



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, MOSSORÓ/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 judicia*" e "*et extra*", a fim de que, em conjunto ou separadamente, posa(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, arrazoar 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.

FUJARO & CUNHA DE MOURA
Outorgante



DECLARAÇÃO DE INSUFICIENCIA 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, MOSSORÓ/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





| VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL | |
|--------------------------------------|--------------------|
| REGISTRO L-277433 | DATA DE EXPEDIÇÃO |
| GERAL | |
| EXPIRAÇÃO | |
| CLÉMENTE DE MOURA | |
| DIANEIDE MARIA DE MOURA | |
| NOME | DATA DE NASCIMENTO |
| FILHA | |
| MOSCOSO, EN | 13/02/1991 |
| NATURALIDADE | |
| DOC. ORIGEM | |
| CERT. NASC. NO. 51624 L. 0130 F. 675 | CARTÔMIO |
| MOSCOSO, RN | |
| CPF | |
| ASSINATURA DO DIRETOR | |
| LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 | |

DIGITALIZAÇÃO E SERVIÇOS LTDA



Assinado eletronicamente por: CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA - 04/02/2020 07:48:22
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002040748221890000051113870>
Número do documento: 2002040748221890000051113870

Num. 53006457 - Pág. 4



16026742402

02 **QUALIFICAÇÃO CIVIL** 03 **ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE**

BRASILEIRO

13026742402

NAME: EVERTON CLEMENTE DE MOURA
LOC. DE NASC.: MOSSORÓ - RN
FUNÇÃO: LUIZIAN CLEMENTE DE MOURA
RIVANEIDE MARIA DE MOURA
DOC. APRESENTADO: RG 2827433 SDS RN

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
LEIAVÁVEL DE 11 DE MAIO DE 1995
RG: 2027433

LOCAL DA EMISSÃO: INCRA MDA - NOVEL
EMISSÃO: 05/12/2007
Assinatura do Oficial de Registro Civil

ANEXO 1 DO EMISSOR

NOME _____
DOCUMENTO _____
ANEXO 2 DO EMISSOR

NOME _____
DOCUMENTO _____
ANEXO 3 DO EMISSOR

NOME _____
DOCUMENTO _____
ANEXO 4 DO EMISSOR

L E G E N D A
A-CASAMENTO | C-DIVÓRCIO | E-RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G-DATA DE Nascimento
B-NASCIMENTO | D-ABOÇÃO | F-MUDANÇA VOLUNTÁRIA



| | | |
|---|-----------------------------|----|
| 08 | CONTRATO DE TRABALHO | 09 |
| 06.699.189/0001-39 | | |
| EMPREGADOR | | |
| MIKE FRIOS COM. E REP. DE ALIMENTOS LTDA. | | |
| CNPJ/CEP | | |
| Av. Cândido Clementino Barros, 700 Aeroporto II CEP 59.617-445 | | |
| MUNICÍPIO | | |
| UF | | |
| ESP. DO ESTABELECIMENTO | | |
| CARGO | | |
| CDON 78.02-25 | | |
| DATA DE ADMISSÃO DE DE REGISTRO N. PIS / RENDA REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA | | |
| R\$ 10,00 (dez reais e 00 centavos) LTR 2000 | | |
| Assunto: Contrato de Trabalho entre o Administrador e o Administrador | | |
| Assunto: Dispensa de Conta - FGTS | | |
| DATA DE SAÍDA DE DE FGTS N° DA CONTA: | | |
| Assunto: Dispensa de Conta - FGTS | | |
| DATA DE SAÍDA DE DE FGTS N° DA CONTA: | | |



16/10/2019

Ze Via de Fatura

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOZ, 150, BALDÓ,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 084 0404

Autoridade 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: 850.914.804-04 | DATA DE VENCIMENTO 21/10/2019 | DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 14/10/2019 | CONTA CONTRATO 007011132361 |
| | TOTAL A PAGAR (R\$) 153,48 | DATA DA APRESENTAÇÃO 14/10/2019 | Nº DO CLIENTE 3010426984 |
| | | NÚMERO DA NOTA FISCAL 031499596 | Nº DA INSTALAÇÃO 0002626824 |
| ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA FRANCISCO LIMA O DA SILVA 38 -FT | Série: U | | |
| AEROPORTO/AREA URBANA 59607-806 MOSSORÓ RN | CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico | | |
| <small>As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, preços, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.eletrobrasil.com.br.</small> | RESERVADO AO FISCO 86C0.BA52.AED1.1BBE.788C.C1C4.032D.88C8 | | |

