



Caio César Albuquerque de Paiva
OAB/RN 10.407

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S): **EVERTON CLEMENTE DE MOURA** nacionalidade brasileiro(a), estado civil solteiro (a), profissão ajudante de motorista, portador(a) da cédula de identidade RG nº 2.827.433 inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 097.125.864-30, residente e domiciliado(a) na Rua Francisco Limão da Silva, Nº 38 FT, Bairro: Aeroporto, MOSSORO/RN, CEP 59607-306

OUTORGADOS: **Caio César Albuquerque de Paiva**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº. 10.407, com endereço profissional onde recebem notificações e intimações na Rua Pedro Velho, 119, Santo Antônio, Mossoró/RN, CEP 59.611-010.

PODERES:

Poderes: Confere (em) amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, com as cláusulas "*ad judicium*" e "*et extra*", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive, requerer falência e concordata, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, receber alvará, apresentar e ratificar queixas-crimes, propor quaisquer ações, defender-me (nos) nas que (me) (nos) forem propostas, cíveis ou penais, reconvir, promover quaisquer medidas cautelares, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrolar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, efetuar levantamentos, requerer laudos, avaliações e perícias, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, transigir, fazer acordo, confessar, renunciar, desistir, impugnar, receber e dar quitação, firmar compromissos, requerer abertura de inventário ou arrolamentos, requer justiça gratuita, assinar termo de compromisso de inventariante, de renúncia, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o(s) outorgante(s) seja(m) autor (es) ou reclamante(s) e defendendo-o(s), na condição de reclamada(s) bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso.

Mossoró - RN, 20 de Janeiro de 2020.
EVERTON CLEMENTE DE MOURA
Outorgante

Rua Pedro Velho, 119, Santo Antônio, Mossoró/RN, CEP 59.611-010.
Caio Paiva (84) 98838-4168 / 99808-3758 – E-mail: calopaiva05@hotmail.com



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA E RECURSOS

EVERTON CLEMENTE DE MOURA nacionalidade brasileiro(a), estado civil solteiro (a), profissão ajudante de motorista, portador(a) da cédula de identidade RG nº 2.827.433 inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 097.125.864-30, residente e domiciliado(a) na Rua Francisco Limão da Silva, Nº 38 FT , Bairro: Aeroporto, MOSSORO/RN, CEP 59607-306

DECLARO, nos termos da Lei 1.060/50, para os devidos fins, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem prejuízo do sustento meu e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Mossoró - RN, 20 de JANEIRO de 2020

EVERTON CLEMENTE DE MOURA



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2827133-1-0114-00/94 DATA DE EMISSÃO

NOME EVERTON CLEMENTE DE MOURA

DATA DE NASCIMENTO 13/02/1991

ELIÇÃO 1021248 CLEMENTE DE MOURA

NATURALIDADE RIVANEIDE MARIA DE MOURA

DOC. ORIGEM CERT. NASC. No. 51624 L. 0130 F. 055

CPF NOSSORO RN

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DIAGRAMA FORMULÁRIOS E SERVIÇOS LTDA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Vítima



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 28.7133-1 L.VIA 00004 DATA DE EXPEDIÇÃO

GERAL

NOME RICHARD CLEMENTE DE MOURA

FILIAÇÃO RICHARD CLEMENTE DE MOURA RIVANILDE MARIA DE MOURA

NATURALIDADE MOSSORÓ RN

DATA DE NASCIMENTO 13/02/1991

DOC. ORIGEM CERT. NASC. No. 51624 L. 0130 F. 275

CPF MOSSORÓ RN

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DIAGRAMA FORMULÁRIOS E SERVIÇOS LTDA



16036742402

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro-desemprego e ao fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

**MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO**

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

131.87294.64-1

NÚMERO

3254863

NÚM.

002-0

UF

RN

Kvitor Clemente de Moura

ASSINATURA DO TITULAR

POLÍCAR DIREITO



02

QUALIFICAÇÃO CIVIL**BRASILEIRO**13/02/1981
NASCIMENTO

NOME: EVERTON CLEMENTE DE MOURA

LOC. DE NASC.: MOSSORO - RN

FILIAÇÃO: LUZIVAN CLEMENTE DE MOURA

RIVANEIDE MARIA DE MOURA

DOC. APRESENTADO: RG 2827433 SDS RN

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

LT. PRAÇA DE 11 DE MARÇO DE 1966

RG: 2827433

LOCAL DA EMISSÃO: INCRA WDA - NOVEL

EMISSÃO: 05/12/2007

ASSINATURA DO TITULAR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO TITULAR

LEGENDAA - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEPARAÇÃO | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

08

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: **06.699.189/0001-39**
MIKE FRIOS COM. E REP. DE ALIMENTOS LTDA
 CQC/CPCB
 ENDEREÇO: **Rua: Cândido Clementino Barros, 700**
Aeroporto II
 CEP: **59.017-943** UF: **PE**
 MUNICÍPIO: **RECIFE**
 ESP. DO ESTABELECIMENTO: **---**
 CARGO: **funcionário de manutenção**
 CBO N: **73.22-05**

DATA DE ADMISSÃO: **01** DE **Junho** DE **2013**
 REGISTRO N: **003** RS / FCHA: **40**
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: **1.100,00 (intercâmbio e 40**
Reais + 10% de gratificação)
 Assinatura do Representante Legal
 Assinatura do Administrador
 P: **55-71-444-554-04**

DATA DE SAÍDA: **---** DE **---** DE **---**
 Assinatura do Representante Legal
 Assinatura do Administrador
 P: **---**

COM. DISPENSA CD N: **---**
 FGTS N° DA CONTRA: **---**

09

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: **---**
 CQC/CPCB: **---**
 ENDEREÇO: **---**
 CEP: **---** UF: **---**
 MUNICÍPIO: **---**
 ESP. DO ESTABELECIMENTO: **---**
 CARGO: **---**
 CBO N: **---**

DATA DE ADMISSÃO: **---** DE **---** DE **---**
 REGISTRO N: **---** RS / FCHA: **---**
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: **---**
 Assinatura do Representante Legal
 Assinatura do Administrador
 P: **---**



DATA DE SAÍDA: **---** DE **---** DE **---**
 Assinatura do Representante Legal
 Assinatura do Administrador
 P: **---**

COM. DISPENSA CD N: **---**
 FGTS N° DA CONTRA: **---**



16/10/2019

2a Via de Fatura

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA									
COMPANHIA ENERGETICA DO RIO GRANDE DO NORTE RUA MERMOZ, 150, BALDO, NATAL, RIO GRANDE DO NORTE CEP 59025-250 CNPJ 08.324.196/0001-81 INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0		 COSERN www.cosern.com.br			Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02 Ligações Gratuitas: -TELEATENDIMENTO COSERN: 116 -Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 -Ouvidoria 0800 084 0404 Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167 Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis				
DADOS DO CLIENTE EIDER LUIZ GODEIRO DE SOUZA CPF: 856.914.804-04 ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA FRANCISCO LIMA DA SILVA 38 -FT AEROPORTO/AREA URBANA 59607-806 MOSSORO RN <small>As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram a disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br</small>		DATA DE VENCIMENTO 21/10/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 153,48		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 14/10/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 14/10/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 031499596 Série: U CONTA CONTRATO 007011132361 Nº DO CLIENTE 3070426954 Nº DA INSTALAÇÃO 0002626824					
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		RESERVADO AO FISCO 86C0.BA52.AED1.1BBE.788C.C1C4.032D.88C8							
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL									
DESCRIÇÃO		QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)					
Consumo Ativo(kWh)		195,00	0,68383798	133,35					
Acréscimo Bandeira AMARELA				1,71					
Acréscimo Bandeira VERMELHA				5,32					
Contrib. Ilum. Pública Municipal				12,50					
TOTAL DA FATURA				153,48					
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS									
ICMS		PIS		COFINS					
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO				
140,98	18,00	25,37	140,98	1,44	2,03				
140,98	6,84	9,58							
Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO							
Consumo Ativo(kWh)		0,10552300		kWh					
				OUT 19	195				
				SET 19	172				
				AGO 19	201				
				JUL 19	182				
				JUN 19	188				
				MAI 19	244				
				ABR 19	65				
				MAR 19	30				
				FEV 19	30				
				JAN 19	30				
				DEZ 18	30				
				NOV 18	30				
				OUT 18	30				
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO									
R\$ %									
Geração de Energia		50,30 35,48							
Transmissão		4,11 2,68							
Distribuição (Custos)		32,40 21,10							
Encargos Setoriais		1,89 1,23							
Tributos		36,76 23,87							
Perdas de Energia		8,76 5,71							
TOTAL		140,98 100							
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000002160033835	CAT	12/09/2019	1.981,00	14/10/2019	2.176,00	32	1,0000	0,00	195,00
<small>DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 13/11/2019</small>									
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES									
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL				
ago/2019									
DIC-No.de horas sem Energia	MOSSORO III	0,00	5,67	19,15	20,30				
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,23	6,47	12,95				
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,86	0,00	0,00				
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22						
EUSC-Valor do Encargo de Uso = R\$ 48,05									
<small>Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.</small>									
INFORMAÇÕES IMPORTANTES									
<p>Pague no ponto mais perto de você super alternativo de alimentos: av joão da escossia, 117, doze anos / supermercado queiroz, rua francisco solon, 226, boa vista lista completa em www.cosern.com.br</p> <p>O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.</p> <p>Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.</p> <p>O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.</p> <p>Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês</p> <p>O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.</p>									
NÍVEIS DE TENSÃO									
TENSÃO NOMINAL(V)		LIMITE DE VARIAÇÃO(V)							
		MÍNIMO		MÁXIMO					
220		202		231					
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA									
DESTAQUE AQUI									
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO					
007011132361	10/2019	153,48	21/10/2019						
838000000017 534800384071 011132361200 013152122330									
									
Evite dobrar este canhoto será usado em leitora ótica.									



Assinado eletronicamente por: CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA - 04/02/2020 07:48:22

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020407482218900000051113870>

Número do documento: 20020407482218900000051113870

Num. 53006457 - Pág. 7



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE AREIA BRANCA - AREIA BRANCA - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010068/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/04/2019 08:49 Data/Hora Fim: 11/04/2019 09:12
Delegado de Polícia: Renato da Silva Oliveira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Areia Branca

Data/Hora do Fato: 18/01/2019 11:40

Local do Fato

Município: Porto do Mangue (RN)
Logradouro: RN-404, localidade de Logradouro

Bairro: zona rural
Nº: sn

Ponto de Referência: primeira lombada vindo de Porto do Mangue
Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EVERTON CLEMENTE DE MOURA (VÍTIMA, COMUNICANTE)
Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Mossoró Sexo: Masculino Nasc: 13/02/1991
Profissão: Representante Comercial
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Rivaneide Maria de Moura Nome do Pai: Luzivan Clemente de Moura
Em Serviço: Sim

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 2827433
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 097.125.864-30

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: rua francisco limão da silva Nº 38
Bairro: aeroporto

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 701.101.774-79	Placa NNZ1365
Renavam 00339595752	Número do Motor KC16E5B545730
Número do Chassi 9C2KC1650BR545730	Ano/Modelo Fabricação 2011/2011
Cor PRETA	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Mossoró	Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD
Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 20/04/2015	Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
----------------	---------------



Delegado de Polícia Civil Renato da Silva Oliveira
Impresso por: Cristiano Alves da Lima
Data de Impressão: 11/04/2019 09:12
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Carimbo e Assinatura do Delegado de Polícia Civil





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE AREIA BRANCA - AREIA BRANCA - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010068/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
Everton Clemente de Moura	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima que trafegava pela via acima, pilotando a motocicleta já caracterizada, seguindo de Porto do Mangue para Carnaubais, quando passou a primeira lombada na localidade de Logradouro, foi surpreendido por dois homens que vinham numa motocicleta em direção contrária, vindo pela contramão de direção e colidiram frontalmente contra a vítima que foi arremessada contra o chão, sendo atendida no hospital de Carnaubais e transferida para o Hospital Regional Tarcísio Maia em Mossoró/RN. Nada mais disse.

ASSINATURAS


Cristiano Alves de Lima
Responsável pelo Atendimento


Everton Clemente de Moura
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima asservidas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 349-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Renato da Silva Oliveira
Impresso por: Cristiano Alves de Lima
Data de Impressão: 11/04/2019 09:12
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Prontuário: 205626



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **EVERTON CLEMENTE DE MOURA** (Fia: 330/2019), CPF:09712586430.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 18 de Janeiro de 2019.

