 21:20 |

**ANAMNESE**

|  |   |     |
|--|---|-----|
| <b>Queixa Principal</b>                  | Paciente com queixa de surgimento de ulceração há 5 dias em perna esquerda, com drenagem de secreção purulenta, após trauma local. Nega febre.<br><br>Nega alergias.<br>Nega comorbidades.<br>Nega uso de medicações.<br><br>Ao exame:<br>BEG, vigil, eupneico, acianótico, anictérico, normocorado, hidratado.<br>Pele: presença de ulceração em perna esquerda com áreas de necrose e drenagem de secreção purulenta. | [1] |
| <b>Queixa Principal</b>                  |   |     |
| <b>CID10</b>                             | A311 INFECC CUTANEA MICOBACTERIANA  | [1] |
| <b>Alergias</b>                          | Não   | [1] |
| <b>Medicação Em Uso</b>                  | Não   | [1] |
| <b>Antecedentes Patológicos Familiar</b> | Não   | [1] |

**EXAME FÍSICO**

|  |     |     |
|--|-----|-----|
| <b>Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?</b> | Sim | [1] |
|--|-----|-----|

**DIAGNÓSTICO**

|              |                                    |     |
|--------------|------------------------------------|-----|
| <b>CID10</b> | A311 INFECC CUTANEA MICOBACTERIANA | [1] |
| <b>CID10</b> | A311 INFECC CUTANEA MICOBACTERIANA | [1] |

**CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE**

JMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: LARAH REBECA DIOGENES HOLANDA:08034506486, às 22:55BRT de 03/08/2018





**ANTONIO  
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO  
DADOS PESSOAIS**

Atendimento  
**52789404**



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

30/08/2018 10:11:37

|  |                            |                       |              |       |
|--|----------------------------|-----------------------|--------------|-------|
| Prontuário   | Nome do Paciente           | Sexo                  | Nascimento   | Idade |
| 9278560  | ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO | M                     | 19/07/1981   | 37    |
| RG   | CPF                        | Carteira Profissional | Estado Civil |       |
| 1685487 SSP RN   | 3674900483                 |                       | 2-SOLTEIRO   |       |
| Endereço   |                            |                       |              |       |
| R TV DOS CANINDES,12 - ALECRIM, NATAL(RN) CEP 59032290 |                            |                       |              |       |
| Telefone Residencial                                   | Telefone Trabalho          |                       |              |       |
| 98873-2415   |                            |                       |              |       |

**DADOS DO CONVENIO**

|                   |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|
| Convenio          |  |  |  |
| 222 HAPVIDA NATAL | 1 PLANO ENFER VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO |  |  |
| Carteira          | Validade   |  |  |
| 02162000637006019 |  |  |  |

**DADOS DO ATENDIMENTO**

|  |       |           |                    |
|--|-------|-----------|--------------------|
| Setor                                  |       |           |                    |
| 634020-RECEPCAO EMG ADULTO - HAP NATAL |       |           |                    |
| Data                                   | Hora  | Matricula | Tipo Atendimento   |
| 11/08/2018                             | 11:59 |           | 4 CONSULTA RETORNO |
| Médico Atendente                       |       |           | Clinica            |
| 3404650 ANNE GABRIELLE LEITE BEZERRA   |       |           | 1-MEDICA           |
| Médico Acompanhante                    |       | Peso (Kg) | Temperatura (°C)   |
|  |       |           |                    |
|  |       |           |                    |
|  |       |           |                    |
|  |       |           |                    |
|  |       |           |                    |
| CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO            |       |           |                    |

R4310RA - ROSELI BORGES DA SILVA

CNPJ: 08.452.435/0001-89

HAP - Hospital Antônio Prudente de Natal  
CNPJ 08.452.435/0001-89



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL

11/08/2018 12:54

|   |  |                       |                     |
|---|--|-----------------------|---------------------|
| Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO                        | Dt. Nasc.: 19/07/1981  | Atendimento: 52789404 | Prontuário: 9278560 |
| Convênio: HAPVIDA NATAL                                     | Posto:   | Leito: /              |                     |
| Profissional(is): ANNE GABRIELLE LEITE BEZERRA CRM 8271 [1] |  | Nº: 26434115          | 11/08/2018 às 12:52 |
| <b>ANAMNESE</b>   |  |                       |                     |
| Queixa Principal  | PACIENTE COM LESÃO ULCERA EM MMII<br>CIRURGIÃO AVALIOU LESAO E ORIENTOU CIPROFLOXACINO , E<br>CURATIVO COM COLAGENASE E LIMPEZA DIARIA COM SORO<br>FISIOLOGICO |                       | [1]                 |
| <b>PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO</b>                             |  |                       |                     |
| Alta Após Medicação E Cuidados                              | Alta após cuidados e/ou medicação  |                       | [1]                 |

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: ANNE GABRIELLE LEITE BEZERRA:09395570456, às 18:02BRT de 12/08/2018





**TRA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL**

11/08/2018 12:20

|   |                       |                       |                     |
|---|-----------------------|-----------------------|---------------------|
| Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO                        | Dt. Nasc.: 19/07/1981 | Atendimento: 52789404 | Prontuário: 9278560 |
| Convênio: HAPVIDA NATAL                                     | Posto:                | Leito: /              |                     |
| Profissional(is): ANNE GABRIELLE LEITE BEZERRA CRM 8271 [1] | Nº: 26432776          | 11/08/2018            | às 12:11            |

**HISTÓRICO**

|                  |  |     |
|------------------|--|-----|
| Queixa Principal | HDA: PACIENTE VEM COM ULCERA EM PERNA ESQUERDA HÁ CERCA DE 1 MES , REFERE QUE APÓS ACIDENTE , COM CIRURGIA ORTOPEDICA , NEGA FEBRE, REFERE DRENAGEM DE SECREÇÃO AMARELADA NO LOCAL, REALIZOU DEBRIDAMENTO HÁ UMA SEMANA. FEZ USO DE CEFALOXINA E CREME ANTIBIOTICO TÓPICO AO EXAME<br>BEG, CONSCIENTE E ORIENTADO , EUPNEICO AFÉBRIL, CORADO<br>PRESENÇA DE ÚLCERA EM MMII ESQUERDO<br>HD ULCERA EM PERNA<br>CONDUTA PASSADO CASO P CIRURGIA GERAL | [1] |
|------------------|--|-----|

|                                   |                                   |     |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----|
| Queixa Principal                  |                                   |     |
| CID10                             | L97 ULCERA DOS MEMBROS INFER NCOP | [1] |
| Alergias                          | Não                               | [1] |
| Medicação Em Uso                  | Não                               | [1] |
| Antecedentes Patológicos Familiar | Não                               | [1] |

**EXAME FÍSICO**

|                      |      |     |
|----------------------|------|-----|
| Sat O2               | 98 % | [1] |
| Nível De Consciência | 0    | [1] |
| Resposta Motora      | 6    | [1] |
| Resposta Verbal      | 5    | [1] |

**DIAGNÓSTICO**

|       |                                   |     |
|-------|-----------------------------------|-----|
| CID10 | L97 ULCERA DOS MEMBROS INFER NCOP | [1] |
| CID10 | L97 ULCERA DOS MEMBROS INFER NCOP | [1] |

**CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Documento assinado digitalmente por: ANNE GABRIELLE LEITE BEZERRA:09395570458, às 18:02BRT de 12/08/2018



Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO

Dt. Nasc.: 19/07/1981

Atendimento: 52789404

Convenio: HAPVIDA NATAL

Nº Prescrição: 18102140

Prontuário: 9278560

Posto: REC EMG ADT - HAP NATAL

Leito: /

Peso: kg

2. CURATIVO MEDIO

Agora

CRM-8271

Profissionais CRM-8271 ANNE GABRIELLE LEITE BEZERRA

RP1541

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: ANNE GABRIELLE LEITE BEZERRA.09395570458, às 18:02BRT de 12/08/2018

11/08/2018 12:55

10.1.32.204

|   |                         |                       |
|---|-------------------------|-----------------------|
| Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO                | Dt. Nasc.: 19/07/1981   | Atendimento: 52789404 |
| Convenio: HAPVIDA NATAL                             | Nº Prescrição: 18102140 | Prontuário: 9278560   |
| Posto: REC EMG ADT - HAP NATAL                      | Leito: /                | Peso: kg              |
| 1. SINAIS VITAIS                                    |                         | CRM-8271              |
| Profissionais CRM-8271 ANNE GABRIELLE LEITE BEZERRA |                         |                       |

Agora

RP1541 ANNE GABRIELLE LEITE BEZERRA 11/08/2018 12:21 10.1.32.204  
DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: ANNE GABRIELLE LEITE BEZERRA:09395570488, às 18:09BRT de 12/08/2018



**ANTONIO  
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO  
DADOS PESSOAIS**

Atendimento  
**52210889**



STE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

30/08/2018 10:08:03

|  |                            |                       |              |       |
|--|----------------------------|-----------------------|--------------|-------|
| Prontuário   | Nome do Paciente           | Sexo                  | Nascimento   | Idade |
| 9278560  | ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO | M                     | 19/07/1981   | 37    |
| RG   | CPF                        | Carteira Profissional | Estado Civil |       |
| 1685487 SSP RN   | 3674900483                 |                       | 2-SOLTEIRO   |       |
| Endereço   |                            |                       |              |       |
| R TV DOS CANINDES,12 - ALECRIM, NATAL(RN) CEP 59032290 |                            |                       |              |       |
| Telefone Residencial                                   | Telefone Trabalho          |                       |              |       |
| 98873-2415   |                            |                       |              |       |

**DADOS DO CONVENIO**

|                   |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|
| Convenio          | CAERN COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DO RN         |  |  |
| 222 HAPVIDA NATAL | 6 PLANO EMPRESA VIDA TOTAL ENFERMARIA - COLETIVO |  |  |
| Carteira          | Validade   |  |  |
| 02162000637006019 |  |  |  |

**DADOS DO ATENDIMENTO**

|  |       |           |                           |
|--|-------|-----------|---------------------------|
| Setor                                  |       |           |                           |
| 634020-RECEPCAO EMG ADULTO - HAP NATAL |       |           |                           |
| Data                                   | Hora  | Matricula | Tipo Atendimento          |
| 17/07/2018                             | 13:36 |           | 6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA |
| Médico Atendente                       |       |           | Clinica                   |
| 988340 ANTONIO B DE ARAUJO FILHO       |       |           | 6-TRAUMATOLOGICA          |
| Médico Acompanhante                    |       | Peso (Kg) | Temperatura (°C)          |
|  |       |           |                           |

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - ROSELI BORGES DA SILVA

CNPJ: 08.452.435/0001-89

HAP - Hospital Antônio Prudente de Natal  
CNPJ 08.452.435/0001-89





## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

LTRA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL

30/08/2018 10:14

|  |                       |                       |                     |
|--|-----------------------|-----------------------|---------------------|
| Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO                     | Dt. Nasc.: 19/07/1981 | Atendimento: 52210889 | Prontuário: 9278560 |
| Convênio: HAPVIDA NATAL                                  | Posto:                | Leito: /              |                     |
| Profissional(is): ANTONIO B DE ARAUJO FILHO CRM 5016 [1] | Nº: 25494081          | 17/07/2018            | às 13:53            |

## ANAMNESE

|                                   |                               |     |
|-----------------------------------|-------------------------------|-----|
| Queixa Principal                  | PÓS OPERATORIO                | [1] |
| Queixa Principal                  |                               |     |
| CID10                             | S822 FRAT DA DIAFISE DA TIBIA | [1] |
| Alergias                          | Não                           | [1] |
| Medicação Em Uso                  | Não                           | [1] |
| Antecedentes Patológicos Familiar | Não                           | [1] |

## EXAME FÍSICO

|                      |   |     |
|----------------------|---|-----|
| Nível De Consciência | 0 | [1] |
| Resposta Motora      | 6 | [1] |
| Resposta Verbal      | 5 | [1] |

## DIAGNÓSTICO

|       |                               |     |
|-------|-------------------------------|-----|
| CID10 | S822 FRAT DA DIAFISE DA TIBIA | [1] |
| CID10 | S822 FRAT DA DIAFISE DA TIBIA | [1] |

## CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

## PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

|                                |                                   |     |
|--------------------------------|-----------------------------------|-----|
| Alta Após Medicação E Cuidados | Alta após cuidados e/ou medicação | [1] |
|--------------------------------|-----------------------------------|-----|





**ANTONIO  
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO  
DADOS PESSOAIS**

Atendimento  
**53008875**



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

30/08/2018 10:12:11

|  |                            |                       |              |       |
|--|----------------------------|-----------------------|--------------|-------|
| Prontuário   | Nome do Paciente           | Sexo                  | Nascimento   | Idade |
| 9278560  | ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO | M                     | 19/07/1981   | 37    |
| RG   | CPF                        | Carteira Profissional | Estado Civil |       |
| 1685487 SSP RN   | 3674900483                 |                       | 2-SOLTEIRO   |       |
| Endereço   |                            |                       |              |       |
| R TV DOS CANINDES,12 - ALECRIM, NATAL(RN) CEP 59032290 |                            |                       |              |       |
| Telefone Residencial                                   | Telefone Trabalho          |                       |              |       |
| 98873-2415   |                            |                       |              |       |

**DADOS DO CONVENIO**

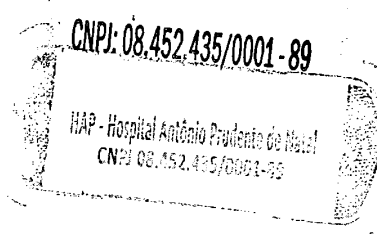
|                   |  |  |
|-------------------|--|--|
| Convenio          |  |  |
| 222 HAPVIDA NATAL | 1 PLANO ENFER VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO |  |
| Carteira          | Validade   |  |
| 02162000637006019 |  |  |

**DADOS DO ATENDIMENTO**

|  |       |           |                           |
|--|-------|-----------|---------------------------|
| Setor                                  |       |           |                           |
| 634020-RECEPCAO EMG ADULTO - HAP NATAL |       |           |                           |
| Data                                   | Hora  | Matricula | Tipo Atendimento          |
| 21/08/2018                             | 13:36 |           | 6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA |
| Médico Atendente                       |       |           | Clinica                   |
| 988340 ANTONIO B DE ARAUJO FILHO       |       |           | 5-ORTOPEDICA              |
| Médico Acompanhante                    |       | Peso (Kg) | Temperatura (°C)          |
|  |       |           |                           |

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - ROSELI BORGES DA SILVA



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL

30/08/2018 10:21

Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO Dt. Nasc.: 19/07/1981 Atendimento: 53008875 Prontuário: 9278560  
Convênio: HAPVIDA NATAL Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 634162/1

Profissional(is): ANTONIO B DE ARAUJO FILHO CRM 5016 [1] Nº: 26814808 21/08/2018 às 13:46