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL | | | | | | | | DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES | | | | | | | |
|---|----------------|------------|----------|------------|----------|---------|-----------|---------------------------------------|-----------------------|---|-------------|---------------|--|------------|---------------------|
| NÚMERO DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR | | ATUAL | | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh | DESCRIPÇÃO | CONJUNTO | VALOR APURADO | META MENSAL | META TRIM. | META ANUAL |
| | | DATA | LEITURA | DATA | LEITURA | | | | | | | | | | |
| 0000000216003835 | CAT | 12/09/2019 | 1.981,00 | 14/10/2019 | 2.176,00 | 32 | -1,0000 | 0,00 | 195,00 | DIC-No de horas sem Energia | MOSSORÓ III | 0,00 | 5,07 | 10,15 | 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 | | | | | Límite DICRI: 12,22 |
| DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 13/11/2019 | | | | | | | | | | | | | FUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 45,65 | | |
| Todo Consumidor pode solicitar a assinatura dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo. | | | | | | | | | | | | | | | |
| INFORMAÇÕES IMPORTANTES | | | | | | | | NÍVEIS DE TENSÃO | | | | | | | |
| Pague no ponto mais perto de você! super alternativo de alimentos: av joao da escosia, 117, doze anos / supermercado queiroz, rua francisco solan, 226, bco vizinho lista completa em www.cosern.com.br . O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. | | | | | | | | TENSÃO NOMINAL(V) | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) | | | | | | |
| Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br . | | | | | | | | MÍNIMO | MÁXIMO | | | | | | |
| O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. | | | | | | | | 220 | 224 | | | | | | |

| | | | | | |
|----------------------|-----------------------|----------------|---------------------------|-------------------|---------------------------|
| DESTAQUE AQUI | CONTA CONTRATO | MES/ANO | TOTAL A PAGAR(R\$) | VENCIMENTO | TALÃO DE PAGAMENTO |
|----------------------|-----------------------|----------------|---------------------------|-------------------|---------------------------|

Evite dobrar a fita e não corte.
Este canhoto será usado em leitora ótica.



Assinado eletronicamente por: CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA - 04/02/2020 07:48:22
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002040748221890000051113870>
Número de documento: 2002040748221890000051113870

Núm. 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 NZ1365 |
| 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 de Lima Data de Impressão: 11/04/2019 09:12 Protocolo nº: Não disponível | Página 1 de 2 PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos |



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 1 de 2
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Assinatura digitalizada
Cristiano Alves de Lima
Delegado de Polícia Civil
11/04/2019 09:12



Assinado eletronicamente por: CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA - 04/02/2020 07:48:23
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002040748228510000051113872>
Número do documento: 2002040748228510000051113872

Num. 53006459 - Pág. 1



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 tralegava 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.

SIGNATURAS

Cristiano Alves Lima
Delegado de Polícia Civil
Mat.: 199-993-9-18
Setor: Delegacia Civil

Cristiano Alves de Lima
Responsável pelo Atendimento

Everton Clemente de Moura
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) (unissex) responsável pelas informações acima asseveradas e diante que poderé responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia; Calúnia e 349-Comunicar Falsa ou 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



Assinado eletronicamente por: CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA - 04/02/2020 07:48:23
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002040748228510000051113872>
Número do documento: 2002040748228510000051113872

Num. 53006459 - Pág. 2

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.

Eduar Clemente de Moura
Paciente ou responsável

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 24/01/19
Eduar Clemente de Moura
SAME/ARQUIVO
mat. 150.3430





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE SANTA LUZIA
RUA: LUIZA CAVALCANTE DE OLIVEIRA N° 02 – CENTRO
CARNAUBAIS / RN – CEP: 59665-000
TELEFONE: (84) 33382421- EMAIL: smscarnaubais@rn.gov.br

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR - N° 51

NOME: Edison Clemente de Souza IDADE: 37
MÃE: Genoveze Maria de Souza SEXO: MASC. FEM.
ENDERECO: R. Francisco G. da Costa N° BAIRRO: Centro
DATA DE NASCIMENTO: 31/01/91 DATA DO ATENDIMENTO: 18/01/19
HORA: 12:36 CIDADE: CARNAUBAIS OUTRO
ESPECIFICAR: Acidente de moto
ESTADO CIVIL CASADO SOLTEIRO VIUVO DIVORCIADO UNIÃO ESTAVEL
TIPO DE ATENDIMENTO: URGÊNCIA ELETIVO OUTRO
ESPECIFICAR: Acidente de moto
CARTÃO SUS: OUTRO DOCUMENTO: RG 2.827.182 CPF/OUTIDENTIDADE:

HISTÓRICO CLÍNICO: Acidente de moto há aprox.
30 min. Pcte nega ter feito uso de
bebida alcóolica e refere que usava capacete.
Afirma dor e dificuldade de desembalar em
MIE e mão esquerda.
P.A 180 x 100 mmHg / TEMP 37°C / PESO: KG / HGT: mg/dl

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

AC e AP: normais PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. Dipirona 01 amp
(+)

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

2. SRS, 500ml, IV.

3. Regulação p/ o HRM.

*Nadja M.C.B. 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 Intoxicacão



ern Câixa Postal) e nem tem um ortopedista e telefone
mãos 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: Evertton Clemente de Moura SEXO: M IDADE: 27 anos
ENDERECO: R. Francisco G. da Silva CIDADE: Mossoró
PROFISSÃO: _____ HORA DE ENTRADA: 12h:36
DATA: 18/02/19 ACOMPANHANTE: _____
HORA DE SAÍDA: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente jovem, 27 anos, vítima de acidente motocicístico (refere que fez 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. Afirma forte dor em MIE e mão esquerda, os quais tem dificuldade para mobilizar.
Nega desmaio.

Ao Exame:

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

Assinatura de Tarcísio Maia

SAME/ARQUIVO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICO:
EGR, Vigil, Consciente, eupneico, monocardio.
PA: 180x300mmHg; SaO₂: 98% aa; FC: 78 bpm

A: VAS pernas

B: MV + simétrico bilateralmente SIRA.

C: Estável hemodinamicamente

D: Glasgow 15

E: Perda, digo soluções de continuidade em mão E.

REGULADO POR: CD: } SRL; 1.000 mL; IV
CONDUTA: } Dipirona Olamp (+) Dexametasona Olamp 4mg/lmL
{ (+) ABD; IV

Regule paciente para o HRTM.

-> para avaliação da ORTOPEDIA.

M. Oliveira



SEMAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 37894 /2019
Admissão: 18/01/2019 14:39:19

fia 330

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Print: 205626

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

Nascimento: 13/02/1991 Natural: MOSSORÓ 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: MOSSORÓ
Telefone 84 96338563 84 96338563 Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): CONSULTA DE
URG/EMERGENCIA
Origem: PESSOA - OUTRO

Tipo: REGULADO

*Empresa:

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: _____

Flora. — —

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 24/09/19
Brakevers Review & Trans.
SAME/ARQUIVO
mat. 150.34330

Diagn. Inicial:

| PRESCRIÇÃO: | VIA | HORÁRIO | ASSINT. |
|--------------------------|-----|---------|---------|
| Cefalotina 2g ev diluida | | | |
| Fluconazol 1g ou 1x gme | | | |
| SIT - 500x45 | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | </ | | |



fractura

Sifuro de accidente de auto BR 156
onde deiu surto de vinda do interior

com ferro e um fragmento,
funcional perdeu P e pe P.

Endurecimento muscular perno P, pulso perdido P e
ausência de peristilo e movimento atrofico
os produzidos.

Mbo P com pendurante coluna em 4^o e 5^o gavoldela
com limitação de movimentos

ca P perno P com perfuro
fibro P desfaz e

P mbo P com perfuro entre 4^o e 5^o
deslizou em poltrona prisional e
perfuro bife do S^o MTC.

Dr. Luis F. C. Nascimento
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Plocas n.º?

A certo tempo

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 24/09/19
Alvaro Renzo P. Barros
SAME/ARQUIVO
MAT. 150343





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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Inertoy Clemente Reg N° _____

Diagnóstico pré-operatório: Fratura do Eliso + plato + alças +
Indicação terapêutica: Fixação + limpeza e

INTERVENÇÃO

Inicio: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador Eduardo.

1º Auxiliar: Luis Fernando.