Everton Clemente de Moura
Paciente ou responsável

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 24/01/19
Francisco Kennedy P. Moraes
SAME/ARQUIVO
mtz - 150.3450





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE SANTA LUZIA
RUA: LUIZA CAVALCANTE DE OLIVEIRA Nº 02 – CENTRO
CARNAUBAIS / RN – CEP: 59665-000
TELEFONE: (84) 33382421- EMAIL: smscarnaubais@rn.gov.br

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR – Nº 51

NOME: Georgeton Clemente de Mello IDADE: 24
MÃE: Conceição Maria de Mello SEXO: (X) MASC. () FEM.
ENDEREÇO: Rua Trunçun de Dantas Nº 1 BAIRRO: Neópolis II
DATA DE NASCIMENTO: 13/02/91 DATA DO ATENDIMENTO: 18/01/19
HORA: 12:36 CIDADE: CARNAUBAIS () OUTRO (X)
ESPECIFICAR: Moroso
ESTADO CIVIL: CASADO (X) SOLTEIRO () VIÚVO () DIVORCIADO () UNIÃO ESTAVEL ()
TIPO DE ATENDIMENTO: URGÊNCIA () ELETIVO () OUTRO ()
ESPECIFICAR: Acidente de moto
CARTÃO SUS: _____ OUTRO DOCUMENTO: Rg 2.877.481
HISTÓRICO CLÍNICO: Queda de moto há aprox.
30 min. Pte nega ter feito uso de
bebidas alcoólicas e refere que usava capacete.
Afirma dor e dificuldade de deambular em
MIE e mão esquerda.
P.A. 180 x 100 mmHg / TEMP. _____ °C / PESO: _____ KG / HGT: _____ mg/dl

DIAGNÓSTICO: Politrauma (Fx de MIE e mão E?)
FC: 81 bpm
SaO₂: 98% ar.

AC e AP: Normais PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. Dipirona 01 amp
(+)
Dexametasona 01 amp
4mg/ml
(+) ABD.

2. SRS, 500ml, IV.

3. Regulação do HRTM.

Nadja M. C. M. Oliveira
Médica
CRM/RN 9353



NOTIFICAÇÕES: Acidente de Trabalho () Ac. Animal Peçonhento () Dengue () Doença de Chagas () Haemophilus ()
Influenza () Chicungunya () Hanseníase () Hepatites Virais () HIV/AIDS () HIV Gestantes ou Puerperas () Intoxicação

em caixa postal) e nem sobre a ortopedia (telefone não atende).



PREFEITURA MUNICIPAL DE CARNAUBAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA LUZIA

RUA LUIZA CAVALCANTE DE OLIVEIRA, 02 - CENTRO
CEP 59.665-000 - CARNAUBAIS-RN

TELEFONE: (84) 3338-2351 - E-mail: smscarnaubais@rn.gov.br

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE URGÊNCIA

NOME: Everton Clemente de Moura SEXO: M IDADE: 27 anos
ENDEREÇO: R. Franciscan G. da Silva CIDADE: Mossoró
PROFISSÃO: _____ HORA DE ENTRADA: 12h:36
DATA: 38/02/19 ACOMPANHANTE: _____
HORA DE SAÍDA: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente jovem, 27 anos, vítima de acidente motociclístico (refere que, foi desviar de uma possível colisão frontal e caiu para seu lado esquerdo). Nega ter feito uso de bebida alcoólica. Refere

ESTADO GERAL:

que portava capacete. Qixima forte dor em MIE e mão esquerda, os quais tem dificuldade para mobilizar. Nega desmaio

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 24/02/19

Ao Exame:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICO:

EGR, vigil, consciente, eupneico, normocardio.
PA: 180 x 100 mm-Hg; SaO₂: 98% aa; FC: 78 bpm

A: VAS PÉRVIAS

CONDUTA:

B: MV+ simétrico bilateralmente S/R.
C: Estável hemodinamicamente
D: Glasgow 15
E: Perda, dig. solução de continuidade em mão E.

REGULADO POR:

CD: } SRL: 1.000 mL; IV
Dipirona 0100p (+) Dexametasona 0100p
(+) ABD; IV

M. Oliveira

Regulo paciente para o HRTM.
Solicito avaliação da ORTOPEDIA





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 37894 /2019

Admissão: 18/01/2019 14:39:19

FIA 330

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Pront: 205626

Paciente: 31882 - EVERTON CLEMENTE DE MOURA (27 a 11 m 5 d)

Nascimento: 13/02/1991

Natural: MOSSORO BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS:

CPF: 09712586430

Prof:

Mãe: RIVANEIDE MARIA DE MOURA

Pai: LUZIVAN CLEMENTE DE MOURA

Logradouro: PEDRO VELHO, 751

CEP: 59611010

Bairro: SANTO ANTONIO

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84 96338563 84 96338563

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): CONSULTA DE
URG/EMERGENCIA

Tipo: REGULADO

Origem: PESSOA - OUTRO

*Empresa:

OBS:						Classificação:			PESO:	
						18/01/2019 14:31:16				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS	

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM CAPACETE, NEGA BEBIDA ALCOOLICA, DOR EM MIE E MÃO ESQUERDA.
PROCEDENTE DE CARNAUBAIS SEM REGULAÇÃO

Hora: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 24/01/19Dr. Carlos Roberto de Moraes
SAME/ARQUIVO
mat. 1503430

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
Cefalotina 2g EV diluida			
Flucetina 1g a 1x qn			
SAT - 5000			



traumatologia

Vitória de acidente de moto 6/10/13h

queda de altura vindo do interior

com punho P com hemostoma,

limitação funcional polares P e pe P.

Endurecimento músculos punho P, pulso pedreiro P e

ausência de preensão e movimento ativo

o produzidos.

Mão P com punho entre colunas de 4 e 5 quodolito

com limitação de movimentos

ca P punho P com perfuração
tubo P de perfuração

pe punho P com perfuração 4 e 5

dedos em posição proximal e

função base do 5º MTC.

pe base m: ?

pe base m: ?

Dr. Luis F. C. Nascimento
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 24/02/19

Francisco Roberto P. P. P.

SAME/ARQUIVO

mat. 154342





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Inertony Clemente Reg Nº

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de tíbia + platô + alargues +
Indicação terapêutica: Fixação + limpeza metecapto C.

INTERVENÇÃO

Início: Fim: Duração:

Operador Edmundo

1ª Auxiliar: Luiz Fernando

2ª Auxiliar:

3ª Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista:

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 20/04/19
Vicente Gomes P. Pereira
SAME/ARQUIVO
mat. 150.313-0

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

() Limpa () Pot. Contaminada (X) Contaminada () Infectada

Paciente em DDA, sob anestesia (3) compressa + anti-séptico de 150g
e 100g (3) compressas estéril (4) Lavagem do 2º membro
do membro direito em platô de tíbia + 2 compressas
e lavagem do membro esquerdo com 1 litro de água
quente de 2 litros de água com água e lavagem do
pequeno membro esquerdo também (5) Ulcerado saída de gran-
de parafuso clado de sangue por incisões dos pontos de sangramento
total, desvendando o importante hematoma que se instalou
no membro (4) Sutura em 2 pontos (5) hemorragia capilar com 500g
em 1 litro (3) Drenagem + fixação com pinos de K de 1,5mm de comprimento
dos membros e 1 litro de água





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA

Paciente EDUARDO CLAUDIO DE SAUS Sexo M Idade 21 Prontuário Nº 53006462
Estado Físico 1 2 3 4 5 ☐ EI ☐ UI ☒ Em ☐ Em
Diagnóstico Pré-Operatório fratura da tíbia e fíbula com fratura da tíbia + fratura da fíbula + fratura da tíbia + fratura da fíbula
Diagnóstico Pós-Operatório fratura da tíbia e fíbula Cirurgia Proposta fratura da tíbia e fíbula Cirurgia Realizada fratura da tíbia e fíbula

Cirurgião EDUARDO Auxiliares LUIS FERNANDO
Anestesiologia CLIX DA PAIVA Enfermeira CLIX DA PAIVA
HISTÓRIA CLÍNICA D. Neurológica ☐ Convulsão ☐ D. Respiratória ☐ Fumo ☐
Alergias ☐ D. Cardíaca ☐ Hipertensão ☐ D. Hepática ☐ D. Renal ☐
Diabetes ☐ Alcoolismo ☐ Câncer ☐ Sangramentos ☐ Medicamentos ☐
Uso de Drogas ☐ Cirurgia ☐ Prévia ☐ Transf. Sanguínea Prévia ☐ Anestesia Prévia ☐
Local ☐ Bloqueio Espinhal ☐ Plexo Braquial ☐ Geral ☐

Outros dados fratura da tíbia e fíbula
EXAME FÍSICO Peso (Kg) 60 Temperatura (°C) 36,5 Pressão Arterial (mmHg) 120 x 80
Estatura (cm) 170 Frequência Respiratória (IPM) 18 Frequência cardíaca 72
Broncoespasmo ☐ Sopro Cardíaco ☐ Arritmias ☐ Veias Acessíveis ☐
Permeabilidade Vias Aéreas ☐ Coluna c/ Deformidades ☐ Local punção Intactado ☐ Prótese ☐
Cor Corado ☐ Pálido ☐ Ictérico ☐ Cianótico ☐
Paresias ☐ Paralisias ☐ Área Queimada ☐ Gestação ☐
Meses. Outros Dados fratura da tíbia e fíbula

EXAME LABORATORIAIS Classificação ABO e Rh ☐ Leucograma ☐ Hematócrito ☐
ECG ☐ Risco Cirúrgico ☐ Rx Tórax ☐ TGO ☐ Uréia ☐
Creatinina ☐ Bilirrubinas ☐ Fosfatase Alcalina ☐ Amilase ☐ Proteínas ☐
Glicemia ☐ Ultrassonografia ☐ Tomografia ☐ Cateterismo cardíaco ☐

Valores Alterados ou relevantes/Outros Exames fratura da tíbia e fíbula

Pré-Anestésico fratura da tíbia e fíbula Efeito Satisfatório ☐ Regular ☐
Técnica Anestésica indicada fratura da tíbia e fíbula
Outros Comentários importantes fratura da tíbia e fíbula

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

HORA E DATA DE ADMISSÃO fratura da tíbia e fíbula

HORA E DATA DE SAÍDA fratura da tíbia e fíbula

Atividade	Respiração	Circulação	Consciência	Cor
s/ mov. membros	Apnéia, obstrução	P. A. Variando + 50%	Não responde	Cianótico
mov. 02 membros	Dispnéia, obst. Par.	P. A. Var. 20-50%	Responde a Chamadas	Pálido, icterico
mov. 04 membros	Respira bem, tosse	P. A. Estável + 20%	Acordado	Corado

COMPLICAÇÕES

Laringoespasmo ☐ Cianose ☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Ret. Urinária ☐ Hipertensão ☐
Hipertensão ☐ Arritmias ☐ Dor ☐ Dif. respiratório ☐ Sangramento ☐ Cefaléia ☐
Parada cardíaca ☐ Óbito ☐ Outros ☐

Alta da sala de recuperação

Para enfermagem ☐ Alta Hospitalar ☐ Transferência ☐ UTI ☐ Óbito ☐
Anestesiologista fratura da tíbia e fíbula

RESUMO

Paciente EDUARDO CLAUDIO DE SAUS Idade 21 Estado Físico fratura da tíbia e fíbula
História D. Atual fratura da tíbia e fíbula
Cirurgia fratura da tíbia e fíbula Cirurgião fratura da tíbia e fíbula
Anestesia fratura da tíbia e fíbula Anestesiologista fratura da tíbia e fíbula



① Controle radiológico rotineiro ② Injeção
500,94. ③ Quimiopatia de perda ④ Amelior
entend local ⑤ C. R. P. A.