## ANAMNESE

|                                   |                               |     |
|-----------------------------------|-------------------------------|-----|
| Queixa Principal                  | PÓS OEPRATORIO                | [1] |
| Queixa Principal                  |                               |     |
| CID10                             | S822 FRAT DA DIAFISE DA TIBIA | [1] |
| Alergias                          | Não                           | [1] |
| Medicação Em Uso                  | Não                           | [1] |
| Antecedentes Patológicos Familiar | Não                           | [1] |

## EXAME FÍSICO

|                      |   |     |
|----------------------|---|-----|
| Nível De Consciencia | 0 | [1] |
| Resposta Motora      | 6 | [1] |
| Resposta Verbal      | 5 | [1] |

## DIAGNÓSTICO

|       |                               |     |
|-------|-------------------------------|-----|
| CID10 | S822 FRAT DA DIAFISE DA TIBIA | [1] |
| CID10 | S822 FRAT DA DIAFISE DA TIBIA | [1] |

## CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

## PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

|                                |                                   |     |
|--------------------------------|-----------------------------------|-----|
| Alta Após Medicação E Cuidados | Alta após cuidados e/ou medicação | [1] |
|--------------------------------|-----------------------------------|-----|



## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

.TRA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL

30/08/2018 10:21

|   |                                |                       |                     |
|---|--------------------------------|-----------------------|---------------------|
| paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO                    | Dt. Nasc.: 19/07/1981          | Atendimento: 53008875 | Prontuário: 9278560 |
| convênio: HAPVIDA NATAL                                 | Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO | Leito: 634162/1       |                     |
| profissional(is): EWERTON LIMA DE MELO COREN 426915 [1] | Nº: 26835613                   | 21/08/2018            | às 23:23            |

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM

|  |  |     |
|--|--|-----|
| ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE | CURATIVO DE EXTREMIDADES - SO HONORARIOS 1 JUSTIFICADO AS 23:08, EM 21/08/2018 RESP. EWERTON LIMA DE MELO, COREN/RN 426915. MOTIVO: HH | [1] |
|--|--|-----|







FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO  
DADOS PESSOAIS

Atendimento  
51902220



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

04/07/2018 11:48:10

|  |                            |                               |              |       |
|--|----------------------------|-------------------------------|--------------|-------|
| Prontuário   | Nome do Paciente           | Sexo                          | Nascimento   | Idade |
| 9278560  | ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO | M                             | 19/07/1981   | 36    |
| RG   | CPF                        | Carteira Profissional         | Estado Civil |       |
| 1685487 SSP RN                                     | 3674900483                 |                               | 2-SOLTEIRO   |       |
| Endereço   |                            |                               |              |       |
| R TV DOS CANINDES 12 ALECRIM NATAL-RN CEP:59032290 |                            |                               |              |       |
| Telefone Residencial                               | Telefone Trabalho          | Nome da Mãe                   |              |       |
| 98873-2415   |                            | SANDRA MARIA BASILIO DA SILVA |              |       |

DADOS DO ATENDIMENTO

|  |       |           |                  |
|--|-------|-----------|------------------|
| Setor                                  |       |           |                  |
| 634020-RECEPCAO EMG ADULTO - HAP NATAL |       |           |                  |
| Data                                   | Hora  | Matricula | Tipo Documento   |
| 03/07/2018                             | 18:42 |           |                  |
| Médico Atendente                       |       |           | Clinica          |
| 988340 ANTONIO B DE ARAUJO FILHO       |       |           | 4-CIRURGICA      |
| Médico Acompanhante                    |       |           | Tipo Atendimento |
| 988340 ANTONIO B DE ARAUJO FILHO       |       |           | 0 INTERNACAO     |
| Avaliação médica                       |       |           |                  |

DADOS DO CONVENIO

|                   |  |  |
|-------------------|--|--|
| Convenio          | Plano CAERN COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DO RN   |  |
| 222-HAPVIDA NATAL | 6-PLANO EMPRESA VIDA TOTAL ENFERMARIA - COLETIVO |  |
| Carteira          | Validade   |  |
| 02182000637006019 |  |  |

DADOS DA INTERNAÇÃO

|                             |                   |       |
|-----------------------------|-------------------|-------|
| Posto                       | Acomodação        | Leito |
| POSTO INTERNACAO EMERGENCIA | L02EMG ENFERMARIA | 03    |

| N. Guia  | Procedimento | Senha     | Descrição   |
|----------|--------------|-----------|---|
| 34747647 | 99996666     | C75315382 | INTERNACAO  |
| 34747647 | 30727138     | C75315382 | FRATURAS DE TIBIA ASSOCIADA OU NAO A FIBULA (INCLUI       |
|          |              |           | DESCOLAMENTO EPIFISARIO) - TRATAMENTO CIRURGICO           |
| 34747647 | 30728128     | C75315633 | FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO |
|          |              |           | CIRURGICO   |
| 34747647 | 30732026     | C75315504 | ENXERTO OSSEO   |
| 34747647 | 31403158     | C75315681 | LESAO DE NERVOS ASSOCIADA A LESAO OSSEA                   |

Dr. Antônio Prudente  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Pé e Tornozelo  
Cirurgia de Reconstrução  
CRM/RN 4016 TEO 1080C

Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Pé e Tornozelo  
Cirurgia de Reconstrução  
CRM/RN 4016 TEO 1080C

HAP - Hospital Antônio Prudente de Natal  
CNPJ 08.452.435/0001-89

4310RI - ROSILEIDE BORGES DA SILVA



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

03/07/2018 18:58:41

|  |                            |                               |              |       |
|--|----------------------------|-------------------------------|--------------|-------|
| Prontuário   | Nome do Paciente           | Sexo                          | Nascimento   | Idade |
| 9278560  | ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO | M                             | 19/07/1981   | 36    |
| RG   | CPF                        | Carteira Profissional         | Estado Civil |       |
| 1685487 SSP RN                                     | 3674900483                 |                               | 2-SOLTEIRO   |       |
| Endereço   |                            |                               |              |       |
| R TV DOS CANINDES 12 ALECRIM NATAL-RN CEP:59032290 |                            |                               |              |       |
| Telefone Residencial                               | Telefone Trabalho          | Nome da Mãe                   |              |       |
| 98873-2415   |                            | SANDRA MARIA BASILIO DA SILVA |              |       |

DADOS DO ATENDIMENTO

|  |       |                  |                |
|--|-------|------------------|----------------|
| Setor                                  |       |                  |                |
| 834020-RECEPCAO EMG ADULTO - HAP NATAL |       |                  |                |
| Data                                   | Hora  | Matricula        | Tipo Documento |
| 03/07/2018                             | 18:42 |                  |                |
| Médico Atendente                       |       | Clínica          |                |
| 88340 ANTONIO B DE ARAUJO FILHO        |       | 4-CIRURGICA      |                |
| Médico Acompanhante                    |       | Tipo Atendimento |                |
| 88340 ANTONIO B DE ARAUJO FILHO        |       | 0 INTERNACAO     |                |
| Avaliação médica                       |       |                  |                |

2006

DADOS DO CONVENIO

|                  |  |
|------------------|--|
| Convênio         | Plano  |
| 22-HAPVIDA NATAL | CAERN COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DO RN         |
| Carteira         | Validade   |
| 2162000637006019 | 6-PLANO EMPRESA VIDA TOTAL ENFERMARIA - COLETIVO |

DADOS DA INTERNAÇÃO

|                            |                   |       |
|----------------------------|-------------------|-------|
| Ostio                      | Acomodação        | Leito |
| OSTO INTERNACAO EMERGENCIA | L02EMG ENFERMARIA | 03    |

| Guia   | Procedimento | Senha     | Descrição   |
|--------|--------------|-----------|---|
| 747647 | 99996666     | C75315382 | INTERNACAO  |
| 747647 | 30727138     | C75315382 | FRATURAS DE TIBIA ASSOCIADA OU NAO A FIBULA (INCLUI DESCOLAMENTO EPIFISARIO) - TRATAMENTO CIRURGICO |
| 747647 | 30728126     | C75315833 | FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO                                 |
| 747647 | 30732026     | C75315504 | ENXERTO OSSEO   |
| 747647 | 31403158     | C75315681 | LESAO DE NERVOS ASSOCIADA A LESAO OSSEA   |

NO CRO  
(Urgência)

MSE  
) MSE

USO:

Dr. Antônio Araújo  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Pé e Tornozelo  
Cirurgia de Reconstrução

Dr. Kleberton da Silva Revoredo  
Anestesiologista

|                       |                   |
|-----------------------|-------------------|
| ESCOLARIDADE:         | Univ              |
| PROFISSÃO:            | Educador Físico   |
| ESTADO CIVIL:         | Solteiro          |
| CIRURGIAS ANTERIORES: | Não               |
| ADORNOS:              | (S) PRÓTESE:      |
| JEJUM:                | 23.00 PESO: 85.14 |
| ALERGIAS:             | Não               |
| (S) HAS:              | (N) DIABETES:     |

JRI - KLEBERTON DA SILVA REVOREDO



# NOTA DE SALA

kt: 4457885

|                                      |   |   |                               |   |                          |
|--------------------------------------|---|---|-------------------------------|---|--------------------------|
| tendimento:                          | 51902220  | Prontuário:                                       | 9278560                       | ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO  | HAPVIDA NATAL            |
| urgência(s):                         | 30727138  | FRATURAS DE TIBIA ASSOCIADA OU NAO A FIBULA (INQ) | 30728126                      | FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO | 30732026                 |
|                                      | 31403158  | LESAO DE NERVOS ASSOCIADA A LESAO OSSEA           | Tipo Anestesia: RAQUE+SEDACAO |   |                          |
| Sala Cirúrgica:                      | SALA CIRURGICA 5 - CC                                 |   | Setor Emissor:                | CENTRO CIRURGICO - HAPNATAL   | Apto.:                   |
| Equipe Médica:                       | CIRURGIAO   | 988340  | ANTONIO B DE ARAUJO FILHO     | CRM   | 5016                     |
|                                      | PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO                            | 3305928   | DYENNO DE CARVALHO ANDRADE    | CRM   | 6595                     |
|                                      | ANESTESISTA   | 1875051   | LEANDRO GOMES                 | CRM   | 5769                     |
| Int: michelle Roca: Aparicida        |   |   |                               |   |                          |
| Qtd                                  | Especificação   | Qtd   | Código                        | Especificação   | Qtd                      |
| <b>Materiais Médico-Hospitalares</b> |   |   |                               |   |                          |
| 73                                   | AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4,5 - 1 UD          | 1   | 133985                        | Medicamentos  |                          |
| 48                                   | AGULHA DESC. DE RAQUE N.27 - 1 UD                     | 1   | 39144                         | AGUA DESTILADA 20ML AMPL 20 ML                                      | 1                        |
| 71                                   | AGULHA DESCARTAVEL 30X08 - 1 UD                       | 4   | 36811                         | ANTAK AMPL 2 ML   | 1                        |
| 50                                   | AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD                       | 6   | 124102                        | DECADRON 4 MG FR 2,5 ML AMPL 2,5 ML                                 | 1                        |
| 39                                   | ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML                        | 50  | 40037                         | DIMORF 0,2MG/ML (1ML) AMPL 1 ML                                     | 1                        |
| 47                                   | ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML                            | 100   | 42013                         | DORMONID 15 MG AMPL 3 ML  | 2                        |
| 025                                  | CAMPO IMPERMEAVEL DESC. 2X1,25 - 1 UD                 | 2   | 48194                         | KEFAZOL 1 GR FRAP 1 UD  | 2                        |
| 880                                  | COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD      | 10  | 43800                         | MARCAINA PESADA 0,5% AMPL 1 UD                                      | 1                        |
| 28                                   | ELETRODO P/MONITOR DESCARTAVEL - 1 UD                 | 5   | 34738                         | SORO FIOLOGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML                              | 2                        |
| 084                                  | EQUIPO POLIFIX 2 VIAS - 1 UD                          | 1   |                               | ZOFAN 8 MG AMPL 4 ML  | 1                        |
| 97                                   | EQUIPO SIMPLES CANJETOR LATERAL - 1 UD                | 1   |                               |   |                          |
| 71                                   | ESPARADRAPO TUBO 450 CM                               | 100   |                               |   |                          |
| 76                                   | ETER ETILICO (LICOR DE HOFFMAN) 1L FRAS 1000 ML       | 50  |                               |   |                          |
| 64                                   | FIO J&J MONONYLON (1215T) - ETHILON* BLK 2-0 - 1 UD   | 1   |                               | <b>Gases / Aparelhos</b>  |                          |
| 47                                   | FIO J&J VICRYL (J168H) - VICRYL* VLT 1 70CM (- 1 UD   | 3   | 19                            | TAXA DE SALA  | Início: 12:30 Fim: 14:05 |
| 39                                   | FIO J&J VICRYL (J406H) - VICRYL* VLT 3-0 70CM - 1 UD  | 3   | 5                             | MONITOR DE DÉBITO CARDÍACO  | Início: 12:30 Fim: 14:05 |
| 505                                  | FIO J&J VICRYL (XYJ317H) - VICRYL* VLT 2-0 70 - 1 UD  | 3   | 20                            | OXIGENIO  | Início: 12:30 Fim: 14:05 |
| 57                                   | GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD                           | 10  | 15                            | BISTURI ELÉTRICO  | Início: 12:30 Fim: 14:05 |
| 144                                  | HASTE INTRAMEDULAR BLOQ. DE TIBIA C/ PARAFUSOS - 1 UD | 6   | 16                            | MONITORIZAÇÃO   | Início: 12:30 Fim: 14:05 |
| 54                                   | LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD                           | 1   | 22                            | OXIMETRO DE PULSO   | Início: 12:30 Fim: 14:05 |
| 38                                   | LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD                           | 1   |                               |   |                          |
| 35                                   | LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA                       | 4   |                               |   |                          |
| 31                                   | LUVA DESC. ESTERIL N-7,0 - 1 PA                       | 4   |                               |   |                          |
| 30                                   | LUVA DESC. ESTERIL N-7,5 - 1 PA                       | 4   |                               |   |                          |
| 28                                   | LUVA DESC. ESTERIL N-8,0 - 1 PA                       | 4   |                               |   |                          |
| 22                                   | MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/MRAS PCT 50 UD    | 6   |                               |   |                          |
| 14                                   | MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM                          | 200   |                               |   |                          |
| 42                                   | PARAFUSO CORTICAL - 1 UD                              | 7   |                               |   |                          |
| 0                                    | PLACA 1/3 TUB PARA CIRURGIA - 1 UD                    | 1   |                               |   |                          |
| 23                                   | PLACA DESCARTAVEL P/BISTURI ADULTO - 1 UD             | 1   |                               |   |                          |
| 9                                    | POVIDINE TOPICO FRAS 1000 ML                          | 300   |                               |   |                          |
| 9                                    | PROPEL DESCARTAVEL PCT 100 UD                         | 7   |                               |   |                          |
| 6                                    | SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML                   | 2   |                               |   |                          |
| 4                                    | SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML                  | 4   |                               |   |                          |
| 2                                    | SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML                  | 6   |                               |   |                          |
| 56                                   | TRANSOFIX - 1 UD                                      | 2   |                               |   |                          |