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

Instrumentador: _____

SAME MOSSORÓ 20/01/19

Anestesista: Eduardo

Foto de Eduardo L. Fernando

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

Plaquete em RDA, vóle amarelo (3) curvatura + ant regua da ressecção (4) MIG (5) Kirschner canos e tais (6) Pançon de 3 pinos de silviano dritari em prato de Eliso + 2 reacionários e encilhagem de silviano estéril e seco na C-BrôPlano. goma de 3 pinos de silviano em goma e encilhagem de silviano estéril e seco (7) (8) rivelade saída de goma grande dade de sangue por incisão das pinas do silviano em talos, descarre o imponente hematomas que se instalaram no fêmur (9) tentou um ferro (10) limpeza copiosa com 500g. em mío E (11) Dolmex + fixaria com pin de K de concha de concha de mijo e lodo. Os curativos - 11





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

SERVICO DE ANESTESIOLOGIA

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|--|--------------------------|-------------------------------|--|---|--------------------------|--|--|
| Paciente | <u>Baixão elementos 23</u> | Sexo | <u>M/F</u> | Idade | <u>21</u> | Prontário N° | <u>1234567890</u> | | |
| Estado Físico | <u>1 2 3 4 5</u> | EI | <u>UR</u> | X Ern | <u>Sexo Confundido + 17 anos</u> | | | | |
| Diagnóstico Pré-Operatório | <u>Histeria Daltínia 5+</u> | | | Cirurgia Proposta | | | | | |
| Diagnóstico Pós-Operatório | | | | Cirurgia Realizada | | | | | |
| Cirurgião | <u>EDUARDO</u> | | | Auxiliares | <u>Luis Fernando</u> | | | | |
| Anestesiologia | <u>EXX da Poxa</u> | | | Enfermeira | | | | | |
| HISTÓRIA CLÍNICA | | D. Neurológica | <input type="checkbox"/> | Convulsão | <input type="checkbox"/> | D. Respiratória | <input type="checkbox"/> | | |
| Alergias | | D. Cardíaca | <input type="checkbox"/> | Hipertensão | <input type="checkbox"/> | D. Hepática | <input type="checkbox"/> | | |
| Diabetes | | Alcoolismo | <input type="checkbox"/> | Câncer | <input type="checkbox"/> | Sangramentos | <input type="checkbox"/> | | |
| Uso de Drogas | | Cirurgia | <input type="checkbox"/> | Prévia | <input type="checkbox"/> | Transf. Sanguínea Prévia | <input type="checkbox"/> | | |
| Local | | Bloqueio Espinal | <input type="checkbox"/> | Plexo Braquial | <input type="checkbox"/> | Anestesia Prévia | <input type="checkbox"/> | | |
| Outros dados | | | | | | | | | |
| EXAME FÍSICO | Peso (Kg) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Temperatura (°C) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Pressão Arterial (mmHg) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Estatura (cm) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | Frequência Respiratória (IPM) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Frequência cardíaca | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Broncoespasmo | | Sopro Cardíaco | <input type="checkbox"/> | Arritmias | <input type="checkbox"/> | Veias Acessíveis <input type="checkbox"/> | | | |
| Permeabilidade Vias Aéreas | <input type="checkbox"/> | Coluna c/ Deformidades | <input type="checkbox"/> | Local punção Infectado | <input type="checkbox"/> | Prótese | <input type="checkbox"/> | | |
| Cor Corado | <input type="checkbox"/> | Pálido | <input type="checkbox"/> | Itérico | <input type="checkbox"/> | Cianótico | <input type="checkbox"/> | | |
| Paresias | <input type="checkbox"/> | Paralisias | <input type="checkbox"/> | Área Queimada | <input type="checkbox"/> | Gestação | <input type="checkbox"/> | | |
| Meses. Outros Dados | | | | | | | | | |

| | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|
| EXAME LABORATORIAIS | Classificação ABO e Rh <input type="checkbox"/> | Leucograma <input type="checkbox"/> | Hematócrito <input type="checkbox"/> |
| ECG <input type="checkbox"/> | Risco Cirúrgico <input type="checkbox"/> | Rx Tórax <input type="checkbox"/> | TGO <input type="checkbox"/> |
| Creatinina <input type="checkbox"/> | Bilirrubinas <input type="checkbox"/> | Fosfatase Alcalina <input type="checkbox"/> | Amilase <input type="checkbox"/> |
| Glicemia <input type="checkbox"/> | Ultrassonografia <input type="checkbox"/> | Tomografia <input type="checkbox"/> | Cateletismo cardíaco <input type="checkbox"/> |
| | | | Uréia <input type="checkbox"/> |
| | | | Proteínas <input type="checkbox"/> |

Pré-Anestésico Efeito Satisfatório Regular HOSPITAL REGIONAL TACIBIO MAIA
Técnica Anestésica indicada ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
Outras Considerações Importantes SAME MOSSORÓ 01/01/19