Eduardo C. L. R. Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
CRM-6439/RN - TCOR 13340

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 20/04/19

Valcira Almeida F. Gomes
SAME/ARQUIVO
MUT 150.7420

INTERVENÇÃO

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 20/04/19
SAME/ARQUIVO



SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA

Data 18/01/19 Anestesiologista BRUX DE PAIVA

A ANESTÉSICA

ANESTÉSICA

☒ Raqui-anestésia ☐ Peridural ☐ Pélxo Braquial ☐ Bier ☐ Local ☐ Nervo Periférico

☐ Inalatória ☐ Balanceada ☒ Associada a Bloqueio ☐ Bloqueio Espinhal

☐ vol. de Primão ☐ Agulha n° ☐ Posição ☐ Nível de Bloqueio

☐ Axilar ☐ Kulemkampf ☐ Lado

☐ Bain ☐ Baraka ☐ Rubem ☐ Outro

☒ Difícil ☐ Sonda n° ☐ Orotraqueal ☒ Nasotraqueal ☐ Fluxo sob máscara

☐ Controlada ☒ Assistida ☐ Espontânea ☐ Manual ☐ Ventilação Mecânica

Volume corrente (ml)

Ciclos por minuto

Outras anotações importantes RSM: INVALORADA (2008)
C/ BENTAM 350mg + PROPOFOL 12 IS OCU
EDMOND 50mg 150F SOB INCRANUL
ZSC/CUR TOSTIS VB ADICAS + EXALAC

	Anestesia	Cirurgia
Final		
início		
Total		

Nome - Agente - Dose

[illegible]

Anestesia	200
X	180
Chirurgia	160
⊙	140
Plasma	120
	100
Trasfusione	80
⊙	60
Sist. V	40
Diast.	20
Intero	0

temperatura	DDH <input checked="" type="checkbox"/>	DVH <input type="checkbox"/>	DLE <input type="checkbox"/>	LITOMIA <input type="checkbox"/>	Renal <input type="checkbox"/>	Sentado <input type="checkbox"/>
pressão	P.A. <input checked="" type="checkbox"/>	Estetoscópio <input checked="" type="checkbox"/>	ECG <input checked="" type="checkbox"/>	Est. Nervo Periférico <input type="checkbox"/>		
ritmo cardíaco	oxímetro <input checked="" type="checkbox"/>	PVC <input type="checkbox"/>	PAM <input type="checkbox"/>	Outros <u>PAN + ETCO2</u>	Outras Informações	
diurese (mls)			Diurese (mls)		aproximado na na valas de	

Complicações: Hipotensão ☐ Choque ☐ Hipertensão ☐ Náuseas ☐
 Vômitos ☐ Convulsão ☐ Laringoespasmo ☐ Laringoespasmo ☐ Oligúria ☐
 Edema ☐ Cianose ☐ Arritmias ☐ Desconexões do Sistema ☐
 Lesão Cardíaca ☐ Óbito ☐ Outros: _____

Exatidão ☐ Em Plano ☐ c/ reflexo ☐ Acordado ☐
Total do Soro ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ mis Total do Sangue ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ mis
Encaminhamento SRPA ☐ UTI ☐ Alta ☐ Transferência ☐ Óbito ☐
SND: 01/01/2018
PISO AO ALTO
81 300/405
Burg... Burg...

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSOR 2010.11.19

Anestesiologista CRM ☒ ☐ ☐ ☐ ☐

0.34,



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	2 - CNES 2503689
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	4 - CNES 2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE EVERTON CLEMENTE DE MOURA (8 - 330/2019)		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 205626	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 705003002571356	8 - DATA DE NASCIMENTO 13/02/1991	9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	10 - RAÇA/COR PARDA
11 - NOME DA MÃE RIVANEIDE MARIA DE MOURA		12 - TELEFONE DE CONTATO DDD 84 Nº DO TELEFONE 96338563	10.1 - ETNIA
13 - NOME DO RESPONSÁVEL EVERTON CLEMENTE DE MOURA		14 - TELEFONE DE CONTATO DDD 84 Nº DO TELEFONE 96338563	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) PEDRO VELHO, 751 - SANTO ANTONIO			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA MOSSORO	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 240800	18 - UF RN	19 - CEP 59611010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>fe fratura do 5º e 5º quíquid de mão e parque 5º MTC fe fratura fibula (B) e 1/3 proximal com hematoma, edema e endurecimento múltiplos</i>			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO <i>Rx + cur clínic</i> HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ 24/03/19			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Rx</i> SAME/ARQUIVO mae - 150.343-6			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO + fe fibula proximal e diáfise			
24 - CID 10 PRINCIPAL S62.3	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METACARPO-FAL		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 408020539
29 - CLÍNICA CIR	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 2	31 - DOCUMENTO () CNS (X) CPF
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF SOLICITANTE / ASSISTENTE 5375800672		33 - NOME DO PROF SOLICITANTE / ASSISTENTE LUIS FERNANDO CENTI NASCIMENTO
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 18/01/2019		35 - ASSIN. E CARIMBO Nº REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR LIGINEY LINO DE OLIVEIRA	47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR	



HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 330 /2019

Prontuário: 205626

Paciente: 31882 - EVERTON CLEMENTE DE MOURA

Cartão SUS: 705003002571356

CPF: 09712586430

Dt Nasc: 13/02/1991

Idade: 27 anos 11 meses 5 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: RIVANEIDE MARIA DE MOURA

Nome do pai: LUZIVAN CLEMENTE DE MOURA

Rua/Av: PEDRO VELHO

Complemento:

Nº: 751

Bairro: SANTO ANTONIO

CEP: 59611010

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84 96338563 84 96338563

Especialidade: CLINICA CIRURGICA

Unidade: CLINICA CIRURGICA Leito: 303. 02

Responsável: EVERTON CLEMENTE DE MOURA -

Usuário: MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA

Admissão: 18/01/2019 15:42:27

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S62.3 - FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO
408020539 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 24/02/19

Carla Maria S. Lima

SAME/ARQUIVO

mt. 250.7430

MOSSORO, 18 de Janeiro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

DÉBITO CIRÚRGICO

Nome do paciente: Everson Clemente de Moura N° do Pront.: _____
Cirurgia: Int. cirúrg. de gast. e pâncreas em via alta - ext. em plasma E. Data: 18/07/19
Cirurgião: Dr. Eduardo Auxiliar: Dr. Luiz Instrumentadora: _____
Anestesista: Dr. Enok Anestesia: Genol
Início da Cirurgia: 17h10min Término: 19:00

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	
* GASES	20 unid.
* ESPARADRAPO	10 unid.
* COMPRESSAS <u>Algodão</u>	50 unid.
* LAMINA DE BISTURI N° 24	05 unid.
* LUVAS <u>7.5</u>	01 unid.
* EQUIPO PARA SORO	05 unid.
* S CALPS N°	
* JELCOS	
* CATETER PARA SUBCLAVIA	
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	
* SERINGAS DE 05 ML	
* SERINGAS DE 10 ML	01 unid.
* SERINGAS DE 20 ML	01 unid.
* AGULHAS DESCARTÁVEIS <u>40 x 12</u>	01 unid.
* SONDA ENDOTRAQUEAL N° <u>7.5</u>	01 unid.
* TRAQUEOSTOMO	01 unid.
* SONDA URETRAL N°	
* SONDA FOLEY N°	
* SONDA NASOGÁSTRICA N°	
* CATETER PARA 02	
* SONDA PARA ASPIRAÇÃO N° <u>74</u>	01 unid.
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
* BOLSA DE COLESTOMIA	
* DRENO DE PENROSE N°	
* DRENO DE TORAX N°	
* ATADURA GESSADA	
* FAIXA DE CREPOM	
* ALGODÃO ORTOPÉDICO	06 unid.
* CATGUT CROMADO	
* CATGUT SIMPLES	
* FIO DE ALGODÃO	
* MONONYLON 3-0	
* OUTROS FIOS	
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	
* USO DE OXIGÊNIO	Sim
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCÓOLICA	
* SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE	
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	50 ml
* SOLUÇÃO DE ETER	30 ml
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	
* SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9%	1000 ml
* SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES	
* MANITOL	
* XILOCAINA A 2%	10 unid.
* ABD	05 unid.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 20/07/19

Dr. Everson Clemente de Moura

SAME ARQUIVO

mot. 150.343-0





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH



CONTROLE E REGISTRO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS E
UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: <u>Luana Clemente de Moura</u>	Registro: _____
Data de nasc.: <u>13/02/1991</u> Sexo: () F (X) M	
Nome da Mãe: <u>Rivaneide Maria de Moura</u>	
Data da Cirurgia: <u>18/01/19</u>	
Cirurgia: <u>Fixação de prótese F. Test. Linéares de</u>	Cirurgião: <u>Dr. Eduardo</u>
Instrumentador: <u>Paulo Roberto E.</u>	Circulante: <u>Marly Vandeleima</u>

HRTM CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO		
MATERIAL: <u>Perfector Ossino</u>		
RESP. PREPARO: <u>Eduardo</u>	DATA: <u>18/01/19</u>	
DATA ESTERILIZAÇÃO: <u>0</u>	Nº DO LOTE	
ESTERILIZAÇÃO VÁLIDA ENQUANTO A EMBALAGEM PERMANECER ÍNTEGRA, SECA E ARMAZENADA EM CONDIÇÕES ADEQUADAS.		
DATA DO USO: <u>18/01/19</u>	HORA: <u>17h</u>	S.O.:

Dr. Eduardo

HRTM CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO		
MATERIAL: <u>Calceira</u>		
RESP. PREPARO: <u>Calceira</u>	DATA: <u>18/01/19</u>	
DATA ESTERILIZAÇÃO: <u>18/01/19</u>	Nº DO LOTE <u>N2-063</u>	
ESTERILIZAÇÃO VÁLIDA ENQUANTO A EMBALAGEM PERMANECER ÍNTEGRA, SECA E ARMAZENADA EM CONDIÇÕES ADEQUADAS.		
DATA DO USO: <u>18/01/19</u>	HORA: <u>17h</u>	S.O.:
CIRURGIÃO: <u>Dr. Eduardo</u>	OBS.:	

Nome / Mod
FID TIPO KIRSCHENNER 20 x 300 mm
Fabricante Minas Med
Referência 2 13 20/308
Lote OP/8884791
No Registro Anvisa 8815568089

Nome / Mod
FID TIPO KIRSCHENNER 13 x 300 mm
Fabricante Minas Med
Referência 2 13 15/308

3M
Comply™ 1243
SteriGage™
Steam Chemical
Integrator
REJECT ACCEPT

3M
Comply™ 1243
SteriGage™
Steam Chemical
Integrator
REJECT ACCEPT

3M
Comply™ 1243
SteriGage™
Steam Chemical
Integrator
REJECT ACCEPT

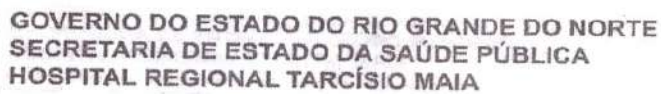
3M
Comply™ 1243
SteriGage™
Steam Chemical
Integrator
REJECT ACCEPT

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 20/01/19

SAME/ARQUIVO

mat. 150.343-0

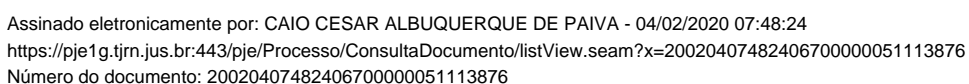


Nome: Everson Clemente de Souza Leito: _____

PRESCRIÇÃO

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
↑ SAME MOSSORÓ 20/04/19

SAME/ARQUIVO
max. 150.343.0





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

PACIENTE

Everson Clemente de Moura, 27 anos

REGISTRO

CLÍNICA

LEITO

DATA / HORA

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASSINATURA

14/01/19 16:30

Paciente chegou ao CC em estado
consciente, orientado, verbalizando
em O2 ambiente, com AVP em MSD
verbalizando SBL, cursando em
esquerda, sutura fechada e plana E.

18/01/19 17:10

Tratado de procedimento cirúrgico

18/01/19 19:00

Exame de

18/01/19 19:20

Paciente transferido para o bloco de
mama, BV, AVP em MSD, consor-
tiado, orientado

19/01/19 06:00

Paciente consciente, orientado, O2 ambiente, sem
verossus pedúnculo, ferida externa em MIE, sem
pulsos, medidos conforme prática médica.
Remanda para a clínica cirúrgica.