HAP - HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE

HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE  
Fone: (84) 3203.500

BOLETIM DE ANESTESIA

CLIENTE: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO CONVÊNIO: HAPUNA DATA: 04/07/08

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA

Exame Físico: NDN

Patologias: HAS

Medicamentos em uso: Losartana Sang

Alergias: NEGA

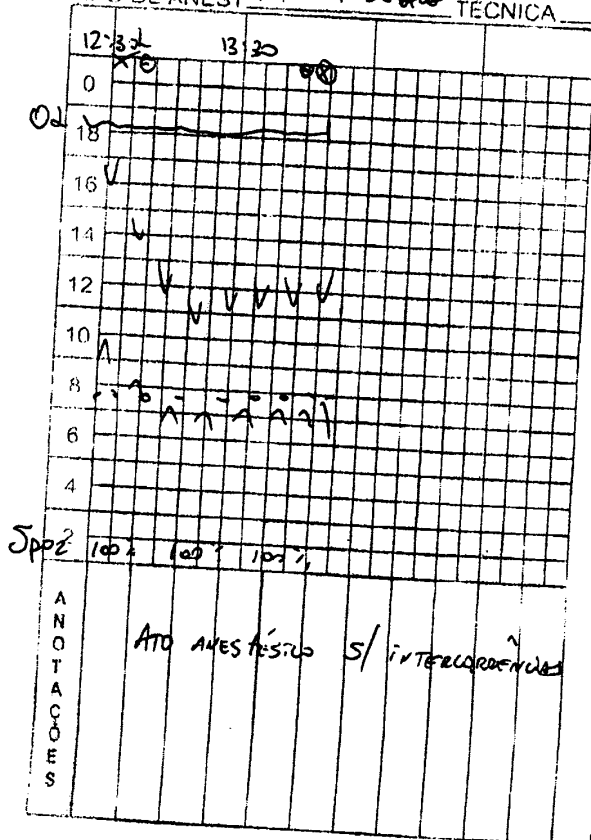
Próteses: (X) Não ( ) Sim

Sinais Vitais: T PA 160x100 FR 14 P 80 bpm

CIRURGIA: TRAT. CIRURGIA DE FRATURA DE TIBIA / TORÇÃO INÍCIO: 12:45 h TÉRM: 14:05 h

TIPO DE ANEST Raqui + Sedação TÉCNICA

INÍCIO: 12:30 h TÉRM: 14:00 h



| DROGAS USADAS        | QDE   | UN |
|----------------------|-------|----|
| 1 - MIBOZOLAM Sang   | 1     | 01 |
| 2 - BUPIVACAÍNA 15mg | 1     | 01 |
| 3 - MORFINA 0.1mg    | 1     | 01 |
| 4 - CEFALOSPORINA 2g | 1     | 02 |
| 5 - RAVITOLINA 50g   | 1     | 01 |
| 6 - DEXAMETASONA 1mg | 1     | 01 |
| 7 - ONDASEMONE 8mg   | 1     | 01 |
| 8 - SF0.9%           | 500ml | 02 |
| 9                    |       |    |
| 10                   |       |    |
| 11                   |       |    |
| 12                   |       |    |
| 13                   |       |    |
| 14                   |       |    |
| 15                   |       |    |
| 16                   |       |    |
| 17                   |       |    |
| 18                   |       |    |
| 19                   |       |    |
| 20                   |       |    |
| 21                   |       |    |
| 22                   |       |    |
| 23                   |       |    |
| 24                   |       |    |
| 25                   |       |    |
| 26                   |       |    |

OXIGÊNIO:

Anestesia Assinatura: [Assinatura]

CPF: 048047464-80

ITEM: 24 TIPO: 24





ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL

04/07/2018 13:02

|  |   |                       |                     |
|--|---|-----------------------|---------------------|
| Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO         | Dt. Nasc.: 19/07/1981   | Atendimento: 51902220 | Prontuário: 9278560 |
| Convênio: HAPVIDA NATAL                      | Posto: POSTO INTERNAÇÃO EMERGENCIA  | Leito: L02EMG/3       |                     |
| Profissional(is): DYENNO DE CARVALHO ANDRADE | Nº: 25011342  | 04/07/2018            | às 12:55            |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                           |   |                       |                     |
| Diagnóstico Clínico                          | S82   |                       | [1]                 |
| Diagnóstico Cirúrgico                        | S82   |                       | [1]                 |
| <b>DADOS DA CIRURGIA</b>                     |   |                       |                     |
| Data Da Cirurgia                             | 04/07/2018  |                       | [1]                 |
| Hora Da Cirurgia                             | 12:55   |                       | [1]                 |
| Cirurgia                                     | FRATURA DE TIBIA + FRATURA DE TORNOZELO + ENXERTO OSSEO + LESAO NERVO ASSOCIADA A OSSEO   |                       | [1]                 |
| Cirurgião                                    | ANTONIO ARAUJO  |                       | [1]                 |
| 1º Auxiliar                                  | DYENNO ANDRADE  |                       | [1]                 |
| Anestesiista                                 | LEANDRO   |                       | [1]                 |
| Descrição Cirúrgica                          | 1- PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA<br>2- ANTISSEPSE E ASSEPSIA<br>3- MONTAGEM DE CAMPOS ESTEREIS<br>4- VIA DE ACESSO ANTERIOR JOELHO COM DISSECÇÃO POR PLANOS<br>5- LIBERAÇÃO DE NERVO EM VIA DE ACESSO<br>6- REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA DE PERNA COM HASTE INTRAMEDULAR<br>7- TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TORNOZELO EM FIBULA<br>8- ENXERTO OSSEO LOCAL<br>9- BLOQUEIO COM PARAFUSOS DE HASTE<br>10- SUTURA POR PLANOS E CURATIVO LOCAL<br>10- BOA PERFUSÃO DISTAL APOS RETIRADO GARROTE |                       | [1]                 |
| Códigos Dos Procedimentos                    | 30727138 + 30728126 + 30732026 + 31403158   |                       | [1]                 |

Dr. Antônio Araújo  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia de Mão e Tornozelo  
Cirurgia de Reconstrução  
RUA 16016, TEOT 10888

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR  
THIAGO MARQUES CALAZANS DUARTE  
04/08/2019 14:14:18



# FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 3

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL

04/07/2018 16:40

Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO Dt. Nasc.: 19/07/1981 Atendimento: 51902220 Prontuário: 9278560  
Convênio: HAPVIDA NATAL Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA Leito: L02EMG/3

Profissional(is): MICHELE DE MEDEIROS DINIZ MELO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1251785 [1]  
SIMONE FERREIRA FERREIRA, ENFERMEIRO(A), COREN 347130 [2]  
VANY NOBREGA DE LIMA DANTAS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1237613 [3]

| PACIENTE                                |                      |     |
|---|----------------------|-----|
| Escolaridade                            | EN. SUPERIOR         | [3] |
| Profissão                               | EDUCADOR FISICO      | [3] |
| Estado Civil                            | UNIÃO ESTAVEL        | [3] |
| Origem Do Paciente                      | Emergência.          | [3] |
| Data De Admissão                        | 04/07/2018           | [3] |
| PRÉ-OPERATÓRIO                          |                      |     |
| Tipo De Cirurgia                        | Emergência.          | [3] |
| Data Da Cirurgia                        | 04/07/2018           | [3] |
| Procedimento Cirúrgico Proposto         | FRATURA DE TORNOZELO | [3] |
| Pulseira De Identificação               | MSD.                 | [3] |
| Responsável Pelo Recebimento            | ROSA                 | [3] |
| Data Recebimento Do Paciente Na Unidade | 04/07/2018           | [3] |
| Avaliação Pré-Anestésica                | SIM.                 | [3] |
| Nome, dosagem, frequência               | LOSARTANA            | [3] |
| Alergia- Descrição                      | NÃO                  | [3] |
| Tabagista                               | NÃO.                 | [3] |
| Cirurgias Anteriores                    | NÃO.                 | [3] |
| Avaliação Das Condições Emocionais      | Cooperativa.         | [3] |
| Orientações Ao Paciente                 | SRPA.                | [3] |
| Adornos, Esmaltes E Maquiagem           | Sim                  | [3] |
| NUTRICIONAL / METABÓLICO                |                      |     |
| Jejum                                   | SIM.                 | [3] |
| CONFORTO                                |                      |     |
| GERAL                                   |                      |     |
| Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)    | Sim                  | [3] |
| OUTROS DADOS E SINAIS                   |                      |     |
| Peso                                    | 85 kg                | [3] |
| DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS           |                      |     |
| Data                                    | 04/07/2018           | [3] |
| Hora                                    | 12:44                | [3] |
| INTRA-OPERATÓRIO                        |                      |     |
| Hora                                    | 12:40                | [1] |
| Sala                                    | 5                    | [1] |



**FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO**

Pagina 2 de 3

**ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL**

04/07/2018 16:40

|                                      |                                    |                       |                     |
|--------------------------------------|------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO | Dt. Nasc.: 19/07/1981              | Atendimento: 51902220 | Prontuário: 9278560 |
| Convênio: HAPVIDA NATAL              | Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA | Leito: L02EMG/3       |                     |

|  |   |     |
|--|---|-----|
| Condições Da Pele ao início da cirurgia        | INTEGRA   | [1] |
| Início Da Anestesia                            | 12:30   | [1] |
| Término Da Anestesia                           | 14:05   | [1] |
| Início Da Cirurgia                             | 12:45   | [1] |
| Término Da Cirurgia                            | 14:00   | [1] |
| Instrumentador                                 | ROSIVANIA + MICHELE   | [1] |
| Circulante                                     | APARECIDA   | [1] |
| Posição do paciente durante o ato operatório   | Dorsal.   | [1] |
| Membro Ou Lado A Ser Operado                   | MIE   | [1] |
| Quantidade De Compressas Utilizadas No Início  | 9 UD  | [1] |
| Quantidade De Compressas Utilizadas No Término | 10 UD   | [1] |
| Medicações/hora                                | FOI ADM. PELO ANESTESISTA 02 GRAMAS DE KEFAZOL + 01 RAMITIDINA+ 01 DEXAMETASONA+ 01 ONDASENTRONA. | [1] |
| Exames De Imagem                               | Sim   | [1] |
| Clorexedine Alcoólico                          | Sim   | [1] |
| Clorexedine Degermante                         | Sim   | [1] |
| Álcool   | Sim   | [1] |
| Outros   | CLOREXIDINA AQUOSA  | [1] |
| Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia       | INCISADA LIMPA COM CURATIVO   | [1] |
| Grau De Contaminação                           | LIMPA.  | [1] |
| Encaminhamento Do Paciente                     | SRPA.   | [1] |

|                      |          |     |
|----------------------|----------|-----|
| <b>SINAIS VITAIS</b> |          |     |
| T                    | 36 °C    | [1] |
| Pulso                | 88 bpm   | [1] |
| PA                   | 120X70   | [1] |
| Dor                  | NENHUMA. | [1] |

|                              |       |     |
|------------------------------|-------|-----|
| <b>OUTROS DADOS E SINAIS</b> |       |     |
| Sat O2                       | 100 % | [1] |

|                                      |   |     |
|--------------------------------------|---|-----|
| <b>OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS</b> |   |     |
| Observação                           | PACIENTE ADM EM SO, CONSCIENTE, ORIENTADO EM O2 AMBIENTE, ANESTESIADO PELO ANESTESISTA DR: LEONARDO GOMES. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO DR: ANTONIO ARAUJO COM EXITO APOS PROCEDIMENTO, PACIENTE ENCAMINHADO AO SRPA, ESTAVEL. |     |
| Incisão Cirúrgica                    | MIE   | [1] |
| Punções Venosas                      | MSE   | [1] |

|                                     |        |     |
|-------------------------------------|--------|-----|
| <b>PÓS-OPERATÓRIO</b>               |        |     |
| Nível de Consciência pos operatorio | Calmo. | [2] |



**FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO**

Pagina 3 de 3

**ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL**

04/07/2018 16:40

 Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO  
 Convênio: HAPVIDA NATAL

Dt. Nasc.: 19/07/1981

Atendimento: 51902220

Prontuário: 9278560

Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA Leito: L02EMG/3

|                                      |   |     |
|--------------------------------------|---|-----|
| Tipo De Respiração                   | Espontânea s/suporte de o2.   | [2] |
| Extremidades                         | Perfundidas.  | [2] |
| Curativos Cirúrgicos                 | Limpo e seco.   | [2] |
| <b>ESCALA DE GLASGOW</b>             |   |     |
| Esponaneamente                       | Sim   | [2] |
| Orientado E Conversando              | Sim   | [2] |
| Obedece A Comandos                   | Sim   | [2] |
| <b>REGISTROS</b>                     |   |     |
| Acesso Periférico Pérvio             | Sim   | [2] |
| <b>ESCALA DE DOR</b>                 |   |     |
| 1 (Sem Dor)                          | Sim   | [2] |
| <b>DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS</b> |   |     |
| Data                                 | 04/07/2018  | [2] |
| Hora                                 | 16:33   | [2] |
| <b>ESCALA DE ALDRETE KROULIK</b>     |   |     |
| Desperto Totalmente                  | Sim   | [2] |
| Respira Profundamente                | Sim   | [2] |
| Apto A Mover 4 Extremidades          | Sim   | [2] |
| Maior Que 92% Respirando Ar          | Sim   | [2] |
| <b>CONDIÇÕES DE ENCAMINHAMENTO</b>   |   |     |
| Nível de Consciência                 | Calmo.  | [2] |
| Extremidades                         | Perfundidas.  | [2] |
| Curativos Cirúrgicos                 | Limpo e seco.   | [2] |
| Abdômem                              | Flácido.  | [2] |
| Unidade De Internação                | Sim   | [2] |
| <b>OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS</b> |   |     |
| Observação                           | Paciente admitida no setor proveniente de sua residência para submeter-se a fraturas de tibia associada ou não a fibula esquerda, chegou acompanhado de sua família deambulando, afirma hipertensão, nega diabetes mellitus e alergia medicamentosa, mantendo hidratação venosa periférica em membro superior esquerdo, com ferida operatoria limpa e ocluída em região do membro inferior esquerdo, paciente encontra-se consciente, orientada em o2 ambiente, normocardica normotensa, eupneica e afebril. Ofertado dieta via oral com boa aceitação, paciente segue no RSPA aguardando acomodação. Paciente encaminhado para acomodação acompanhado de seus familiares em o2 ambiente. | [2] |





# CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 2

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL

04/07/2018 14:36

|  |                                    |                       |                     |
|--|------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO                           | Dt. Nasc.: 19/07/1981              | Atendimento: 51902220 | Prontuário: 9278560 |
| Convênio: HAPVIDA NATAL  | Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA | Leito: L02EMG/3       |                     |
| Profissional(is): MICHELE DE MEDEIROS DINIZ MELLO (CRM 176538) |                                    | Nº: 25012098          | 04/07/2018 às 13:16 |

## DADOS DA ADMISSÃO

|                  |  |     |
|------------------|--|-----|
| Data Da Cirurgia | 04/07/2018   | [1] |
| Hora Da Cirurgia | 13:17  | [1] |
| Cirurgia         | ENXERTO OSSEO  | [1] |
| Equipe Cirúrgica | DR:ANTONIO ARAUJO+DR:LEONARDO GOMES.INST:ROSIVANIA+MICHELE.CIRCULANTE:APARECIDA. | [1] |

## ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

|   |                    |     |
|---|--------------------|-----|
| Sector De Admissão Do Paciente                            | SRPA               | [1] |
| Identidade Do Paciente                                    | Sim.               | [1] |
| Autorização Do Paciente                                   | Sim.               | [1] |
| Avaiiação Pré-Anestésica                                  | Sim.               | [1] |
| Informação De Lateralidade Pelo MA                        | Sim.               | [1] |
| Confirmação De Vaga Em UTI                                | Não.               | [1] |
| Exames Complementares                                     | SIM.               | [1] |
| Exames Radiológicos                                       | Sim.               | [1] |
| Retirada De Adornos/Próteses E Guarda Adequada            | Sim.               | [1] |
| Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia  | Não.               | [1] |
| Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia | Não.               | [1] |
| Confirmação De Reserva De Sangue                          | Não.               | [1] |
| Tricotomia Até 2 Horas Antes                              | Não.               | [2] |
| Higienização  | Sim.               | [2] |
| Higienização  |                    |     |
| Se sim, especifique                                       | CLOREXIDINA AQUOSA | [2] |

## ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

|   |      |     |
|---|------|-----|
| Confirmar Identidade Do Paciente  | Sim. | [2] |
| Prontuário Ativo  | Sim. | [2] |
| Opme Checado  | Sim. | [2] |
| Checagem Completa Dos Equipamentos  | Sim. | [2] |
| Alergias Do Paciente São Conhecidas   | Não. | [2] |
| Checagem Completa Das Medicções Anestésicas   | Sim. | [2] |
| Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Sangue Se Risco De Perda Sanguinea > 500 ML/Adulto - 7 ML/Kg Criança) | Não. | [2] |
| Via Aérea Difícil / Risco De Aspiração  | Não. | [2] |
| Confirmação De Vaga Em UTI  | Não. | [2] |

Enfermeira  
Enfermeira  
COREN 344.821



# CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 2 de 2

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL

04/07/2018 14:38

Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO Dt. Nasc.: 19/07/1981 Atendimento: 51902220 Prontuário: 9278560  
Convênio: HAPVIDA NATAL Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA Leito: L02EMG/3

## ANTES DA INICIÇÃO CIRÚRGICA

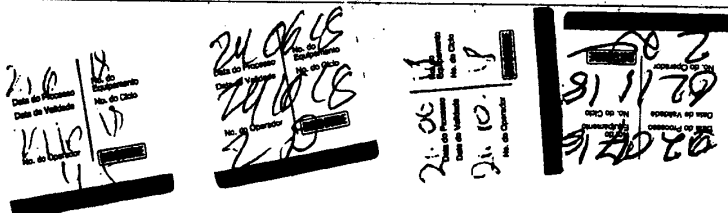
|                              |           |     |
|------------------------------|-----------|-----|
| Lateralidade Do Procedimento | Esquerda. | [2] |
| Paciente Certo               | Sim.      | [2] |
| Sítio Cirúrgico Identificado | Sim.      | [2] |

## ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

|   |      |     |
|---|------|-----|
| Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado | Sim. | [2] |
| Checkagem Completa Dos Equipamentos e Funcionamento                     | Sim. | [2] |
| Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos                  | SIM. | [2] |
| Checkou materiais e medicamentos necessários a anestesia a ser aplicada | Sim. | [2] |
| Equipamento necessário ao procedimento em sala e funcionando            | Sim. | [2] |
| Esterilização Do Material Confirmada E Validada                         | Sim. | [2] |

## AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

|   |      |     |
|---|------|-----|
| Orientação De Posicionamento De Membros   | Sim. | [2] |
| Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados   | Sim. | [2] |
| Realização Da Contagem E Conferência De Materiais, Instrumentais, Compressas E/Ou Agulhas De Sutura                         | Sim. | [2] |
| Identificação E Acondicionamento Correto Do Material A Ser Encaminhado Para A Análise Laboratorial E/Ou Anatomia Patológica | Sim. | [2] |
| Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião  | Sim. | [2] |





ANTONIO  
PRUDENTE

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Emissão

Página 1 de 1  
03/07/2018 22:21

Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO  
Convenio: HAPVIDA NATAL  
Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA

Dt. Nasc.: 19/07/1981  
Nº Prescrição: 17665055  
Leito: L02EMG3

03/07/2018 às 22:15

Atendimento: 519022220  
Prontuário: 9278560  
Peso: 80.00 Kg

1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL *At 00:00h*

CRM-4251

2. Hidratação Venosa Fase Única

SORO FISIOLÓGICO 0.9%

Vol. Total: 500 ml  
mL/Kcal/dia 500 ml

7.00 gts/min

Acesso Perfêrico

CRM-4251

3. PLAMET (5.00mg/ml)

Água Destilada

10mg

2ML (AMPL C/10MG) 8/8h EV

SN

CRM-4251

4. ANTAK (25.00mg/ml)

Água Destilada

50mg

2ML (AMPL C/50MG) 12/12h EV

SN

CRM-4251

5. DIPIRONA (500.00mg/ml)

Água Destilada

1000mg

2ML (AMPL C/500MG) 6/6h EV

SN

CRM-4251

6. TRAMADOL (50.00mg/ml)

Soro Fisiológico 0.9%

100mg

2ML (AMPL C/100MG) 8/8h EV

SN

CRM-4251

7. TILATIL (40.00mg)

40mg

(AMPL C/40MG) 24/24h EV

SN

CRM-4251

8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO

9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA

SN

CRM-4251

10. PUNCAO C/ JELCO

SN

CRM-4251

11. SINAIS VITAIS

SN

CRM-4251

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

SN

CRM-4251

13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC

SN

CRM-4251

14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOI

SN

CRM-4251

15. COMPRESSÃO COM ÉTER

SN

CRM-4251

Profissionais CRM-4251 SANDERSON PALHARES FARIAS DE OLIVEIRA

Benedito Marinho de Jesus  
Ortopedista Traumatologista  
CRM-4251 - 5145

*Temp = 36°C*  
*T.D = 120 x 80*  
*Temp. 35.8°C*  
*P.A = 130 x 80*

RP1541

SANDERSON PALHARES FARIAS DE OL 03/07/2018 22:21

10.1.32.204

| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                |  |                         |  | Pa                    |                             |
|--|--|-------------------------|--|-----------------------|-----------------------------|
|  |  |                         |  | Emissão: 04/07/2018   |                             |
| Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO             |  | Dt. Nasc.: 19/07/1981   |  | Atendimento: 51902220 |                             |
| Conveniência: HAPVIDA NATAL                      |  | Nº Prescrição: 17672108 |  | Prontuário: 9278560   |                             |
| Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA               |  | Leito: L02EMG/3         |  | Peso: 80.00 kg        |                             |
| 1 DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE               |  |                         |  | 3/3h                  | ORAL                        |
| 2 Hidratação Venosa Fase Única                   |  |                         |  | Vol. Total: 500 ml    | 7.00 gts/min                |
| SORO FISIOLÓGICO 0,9%                            |  |                         |  | 20.83 ml/Kcal/dia     | 300 ml                      |
| 3 CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/I1)              |  |                         |  | 1 g                   | 1 FRAP(C/1GR) 8/8h EV       |
| Água Destilada                                   |  |                         |  | 10 ml                 |                             |
| 4 PROFENID IV (100.00mg)                         |  |                         |  | 100 mg                | 1 FRAP(C/100MG) 8/8h EV     |
| Soro Fisiológico 0,9%                            |  |                         |  | 100 ml                |                             |
| 5 PLAMET (5.00mg/ml)                             |  |                         |  | 10 mg                 | 2 ML (AMPL C/10MG) 8/8h EV  |
| Água Destilada                                   |  |                         |  | 18 ml                 |                             |
| 6 TRAMADOL (50.00mg/ml)                          |  |                         |  | 100 mg                | 2 ML (AMPL C/100MG) 8/8h EV |
| Soro Fisiológico 0,9%                            |  |                         |  | 100 ml                |                             |
| 7 DIPIRONA (500.00mg/ml)                         |  |                         |  | 1000 mg               | 2 ML (AMPL C/500MG) 6/6h EV |
| Água Destilada                                   |  |                         |  | 18 ml                 |                             |
| 8 SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO                     |  |                         |  |                       | SN                          |
| 9 PUNCAO C/ JELCO                                |  |                         |  |                       | SN                          |
| 10 SINAIS VITAIS                                 |  |                         |  |                       |                             |
| 11 CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOA           |  |                         |  |                       |                             |
| 12 DECADRON (4.00mg/ml)                          |  |                         |  | 10 mg                 | 2.5 ML (AMPL C/4MG) 8/8h EV |
| Profissionais CRM-5016 ANTONIO B DE ARAUJO FILHO |  |                         |  |                       |                             |
| CRM-6595 DYENNO DE CARVALHO ANDRADE              |  |                         |  |                       |                             |

DR. ANTONIO B. DE ARAUJO FILHO  
CRM-5016  
Clínica de Reconstrução  
Ortopedia e Traumatologia  
Chirurgia do Pê e Tornozelo  
Chirurgia do Pê e Tornozelo  
Chirurgia do Pê e Tornozelo  
Chirurgia do Pê e Tornozelo

DR. DYENNO DE CARVALHO ANDRADE  
CRM-6595  
Clínica de Reconstrução  
Ortopedia e Traumatologia  
Chirurgia do Pê e Tornozelo  
Chirurgia do Pê e Tornozelo  
Chirurgia do Pê e Tornozelo  
Chirurgia do Pê e Tornozelo

RP1541

ANTONIO B DE ARAUJO FILHO

10.1.32.202

[http://hospitalar.hapvida.com.br:8888/forms90/forms90temp/REPPRESC\\_CRM5016...](http://hospitalar.hapvida.com.br:8888/forms90/forms90temp/REPPRESC_CRM5016...) 04/07/2018


| x   |  | PRESCRIÇÃO MÉDICA       |  | Pa                     |  |
|---|--|-------------------------|--|------------------------|--|
|   |  |                         |  | Emissão: 04/07/2018    |  |
| Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO              |  | Dt. Nasc.: 19/07/1981   |  | Atendimento: 51902220  |  |
| Conveniência: HAPVIDA NATAL                       |  | Nº Prescrição: 17672108 |  | Prontuário: 9278560    |  |
| Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA                |  | Unidade: LOZEMG/3       |  | Peso: 80,00 kg         |  |
| 1 DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE                |  | 3/3h ORAL               |  | CR                     |  |
| 2 Hidratação Venosa Fase Única                    |  | Vol. Total: 500 ml      |  | 7,00 gts/min           |  |
| SORO FISIOLÓGICO 0,9%                             |  | 20,83 ml/Kcal/dia       |  | Acesso Periférico      |  |
| 3 CEFALOXINA SODICA (1,00g)                       |  | 1 g                     |  | 1 FRAP(C/1GR)          |  |
| (DI/I)  |  | Agua Destilada          |  | 8/8h EV                |  |
| 4 PROFENID IV (100,00mg)                          |  | 100 mg                  |  | 1 FRAP(C/100MG)        |  |
| Soro Fisiológico 0,9%                             |  | 100 ml                  |  | 8/8h EV                |  |
| 5 PLAMET (5,00mg/ml)                              |  | 10 mg                   |  | 2 ML (AMPL C/10MG/8h)  |  |
| Agua Destilada                                    |  | 18 ml                   |  | EV                     |  |
| 6 TRAMADOL (50,00mg/ml)                           |  | 100 mg                  |  | 2 ML (AMPL C/100MG/8h) |  |
| Soro Fisiológico 0,9%                             |  | 100 ml                  |  | EV SN                  |  |
| Alta vigilância                                   |  |                         |  |                        |  |
| 7 DIPIRONA (500,00mg/ml)                          |  | 1000 mg                 |  | 2 ML (AMPL C/500MG/6h) |  |
| Agua Destilada                                    |  | 18 ml                   |  | EV                     |  |
| 8 SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO                      |  | SN                      |  | CR                     |  |
| 9 PUNCAO C/ JELCO                                 |  | SN                      |  | CR                     |  |
| 10 SINAIS VITAIS                                  |  |                         |  | CR                     |  |
| 11 CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOA            |  |                         |  | CR                     |  |
| Profissionais CRM-6595 DYENNO DE CARVALHO ANDRADE |  |                         |  |                        |  |

Dr. Antônio Araújo  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia de Mão e Tornozelo  
Cirurgia de Reconstrução  
CRM 8016 TEND 10055

RP1541

DYENNO DE CARVALHO ANDRADE

10.1.32.202

[http://hospitalar.hapvida.com.br:8888/forms90/forms90temp/REPPRESC\\_DUENNO...](http://hospitalar.hapvida.com.br:8888/forms90/forms90temp/REPPRESC_DUENNO...) 04/07/2018




Paciente: ALECSANDRO RUBENIO BASILIO

Convenio: HAPVIDA NATAL

Posto: POSTO 1A - ALA A

Dr. Nasc.: 19/07/1961

Nº Prescrição: 17680079

Leito: 2006N/1

05/07/2018 às 08:11

Atendimento: 31902220

Prontuário: 9278560

Peso: 80.00 kg

CE 26986244

1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE 3/3h ORAL CRM-5148

| 2. Hidratação Venosa Fase Única        | Vol. Total:       | 500 ml             | 7.00 gts/min | Acesso Periférico | CRM-5148 |
|--|-------------------|--------------------|--------------|-------------------|----------|
| 3. CEFALOXILINA SODICA (1.00g) (D1/3)  | 20.83 ml/Kcal/dia | 500 ml             |              |                   | CRM-5148 |
| 4. PROFENID IV (100.00mg)              | 1g                | 1FRAP (C/1GR)      | 8/8h EV      |                   | CRM-5148 |
| 5. PLAMET (5.00mg/ml)                  | 100mg             | 1FRAP (C/100MG)    | 8/8h EV      |                   | CRM-5148 |
| 6. TRAMADOL (50.00mg/ml)               | 100mg             | 2ML (AMPL C/10MG)  | 8/8h EV      |                   | CRM-5148 |
| 7. DECADRON (4.00mg/ml)                | 100mg             | 2ML (AMPL C/100MC) | 8/8h EV      |                   | CRM-5148 |
| 8. DIPIRONA (500.00mg/ml)              | 1000mg            | 2ML (AMPL C/500MC) | 6/6h EV      |                   | CRM-5148 |
| 9. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO          |                   |                    |              |                   | CRM-5148 |
| 10. PUNCAO C/ JELCO                    |                   |                    |              |                   | CRM-5148 |
| 11. SINAIS VITAIS                      |                   |                    |              |                   | CRM-5148 |
| 12. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHO |                   |                    |              |                   | CRM-5148 |