19/01/19 07:00

Continua na SRPA, por falta de
vaga na O. P. Consciente,orien-
tado, eupneico em O2 ambiente.
Encontra-se com AVP em MSD,
orientado em MIE, diurese espon-
tânea.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

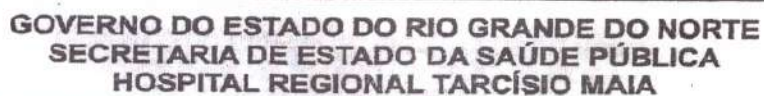
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 21/01/19

SAME/ARQUIVO

mt. 160.7130





Nome: Luís Alberto de Sousa Idade: 27 N° Reg: _____
Serviço: _____ Enf.: _____ Leito: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME/MOSSORÓ 20/04/19
Município de Jurema S. Maia
SAME/ARQUIVO
Mat. 150.2420





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH



CONTROLE E REGISTRO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS E
UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: Everson Clemente de Moura Registro: _____
Data de nasc.: 13/02/1991 Sexo: () F (X) M
Nome da Mãe: Rivaneide Moura de Moura
Data da Cirurgia: 18/01/19
Cirurgia: Art. Linhas de gest. exp. em tubo. e fix. ext. em Cirurgião: Dr. Eduardo
Instrumentador: _____ Circulante: Paula / Vandeclaura

Lote Numero: V07536792 Fabricacao: 09/2016 Validade: 03 Anos Codigo: 2.345 Quantidade: 08 PCS
Nome Tecnico: PINO IMPLANTAVEL
Nome Comercial: PINO DE SCHANZ
Modelo Comercial: PINO DE SCHANZ ESTERIL DIAM. 5,0 X 200 MM
Numero de Registro ANVISA: 80046530010 Mat.Fabric.: ASTM F138
Implantec Materiais Medicos & Hospitalares Ltda.
R. Alberto Melo da Costa, 125-Campinas/SP CEP: 13050-713
Resp. Tecnico: Agmar A. Bispo CREA-SP: 5063950858
Armazenamento, Cuidados no Manuseio, Advertencias e Instrucoes de Esterilizacao: ver Instrucao de Uso.
PROIBIDO REPROCESSAR - ESTERIL - ETO
Produto Medico Invasivo Classe 3

Lote Numero: V5620041 Fabricacao: 09/2016 Validade: 03 Anos Codigo: 272 Quantidade: 01 PC
Nome Tecnico: Sistema de Fixacao Externa
Nome Comercial: Fixador Externo
Modelo Comercial: FIXADOR EXTERNO DINAMICO - T. 1004/B
Numero de Registro ANVISA: 80046530009 Mat.Fabric.: INOX E ALUM.
Implantec Materiais Medicos & Hospitalares Ltda.
R. Alberto Melo da Costa, 125-Campinas/SP CEP: 13050-713
Resp. Tecnico: Agmar A. Bispo CREA-SP: 5063950858
Armazenamento, Cuidados no Manuseio, Advertencias e Instrucoes de Esterilizacao: ver Instrucao de Uso.
PROIBIDO REPROCESSAR - ESTERIL - ETO
Produto Medico Nao-Invasivo Classe 1

Colar controles aqui

Lote Numero: V07537792 Fabricacao: 09/2016 Validade: 03 Anos Codigo: 2.345 Quantidade: 08 PCS
Nome Tecnico: PINO IMPLANTAVEL
Nome Comercial: PINO DE SCHANZ
Modelo Comercial: PINO DE SCHANZ ESTERIL DIAM. 5,0 X 200 MM
Numero de Registro ANVISA: 80046530010 Mat.Fabric.: ASTM F138
Implantec Materiais Medicos & Hospitalares Ltda.
R. Alberto Melo da Costa, 125-Campinas/SP CEP: 13050-713
Resp. Tecnico: Agmar A. Bispo CREA-SP: 5063950858
Armazenamento, Cuidados no Manuseio, Advertencias e Instrucoes de Esterilizacao: ver Instrucao de Uso.
PROIBIDO REPROCESSAR - ESTERIL - ETO
Produto Medico Invasivo Classe 3

Lote Numero: V5621042 Fabricacao: 09/2016 Validade: 03 Anos Codigo: 272 Quantidade: 01 PC
Nome Tecnico: Sistema de Fixacao Externa
Nome Comercial: Fixador Externo
Modelo Comercial: FIXADOR EXTERNO DINAMICO - T. 1004/B
Numero de Registro ANVISA: 80046530009 Mat.Fabric.: INOX E ALUM.
Implantec Materiais Medicos & Hospitalares Ltda.
R. Alberto Melo da Costa, 125-Campinas/SP CEP: 13050-713
Resp. Tecnico: Agmar A. Bispo CREA-SP: 5063950858
Armazenamento, Cuidados no Manuseio, Advertencias e Instrucoes de Esterilizacao: ver Instrucao de Uso.
PROIBIDO REPROCESSAR - ESTERIL - ETO
Produto Medico Nao-Invasivo Classe 1

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 20/01/19
Carneiro Lemos, J. P. Gomes
SAME ARQUIVO
nmz. 150.243-0





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Nº do Cadastro / Prontuário _____

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: Dr. Sueldo Câmara Município: _____
Paciente: Everton Clemente de Moura
Endereço: _____
Idade: _____ Sexo: M (X) F () Ocupação: _____
Nome do Responsável: _____

DADOS CLÍNICOS

Resumo Clínico: Paciente encaminhado de renovação após
cirurgia ortopédica.
Resultado dos Exames: _____
Tratamento já realizado: _____
Impressão diagnóstica: _____

PROFISSIONAL Dr. Daniel Martins de Brito
Médico
CRM 8578
30 / 01 / 2019
DATA

AGENDADO

Encaminhamento para a especialidade: Ortopedia e Traumatologia
Consulta marcada para a unidade: _____ Município: _____
Para o Dr. _____ às _____ Horas do dia ____ / ____ / ____

FICHA CONTRA REFERÊNCIA

Unidade Referenciada: _____ Município: _____
PACIENTE: _____ Prontuário: _____

ATENÇÃO PRESTADA

Resumo Clínico: _____
Resultado de Exames Realizados: _____
Diagnóstico: _____
Conduta: _____
Observações: _____

PROFISSIONAL _____
DATA ____ / ____ / ____

Qualidade e confiabilidade da informação dependem da qualidade da coleta de dados.





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Nº do Cadastro / Prontuário

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem:

Município:

Paciente:

Endereço:

Idade:

Sexo: M () F ()

Ocupação:

Nome do Responsável:

DADOS CLÍNICOS

Resumo Clínico:

Resultado dos Exames:

Tratamento já realizado:

Impressão diagnóstica:

Enfermeira e Fisioterapeuta
Cristina de Jesus
Cristina de Jesus
PROFISSIONAL

DATA

AGENDADO

Encaminhamento para a especialidade:

CIRURGIA ORTOPÉDICA

Consulta marcada para a unidade:

Município:

Para o Dr. _____

às _____

Horas do dia _____

FICHA CONTRA REFERÊNCIA

Unidade Referenciada:

Município:

PACIENTE:

Prontuário:

ATENÇÃO PRESTADA

Resumo Clínico:

Resultado de Exames Realizados:

Diagnóstico:

Conduta:

Observações:

PROFISSIONAL



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: DR. EDUARDO CLEMENTE DE OLIVEIRA 27 ANOS
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA 300 Leito: 201-1
DATA DE ADMISSÃO: 18/01/2019 Mossoró-RN Código: 31882

EVOLUÇÃO

FRATURA PLATO TIBIAL E ODIAFISÉ TIBIA E UPA EXPOSTA 4,5" PD E FERIMENTO 1" MTC

3.900,00 FIEBRE
ALTO RISCO DE PRESERVAÇÃO DE FUNÇÕES EXCELOREAS FISIOLÓGICAS
NÃO ALERGIAS

PRESCRIÇÃO
SOLICITO RISCO CIRÚRGICO

	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	LEV. A LIVRE	
2	DIET. 1-100 ML EV PARA 24 HRS	
2	DIET. RONA 1G + 3ML ABD EV 6/6 HORAS	
3	DIET. ADIM 1G + ABD EV 8/8 HORAS	
4	DIET. RONA 1G + 3ML ABD EV 6/6 HORAS	
5	DIET. ADIM 1G + ABD EV 8/8 HORAS	
A 17A 18/01/19		

DR. EDUARDO CLEMENTE DE OLIVEIRA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO DO HOSPITAL
CRM-RN 20015

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 24/01/19
Francisco Kennedy S. S. S. S.
SAME/ARQUIVO
mt. 150.243.0





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Nº do Cadastro / Prontuário

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem:

Município:

Paciente:

Endereço:

Idade:

Sexo: M () F ()

Ocupação:

Nome do Responsável:

DADOS CLÍNICOS

Resumo Clínico:

Resultado dos Exames:

Tratamento já realizado:

Impressão diagnóstica:

Ortopedia e Traumatologia
PROFISSIONAL - 11.726

DATA

AGENDADO

Encaminhamento para a especialidade:

Consulta marcada para a unidade:

Para o Dr.:

às

Horas do dia

FICHA CONTRA REFERÊNCIA

Unidade Referenciada:

Município:

PACIENTE:

Prontuário:

ATENÇÃO PRESTADA

Resumo Clínico:

Resultado de Exames Realizados:

Diagnóstico:

Conduta:

Observações:

DATA





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Nº do Cadastro / Prontuário

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____ Município: _____
Paciente: Everson Almeida de Sousa
Endereço: _____
Idade: _____ Sexo: M () F () Ocupação: _____
Nome do Responsável: _____

DADOS CLÍNICOS

Resumo Clínico: 11/11/2019 - fratura plavto pedio
em diafragma de titânio
Resultado dos Exames: Exame físico do membro
Tratamento já realizado: estabilização interna da fratura
Impressão diagnóstica: fratura de titânio
Ortopedia e Traumatologia
Cir. Do Joelho
PROFISSIONAL
11.724
DATA: 14.02.19

AGENDADO

Encaminhamento para a especialidade: ORTOPEDIA ORTOPEDICA
Consulta marcada para a unidade: _____ Município: MOSSORÓ
Para o Dr. _____ às _____ Horas do dia _____

FICHA CONTRA REFERÊNCIA

Unidade Referenciada: _____ Município: _____
PACIENTE: _____ Prontuário: _____

ATENÇÃO PRESTADA

Resumo Clínico: _____
Resultado de Exames Realizados: _____
Diagnóstico: _____
Conduta: _____
Observações: _____
PROFISSIONAL: _____ DATA: _____





ANEXO IV
INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 77 /PRES/INSS, DE 21 DE JANEIRO DE 2015

PROCURAÇÃO

ESP/NB:

Erivton Clemente de Moura
NOME COMPLETO DO SEGURADO/PENSIONISTA

<u>Brasil</u> NACIONALIDADE	<u>Solteiro</u> ESTADO CIVIL	<u>2827433</u> IDENTIDADE
<u>097.125.864-30</u> CPF	<u>Arrendador</u> PROFISSÃO	<u>Franciungeraldo da Silva</u> RUA/AVENIDA/PRAÇA
<u>03</u> Nº	<u>Casa</u> COMPLEMENTO	<u>Massoró - RN</u> CIDADE/ESTADO/CEP

nomeia e constitui seu bastante procurador o(a) Sr(a).

Franciungeraldo da Silva
NOME COMPLETO DO PROCURADOR

<u>Brasil</u> NACIONALIDADE	<u>Solteiro</u> ESTADO CIVIL	<u>20045633870</u> IDENTIDADE
<u>058.485.923-65</u> CPF	<u>Procurador</u> PROFISSÃO	<u>Franciungeraldo da Silva</u> RUA/AV/PRAÇA
<u>03</u> Nº	<u>Casa</u> COMPLEMENTO	<u>Massoró - RN</u> CIDADE/ESTADO/CEP

a quem confere poderes especiais para representá-lo perante o INSS, bem como usar de todos os meios legais para o fiel cumprimento do presente mandato, por **encontrar-se**:

INDICAR UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

☒ Incapacitado de locomover-se ou portador de moléstia contagiosa.

☐ Ausente (viagem dentro país ou exterior) período _____

☐ Residência no exterior (indicar o país _____)

com fins específicos de:

INDICAR UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

☐ Receber mensalidades de benefícios, receber quantias atrasadas e firmar os respectivos recibos.

☐ Requerer benefícios, revisão e interpor recursos.

☐ Comprovação de vida junto a rede bancária.

☐ Cadastro de Senha para informações previdenciárias pela internet.

☒ Requerimentos diversos.