Profissionais CRM-5148 RAMON MARCELLO DE MACEDO TEIXEIRA



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Pa  
Emissão: 05/07/2018

|  |  |                         |                     |                       |                   |
|--|--|-------------------------|---------------------|-----------------------|-------------------|
| Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO         |  | Dt. Nasc.: 19/07/1981   |                     | Atendimento: 51902220 |                   |
| Convenio: HAPVIDA NATAL                      |  | Nº Prescrição: 17680079 |                     | Prontuário: 9278560   |                   |
| Posto: POSTO 1A - ALA A                      |  | Leito: 2006N/1          |                     | Peso: 80.00 kg        |                   |
| 1 DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE 3/3h ORAL |  |                         |                     |                       |                   |
| 2. Hidratação Venosa Fase Única              |  | Vol. Total: 500 ml      | 7.00 gts/min        |                       | Acesso Periférico |
| SORO FISIOLÓGICO 0,9%                        |  | 20.83 ml/Kcal/dia       | 500 ml              |                       |                   |
| 3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g)                 |  | 1 g                     | 1 FRAP(C/1GR)       | 8/8h                  | EV                |
| (D1/3)                                       |  | Agua Destilada          | 10 ml               |                       |                   |
| 4. PROFENID IV (100.00mg)                    |  | 100 mg                  | 1 FRAP(C/100MG)     | 8/8h                  | EV                |
| Soro Fisiológico 0,9%                        |  | 100 ml                  |                     |                       |                   |
| 5. PLAMET (5.00mg/ml)                        |  | 10 mg                   | 2 ML (AMPL C/10MG)  | 8/8h                  | EV                |
| Agua Destilada                               |  | 18 ml                   |                     |                       |                   |
| 6. TRAMADOL (50.00mg/ml)                     |  | 100 mg                  | 2 ML (AMPL C/100MG) | 8/8h                  | EV                |
| Soro Fisiológico 0,9%                        |  | 100 ml                  | SN                  |                       |                   |
| Alta vigilância                              |  |                         |                     |                       |                   |
| 7. DECADRON (4.00mg/ml)                      |  | 10 mg                   | 2.5 ML (AMPL C/4MG) | 8/8h                  | EV                |
| 8. DIPIRONA (500.00mg/ml)                    |  | 1000 mg                 | 2 ML (AMPL C/500MG) | 6/6h                  | EV                |
| Agua Destilada                               |  | 18 ml                   |                     |                       |                   |
| 9 SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO                 |  | SN                      |                     |                       |                   |
| 10 PUNCAO C/ JELCO                           |  | SN                      |                     |                       |                   |
| 11 SINAIS VITAIS                             |  |                         |                     |                       |                   |
| 12 CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOA       |  |                         |                     |                       |                   |
| 13 Alta em: 05/07/2018                       |  | ALTA MELHORADO          |                     |                       |                   |
| Alta dada por: DYENNO DE CARVALHO ANDRADE    |  |                         |                     |                       |                   |

Profissionais CRM-5148 RAMON MARCELLO DE MACEDO TEIXEIRA

RP1541

DYENNO DE CARVALHO ANDRADE

10.1.32.203

Dr. Dyennno de Carvalho Andrade  
CRM 6585 - R. 101 - F. 101  
Cirurgião - R. 101 - F. 101

[http://hospitalar.hapvida.com.br:8888/forms90/forms90temp/REPPRESC\\_DUENNO...](http://hospitalar.hapvida.com.br:8888/forms90/forms90temp/REPPRESC_DUENNO...) 05/07/2018


**PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR**

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL

03/07/2018 22:14

|                                     |   |            |   |              |          |             |         |
|-------------------------------------|---|------------|---|--------------|----------|-------------|---------|
| Paciente:                           | ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO  | Dt. Nasc.: | 19/07/1981                                  | Atendimento: | 51902220 | Prontuário: | 9278560 |
| Convênio:                           | HAPVIDA NATAL   | Posto:     | POSTO INTERNACAO EMERGENCIA Leito: L02EMG/3 |              |          |             |         |
| Profissional(is):                   | SANDERSON PACHARES FARIAS DE OLIVEIRA MEDICO ORTOPEDISTA Nº: 24991275 03/07/2018 às 22:11 |            |   |              |          |             |         |
| <b>IDENTIFICACAO</b>                |   |            |   |              |          |             |         |
| Nome                                | ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO  |            |   |              |          |             | [1]     |
| Sexo                                | Masculino.  |            |   |              |          |             | [1]     |
| Idade                               | 36 A 11 M   |            |   |              |          |             | [1]     |
| Data De Nascimento                  | 19/07/1981  |            |   |              |          |             | [1]     |
| Nº Atendimento                      | 51902220  |            |   |              |          |             | [1]     |
| <b>DADOS DO PACIENTE</b>            |   |            |   |              |          |             |         |
| <b>MOTIVOS DA INTERNACAO</b>        |   |            |   |              |          |             |         |
| CID10 Primário                      | S822 FRAT DA DIAFISE DA TIBIA   |            |   |              |          |             | [1]     |
| Aguda                               | Sim   |            |   |              |          |             | [1]     |
| <b>COMORBIDADES</b>                 |   |            |   |              |          |             |         |
| <b>GRAU DE INDEPENDENCIA</b>        |   |            |   |              |          |             |         |
| <b>IDENTIFICACAO DOS RISCOS</b>     |   |            |   |              |          |             |         |
| <b>OBJETIVOS TERAPÊUTICOS</b>       |   |            |   |              |          |             |         |
| Principal                           | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PERNA ESQUERDA   |            |   |              |          |             | [1]     |
| <b>OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES</b> |   |            |   |              |          |             |         |
| <b>ALTA HOSPITALAR</b>              |   |            |   |              |          |             |         |
| Total De Dias                       | 2 Dias  |            |   |              |          |             | [1]     |

**Dr. Antônio Araújo**  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 5149

Dr. Marcelo M. Pereira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 5149

03.07.18

Pac. note L

CD / PR

**Dr. Antônio Araújo**  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 5149



## EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL

04/07/2018 12:50

|   |   |                       |                     |
|---|---|-----------------------|---------------------|
| Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO                            | Dt. Nasc.: 19/07/1981   | Atendimento: 51902220 | Prontuário: 9278560 |
| Convênio: HAPVIDA NATAL   | Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA  | Leito: L02EMG/3       |                     |
| Profissional(is): DYENNO DE CARVALHO ANDRADE MELO, CRM 6595 (1) | Nº: 25011104  | 04/07/2018            | às 12:49            |
| <b>REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO</b>                            |   |                       |                     |
| Evolução Do Paciente  | PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS COM BOA PERFUSAO DISTAL [1] |                       |                     |
| CID 10  | S82 FRAT DA PERNA INCL TORNOZELO [1]  |                       |                     |

Dr. Antonio Araújo  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia de Pé e Tornozelo  
Cirurgia de Reconstrução  
CRM 6518 TECT 10000

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL  
CNPJ 08.111.104/0001-00  
RUA JOSE DE ALMEIDA, 100  
JARDIM JOSE DE ALMEIDA, 100



## RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

A SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL

06/07/2018 07:44

nte: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO

Dt. Nasc.: 19/07/1981

Atendimento: 51902220

Prontuário: 9278560

onio: HAPVIDA NATAL

Posto: POSTO 1A - ALA A

Leito: 2006N/1

sional(is): DYENNO DE CARVALHO ANDRADE, MÉDICO, CRM 6595 [1]

Nº: 25067767 05/07/2018 às 19:59

### HISTÓRICO

|                   |   |     |
|-------------------|---|-----|
| CID10             | Z988 OUTR ESTADOS POS-CIRURGICOS ESPEC  | [1] |
| Plano Terapêutico | pos operatorio sem queixas com boa perfusao distal edema leve.<br>orientacoes e retorno agendado 1 semana ou ao ps se sinal de alarme | [1] |

Dr. Antonio Prudente  
Cirurgia de Reconstrução  
Cirurgia do Pe e Tórax  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 5018 TEOT 10899





ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL

03/07/2018 22:06

|   |                                    |                       |                     |
|---|------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO  | Dt. Nasc.: 19/07/1981              | Atendimento: 51902220 | Prontuário: 9278560 |
| Convênio: HAPVIDA NATAL   | Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA | Leito: L02EMG/3       |                     |
| Profissional(is): DANIEL DE ALBUQUERQUE FEUSMINO ENFERMEIRO CORENIS 148210 Nº: 24990977 03/07/2018 às 22:00 |                                    |                       |                     |

|                                 |                    |     |
|---------------------------------|--------------------|-----|
| <b>PACIENTE</b>                 |                    |     |
| Escolaridade                    | ENSINO MÉDIO       | [1] |
| Estado Civil                    | CASADO             | [1] |
| Origem Do Paciente              | Outro Hospital.    | [1] |
| Data De Admissão                | 03/07/2018         | [1] |
| <b>CONTROLE DA SAÚDE</b>        |                    |     |
| Início da Doença                | 03/07/2018         | [1] |
| Queixas e Sintomas Gerais       | DOR E EDEMA EM MIE | [1] |
| Alergia-Descrição               | NEGA               | [1] |
| <b>NUTRICIONAL / METABÓLICO</b> |                    |     |
| Conservado                      | Sim                | [1] |
| <b>ELIMINAÇÃO</b>               |                    |     |
| Ausentes                        | Sim                | [1] |
| Presentes                       | Sim                | [1] |
| <b>SONO / REPOUSO</b>           |                    |     |
| Concilia sono e repouso         | Sim.               | [1] |
| <b>CONFORTO</b>                 |                    |     |
| Queixa de dor                   | Sim.               | [1] |
| <b>ESCALAS</b>                  |                    |     |
| <b>ESCALA DE GLASGOW</b>        |                    |     |
| Esponaneamente                  | Sim                | [1] |
| Orientado E Conversando         | Sim                | [1] |
| Obedece A Comandos              | Sim                | [1] |
| <b>ESCALA DE DOR</b>            |                    |     |
| 2                               | Sim                | [1] |
| <b>ESCALA DE BRADEN</b>         |                    |     |
| Escala De Braden                | 16                 | [1] |
| Nenhuma Limitação               | Sim                | [1] |
| Raramente Molhado               | Sim                | [1] |
| Acamado                         | Sim                | [1] |
| Bastante Limitado               | Sim                | [1] |
| Adequado                        | Sim                | [1] |
| Problema Em Potencial           | Sim                | [1] |

*Dey*  
Daniel de Albuquerque Faleiros  
CORENIS - RN 148210 - ENF



# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

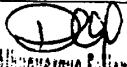
Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL

03/07/2018 21:59

|   |                                    |                       |                     |
|---|------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO  | Dt. Nasc.: 19/07/1981              | Atendimento: 51902220 | Prontuário: 9278560 |
| Convênio: HAPVIDA NATAL   | Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA | Leito: L02EMG/3       |                     |
| Profissional(is): DANIEL DE ALBUQUERQUE FELISMINO ENFERMEIRO(A) COREN 51448201 Nº: 24990744 03/07/2018 às 21:52 |                                    |                       |                     |

| EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM          |  |     |
|---------------------------------|--|-----|
| Evolução de enfermagem          | Paciente segue internado com fratura de tibia e fibula esquerda. Cirurgia programada para dia 04/07/2018 pela manhã, sem horário definido. No leito, consciente e orientado. Queixas de dor, medicado conforme prescrição médica. O2 ambiente/eupneico. Dieta via oral liberada até as 00h, após horário jejum para procedimento. AVP em MSE viabilizando analgesia se necessário. Eliminações vesicais espontâneas em papagalo. MIE imobilizado. Aguarda vaga em enfermaria, solicitada vaga. | [1] |
| CONTROLE VITAIS / MÉDIA PERÍODO |  |     |
| SINAIS VITAIS                   |  |     |
| T                               | 36.5 °C  | [1] |
| Pulso                           | 75 bpm   | [1] |
| PA                              | 115x70   | [1] |
| FR                              | 16 mrpm  | [1] |
| Dor                             | Leve.  | [1] |
| OUTROS DADOS E SINAIS           |  |     |
| Sat O2                          | 99 %   | [1] |
| PROCEDIMENTOS INVASIVOS         |  |     |
| Acesso Periférico               | Sim  | [1] |
| IDENTIFICAÇÃO DE RISCO          |  |     |
| Tromboembolismo Venoso (TEV)    | Sim  | [1] |
| Flebite                         | Sim  | [1] |
| Queda                           | Sim  | [1] |

  
Daniel de Albuquerque Felismino  
COREN - RN - 514482 - ENF



**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO**

Página 1 de 1

**ULTRA SOM SERV MED LTQA - HAP NATAL**

04/07/2018 08:52

|  |                                    |                       |                     |
|--|------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO                                       | DI. Nasc.: 19/07/1981              | Atendimento: 51902220 | Prontuário: 9278560 |
| Convênio: HAPVIDA NATAL  | Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA | Leito: L02EMG/3       |                     |
| Profissional(is): JESSICA GOMES DE PAIVA SILVA ENFERMEIRO(A) COREN 275.495 | Nº: 24999583                       | 04/07/2018            | às 08:45            |

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

|                               |  |     |
|-------------------------------|--|-----|
| <b>Evolução de enfermagem</b> | Paciente segue internado no PSA com fratura de tibia e fíbula E. Encontra-se com BEG, consciente, orientado, hipertenso, taquipneico em O2 ambiente, normocárdico. Mantido em dieta zero para procedimento, mantém AVP em MSE viabilizando HV e medicações conforme prescrição médica. Abdomo flácido e indolor à palpação, relata presença de diurese espontânea e ausência de eliminações intestinais, ausência de edema em MID. Mantém tala gessada em MIE. Aguarda ser encaminhado para o Centro cirúrgico para realizar procedimento. | [1] |
|-------------------------------|--|-----|

**CONTROLE VITAIS / MÉDIA PERÍODO**
**SINAIS VITAIS**

|    |         |     |
|----|---------|-----|
| T  | 36.3 °C | [1] |
| PA | 160x100 | [1] |
| FC | 91 bpm  | [1] |
| FR | 21 mrpm | [1] |

**DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS**

|      |            |     |
|------|------------|-----|
| Data | 04/07/2018 | [1] |
| Hora | 08:51      | [1] |

**PROCEDIMENTOS INVASIVOS**

|                   |     |     |
|-------------------|-----|-----|
| Acesso Periférico | Sim | [1] |
|-------------------|-----|-----|

**IDENTIFICAÇÃO DE RISCO**

|   |     |     |
|---|-----|-----|
| Hipoglicemia                            | Sim | [1] |
| Flebite                                 | Sim | [1] |
| Infecção Primária De Corrente Sanguínea | Sim | [1] |

  
 Jessica Gomes de P. Silva  
 Enfermeira  
 COREN-RN 275.495



## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL

04/07/2018 16:32

|  |                                     |                       |                     |
|--|-------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO                                       | Dt. Nasc.: 19/07/1981               | Atendimento: 51902220 | Prontuário: 9278560 |
| Convênio: HAPVIDA NATAL  | Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE | Leito: 634051/1       |                     |
| Profissional(is): SIMONE PEREIRA FERREIRA, ENFERMEIRO(A), COREN 347130 [1] | Nº: 25015390                        | 04/07/2018            | às 14:41            |

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

#### Evolução de enfermagem

Paciente admitida no setor proveniente de sua residência para submeter-se a fraturas de tibia associada ou não a fibula esquerda, chegou acompanhado de sua família deambulando, afirma hipertensão, nega diabetes mellitus e alergia medicamentosa, mantendo hidratação venosa periférica em membro superior esquerdo, com ferida operatoria limpa e ocluída em região do membro inferior esquerdo, paciente encontra-se consciente, orientada em o2 ambiente, normocárdica normotensa, eupneica e afebril. Ofertado dieta via oral com boa aceitação, paciente segue no RSPA aguardando acomodação. Paciente encaminhado para acomodação acompanhado de seus familiares em o2 ambiente.

[1]

### CONTROLE VITAIS / MÉDIA PERÍODO

#### DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

|      |            |     |
|------|------------|-----|
| Data | 04/07/2018 | [1] |
| Hora | 14:50      | [1] |

### PROCEDIMENTOS INVASIVOS

|                   |     |     |
|-------------------|-----|-----|
| Acesso Periférico | Sim | [1] |
|-------------------|-----|-----|

Simone Pereira Ferreira  
Enfermeiro(a)  
COREN 347130



## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

A SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL

04/07/2018 18:20

|   |                         |                       |                     |
|---|-------------------------|-----------------------|---------------------|
| nte: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO   | Dt. Nasc.: 19/07/1981   | Atendimento: 51902220 | Prontuário: 9278560 |
| onio: HAPVIDA NATAL   | Posto: POSTO 1A - ALA A | Leito: 2006N/1        |                     |
| ional(is): VANESSA KAREN SILVA AZEVEDO, ENFERMEIRO(A), COREN-RN 2.435-ENF | Nº: 25023402            | 04/07/2018            | às 17:58            |

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

volução de enfermagem

Paciente admitido na maternidade proveniente do CC em POI de fraturas de tibia associada ou não a fibula esquerda, afirma hipertensão em uso de losartana, nega diabetes mellitus e alergia medicamentosa, paciente encontra-se consciente, orientado, em tempo, espaço e pessoa, em O2 ambiente, normocardico, normotenso, eupneico e afebril. Dieta VO, bem aceita, mantendo hidratação venosa periférica em membro superior esquerdo, com ferida operatoria sangrante em região do membro inferior esquerdo, realizado adição de curativo compressivo. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem, sem intercorrências no horário.

[1]

### EXAMINADOS INVASIVOS

cesso Periférico

Sim

[1]

Vanessa Karen S. Azevedo  
COREN-RN 2.435-ENF



## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

RA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL

04/07/2018 20:11

Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO

Dt. Nasc.: 19/07/1981

Atendimento: 51902220

Prontuário: 9278560

Paciente: HAPVIDA NATAL

Posto: POSTO 1A - ALA A

Leito: 2006N/1

Enfermeiro(a): MAGNOLIA CARVALHO DE AQUINO, ENFERMEIRO(A), COREN 58434 [1]

Nº: 25027718 04/07/2018 às 20:05

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## Evolução de enfermagem

Paciente em POM de fratura de tibia esquerda, hipertenso em uso de losartana, nega diabetes mellitus e alergia medicamentosa, consciente, orientado, em O2 ambiente, normocardico, normotenso, eupneico e afebril. Dieta VO bem aceita, AVP/MSE viabilizando a HV + ATB, FO ocluída em MIE, aguardando diurese espontânea. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.

[1]

## ROLE VITAIS / MÉDIA PERÍODO

## DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data

04/07/2018

[1]

Hora

20:10

[1]

## EXAMES INVASIVOS

Acesso Periférico

Sim

[1]

0

ASSINADO DIGITALMENTE POR: MAGNOLIA CARVALHO AQUINO GONZAGA:91446147487, às 20:32BRT de 04/07/2018





## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

HAP SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL

05/07/2018 10:00

Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO Dt. Nasc.: 19/07/1981 Atendimento: 51902220 Prontuário: 9278560

Unidade: HAPVIDA NATAL Posto: POSTO 1A - ALA A Leito: 2006N/1

Enfermeiro(a): FRANCISCA MYRELLE SARMENTO, ENFERMEIRO(A), COREN 463757 [1] Nº: 25043180 05/07/2018 às 09:58

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

|                        |  |     |
|------------------------|--|-----|
| evolução de enfermagem | Paciente em 1º dpo de fratura de tibia esquerda, hipertenso em uso de losartana, nega diabetes mellitus e alergia medicamentosa, consciente, orientado, em O2 ambiente, normocardico, normotenso, eupneico e afebril. Dieta VO bem aceita, AVP/MSE viabilizando a HV + ATB, FO ocluída em MIE, realizado a troca do curativo, com diurese espontânea presente, pct realizou higienização no banho, Segue aos cuidados da equipe de enfermagem. | [1] |
|------------------------|--|-----|

## PROCEDIMENTOS INVASIVOS

|                         |     |     |
|-------------------------|-----|-----|
| Procedimento Periférico | Sim | [1] |
|-------------------------|-----|-----|

Francisca Myrelle Sarmento  
ENFERMEIRO(A)  
COREN 463757



**REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM**

Página 1 de 1

**ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP,NATAL**

04/07/2018 09:27

|   |                                    |                       |                     |
|---|------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO  | Dt. Nasc.: 19/07/1981              | Atendimento: 51902220 | Prontuário: 9278560 |
| Convênio: HAPVIDA NATAL   | Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA | Leito: L02EMG/3       |                     |
| Profissional(is): JOSE EDUARDO DE MARI VA TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN 1127384 | Nº: 25001341                       | 04/07/2018            | às 09:24            |

| DADOS DO PACIENTE                   |  |     |
|-------------------------------------|--|-----|
| Data De Nascimento                  | 19/07/1981   | [1] |
| PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - MANHÃ |  |     |
| Hora                                | 09:24  | [1] |
| Hora                                |  |     |
| Descrição                           | Paciente internado nesta unidade com fratura de tibia e fibula esquerda,consciente,orientado,afetado SSVV,em O2 ambiente,com acesso periferico em MSE,em HV,aguarda cirurgia,segue aos cuidados da equipe de enfermagem. | [1] |
| Hora                                | 09:24  | [1] |
| Hora                                | 09:24  | [1] |
| Hora                                | 09:24  | [1] |
| PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - TARDE |  |     |
| Hora                                | 09:24  | [1] |
| Hora                                | 09:24  | [1] |
| Hora                                | 09:24  | [1] |
| Hora                                | 09:24  | [1] |
| PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - NOITE |  |     |
| Hora                                | 09:24  | [1] |
| Hora                                | 09:24  | [1] |
| Hora                                | 09:24  | [1] |
| CUIDADOS DE ENFERMAGEM              |  |     |

Tec. Jose Edualdo  
1127384



## REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL

04/07/2018 17:21

Nome: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO

Dt. Nasc.: 19/07/1981

Atendimento: 51902220

Prontuário: 9278560

Unidade: HAPVIDA NATAL

Posto: POSTO 1A - ALA A

Leito: 2006N/1

Profissional(is): ANDREA DE PAIVA MELO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN 1123250 (1)

Nº: 25021816

04/07/2018 às 17:17

DADOS DO PACIENTE

EDIMENTOS E OBSERVAÇÕES DIURNA

EDIMENTOS E OBSERVAÇÕES NOTURNA

hora

17:17

[1]

hora

Descrição

paciente admitido neste setor proveniente do cc, realizou procedimento de fratura de tibia, nega alergia, e hipertenso cm hv msd, consciente e orientada em o2 ambiente, administrada medicação de horario e aferido ssvv segue ao cuidados da equipe.

[1]

EDIMENTOS E OBSERVAÇÕES NOTURNA

ADOS DE ENFERMAGEM

Andria de Paiva Melo  
Técnico de Enfermagem  
COREN 1123250



## REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

RA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL

04/07/2018 20:45

ente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO Dt. Nasc.: 19/07/1981 Atendimento: 51902220 Prontuário: 9278560  
onio: HAPVIDA NATAL Posto: POSTO 1A - ALA A Leito: 2006N/1

cional(is): ANDREA DE PAIVA MELO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1123250/M Nº: 25021816 04/07/2018 às 17:17  
FRANCISCA DAS CHAGAS FERREIRA DAES RODRIGUES, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 038707/21

### DADOS DO PACIENTE

#### PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - MANHÃ

#### PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - TARDE

hora 17:17 [1]

escrição paciente admitido neste setor proveniente do cc, realizou procedimento de fratura de tibia, nega alergia, e hipertensão cm hv msd, consciente e orientada em o2 ambiente, administrada medicação de horário e aferido ssvv segue ao cuidados da equipe. [1]

#### PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - NOITE

hora 21 [2]

hora [2]  
escrição paciente consciente e orientado de repouso ao leito, em tratamento clínico de fratura, com hvv viabilizando, aceitando bem a dieta oferecida e eliminações fisiológicas presente. [2]

### DADOS DE ENFERMAGEM

31/07/2018 17:17  
ANDREA DE PAIVA MELO  
FRANCISCA DAS CHAGAS FERREIRA DAES RODRIGUES



## REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

HAP SOM SERV MED LTDA - HAP,NATAL

05/07/2018 15:34

|                                     |  |            |                  |              |          |             |          |
|-------------------------------------|--|------------|------------------|--------------|----------|-------------|----------|
| Nome:                               | ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO   | Dt. Nasc.: | 19/07/1981       | Atendimento: | 51902220 | Prontuário: | 9278560  |
| Sobrenome:                          | HAPVIDA NATAL  | Posto:     | POSTO 1A - ALA A | Leito:       | 2006N/1  |             |          |
| Profissional(is):                   | WISDETE LIMA DO NASCIMENTO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN 619245 (1)   |            |                  | Nº:          | 25057626 | 05/07/2018  | às 15:23 |
| DADOS DO PACIENTE                   |  |            |                  |              |          |             |          |
| PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - MANHÃ |  |            |                  |              |          |             |          |
| hora                                | 08:00  |            |                  |              |          |             | [1]      |
| hora                                |  |            |                  |              |          |             |          |
| descrição                           | Paciente consciente, orientado, h.v. em o2 ambiente pós cirurgia fratura. paciente alega ser hipertenso. Realizado banho e renovado curativo. administrado medicação, verificado sinais vitais. Paciente segue aos cuidados da enfermagem. |            |                  |              |          |             | [1]      |
| PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - TARDE |  |            |                  |              |          |             |          |
| hora                                | 15:32  |            |                  |              |          |             | [1]      |
| hora                                |  |            |                  |              |          |             |          |
| descrição                           | Paciente segue aos cuidados da enfermagem, administrado medicação. Paciente apresenta diurese espontânea. Verificado sinais vitais.  |            |                  |              |          |             | [1]      |
| PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - NOITE |  |            |                  |              |          |             |          |
| DADOS DE ENFERMAGEM                 |  |            |                  |              |          |             |          |

*Wisdete  
619245*



## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1  
03/07/2018 22:08  
p1352\_000

|  |                         |                       |                     |
|--|-------------------------|-----------------------|---------------------|
| Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO           | Dt. Nasc.: 19/07/1981   | Atendimento: 51902220 | Prontuário: 9278560 |
| Convênio: HAPVIDA NATAL                        | Nº Prescrição: 17685015 | 03/07/2018 às 22:07   |                     |
| Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENC               | Leito: L02EMG/3         |                       |                     |
| Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CLÍNICO |                         |                       |                     |
| Profissionais:                                 |                         |                       |                     |

### 7 - RISCO DE INFECÇÃO

Relacionado a: TRAUMATISMO  
DOENÇAS CRÔNICAS  
EXPOSIÇÃO AMBIENTAL

|                             |             |             |             |
|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|
| OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS | 04/07 Manhã | 04/07 Tarde | 04/07 Noite |
|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|

### 12 - RISCO DE QUEDA

Relacionado a: DÉFICIT MOTOR

|   |             |             |             |
|---|-------------|-------------|-------------|
| MANTER LEITO NA POSIÇÃO E GRADES<br>LATERAIS LEVANTADAS | 04/07 Manhã | 04/07 Tarde | 04/07 Noite |
|---|-------------|-------------|-------------|

|   |             |             |             |
|---|-------------|-------------|-------------|
| ORIENTAR A SOLICITAR AJUDA PARA SAÍDA<br>DO LEITO | 04/07 Manhã | 04/07 Tarde | 04/07 Noite |
|---|-------------|-------------|-------------|

  
Daniel de Albuquerque Fellamino  
COREN - RN - 514582 - EMF





**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**Página 1 de 1  
04/07/2018 00:49  
rp1832\_000

|  |                         |                       |                     |
|--|-------------------------|-----------------------|---------------------|
| Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO             | Dt. Nasc.: 19/07/1981   | Atendimento: 51902220 | Prontuário: 9278560 |
| Convênio: HAPVIDA NATAL                          | Nº Prescrição: 17665953 | 04/07/2018 às 00:49   |                     |
| Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENC                 | Leito: L02EMG/3         |                       |                     |
| Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO |                         |                       |                     |
| Profissionais:                                   |                         |                       |                     |

**2 - CONFORTO PREJUDICADO**

Relacionado a: DOR

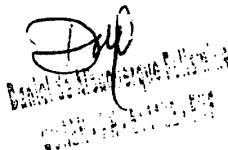
|                                 |       |       |       |
|---------------------------------|-------|-------|-------|
| LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR     | Manhã | Tarde | Noite |
| ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA | Manhã | Tarde | Noite |

**8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A**

Relacionado a: TRAUMATISMO

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

|                             |       |       |       |
|-----------------------------|-------|-------|-------|
| OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS | Manhã | Tarde | Noite |
|-----------------------------|-------|-------|-------|

  
Doutor em Ciências da Saúde  
Mestre em Enfermagem  
Bacharel em Enfermagem

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1  
05/07/2018 02:17  
191527\_000

|  |                         |                       |                     |
|--|-------------------------|-----------------------|---------------------|
| Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO             | Dt. Nasc.: 19/07/1981   | Atendimento: 51902220 | Prontuário: 9278560 |
| Convênio: HAPVIDA NATAL                          | Nº Prescrição: 17678416 | 05/07/2018 às 02:16   |                     |
| Posto: POSTO 1A - ALA A                          | Leito: 2006N/1          |                       |                     |
| Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO |                         |                       |                     |
| Profissionais:                                   |                         |                       |                     |

## 2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO

|                                 |       |       |       |
|---------------------------------|-------|-------|-------|
| ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA | Manhã | Tarde | Noite |
| LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR     | Manhã | Tarde | Noite |