Prefeitura Municipal de Baraúna
Secretaria Municipal de Saúde
Gerencia Executiva de Saúde



AUTORIZAÇÃO PARA CIRURGIA

Nome do usuário: EVERTON CLEMENTE DE MOURA
CPF: 097.125.864-30 RG: 2827433 CNS: 705.003002571356
Endereço: RUA: MARIA DE LOURDES CARVALHO REBOUÇAS, Nº 07, CENTRO, BARAÚNA/RN -
CEP: 59695-000
Telefone pessoal: _____

Procedimento solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DA TIBIA

Código do procedimento:	<input type="text" value="0408050862"/>
Código do procedimento:	<input type="text" value="0415040035"/>
Código do procedimento:	<input type="text" value="04080601390"/>
Código do procedimento:	<input type="text"/>
Código do procedimento:	<input type="text"/>

Médico solicitante: Dr. (a) DR; FABIO ROBERTO A DE LIMA


Autorizador
Carimbo Assinatura

Jania Maria Freire
Secretaria Municipal de Saúde
CPF: 141.984.873-71

Baraúna - RN, 01/04/2019





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

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE Antonio Almeida de Sousa	6 - Nº DO PRONTUÁRIO		
7 - CARTÃO NACIONAL SUS 70566 30 24 11336	8 - DATA DE NASCIMENTO 13/02/1991	9 - SEXO MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/>	2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Luzia Almeida de Sousa	11 - TELEFONE DE CONTATO		
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) R. Manoel de Medeiros, 100			
13 - MUNICÍPIO Parnaíba	14 - BAIRRO Centro	15 - UF PI	16 - CEP 53693-000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Sinal de fraqueza de tórax esquerda após trauma no aparelhamento O2 na			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO TIC Comp			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Exames: Exame físico - tórax x			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Vendagem de	21 - CID 10 PRINCIPAL J89	22 - CID 10 SECUNDÁRIO S82	23 - CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tratamento cirúrgico de fratura de tórax - Abertura de tórax - Fechamento de tórax	26 - LEITO/CLÍNICA Unidade de Terapia Intensiva	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
25 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - 09230-0286-3 - 09150-0003-3 - 09230-0003-0			29 - DT. SOLICITAÇÃO 26/05/19
			30 - CNS / CPF
			31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

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



AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: MOSSORO

REMARCAÇÃO DE EXAME PERICIAL
REQUERIMENTO Nº 194420713

Prezado (a) Sr(a)

EVERTON CLEMENTE DE MOURA

(Nome do segurado)

Informamos que foi remarcado seu exame pericial para a data, hora e local a seguir discriminados:

Data: 08/02/2019

Hora: 08:00

Endereço:

RUA FRANCIVAN GERALDO DA SILVA 03 AEROPORTO MOSSORO -
PROXIMO PADARIA V E M, PX CERCA DO AEROPORTO, PX QUADRA
ALUISIO ALVES, CASA BRANCA PORTÃO PRATA TEL 9666-3849

MOSSORO - RN

Compareça ao exame pericial agendado, levando RG (Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional. Considerando que já houve solicitação de remarcação, informamos que o não comparecimento na data acima agendada ensejará no indeferimento do requerimento ou cessação do benefício.

Mossoro, 05 de fevereiro de 2019

Nome/Cargo/Assinatura
(Atendente)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em ____/____/____

Assinatura do Requerente/Rep. Legal





Dr. Rodrigo Jales Barreto

Ortopedia - Traumatologia - Cirurgia do Joelho
CRM 4759 | TEOT - 11.724

Exercícios de fortalecimento do M.

uso com -

16
Oliados
com óleo de ossos

08/03/19

Dr. Rodrigo Jales Barreto
Ortopedia e Traumatologia
Cir do Joelho
CRM-RN 4759 / TEOT 11.724

Rua Pedro Velho, 320 - Santo Antônio - Mossoró/RN / Fone: 84 3314 7755 / 3316 0184





URGENTE !

Dr. Rodrigo Jales Barreto

Ortopedia - Traumatologia - Cirurgia do Joelho
CRM 4759 | TEOT - 11.724

Exercício de M.

5000000
Th. N. M. Jales Barreto

7
H.D. - leve o pé direito

Dr. Rodrigo Jales Barreto
Ortopedia e traumatologia
Cir do Joelho
CRM-RN 4759 / TEOT 11.724

08/03/19

Rua Pedro Velho, 320 - Santo Antônio - Mossoró/RN / Fone: 84 3314 7755 / 3316 0184





Dr. Rodrigo Jales Barreto

Ortopedia - Traumatologia - Cirurgia do Joelho

CRM 4759 | TEOT - 11.724

Exames de

SQUAT

Principais (20 anos)

SEM CARGA

7

H.S. - 1º e 2º testes com 18
1º teste lateral joelho

0862119

Dr. Rodrigo Jales Barreto
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 4759 / TEOT 11.724

Rua Pedro Velho, 320 - Santo Antônio - Mossoró/RN / Fone: 84 3314 7755 / 3316 0184



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: CNPJ: 24.530.487/0001-82

CLÍNICA MÉDICA DE MOSSORÓ

Endereço Completo e Telefone:

Rua Pedro Velho, 320 | Santo Antonio | Mossoró/RN

Fone: (84) 3314 7755

1ª Via - Farmácia

2ª Via - Paciente

Paciente:

Prescrição:

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

Mossoró/RN

08.03.19

Dr. Rodrigo Jales Barreto
Ortopedia e Traumatologia
Cir do Joelho
CRM-RN 47597-11724

Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident.: _____
Org. Emissor: _____
End.: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data ____/____/____





DE NATAL

Paciente:

Evanton Clemente de Moura

7,

Soluto

2x para E - AP - Perfil

2x pelto E - AP - Perfil

Natal/RN, 12 de 03 de 20 19

Filippi Ranieri Alves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM RN 8963/TEOT 15251

Rua Cel. Joaquim Manoel, 615 - SL 608 - 5 Andar - Ed. Harmony Center - Natal - CEP 59012-390
Fone: (84) 3202-0191



f/1 Quarta Classe de Hane

Isolado
Hemograma Completo
Coagulograma


Dr. Roberto A. de Lima
Ortopedia/Traumatologia
Rua da Joazeiro
CNPJ: 09.967.408/0001-11

Conceição 22/03/18





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

Carta de
A. do P.

Teste de

teste de
teste de
teste de

12
01
14
teste de
teste de
teste de
teste de





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

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

05/09/2019

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE Evelton Clemente de Sousa		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL/SUS 705003002771356	8 - DATA DE NASCIMENTO 13/02/1991	9 - SEXO MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMININO	2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Luziviana Clemente de Sousa		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) R- Lavoura de Santos Cavallero Rebouças			
13 - MUNICÍPIO Barra Mansa	14 - BAIRRO Centro	15 - UF RJ	16 - CEP 59695-000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Sintoma de fadiga de todo o corpo após trauma do quadril esquerdo			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO TTO completo			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Anomalia: Fratura fémur + Rota X			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura fémur de todo o corpo	21 - CID 10 PRINCIPAL M85.1	22 - CID 10 SECUNDÁRIO S82	23 - CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - Tratamento cirúrgico de fratura fémur de todo o corpo - Osteotomia de todo o corpo - Redução de fratura de todo o corpo	26 - LEITO/CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
25 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - 040305086-1 - 041504003-3 - 040306013-0			29 - DT. SOLICITAÇÃO 26/05/19
30 - CNS / CPE Código de Procedimento: 040305086-1			31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO) Dr. Roberto A. de Lima CRM: 14916

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

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





Prefeitura Municipal de Baraúna
Secretaria Municipal de Saúde
Gerencia Executiva de Saúde



AUTORIZAÇÃO PARA CIRURGIA

Nome do usuário: EVERTON CLEMENTE DE MOURA

CPF: 097.125.864-30

RG: 2827433

CNS: 705.003002571356

Endereço: RUA: MARIA DE LOURDES CARVALHO REBOUÇAS, N° 07, CENTRO, BARAUNA/RN -

CEP: 59695-000

Telefone pessoal:

Procedimento solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO DA TIBIA

Código do procedimento:

0408050862

Código do procedimento:

0415040035

Código do procedimento:

04080601390

Código do procedimento:

Código do procedimento:

Médico solicitante: Dr. (a)

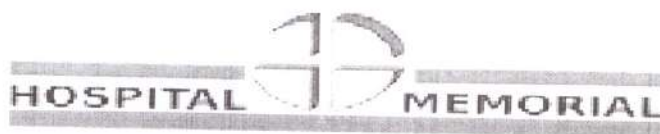
DR; FABIO ROBERTO A DE LIMA

Autorizador
Carimbo Assinatura

Jania Maria Freire
Secretaria Municipal de Saúde
CPF: 141.984.873-71

Baraúna - RN, 01/04/2019





P/ EVERTON CLEMENTE DE MOURA

LAUDO MÉDICO

Paciente submetido a tratamento cirúrgico de fratura de tibia esquerda nesta unidade hospitalar. Sugiro afastamento das suas atividades laborais por aproximadamente 120 (cento e vinte) dias a partir desta data para recuperação da cirurgia e fisioterapia motora.

CID: S82


Roberto A. de Lima
Médico Traumatologista
Cirurgia de Joelho
CRM: 7035 RCO: 14816

Natal, 05 de Abril de 2019





Hospital Memorial de Natal

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

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 26/03/2019 07:01

Paciente: **EVERTON CLEMENTE DE MOURA**

Registro: **134961**

Num. RG: **2827433**

CPF: **097.125.864-30**

Nascimento: **13/02/1991** 28 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **MARIA DE LOURDES CARVALHO REBOUCAS**

N.: **7**

Bairro: **CENTRO**

Cidade: **BARAUNA**

UF: **RN**

CEP: **59695000**

Fone: **84999380809**

Profissão:

Mãe: **RIVANEIDE MARIA DE MOURA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Entrada: **26/03/2019 6:54**

Previsão saída: **28/03/2019 11:00** Atendente: **JAISIAK**

Matrícula/CNS: **705003002571356**

Médico: **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA**

CRM: **7036**

LEITO RESERVA 01

Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

Termo de Responsabilidade

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

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

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

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

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

Assinatura: ☒ Paciente ☐ Responsável

Observações

PACIENTE COM EXAME DE SANGUE, 1 RX

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, 13 / 04 / 19
Leticia Nobre

MediWare

Leticia Nobre

Página 1 / 1





Hospital Memorial de Natal

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

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 26/03/2019 07:01

Dados do Paciente

Paciente: **EVERTON CLEMENTE DE MOURA** Registro: **134961**
Num. RG: **2827433** CPF: **097.125.864-30** Nascimento: **13/02/1991** 28 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **MARIA DE LOURDES CARVALHO REBOUCAS** N.: **7** Bairro: **CENTRO**
Cidade : **BARAUNA** UF: **RN** CEP: **59695000** Fone: **84999380809**
Profissão: _____ Mãe: **RIVANEIDE MARIA DE MOURA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **26/03/2019 6:54** Previsão saída: **28/03/2019 11:00** Atendente: **JAISIAK**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **705003002571358**
Médico : **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA** CRM: **7036**

LEITO RESERVA 01

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

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

Doc. Apresentado: _____ Diagnostico Definitivo: _____

Procedencia:: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatorio sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratorios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinario e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, _____

MedicWare

Página 1 / 1





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

Data: 26/03/2019 07:01

Dados do Paciente

Paciente: **EVERTON CLEMENTE DE MOURA**

Registro: **134961**

Num. RG: **2827433**

CPF: **097.125.864-30**

Nascimento: **13/02/1991**

28 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **MARIA DE LOURDES CARVALHO REBOUCAS**

N.: **7**

Bairro: **CENTRO**

Cidade: **BARAUNA**

UF: **RN**

CEP: **59695000**

Fone: **8499938080**

Profissão:

Mãe: **RIVANEIDE MARIA DE MOURA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1**

Entrada: **26/03/2019 6:54**

Previsão saída: **28/03/2019 11:00**

Atendente: **JAISIAK**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Matrícula/CNS: **705003002571356**

Médico: **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA**

CRM: **7036**

LEITO RESERVA 01

Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS. GERAIS

1. - Autorizo o(a) **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA**

ou cirurgia: **S7736**

RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO

, a realizar o seguinte procedimento, tratamento

2. - O(A) **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA**

, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

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

☒ Assinatura: [] Paciente [] Responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

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

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
59022-020 - Natal/RN

Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA - CRM 7036

CONFERE COM ORIGINAL

MediWare

Página 1 / 1



Assinado eletronicamente por: CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA - 04/02/2020 07:48:26

https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020407482557400000051113880

Número do documento: 20020407482557400000051113880

Num. 53006467 - Pág. 9



Hospital Memorial de Natal

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

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 26/03/2019 07:01

Dados do Paciente

Paciente: **EVERTON CLEMENTE DE MOURA**

Num. RG: **2827433**

CPF: **097.125.864-30**

Nascimento: **13/02/1991**

28 anos

Sexo: **Masculino**

Est.Civil: **Solteiro(a)**

Registro: **134961**

Endereço: **MARIA DE LOURDES CARVALHO REBOUCAS**

N.: **7**

Bairro: **CENTRO**

Cidade: **BARAUNA**

UF: **RN**

CEP: **59695000**

Fone: **84999380809**

Profissão:

Mãe: **RIVANEIDE MARIA DE MOURA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1**

Entrada: **26/03/2019 6:54**

Previsão saída: **28/03/2019 11:00**

Atendente: **JAISIAK**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Matrícula/CNS: **705003002571356**

Médico: **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA**

CRM: **7036**

LEITO RESERVA 01

Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

TERMO DE RESPONSABILIDADE PATRIMONIAL

Declaro que estou ciente da minha responsabilidade, à título de usufruto, para meu uso exclusivo, sobre os equipamentos/ materiais especificados neste termo de responsabilidade, comprometendo-me a mantê-los em perfeito estado de conservação, ficando ciente que:

1- Se o equipamento for danificado ou inutilizado por emprego inadequado, mau uso, negligência ou extravio, o Hospital Memorial cobrará um equipamento da mesma marca ou o ressarcimento do valor equivalente.