## 1 - RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA

Relacionado a: DISFUNÇÃO NEUROMUSCULAR OU SENSORIAL

|  |       |       |       |
|--|-------|-------|-------|
| OBSERVAR PRESENÇA DE BEXIGOMA                | Manhã | Tarde | Noite |
| VERIFICAR PERMEABILIDADE DA SONDA<br>/ESICAL | Manhã | Tarde | Noite |

## 3 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS  
EXPOSIÇÃO AMBIENTAL  
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

|                             |       |       |       |
|-----------------------------|-------|-------|-------|
| RENOVAR ACESSO VENOSO       | Manhã | Tarde | Noite |
| OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS | Manhã | Tarde | Noite |






## AVALIAÇÃO DE RISCO ADULTO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL

03/07/2018 22:07

|  |  |                       |                     |
|--|--|-----------------------|---------------------|
| Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO   | Dt. Nasc.: 19/07/1981                              | Atendimento: 51902220 | Prontuário: 9278560 |
| Convênio: HAPVIDA NATAL  | Posto: POSTO INTERNACAO EMERGENCIA Leito: L02EMG/3 |                       |                     |
| Profissional(is): DANIEL DE ALBUQUERQUE FERNANDES ENFERMEIRO (CRM 514482/1) Nº: 24991173 03/07/2018 às 22:07 |  |                       |                     |
| <b>QUEDA</b>   |  |                       |                     |
| Apóia-se no Mobiliário para Andar  | Sim  |                       | [1]                 |
| Normal/Acamado/Imóvel  | Sim  |                       | [1]                 |
| Orientado  | Sim  |                       | [1]                 |
| Risco de Queda   | 30 - Baixo risco                                   |                       | [1]                 |
| <b>FLEBITE</b>   |  |                       |                     |
| <b>PERDA DE DISPOSITIVO</b>  |  |                       |                     |
| <b>BRONCOASPIRAÇÃO</b>   |  |                       |                     |
| <b>LESÃO POR PRESSÃO</b>   |  |                       |                     |