2- Em caso de dano, inutilização ou extravio do equipamento deverei comunicar imediatamente ao setor competente.

3- Terminando os serviços, devolverei o equipamento completo e em perfeito estado de conservação, considerando-se o tempo de uso do mesmo, ao setor competente.

4- Estarei sujeito a inspeções sem prévio aviso.

5- Segue a lista de itens inclusos no apartamento: Conjunto de armários de sete portas, Lavatório, Torneira do lavatório, Dispensadores de álcool, de sabonete, de papel toalha, Ar-condicionado, Cama, Colchão, Enxoval hospitalar, Criado-mudo, Cadeira/Poltrona, Televisão LCD, Pannel para televisão LCD, Suporte de soro, Lixeira, Pannel de gases, Frigobar, Cortinas, Campainha. E os itens inclusos no banheiro do apartamento: Armário de duas portas, Lavatório, Torneira do lavatório, Dispensadores de sabonete, de papel toalha, de papel higiênico, Lixeira, Espelho, Vaso sanitário, Assento de vaso sanitário, Acionador de descarga, ducha higiênica, Chuveiro, ducha de banho, Registro, Suporte de toalha, Barras de apoio, Assento para banho, Balde de roupa e Campainha de emergência.

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

[Assinatura manuscrita]

Devolução: Atestamos que o bem foi devolvido em ____/____/____, nas seguintes condições:

[] Em perfeito estado

[] Apresentando defeito

[] Faltando Equipamentos/Acessórios

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN

Assinatura do responsável

EM / /

MedicWare

Página 1 / 1



03/04/2019

SISREG III - Servidor de Produção

Código Solicitação: 280930758

Número AIH: 241910025911-4

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:

HOSPITAL MEMORIAL

Unidade Executante:

HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro

AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROL

Central Reguladora

NATAL

Data de Solicitação

25.03.2019 - 11:39:12

Data de Autorização

25/03/2019 - 12:53:49

Data de Reserva

26.03.2019

Data de Internação

26.03.2019

Data Prevista de Alta

09.08.2046

Data de Alta

26/03/2019 - 07:06:36

Motivo da Alta

1.1 ALTA CURADO

CNES:

2408252

CNES:

2408252

Município Executante

NATAL

Operador

LUCIMAR

Operador

62725246334WENDEL

Operador

18129862204LUCIMAR

Operador

18129862204LUCIMAR

DADOS DO PACIENTE

CNS:

705003002571356

Nome do Paciente

EVERTON CLEMENTE DE MOURA

Nome da Mãe

RIVANEIDE MARIA DE MOURA

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

13/02/1991 (28 anos)

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

07

Pais de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(84) 99858-4673 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:

MOSSORO - RN

Raça:

PRETA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

MARIA DE LURDES CARVALHO REBOUÇAS

Bairro:

CENTRO

Município de Residência:

BARAUNA

Complemento:

CEP:

59695-000

UF:

RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

07443427409

CPF do Médico Executante:

07443427409

Diagnóstico Inicial - CID:

Z478 - OUTROS SEGUIMENTOS ORTOPÉDICOS ESPECIFICADOS

Caráter

10 - Eletivo

Clinica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS

Nome do Médico Solicitante:

FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA

Nome do Médico Executante:

FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA

Status da Solicitação:

APROVADA

Classificação de Risco

Prioridade 3 - Atendimento eletivo

Clinica Complementar:

Nenhuma

Código:

0415020034

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

PACIENTE RETORNA PARA RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DA TÍBIA ESQUERDA /td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

R X + E F

Condições que Justificam a Internação:

TRATAMENTO CIRURGICO RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + DEBRIDAMENTO + MANIPULACAO

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:

25.03.2019 - 11:39:12

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____



DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente EVERTON CLEMENTE DE MOURA

Data do Procedimento: 26/03/2019

Registro: 134961

IH: 1

Diagnóstico pré operatório: -

Código do procedimento

Cirurgia realizada

0415040035

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS

0408060360

RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO

0408060158

MANIPULAÇÃO ARTICULAR

Equipe cirúrgica:

CRM

Cirurgião: FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA

7036

Anestesiologista: GILVAN DE CARVALHO

1904

Instrumentador: BERENISE + NAYARA

Grau de Contaminação: Limpo

Profilaxia Antimicrobiana: Cefazolina

Anatomopatológico: Não

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

Não utilizado

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

1. Assepsia e Antissepsia, 2. Colocação de campos estereis, 3. Retirada de fixador externo em perna ESQ, 4. Debridamento de tecidos subcutâneos e pele desvitalizados e infectados, 5. Manipulação articular em joelho esquerdo, 6. Limpeza cirúrgica exaustiva com SF 0,9%, 7. Curativo



BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

Dados do Paciente

Paciente: **EVERTON CLEMENTE DE MOURA**

EVERTON CLEMENTE DE NOBRA

IH-1

Cirurgia Realizada RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO- DEBRIDAMENTO CIRURGICO- MANIPULAÇÃO ARTICULAR			Data 26.03.2019
Cirurgião DR FABIO	1º Auxiliar	2º Auxiliar	Anestesiologistas GILVAN DE CARVALHO

HORA

SF-500ML

ECG

PANI

PVC

Diuresis

SpO2

ETCO2

V P Sist.

^ P. Diast.

● F.C.

X PAM

Exames Laboratoriais

[illegible]

TÉCNICA ANESTÉSICA: ANESTESIA VENOSA

BLOQUEIO:		TIPO:
LOCAL DA PUNÇÃO:		LATÊNCIA:
NÍVEL ANESTESIA:	AGULHA:	LIQUOR:
BLOQUEIO MOTOR: 0		
POSIÇÃO: Antes:		Depois:
APARELHO:		
TECNICA: ABERTO		
INTUBAÇÃO: ORAL		
TRAUMATICA: NAO		
SONDA:	Nº	V.T. FR.
CUFF:		V.M. P.T.
INDUÇÃO:		
MANUTENÇÃO:		
CONDIÇÃO FINAL:	REFLEXOS:	CONSCIÊNCIA:

BALANÇO

REFLEXOS:

CONSCIÊNCIA

HOSPITAL MEMORIAL
OBSERVAÇÕES
ECG, OXIMETRO, PNI
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM

Gilman de Carvalho
Anestesiologista
CRM 10000





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: **134961** IH: **1** Paciente: **EVERTON CLEMENTE DE MOURA**
Nascimento: **13/02/1991** **28** anos Internação: **26/03/2019 06:54:05** Leito: **LEITO RESERVA 09**

ANTES DO ATO CIRÚRGICO

26/03/2019 10:08:45 - COREN - 662098 - MARIA ELIZABETE B PEREIRA

Observações:

CLIENTE ADMITIDO (A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE RETIRADA D EFIXADOR EXTERNO, ACOMPANHADO DO MAQUEIRO, CONSCIENTE, ORIENTADO (A), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, FOI PUNÇIONADO EM SALA E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Doença pré-existente: NÃO

Há reserva sanguínea: NÃO

Prótese: NÃO

Jóias: NÃO

Membro e lado da cirurgia: MIE

Exame Laboratorial: NÃO

Risco Cirúrgico: NÃO

Raio X: PRÉ: SIM-QTD: 01

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): NÃO

Outros Exames:

Assinatura Responsável

Maria Elizabete Barbosa Pereira

SRPA

COREN - 662098 - MARIA ELIZABETE B PEREIRA

Nível consciência: CONSCIENTE

Oxigenoterapia: O2 AMBIENTE

Acesso venoso: SIM

Diurese: NÃO

Acianótico: NÃO

Pálido: NÃO

Sudorese: NÃO

Tremores: NÃO

Hipotensão: NÃO

Raio X de Controle:

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE POI, CONSCIENTE, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, NA HVP. VIABILIZANDO SF0,9%, COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO, DIURESE ESPONTÂNEA, PRECISA REALIZAR RX DE CONTROLE, ANEXO AO PRONTUÁRIO EXAMES, SEGUE ACOMPANHADO ATÉ O LEITO DO MAQUEIRO E FAMILIAR.

Assinatura Responsável

Maria Elizabete Barbosa Pereira

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____



Assinado eletronicamente por: CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA - 04/02/2020 07:48:26

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020407482629200000051113881>

Número do documento: 20020407482629200000051113881



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Data: 02/04/2019 12:24

Dados do Paciente

Registro: **134961** IH: **1** Paciente: **EVERTON CLEMENTE DE MOURA**
Nascimento: **13/02/1991** **28 anos** Internação: **26/03/2019 06:54:05** Leito: **LEITO RESERVA 09**

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: SEDACAO VENOSA Anestesiologista: DR. GILVAN
Tipo: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO ESQUER Cirurgião: DR. FABIO
Instrumentador: BERENISE Circulante: NAYARA
Tipo curativo: OCCLUSIVO
Tem material para biópsia/cultura: NAO
Inf.sanguínea: NÃO Monitoração correta: SIM Placa de bisturi: NÃO
Antibiótico profilático?: NÃO
Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

PACTE CONSCIENTE E ORIENTADO EM Oº AMBIENTE ENCAMINHADO A SALA DE CADEIRA DE RODAS, PARA SUBMETER A PROCEDIMENTO DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO ESQUERDO. O MESMO NEGA DOENÇAS E ALERGIA MEDICAMENTOSA. PUNCIONADO EM MSD COM JELCO Nº 20 VIAB SF 0,9%, APOS SEDACAO FOI RETIRADO FIXADOR. REALIZADO LIMPEZA COM DEGERMANTE E AQUOSA EM SEGUIDA COLOCADO UMA TALA GESSADA. PROCEDIMENTO REALIZADO COM EXITO FOI ENCAMINHADO AO SRPA ORIENTADO EM Oº AMBIENTE, SEM MAS ALTERACOES SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTAO.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: Limpa

Nayara Soares
NAYARA SOARES DE OLIVEIRA
Técnico(a) COREN - 706919

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____





Hospital Memorial
São Francisco

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

EVOLUÇÃO MÉDICA -

Dados do Paciente

Paciente: **EVERTON CLEMENTE DE MOURA**

Nascimento: **13/02/1991 28 anos**

Registro: **134961** Num.Internação: **1**

Data Internação: **26/03/2019 06:54:05**

Evolução: 26/03/2019 10:38:25

#Ortopedia

Paciente submetido a retirada de fixador externo + debridamento de tecidos desvitalizados + Manipulação articular sem intercorrências

Cd: ATB + Marcar procedimento definitivo apos cicatrização das lesões

FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA
CRM - 7036

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL
EM: ____/____/____





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **EVERTON CLEMENTE DE MOURA** Idade: **28 anos**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: **134961** Prontuário:
Unidade: **CENTRO CIRURGICO**
Leito: **LEITO RESERVA 09** Peso: **94,0 kg** Altura: **1,80**
Admissão: **26/03/19 06:54** 0 dia(s) de internação
Diag.: **Z47 - Outros cuidados de seguimento ortopédico | Complicação de disp**

26/03/2019 10:37

7036

- | | |
|---|----|
| 1) DIETA LIVRE | D8 |
| 2) DIPIRONA 500mg/mL ampola
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. | D8 |
| 3) DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas. | D8 |
| 4) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola
Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.
DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9% | D8 |
| 5) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.
DILUIR EM 10 ML DE ABD. | D8 |
| 6) METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL
Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário. | D8 |
| 7) RANITIDINA 150mg comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas. | D8 |
| 8) SORO FISIOLOGICO 0,9% 1000mL
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, Ao dia. | D8 |
| 9) RIVAROXABANA 10mg comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única.
6h apos cirurgia | D8 |
| 10) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG) | D8 |
| 11) SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário | D8 |

Dr(a): **FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA**
CRM: - 7036

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL

Pixeon - 02/04/2019 12:24 (U71/CONSUL.6.0) / (DWO:69)

EM, ____/____/____ Página: 1 / 1





Hospital Memorial
São Francisco

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

O - CENTRO CIRÚRGICO

Dados do Paciente

Paciente: **EVERTON CLEMENTE DE MOURA**

Registro: **134961** Nº Internação: **1**

Nascimento: **13/02/1991 28 anos** Data Internação: **26/03/2019 06:54:05** Leito: **LEITO RESERVA 01**

OBSERVAÇÕES GERAIS

20:00H-PACIENTE SAIU DE ALTA HOSPITALAR, ACOMPANHADO PELO MAQUEIRO E FAMILIAR.

26/03/2019
OUT - 1199430
ANGELICA CRISTINA SILVA DE SOUZA

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____



Hospital Memorial

Hospital Memorial de Natal

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

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

hmemorial@veloxmail.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 05/04/2019 09:14

Paciente: EVERTON CLEMENTE DE MOURA

RG: 2827433

CPF: 097.125.864-30 Nascimento: 13/02/1991 28 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Solteiro(a)

Registro: 134961

Mãe: MARIA DE LOURDES CARVALHO REBOUCAS

N.: 7

Bairro: CENTRO

Cidade: BARAUNA

UF: RN

CEP: 59695000

Fone: 84999380809

Ocupação: VENDEDOR AMBULANTE

Mãe: RIVANEIDE MARIA DE MOURA

Dados do Internamento

Internamento: 2

Entrada: 05/04/2019 9:13 Previsão saída: 06/04/2019 11:00 Atendente: VANUZANB

Serviço: SUS ESTADUAL

Matrícula/CNS: 705003002571356

Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA

CRM: 7036

LEITO RESERVA 01

Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

Termo de Responsabilidade

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

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

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

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

1. Diagnóstico;
2. Planejamento e Terapêutico;
3. Ensino e Pesquisa

Assinatura: [Y] Paciente [] Responsável

EVERTON CLEMENTE DE MOURA

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, 13 / 04 / 19

Serviços:

REG. AUT. MUN. DOCUMENTOS, EX LAB. MEDICO CIENTE.

Clinica Ort. Traum. de Natal Ltda. Página 11
Leticia Nobre



HOSPITAL Memorial

Hospital Memorial de Natal

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

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 05/04/2019 09:14

Dados do Paciente

Paciente: **EVERTON CLEMENTE DE MOURA**

RG: **2827433**

CPF: **097.125.864-30**

Nascimento: **13/02/1991**

28

anos Sexo: **Masculino**

Registro: **134961**

Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **MARIA DE LOURDES CARVALHO REBOUCAS**

N.: **7**

Bairro: **CENTRO**

Cidade: **BARAUNA**

UF: **RN**

CEP: **59695000**

Fone: **84999380809**

Profissão: **VENDEDOR AMBULANTE**

Mãe: **RIVANEIDE MARIA DE MOURA**

Dados do Internamento

Qtd. Internamento: **2**

Regime: **SUS ESTADUAL**

Entrada: **05/04/2019 9:13**

Previsão saída: **06/04/2019 11:00**

Atendente: **VANUZANB**

Matrícula/CNS: **705003002571356**

Responsável: **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA**

CRM: **7036**

LEITO RESERVA 01

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____

Motivo: _____

Data da Baixa: _____

No. de dias de hospitalização: _____

No. de US: _____

Ass. Apresentado: _____

Diagnostico Definitivo: _____

Procedência: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatório sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Cardiorespiratórios: _____

Digestivo: _____

Locomotor e Neurológico: _____

Urinário e Ginecológico: _____

Pressão geral: _____

Conduta: _____

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal L. Martine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
FM

Página 1 / 1



Hospital Memorial

Hospital Memorial de Natal

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

Data: 05/04/2019 09:14

Dados do Paciente

Paciente: **EVERTON CLEMENTE DE MOURA** Registro: **134961**
RG: **2627433** CPF: **097.125.864-30** Nascimento: **13/02/1991** 28 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**
Mãe: **MARIA DE LOURDES CARVALHO REBOUCAS** N.: **7** Bairro: **CENTRO**
Cidade: **BARAUNA** UF: **RN** CEP: **59695000** Fone: **8499938080**
Profissão: **VENDEDOR AMBULANTE** Mãe: **RIVANEIDE MARIA DE MOURA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **2** Entrada: **05/04/2019 9:13** Previsão saída: **06/04/2019 11:00** Atendente: **VANUZANB**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **705003002571356**
Médico: **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA** CRM: **7036**

LEITO RESERVA 01

Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

- Autorizo o(a) **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA**, a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: **S9376 TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAC**

- O(A) **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA**, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

- Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

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

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

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

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN

Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA - CRM 7036 CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____

MediWare

Página 1 / 1



Hospital Memorial

Hospital Memorial de Natal

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

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

hmemorial@veloxmail.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 05/04/2019 09:14

Dados do Paciente

Paciente: **EVERTON CLEMENTE DE MOURA**

RG: 2827433

CPF: 097.125.864-30

Nascimento: 13/02/1991

28 anos

Sexo: Masculino

Registro: 134961

Mãe: **MARIA DE LOURDES CARVALHO REBOUCAS**

N.: 7

Bairro: CENTRO

Est.Civil: Solteiro(a)

Cidade: **BARAUNA**

UF: RN

CEP: 59695000

Fone: 84999380809

Ocupação: **VENDEDOR AMBULANTE**

Mãe: **RIVANEIDE MARIA DE MOURA**

Dados do Internamento

Admissão: **2**

Entrada: 05/04/2019 9:13

Previsão saída: 06/04/2019 11:00

Atendente: VANUZANB

Plano: **SUS ESTADUAL**

Matrícula/CNS: 705003002571356

Médico: **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA**

CRM: 7036

LEITO RESERVA 01

Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

TERMO DE RESPONSABILIDADE PATRIMONIAL

Declaro que estou ciente da minha responsabilidade, à título de usufruto, para meu uso exclusivo, sobre os equipamentos/ materiais especificados neste termo de responsabilidade, comprometendo-me a mantê-los em perfeito estado de conservação, ficando ciente que:

- 1- Se o equipamento for danificado ou inutilizado por emprego inadequado, mau uso, negligência ou extravio, o Hospital Memorial cobrará um equipamento da mesma marca ou o ressarcimento do valor equivalente.
- 2- Em caso de dano, inutilização ou extravio do equipamento deverei comunicar imediatamente ao setor competente.
- 3- Terminando os serviços, devolverei o equipamento completo e em perfeito estado de conservação, considerando-se o tempo de uso do mesmo, ao setor competente.
- 4- Estarei sujeito a inspeções sem prévio aviso.
- 5- Segue a lista de itens inclusos no apartamento: Conjunto de armários de sete portas, Lavatório, Torneira do lavatório, Dispensadores de álcool, de sabonete, de papel toalha, Ar-condicionado, Cama, Colchão, Enxoval hospitalar, Chado-mudo, Cadeira/Poltrona, Televisão LCD, Painei para televisão LCD, Suporte de soro, Lixeira, Painei de gases, Frigor, Cortinas, Campainha. E os itens inclusos no banheiro do apartamento: Armário de duas portas, Lavatório, Torneira do lavatório, Dispensadores de sabonete, de papel toalha, de papel higiênico, Lixeira, Espelho, Vaso sanitário, Assento de vaso sanitário, Acionador de descarga, ducha higiênica, Chuveiro, ducha de banho Registro, Suporte de toalha, Barras de apoio, Assento para banho, Balde de roupa e Campainha de emergência.

Assinatura: [Y] Paciente [] Responsável

EVERTON CLEMENTE DE MOURA

Devolução: Atestamos que o bem foi devolvido em ____/____/____ nas seguintes condições:

- ☐ Em perfeito estado
- ☐ Apresentando defeito
- ☐ Faltando Equipamentos/Acessórios

HOSPITAL MEMORIAL
SAO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

Assinatura do responsável

WaterWare

Página 1 / 1



Assinado eletronicamente por: CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA - 04/02/2020 07:48:27

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020407482705200000051113882>

Número do documento: 20020407482705200000051113882

Num. 53006469 - Pág. 2

10/04/2019

SISREG III - Servidor de Produção

Código Solicitação: 282608827

Número AIH: 241910029035-4

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:

HOSPITAL MEMORIAL

Unidade Executante:

HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro

AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROL

Central Reguladora

NATAL

Data de Solicitação

03.04.2019 - 16:55:57

Data de Autorização

03/04/2019 - 18:11:09

Data de Reserva

06.04.2019

Data de Internação

04.04.2019

Data Prevista de Alta

18.08.2046

Data de Alta

04/04/2019 - 07:09:49

Motivo da Alta

1.1 ALTA CURADO

CNES:

2408252

CNES:

2408252

Município Executante

NATAL

Operador

Operador

Operador

Operador

LUCIMAR

01419244469CLARISSA

18129862204LUCIMAR

18129862204LUCIMAR

DADOS DO PACIENTE

CNS:

705003002571356

Nome do Paciente

EVERTON CLEMENTE DE MOURA

Nome da Mãe

RIVANEIDE MARIA DE MOURA

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

13/02/1991 (28 anos)

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

07

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(84) 99858-4673 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:

MOSSORO - RN

Raça:

PRETA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

MARIA DE LURDES CARVALHO REBOUÇAS

Bairro:

CENTRO

Município de Residência:

BARAUNA

Complemento:

CEP:

59695-000

UF:

RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

07443427409

CPF do Médico Executante:

07443427409

Diagnóstico Inicial - CID:

M841 - AUSÊNCIA DE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA [PSEUDO-ARTROSE]

Caráter

10 - Eletivo

Clinica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS

Nome do Médico Solicitante:

FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA

Nome do Médico Executante:

FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA

Status da Solicitação:

APROVADA

Classificação de Risco

Prioridade 3 - Atendimento eletivo

Clinica Complementar:

Nenhuma

Código:

0415020034

LAMBO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

PACIENTE COM FRATURA DA TIBIA ESQUERDA APÓS TRAUMA HÁ 2 MESES APRESENTA OSTEOMIELITE

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

RX + EF

Condições que Justificam a Internação:

TRATAMENTO CIRÚRGICO PESEUDOARTROSE + OSTEOTOMIA + DEBRIDAMENTO

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:

03.04.2019 - 16:35:57

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____



DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: **EVERTON CLEMENTE DE MOURA**

Data do Procedimento: **26/03/2019**

Registro: **134961**

IH: **2**

Diagnóstico pré-operatório:

M841 AUSÊNCIA DE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA [PSEUDO-ARTROSE] - PSEUDO-ARTROSE APÓS FUSÃO

Código do procedimento

0408050861

0408060190

0415040035

Cirurgia realizada

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO

OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: **FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA**

CRM

7036

Anestesiologista: **TIAGO VICTO ANDRADE DE CARVALHO**

7134

Instrumentador: **FELIPE + MIGUEL**

Grau de Contaminação: **Limpo**

Profilaxia Antimicrobiana: **Cefazolina**

Anatomopatológico: **Não**

Exame: **Não se aplica**

Descrição dos materiais especiais utilizados:

01 PLACA 4,5 ESTREITA 10 FUROS
08 PARAFUSOS CORTICAIS

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

1. Assepsia e Antissepsia, 2. Colocação de campos estereis, 3. Incisão anterior em perna esquerda, 4. Divulsão por planos, 5. Osteotomia da tíbia esquerda para redução direta da fratura, 6. Colocação de placa 4,5 estreita de 10 furos e fixação com parafusos corticais, 7. Debridamento de ferimento anterior em perna esquerda, 8. Sutura por plano, 9. Curativo


HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Rua Camartine, 979 - Tirol
CRM: 55022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____



BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

Paciente: **EVERTON CLEMENTE DE MOURA**

Dados do Paciente

EVERTON CLEMENTE DE MOURA

IH: 2

Cirurgia Realizada
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TIBIA ESQUERDA

Cirurgião
DR FABIO ROBERTO

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Anestesiologistas
TIAGO CARVALHO

Data
06/04/2018

HORA

**NEOCAINA 0,5%
DIMERF**

PVP

O2

ECG

PANI

PVC

Diuresis

SpO2

ETCO2

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

V P. Sist.

A P. Diast.

● F.C.