  
Daniel de Albuquerque Fernandes  
CRM 514482/1 - EMF



## AVALIAÇÃO DE RISCO ADULTO

MA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL

04/07/2018 18:21

|  |                         |                       |                     |
|--|-------------------------|-----------------------|---------------------|
| Nome: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO   | Dt. Nasc.: 19/07/1981   | Atendimento: 51902220 | Prontuário: 9278560 |
| Unidade: HAPVIDA NATAL   | Posto: POSTO 1A - ALA A | Leito: 2006N/1        |                     |
| Observação(s): VANESSA KAREN SILVA AZEVEDO, ENFERMEIRO(A), COREN 532435 [1] Nº: 25024339 04/07/2018 às 18:20 |                         |                       |                     |
| A  |                         |                       |                     |
| Apoia-se no Mobiliário para Andar  | Sim                     |                       | [1]                 |
| Normal/Acamado/móvel   | Sim                     |                       | [1]                 |
| Orientado  | Sim                     |                       | [1]                 |
| Risco de Queda   | 30 - Baixo risco        |                       | [1]                 |
| B  |                         |                       |                     |
| C  |                         |                       |                     |
| D  |                         |                       |                     |
| E  |                         |                       |                     |
| F  |                         |                       |                     |
| G  |                         |                       |                     |
| H  |                         |                       |                     |
| I  |                         |                       |                     |
| J  |                         |                       |                     |
| K  |                         |                       |                     |
| L  |                         |                       |                     |
| M  |                         |                       |                     |
| N  |                         |                       |                     |
| O  |                         |                       |                     |
| P  |                         |                       |                     |
| Q  |                         |                       |                     |
| R  |                         |                       |                     |
| S  |                         |                       |                     |
| T  |                         |                       |                     |
| U  |                         |                       |                     |
| V  |                         |                       |                     |
| W  |                         |                       |                     |
| X  |                         |                       |                     |
| Y  |                         |                       |                     |
| Z  |                         |                       |                     |
| AA   |                         |                       |                     |
| AB   |                         |                       |                     |
| AC   |                         |                       |                     |
| AD   |                         |                       |                     |
| AE   |                         |                       |                     |
| AF   |                         |                       |                     |
| AG   |                         |                       |                     |
| AH   |                         |                       |                     |
| AI   |                         |                       |                     |
| AJ   |                         |                       |                     |
| AK   |                         |                       |                     |
| AL   |                         |                       |                     |
| AM   |                         |                       |                     |
| AN   |                         |                       |                     |
| AO   |                         |                       |                     |
| AP   |                         |                       |                     |
| AQ   |                         |                       |                     |
| AR   |                         |                       |                     |
| AS   |                         |                       |                     |
| AT   |                         |                       |                     |
| AU   |                         |                       |                     |
| AV   |                         |                       |                     |
| AW   |                         |                       |                     |
| AX   |                         |                       |                     |
| AY   |                         |                       |                     |
| AZ   |                         |                       |                     |
| BA   |                         |                       |                     |
| BB   |                         |                       |                     |
| BC   |                         |                       |                     |
| BD   |                         |                       |                     |
| BE   |                         |                       |                     |
| BF   |                         |                       |                     |
| BG   |                         |                       |                     |
| BH   |                         |                       |                     |
| BI   |                         |                       |                     |
| BJ   |                         |                       |                     |
| BK   |                         |                       |                     |
| BL   |                         |                       |                     |
| BM   |                         |                       |                     |
| BN   |                         |                       |                     |
| BO   |                         |                       |                     |
| BP   |                         |                       |                     |
| BQ   |                         |                       |                     |
| BR   |                         |                       |                     |
| BS   |                         |                       |                     |
| BT   |                         |                       |                     |
| BU   |                         |                       |                     |
| BV   |                         |                       |                     |
| BW   |                         |                       |                     |
| BX   |                         |                       |                     |
| BY   |                         |                       |                     |
| BZ   |                         |                       |                     |
| CA   |                         |                       |                     |
| CB   |                         |                       |                     |
| CC   |                         |                       |                     |
| CD   |                         |                       |                     |
| CE   |                         |                       |                     |
| CF   |                         |                       |                     |
| CG   |                         |                       |                     |
| CH   |                         |                       |                     |
| CI   |                         |                       |                     |
| CJ   |                         |                       |                     |
| CK   |                         |                       |                     |
| CL   |                         |                       |                     |
| CM   |                         |                       |                     |
| CN   |                         |                       |                     |
| CO   |                         |                       |                     |
| CP   |                         |                       |                     |
| CQ   |                         |                       |                     |
| CR   |                         |                       |                     |
| CS   |                         |                       |                     |
| CT   |                         |                       |                     |
| CU   |                         |                       |                     |
| CV   |                         |                       |                     |
| CW   |                         |                       |                     |
| CX   |                         |                       |                     |
| CY   |                         |                       |                     |
| CZ   |                         |                       |                     |
| DA   |                         |                       |                     |
| DB   |                         |                       |                     |
| DC   |                         |                       |                     |
| DD   |                         |                       |                     |
| DE   |                         |                       |                     |
| DF   |                         |                       |                     |
| DG   |                         |                       |                     |
| DH   |                         |                       |                     |
| DI   |                         |                       |                     |
| DJ   |                         |                       |                     |
| DK   |                         |                       |                     |
| DL   |                         |                       |                     |
| DM   |                         |                       |                     |
| DN   |                         |                       |                     |
| DO   |                         |                       |                     |
| DP   |                         |                       |                     |
| DQ   |                         |                       |                     |
| DR   |                         |                       |                     |
| DS   |                         |                       |                     |
| DT   |                         |                       |                     |
| DU   |                         |                       |                     |
| DV   |                         |                       |                     |
| DW   |                         |                       |                     |
| DX   |                         |                       |                     |
| DY   |                         |                       |                     |
| DZ   |                         |                       |                     |
| EA   |                         |                       |                     |
| EB   |                         |                       |                     |
| EC   |                         |                       |                     |
| ED   |                         |                       |                     |
| EE   |                         |                       |                     |
| EF   |                         |                       |                     |
| EG   |                         |                       |                     |
| EH   |                         |                       |                     |
| EI   |                         |                       |                     |
| EJ   |                         |                       |                     |
| EK   |                         |                       |                     |
| EL   |                         |                       |                     |
| EM   |                         |                       |                     |
| EN   |                         |                       |                     |
| EO   |                         |                       |                     |
| EP   |                         |                       |                     |
| EQ   |                         |                       |                     |
| ER   |                         |                       |                     |
| ES   |                         |                       |                     |
| ET   |                         |                       |                     |
| EU   |                         |                       |                     |
| EV   |                         |                       |                     |
| EW   |                         |                       |                     |
| EX   |                         |                       |                     |
| EY   |                         |                       |                     |
| EZ   |                         |                       |                     |
| FA   |                         |                       |                     |
| FB   |                         |                       |                     |
| FC   |                         |                       |                     |
| FD   |                         |                       |                     |
| FE   |                         |                       |                     |
| FF   |                         |                       |                     |
| FG   |                         |                       |                     |
| FH   |                         |                       |                     |
| FI   |                         |                       |                     |
| FJ   |                         |                       |                     |
| FK   |                         |                       |                     |
| FL   |                         |                       |                     |
| FM   |                         |                       |                     |
| FN   |                         |                       |                     |
| FO   |                         |                       |                     |
| FP   |                         |                       |                     |
| FQ   |                         |                       |                     |
| FR   |                         |                       |                     |
| FS   |                         |                       |                     |
| FT   |                         |                       |                     |
| FU   |                         |                       |                     |
| FV   |                         |                       |                     |
| FW   |                         |                       |                     |
| FX   |                         |                       |                     |
| FY   |                         |                       |                     |
| FZ   |                         |                       |                     |
| GA   |                         |                       |                     |
| GB   |                         |                       |                     |
| GC   |                         |                       |                     |
| GD   |                         |                       |                     |
| GE   |                         |                       |                     |
| GF   |                         |                       |                     |
| GG   |                         |                       |                     |
| GH   |                         |                       |                     |
| GI   |                         |                       |                     |
| GJ   |                         |                       |                     |
| GK   |                         |                       |                     |
| GL   |                         |                       |                     |
| GM   |                         |                       |                     |
| GN   |                         |                       |                     |
| GO   |                         |                       |                     |
| GP   |                         |                       |                     |
| GQ   |                         |                       |                     |
| GR   |                         |                       |                     |
| GS   |                         |                       |                     |
| GT   |                         |                       |                     |
| GU   |                         |                       |                     |
| GV   |                         |                       |                     |
| GW   |                         |                       |                     |
| GX   |                         |                       |                     |
| GY   |                         |                       |                     |
| GZ   |                         |                       |                     |
| HA   |                         |                       |                     |
| HB   |                         |                       |                     |
| HC   |                         |                       |                     |
| HD   |                         |                       |                     |
| HE   |                         |                       |                     |
| HF   |                         |                       |                     |
| HG   |                         |                       |                     |
| HH   |                         |                       |                     |
| HI   |                         |                       |                     |
| HJ   |                         |                       |                     |
| HK   |                         |                       |                     |
| HL   |                         |                       |                     |
| HM   |                         |                       |                     |
| HN   |                         |                       |                     |
| HO   |                         |                       |                     |
| HP   |                         |                       |                     |
| HQ   |                         |                       |                     |
| HR   |                         |                       |                     |
| HS   |                         |                       |                     |
| HT   |                         |                       |                     |
| HU   |                         |                       |                     |
| HV   |                         |                       |                     |
| HW   |                         |                       |                     |
| HX   |                         |                       |                     |
| HY   |                         |                       |                     |
| HZ   |                         |                       |                     |
| IA   |                         |                       |                     |
| IB   |                         |                       |                     |
| IC   |                         |                       |                     |
| ID   |                         |                       |                     |
| IE   |                         |                       |                     |
| IF   |                         |                       |                     |
| IG   |                         |                       |                     |
| IH   |                         |                       |                     |
| II   |                         |                       |                     |
| IJ   |                         |                       |                     |
| IK   |                         |                       |                     |
| IL   |                         |                       |                     |
| IM   |                         |                       |                     |
| IN   |                         |                       |                     |
| IO   |                         |                       |                     |
| IP   |                         |                       |                     |
| IQ   |                         |                       |                     |
| IR   |                         |                       |                     |
| IS   |                         |                       |                     |
| IT   |                         |                       |                     |
| IU   |                         |                       |                     |
| IV   |                         |                       |                     |
| IW   |                         |                       |                     |
| IX   |                         |                       |                     |
| IY   |                         |                       |                     |
| IZ   |                         |                       |                     |
| JA   |                         |                       |                     |
| JB   |                         |                       |                     |
| JC   |                         |                       |                     |
| JD   |                         |                       |                     |
| JE   |                         |                       |                     |
| JF   |                         |                       |                     |
| JG   |                         |                       |                     |
| JH   |                         |                       |                     |
| JI   |                         |                       |                     |
| JJ   |                         |                       |                     |
| JK   |                         |                       |                     |
| JL   |                         |                       |                     |
| JM   |                         |                       |                     |
| JN   |                         |                       |                     |
| JO   |                         |                       |                     |
| JP   |                         |                       |                     |
| JQ   |                         |                       |                     |
| JR   |                         |                       |                     |
| JS   |                         |                       |                     |
| JT   |                         |                       |                     |
| JU   |                         |                       |                     |
| JV   |                         |                       |                     |
| JW   |                         |                       |                     |
| JX   |                         |                       |                     |
| JY   |                         |                       |                     |
| JZ   |                         |                       |                     |
| KA   |                         |                       |                     |
| KB   |                         |                       |                     |
| KC   |                         |                       |                     |
| KD   |                         |                       |                     |
| KE   |                         |                       |                     |
| KF   |                         |                       |                     |
| KG   |                         |                       |                     |
| KH   |                         |                       |                     |
| KI   |                         |                       |                     |
| KJ   |                         |                       |                     |
| KK   |                         |                       |                     |
| KL   |                         |                       |                     |
| KM   |                         |                       |                     |
| KN   |                         |                       |                     |
| KO   |                         |                       |                     |
| KP   |                         |                       |                     |
| KQ   |                         |                       |                     |
| KR   |                         |                       |                     |
| KS   |                         |                       |                     |
| KT   |                         |                       |                     |
| KU   |                         |                       |                     |
| KV   |                         |                       |                     |
| KW   |                         |                       |                     |
| KX   |                         |                       |                     |
| KY   |                         |                       |                     |
| KZ   |                         |                       |                     |
| LA   |                         |                       |                     |
| LB   |                         |                       |                     |
| LC   |                         |                       |                     |
| LD   |                         |                       |                     |
| LE   |                         |                       |                     |
| LF   |                         |                       |                     |
| LG   |                         |                       |                     |
| LH   |                         |                       |                     |
| LI   |                         |                       |                     |
| LJ   |                         |                       |                     |
| LK   |                         |                       |                     |
| LL   |                         |                       |                     |
| LM   |                         |                       |                     |
| LN   |                         |                       |                     |
| LO   |                         |                       |                     |
| LP   |                         |                       |                     |
| LQ   |                         |                       |                     |
| LR   |                         |                       |                     |
| LS   |                         |                       |                     |
| LT   |                         |                       |                     |
| LU   |                         |                       |                     |
| LV   |                         |                       |                     |
| LW   |                         |                       |                     |
| LX   |                         |                       |                     |
| LY   |                         |                       |                     |
| LZ   |                         |                       |                     |
| MA   |                         |                       |                     |
| MB   |                         |                       |                     |
| MC   |                         |                       |                     |
| MD   |                         |                       |                     |
| ME   |                         |                       |                     |
| MF   |                         |                       |                     |
| MG   |                         |                       |                     |
| MH   |                         |                       |                     |
| MI   |                         |                       |                     |
| MJ   |                         |                       |                     |
| MK   |                         |                       |                     |
| ML   |                         |                       |                     |
| MM   |                         |                       |                     |
| MN   |                         |                       |                     |
| MO   |                         |                       |                     |
| MP   |                         |                       |                     |
| MQ   |                         |                       |                     |
| MR   |                         |                       |                     |
| MS   |                         |                       |                     |
| MT   |                         |                       |                     |
| MU   |                         |                       |                     |
| MV   |                         |                       |                     |
| MW   |                         |                       |                     |
| MX   |                         |                       |                     |
| MY   |                         |                       |                     |
| MZ   |                         |                       |                     |
| NA   |                         |                       |                     |
| NB   |                         |                       |                     |
| NC   |                         |                       |                     |
| ND   |                         |                       |                     |
| NE   |                         |                       |                     |
| NF   |                         |                       |                     |
| NG   |                         |                       |                     |
| NH   |                         |                       |                     |
| NI   |                         |                       |                     |
| NJ   |                         |                       |                     |
| NK   |                         |                       |                     |
| NL   |                         |                       |                     |
| NM   |                         |                       |                     |
| NN   |                         |                       |                     |
| NO   |                         |                       |                     |
| NP   |                         |                       |                     |
| NQ   |                         |                       |                     |
| NR   |                         |                       |                     |
| NS   |                         |                       |                     |
| NT   |                         |                       |                     |
| NU   |                         |                       |                     |
| NV   |                         |                       |                     |
| NW   |                         |                       |                     |
| NX   |                         |                       |                     |
| NY   |                         |                       |                     |
| NZ   |                         |                       |                     |
| OA   |                         |                       |                     |
| OB   |                         |                       |                     |
| OC   |                         |                       |                     |
| OD   |                         |                       |                     |
| OE   |                         |                       |                     |
| OF   |                         |                       |                     |
| OG   |                         |                       |                     |
| OH   |                         |                       |                     |
| OI   |                         |                       |                     |
| OJ   |                         |                       |                     |
| OK   |                         |                       |                     |
| OL   |                         |                       |                     |
| OM   |                         |                       |                     |
| ON   |                         |                       |                     |
| OO   |                         |                       |                     |
| OP   |                         |                       |                     |
| OQ   |                         |                       |                     |
| OR   |                         |                       |                     |
| OS   |                         |                       |                     |
| OT   |                         |                       |                     |
| OU   |                         |                       |                     |
| OV   |                         |                       |                     |
| OW   |                         |                       |                     |
| OX   |                         |                       |                     |
| OY   |                         |                       |                     |
| OZ   |                         |                       |                     |
| PA   |                         |                       |                     |
| PB   |                         |                       |                     |
| PC   |                         |                       |                     |
| PD   |                         |                       |                     |
| PE   |                         |                       |                     |
| PF   |                         |                       |                     |
| PG   |                         |                       |                     |
| PH   |                         |                       |                     |
| PI   |                         |                       |                     |
| PJ   |                         |                       |                     |
| PK   |                         |                       |                     |
| PL   |                         |                       |                     |
| PM   |                         |                       |                     |
| PN   |                         |                       |                     |
| PO   |                         |                       |                     |
| PP   |                         |                       |                     |
| PQ   |                         |                       |                     |
| PR   |                         |                       |                     |
| PS   |                         |                       |                     |
| PT   |                         |                       |                     |
| PU   |                         |                       |                     |
| PV   |                         |                       |                     |
| PW   |                         |                       |                     |
| PX   |                         |                       |                     |
| PY   |                         |                       |                     |
| PZ   |                         |                       |                     |
| QA   |                         |                       |                     |
| QB   |                         |                       |                     |
| QC   |                         |                       |                     |
| QD   |                         |                       |                     |
| QE   |                         |                       |                     |
| QF   |                         |                       |                     |
| QG   |                         |                       |                     |
| QH   |                         |                       |                     |
| QI   |                         |                       |                     |
| QJ   |                         |                       |                     |
| QK   |                         |                       |                     |
| QL   |                         |                       |                     |
| QM   |                         |                       |                     |
| QN   |                         |                       |                     |
| QO   |                         |                       |                     |
| QP   |                         |                       |                     |
| QQ   |                         |                       |                     |
| QR   |                         |                       |                     |
| QS   |                         |                       |                     |
| QT   |                         |                       |                     |
| QU   |                         |                       |                     |
| QV   |                         |                       |                     |
| QW   |                         |                       |                     |
| QX   |                         |                       |                     |
| QY   |                         |                       |                     |
| QZ   |                         |                       |                     |
| RA   |                         |                       |                     |
| RB   |                         |                       |                     |
| RC   |                         |                       |                     |
| RD   |                         |                       |                     |
| RE   |                         |                       |                     |
| RF   |                         |                       |                     |
| RG   |                         |                       |                     |
| RH   |                         |                       |                     |
| RI   |                         |                       |                     |
| RJ   |                         |                       |                     |
| RK   |                         |                       |                     |
| RL   |                         |                       |                     |
| RM   |                         |                       |                     |
| RN   |                         |                       |                     |
| RO   |                         |                       |                     |
| RP   |                         |                       |                     |
| RQ   |                         |                       |                     |
| RR   |                         |                       |                     |
| RS   |                         |                       |                     |
| RT   |                         |                       |                     |
| RU   |                         |                       |                     |
| RV   |                         |                       |                     |
| RW   |                         |                       |                     |
| RX   |                         |                       |                     |
| RY   |                         |                       |                     |
| RZ   |                         |                       |                     |
| SA   |                         |                       |                     |
| SB   |                         |                       |                     |
| SC   |                         |                       |                     |
| SD   |                         |                       |                     |
| SE   |                         |                       |                     |
| SF   |                         |                       |                     |
| SG   |                         |                       |                     |
| SH   |                         |                       |                     |
| SI   |                         |                       |                     |
| SJ   |                         |                       |                     |
| SK   |                         |                       |                     |
| SL   |                         |                       |                     |
| SM   |                         |                       |                     |
| SN   |                         |                       |                     |
| SO   |                         |                       |                     |
| SP   |                         |                       |                     |
| SQ   |                         |                       |                     |
| SR   |                         |                       |                     |
| SS   |                         |                       |                     |
| ST   |                         |                       |                     |
| SU   |                         |                       |                     |
| SV   |                         |                       |                     |
| SW   |                         |                       |                     |
| SX   |                         |                       |                     |
| SY   |                         |                       |                     |
| SZ   |                         |                       |                     |
| TA   |                         |                       |                     |
| TB   |                         |                       |                     |
| TC   |                         |                       |                     |
| TD   |                         |                       |                     |
| TE   |                         |                       |                     |
| TF   |                         |                       |                     |
| TG   |                         |                       |                     |
| TH   |                         |                       |                     |
| TI   |                         |                       |                     |
| TJ   |                         |                       |                     |
| TK   |                         |                       |                     |
| TL   |                         |                       |                     |
| TM   |                         |                       |                     |
| TN   |                         |                       |                     |
| TO   |                         |                       |                     |
| TP   |                         |                       |                     |
| TQ   |                         |                       |                     |
| TR   |                         |                       |                     |
| TS   |                         |                       |                     |
| TT   |                         |                       |                     |
| TU   |                         |                       |                     |
| TV   |                         |                       |                     |
| TW   |                         |                       |                     |
| TX   |                         |                       |                     |
| TY   |                         |                       |                     |
| TZ   |                         |                       |                     |
| UA   |                         |                       |                     |
| UB   |                         |                       |                     |
| UC   |                         |                       |                     |
| UD   |                         |                       |                     |
| UE   |                         |                       |                     |
| UF   |                         |                       |                     |
| UG   |                         |                       |                     |
| UH   |                         |                       |                     |
| UI   |                         |                       |                     |
| UJ   |                         |                       |                     |
| UK   |                         |                       |                     |
| UL   |                         |                       |                     |
| UM   |                         |                       |                     |
| UN   |                         |                       |                     |
| UO   |                         |                       |                     |
| UP   |                         |                       |                     |
| UQ   |                         |                       |                     |
| UR   |                         |                       |                     |
| US   |                         |                       |                     |
| UT   |                         |                       |                     |
| UU   |                         |                       |                     |
| UV   |                         |                       |                     |
| UW   |                         |                       |                     |
| UX   |                         |                       |                     |
| UY   |                         |                       |                     |
| UZ   |                         |                       |                     |
| VA   |                         |                       |                     |
| VB   |                         |                       |                     |
| VC   |                         |                       |                     |
| VD   |                         |                       |                     |
| VE   |                         |                       |                     |
| VF   |                         |                       |                     |
| VG   |                         |                       |                     |
| VH   |                         |                       |                     |
| VI   |                         |                       |                     |
| VJ   |                         |                       |                     |
| VK   |                         |                       |                     |
| VL   |                         |                       |                     |
| VM   |                         |                       |                     |
| VN   |                         |                       |                     |
| VO   |                         |                       |                     |
| VP   |                         |                       |                     |
| VQ   |                         |                       |                     |
| VR   |                         |                       |                     |
| VS   |                         |                       |                     |
| VT   |                         |                       |                     |
| VU   |                         |                       |                     |
| VV   |                         |                       |                     |
| VW   |                         |                       |                     |
| VX   |                         |                       |                     |
| VY   |                         |                       |                     |
| VZ   |                         |                       |                     |
| WA   |                         |                       |                     |
| WB   |                         |                       |                     |
| WC   |                         |                       |                     |
| WD   |                         |                       |                     |
| WE   |                         |                       |                     |
| WF   |                         |                       |                     |
| WG   |                         |                       |                     |
| WH   |                         |                       |                     |
| WI   |                         |                       |                     |
| WJ   |                         |                       |                     |
| WK   |                         |                       |                     |
| WL   |                         |                       |                     |
| WM   |                         |                       |                     |
| WN   |                         |                       |                     |
| WO   |                         |                       |                     |
| WP   |                         |                       |                     |
| WQ   |                         |                       |                     |
| WR   |                         |                       |                     |
| WS   |                         |                       |                     |
| WT   |                         |                       |                     |
| WU   |                         |                       |                     |
| WV   |                         |                       |                     |
| WW   |                         |                       |                     |
| WX   |                         |                       |                     |
| WY   |                         |                       |                     |
| WZ   |                         |                       |                     |
| XA   |                         |                       |                     |
| XB   |                         |                       |                     |
| XC   |                         |                       |                     |
| XD   |                         |                       |                     |
| XE   |                         |                       |                     |
| XF   |                         |                       |                     |
| XG   |                         |                       |                     |
| XH   |                         |                       |                     |
| XI   |                         |                       |                     |
| XJ   |                         |                       |                     |
| XK   |                         |                       |                     |
| XL   |                         |                       |                     |
| XM   |                         |                       |                     |
| XN   |                         |                       |                     |
| XO   |                         |                       |                     |
| XP   |                         |                       |                     |
| XQ   |                         |                       |                     |
| XR   |                         |                       |                     |
| XS   |                         |                       |                     |
| XT   |                         |                       |                     |
| XU   |                         |                       |                     |
| XV   |                         |                       |                     |
| XW   |                         |                       |                     |
| XX   |                         |                       |                     |
| XY   |                         |                       |                     |
| XZ   |                         |                       |                     |
| YA   |                         |                       |                     |
| YB   |                         |                       |                     |
| YC   |                         |                       |                     |
| YD   |                         |                       |                     |
| YE   |                         |                       |                     |
| YF   |                         |                       |                     |
| YG   |                         |                       |                     |
| YH   |                         |                       |                     |
| YI   |                         |                       |                     |
| YJ   |                         |                       |                     |
| YK   |                         |                       |                     |
| YL   |                         |                       |                     |
| YM   |                         |                       |                     |
| YN   |                         |                       |                     |
| YO   |                         |                       |                     |
| YP   |                         |                       |                     |
| YQ   |                         |                       |                     |
| YR   |                         |                       |                     |
| YS   |                         |                       |                     |
| YT   |                         |                       |                     |
| YU   |                         |                       |                     |
| YV   |                         |                       |                     |
| YW   |                         |                       |                     |
| YX   |                         |                       |                     |
| YY   |                         |                       |                     |
| YZ   |                         |                       |                     |
| ZA   |                         |                       |                     |
| ZB   |                         |                       |                     |
| ZC   |                         |                       |                     |
| ZD   |                         |                       |                     |
| ZE   |                         |                       |                     |
| ZF   |                         |                       |                     |
| ZG   |                         |                       |                     |
| ZH   |                         |                       |                     |



ANTONIO  
PRUDENTE

**ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL**

AV PRESIDENTE QUARESMA, 930 - ALECRIM  
59031-115 NATAL - RN

**RECEITUÁRIO MÉDICO**

Médico: DYENNO DE CARVALHO ANDRADE

Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO

Data do Atendimento: 04/07/2018

**RECEITA**

ALGINAC 1000 - 01 CX  
01 COMP VI AORAL 8/8H 05 DIAS

LISADOR DIP - 01 CX

01 COMP VIA ORAL 8/8H SE DOR

Receita Antonio Andrade  
Data: (17/7/18) 13:00

COPIA - 04/07/2018  
04/07/2018 13:03  
04/07/2018 13:03

3000N

INO DE CARVALHO ANDRADE

04/07/2018 13:03

10.1.32.202





ANTONIO  
PRUDENTE

**ULTRA SOM SERV MED LTDA - HAP NATAL**

AV PRESIDENTE QUARESMA, 930 - ALECRIM  
59031-115 NATAL - RN

**RECEITUÁRIO MÉDICO**

Médico: LARAH REBECA DIOGENES HOLANDA

Paciente: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO

Data do Atendimento: 03/08/2018

RECEITA

RX

USO TÓPICO

1. SUFADIAZINA DE PRATA 10MG/G ..... 1 tubo

Aplicar na lesão 2x ao dia.

Dr Larah Rebeca Diogenes Holanda  
MÉDICO  
CRM 10.3559

RP3000N

LARAH REBECA DIOGENES HOLANDA

03/08/2018 21:33

10.1.32.203





Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO

Nº Sinistro: 3180533613

Vítima: ALEXSANDRO ROBERTO BASILIO

Data do Acidente: 03/07/2018

Cobertura: DAMS

Procurador: THIAGO MARQUES CALAZANS DUARTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180533613**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ R\$ 2.700,00** e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de reembolso é de até **30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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. 00931/00932 - carta\_01 - DAMS



Carta nº 13592155