X PAM

Exames Laboratoriais

pH	
PaCO2	
HCO3	
CO	
EBZ	
PaO2	
SHbO2	
Hb	
Hc	
Na	
K	
Ca	
Glicose	

FENTANIL	500MG	01AMP
MIDAZOLAN	15MG	01AMP
NEOCAINA	0,5%	01
DIMERF	0,2MG	01
SUFENTANIL	10MCGS	
ROCURONIO	80MG	
ATRACURIO	25MG	
PROPOVAN	1%	
EFEDRINA	60MG	01
ARAMIN	10MG	
CEFALOXINA	1G	02
DIPIRONA	1G	02
DRAMIN	3MG	
DEKAMETASONA	10MG	01
RANITIDINA	50MG	
ONDASETRONA	8MG	
NEOCAINA	0,5%	
ISOBARICA	0,5X	
CETOPROFENO	100mg	
RINGER S	500 ML	03

TÉCNICA ANESTÉSICA: RAQUÍ SIMPLES

BLOQUEIO: RAQUÍ

LOCAL DA PUNÇÃO:

NÍVEL ANESTESIA:

BLOQUEIO MOTOR: 2

POSICÃO: Antes: DDH

APARELHO: QE

TÉCNICA: ABERTO

INTUBAÇÃO: CATETER NASAL

TRAUMÁTICA: NAO

SONDA:

CUFF:

INDUÇÃO:

MANUTENÇÃO:

CONDIÇÃO FINAL: OK

AGULHA: QUINCKE 27

Depois: DDH

TIPO: SIMPLES

LATÊNCIA:

LIQUOR: LIMPIO

VT:

FR:

VM:

PLT:

REFLEXOS: OK

CONSCIÊNCIA: SX

BALANÇO

ECO OXÍMETRO: PN

HOSPITAL MEMORIAL

SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM,

Dr. Tiago Victor A. Carneiro
Médico - Anestesiologista
CRM-RN 7134





Hospital Memorial de Natal

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

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1226 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: **134961** IH: **2** Paciente: **EVERTON CLEMENTE DE MOURA**
Nascimento: **13/02/1991** **28 anos** Internação: **05/04/2019 09:13:32** Leito: **LEITO RESERVA 01**

ANTES DO ATO CIRÚRGICO

05/04/2019 16:30:35 COREN - 819960 - SARA BORGES LOPES DA SILVA

Observações:

CLIENTE ADMITIDO (A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRAUTURA DE TIBIA EM MIE, NEGA AM+HAS +AM ACOMPANHADO DO MAQUEIRO, CONSCIENTE, ORIENTADO (A), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, FOI PUNÇIONADO(A) COM CATETER VENOSO EM MSD Nº18 VIABILIZANDO SF0,9% E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Doença pré-existente: **NÃO**

Há reserva sanguínea: **NÃO** Prótese: **NÃO** Jóias: **NÃO** Membro e lado da cirurgia: **MIE**

Exame Laboratorial: **SIM** Risco Cirúrgico: **NÃO** Raio X: PRÉ: **SIM-QTD: 01**

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): **NÃO**

Assinatura Responsável

Outros Exames:

Sara

SRPA

COREN - 819960 - SARA BORGES LOPES DA SILVA

Nível consciência: **CONSCIENTE**

Oxigenoterapia: **O2 AMBIENTE**

Acesso venoso: **SIM**

Diurese: **NÃO**

Acianótico: **NÃO**

Pálido: **NÃO**

Sudorese: **NÃO**

Tremores: **NÃO**

Hipotensão: **NÃO**

Raio X de Controle: **NÃO**

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE POI DE FRATURA DE TIBIA, CONSCIENTE, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, NA HVP, VIABILIZANDO SF0,9%, COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO, DIURESE ESPONTÂNEA, PRECISA REALIZAR RX DE CONTROLE, ANEXO AO PRONTUÁRIO EXAMES, SEGUE ACOMPANHADO ATÉ O LEITO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM, VERIFICADO SSVV: PA= 125X59 MMHG, FC= 87 BPM, T.= °C, SPO2= 96 %

Assinatura Responsável

Sara

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Data: 05/04/2019 18:13

Dados do Paciente

Registro: **134961** IH: **2**

Nascimento: **13/02/1991**

Paciente: **EVERTON CLEMENTE DE MOURA**

28 anos

Interação: **05/04/2019 09:13:32**

Leito: **LEITO RESERVA 01**

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: **RAQUIANESTESIA + SEDAÇÃO VENOSA**

Anestesiologista: **DRº TIAGO**

Tipo: **FRATURA DE TIBIA ESQUERDA**

Cirurgião: **DRº FABIO**

Instrumentador: **FELIPE**

Circulante: **RAFAEL**

Tipo curativo: **GAZES + CREPON**

Tem material para biópsia/cultura: **NÃO**

Inf.sanguínea: **NÃO**

Monitoração correta: **SIM**

Placa de bisturi: **SIM**

Antibiótico profilático?: **CEFAZOLINA 2G**

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

PACIENTE ADMITIDO NA SALA CONSCIENTE E ORIENTADO EM Oº AMBIENTE, O MESMO NEGA (HAS+DM+AM). PUNÇIONADO COM JELCO DE Nº18, PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SEM INTERCORRÊNCIAS, ENCAMINHADO AO SRPA. APÓS ATO CIRÚRGICO, SEGUIR A OS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Pontencial de Contaminação: **Limpa**

RAFAEL OLIVEIRA SILVA
Técnico(a) COREN - 975123

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **EVERTON CLEMENTE DE MOURA**
Convênio: **SUS ESTADUAL**
Unidade: **UNIDADE III**
Leito: **LEITO RESERVA 01**
Admissão: **05/04/19 09:13**
Diag.: **M841 - Ausência de consolidação da fratura [pseudo-artrose]**

Idade: **28 anos**
Prontuário:
Peso: **94,0 kg**

0 dia(s) de internação

M841 - Ausência de consolidação da fratura [pseudo-artrose]

05/04/2019 19:46

			Horários de Aplicação
DIETA LIVRE	DO	(SND)	
DIFERONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.	DO	00:00, 06:00, 12:00, 18:00	
DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	DO	22:00, 06:00	
TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário. DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%	DO	(SN)	
CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 10 ML DE ABD.	DO	22:00, 06:00	
METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.	DO	(SN)	
PANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	DO	06:00, 18:00	
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000mL Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, Ao dia.	DO	00:00	
SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG)	DO	20:00	
SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário	DO	(SN)	
ALTA HOSPITALAR, Pela manhã	DO	(SN)	
CURATIVO, Pela manhã	DO	08:00	

Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA
CRM - 7036

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, _____ Pág. 08

Icon - 05/04/2019 20:06 (U435/ASSIST.6.0) / (DWO:69)





Hospital Memorial de Natal

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

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **EVERTON CLEMENTE DE MOURA**

Nascimento: **13/02/1991** 28 anos Data Internação: **05/04/2019 09:13:32**

Registro: **134961**

Leito: **APARTAMENTO 211**

Torno: **Noturno**

Antecedentes: **DESCONHECE**

Hipótese Diagnóstica: **POI DE FRATURA DE TIBIA E**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Isolamento de contato: **Não**

Alergias Medicamentosas: **DESCONHECE**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Sinais Vitais

Temperatura: **36,5 °C**

Saturação O2: **95%**

Respiração: **19 RPM**

Pressão Arterial: **120x80**

Frequência Cardíaca: **81**

Oxigenioterapia:

Em O2 Ambiente

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

VO

MSD(05/04)

ACEITA BEM A DIETA

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.:

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **NO MOMENTO**

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos:

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo

APRESENTANDO SANGRAMENTO, FOI REALIZADO CURATIVO COMPRESSIVO POR DA ENFER. JULIANA

Medicações

ADMINIS. MEDICAMENTOS DE HORARIO

Intercorrência:

PACIENTE ADMITIDO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO 2 PROVENIENTE DO CC EM POI DE FRATURA DE TIBIA E H.V E MSD COM ESQUELETO DE ATB(CEFAZOLINA 01 G DE 8/8H) SIC DA SUA ESPOSA NEGA DM, NEGA HAS, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, ADMINIS. MEDICAMENTOS DE HORARIO, DIURESE ESPONTÂNEA PRESENTE, ACEITA BEM A DIETA, COM RX ED CONTROLE PRESENTE, SEGUE NO CUIDADO AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM E COM ALTA PREVISTA PARA O DIA 06/04/2019 SÁBADO

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, _____

Viviane

COREN: 100880 - VIVIANE MEINES DA SILVA





Hospital Memorial
São Francisco

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

EVOLUÇÃO DIÁRIA DE CURATIVO

Dados do Paciente

Paciente: **EVERTON CLEMENTE DE MOURA**

Registro: **134961**

Nº Internação:

Nascimento: **13/02/1991 28 anos** Data Internação: **05/04/2019 09:13:32** Leito: **APARTAMENTO 211**

Localização:

Tipo de Ferida: **LIMPA**

Localização: **TIBIA**

Condições do Leito: **COM PRESENÇA DE EXSUDATO**

EXSUDATO DA FERIDA

☒ Seroso

☐ Purulento

☒ Sanguinolento

☐ Serossanguinolento

☐ Piosanguinolento

☐ Sem Exs.

PELE PERIFERESIONAL

☒ Inteira

☐ Escoriada

☐ Sinal Flogísticos

☐ Descamada

☐ Alergica/Dermatite

☐ Macerada

Quantidade: **Grande**

Odor: **Selecione uma opc**

BORDAS

☐ Distintas

☒ Regulares

☐ Irregulares

OBSERVAÇÕES GERAIS

LIPEZA: CLOREXIDINA, LUVA DE PROCEDIMENTO, LUVA ESTERIL, GAZE, CAMPO E ATADURA.
PO PELE INTEGRA, COM PRESENÇA DE EXSUDATO SANGUINOLENTO EM GRANDE QUANTIDADE.

06/04/2019 10:57:36

Técnico(a) COREN - 1320333

ANA JULIA DE JESUS AVELINO

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM: ____/____/____



Assinado eletronicamente por: CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA - 04/02/2020 07:48:27

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020407482705200000051113882>

Número do documento: 20020407482705200000051113882

Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **EVERTON CLEMENTE DE MOURA**

Registro: **134961**

Nascimento: **13/02/1991** 28 anos Data Internação: **05/04/2019 09:13:32**

Leito: **APARTAMENTO 211**

Turno: **Diurno**

Antecedentes: **DESCONHECE**

Hipótese Diagnóstica: **POS OPERATORIO DE FRATURA DE TIBIA E**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Síngias Medicamentosas: **DESCONHECE**

Sinais Vitais

Temperatura: **36 °C**

Saturação O2:

Respiração:

Pressão Arterial: **120x80**

Frequência Cardíaca:

Accesso venoso

Dieta

Integridade

VO

ICV

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Salvo

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.:

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **NO MOMENTO**

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Indicações

SEM MEDICAÇÃO DE HORARIO, CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA.

Intercorrência:

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, O2 AMBIENTE, AFERIDO SSVV, HIGIENIZADO TROCADO ROUPA DE CAMA, RECEBEU VISITA DE ENFERMEIRO, ENFERMEIRO ENCONTRA SE DE ALTA HOSPITALAR, AGUARDA TRANSPORTE. ÀS 19 H PACIENTE SAIU DE ALTA HOSPITALAR ACOMPANHADO POR FAMILIAR + MAQUEIRO LEVANDO TODOS SEUS PERTENES.

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____

Priscila

CLB: 037540 - PRISCILA DE ALMEIDA MENEZES



SINISTRO 3190624910 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EVERTON CLEMENTE DE MOURA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO EVERTON CLEMENTE DE MOURA

CPF/CNPJ: 09712586430

Posição em 28-11-2019 13:44:07

Seu pedido de indenização está em análise na Seguradora Lider-DPVAT.

O prazo regulamentar para conclusão da análise é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando o processo neste site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
29/11/2019	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró
Alameda das Carinaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

[Seguro obrigatório - DPVAT]

PROCESSO Nº 0801862-51.2020.8.20.5106

DESPACHO

Vistos etc.

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC/15), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139, VI do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15(quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 15 dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida(CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para os colimados fins.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo comum de 15(quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.



Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz(CPC, art. 178, II), dê-se vista ao Representante do Ministério Público, pelo prazo de 05 (cinco) dias.

Adotadas as supraexpostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 18 de fevereiro de 2020.

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

Juíza de Direito



**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (ÍZA) DE DIREITO DA 5ª VARA
CÍVEL DA COMARCA DE MOSSORÓ, ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE.**

Processo n.º: 0830292-86.2015.8.20.5106

LUCAS MICHAEL COSTA MORAIS, já devidamente qualificado(a), vem, perante a respeitável presença de Vossa Excelência, por intermédio de seu advogado legalmente constituído, dar-se por ciente.

Pede e espera deferimento.

Mossoró/RN, 19 de fevereiro de 2020.

CAIO CÉSAR ALBUQUERQUE DE PAIVA

OAB/RN 10.407





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró
Alameda das Carinaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

[Seguro obrigatório - DPVAT]

PROCESSO Nº 0801862-51.2020.8.20.5106

DESPACHO

Vistos etc.

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC/15), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139, VI do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15(quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 15 dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida(CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para os colimados fins.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo comum de 15(quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.



Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz(CPC, art. 178, II), dê-se vista ao Representante do Ministério Público, pelo prazo de 05 (cinco) dias.

Adotadas as supraexpostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 18 de fevereiro de 2020.

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

Juíza de Direito