SALA DE RECUERPACIÓN PÓS-ANESTÉSICA

CASA DE RECOUPERAÇÃO FUS-ANESTÉSICA

ESTA CONFORME A ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 12/11/9

SAME MUSSOKU 2010/2
2011/2012 2012/01/01

| HORA E DATA DE ADMISSÃO | | HORA E DATA DE SAÍDA | | | | |
|-------------------------|-----------------------|----------------------|---------------------|------------------|--|--|
| Atividade | | | | | | |
| Respiração | | | | | | |
| Circulação | | | | | | |
| Consciência | | | | | | |
| Cor | | | | | | |
| ATIVIDADE | RESPIRAÇÃO | CIRCULAÇÃO | CONSCIÊNCIA | COR | | |
| s/ mov. membros | Apnéia, obstrução | P. A. Variando + 50% | Não responde | Cianótico | | |
| mov. 02 membros | Displnéia, obst. Par. | P. A. Var. 20-50% | Responde a Chamadas | Pálido, icterico | | |
| mov. 04 membros | Respira bem, tosse | P. A. Estável + 20% | Acordado | Coral | | |

COMPLICAÇÕES

Laringoespasmo Clonose Náuseas Vômitos Ret. Urinária Hipertensão
 Hipertensão Arritmias Dor Dif. respiratório Sangramento Cefaléia
 Parada cardíaca Ác. Convulsões

Alta de alta de

Alta da sala de recuperação

Para enfermos

Antes de la REQUIEM

RESUMO Paciente com infarto agudo de miocárdio e síndrome do miocárdio morto.

Histórico P. Atualizado _____ Estado Físico _____

Historia D. Attila _____
Gimnasia _____



Controle radial com variações de temperatura e umidade com
referência ao lado do Rio Grande do Norte
58,98. (2) Lado leste da praia de Barreiros
entre local (4) e Ribeira

CRN-6497N-TEOT 13640
Gráfica do Ceará
Endereço: L. R. Maestre
Ocupação: Encadernação

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 20/01/19

Francisco Lemos P. Lemos

SAMEARQUINO

MAT. 150.2120

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ - S.A.E.

SAMEARQUINO

Caixa Postal 1000 - Centro - Mossoró - RN - 59600-000
Fone/Fax: (84) 3222-1100

Caixa Postal



SERVIÇO DE ANESTESEIO-DO-AI

Data **18/01/19**

Anestesiologista **Caio de Paiva**

ANESTÉSICA

Raquianestesia Peridural Pelve Braquial Bier Tocal Nervo Periférico

Inalatória Balanceada Associada a Bloqueio Bloqueio Espinal
 Anestesia local Agulha n° Posição Nível de Bloqueio
 Axilar Kulemkampf Lado
 Bain Baraka Rubem Outro
 Sonda n° Orotraqueal Nasotraqueal Fluxo sob máscara
 Intubação Fácil Difícil Assitida Espontânea Manual Ventilação Mecânica
 Endotomia Outro
 Anestesia Controlada Ciclística Cíclos por minuto

| Anestesia | Cirurgia |
|-----------|----------|
| Inhal. | |
| início | |
| Total | |

*Posm. intubada 1 hora
 CICLOSTOMIA 350 ml + PROTEINAS 1000 ml
 BACLOFENICO 500ug SOT 500 mg + MACAUS
 750ml/hora TOSTES 103 DORSICAS + PEXICAS*

| | | | | | |
|--------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| Oxigênio | 100 | 80 | 60 | 40 | 20 |
| Vitamina C | 500 | 400 | 300 | 200 | 100 |
| Muscular | 100 | 80 | 60 | 40 | 20 |
| Local | 100 | 80 | 60 | 40 | 20 |
| Atracina | 100 | 80 | 60 | 40 | 20 |
| Frastome | 100 | 80 | 60 | 40 | 20 |
| Intubação | 100 | 80 | 60 | 40 | 20 |
| SpO2 | 100 | 80 | 60 | 40 | 20 |
| EEG | 100 | 80 | 60 | 40 | 20 |
| EEG | 100 | 80 | 60 | 40 | 20 |
| Anestesia | 200 | 180 | 160 | 140 | 120 |
| X | 180 | 160 | 140 | 120 | 100 |
| Cirurgia | 160 | 140 | 120 | 100 | 80 |
| O | 140 | 120 | 100 | 80 | 60 |
| Pulseira | 120 | 100 | 80 | 60 | 40 |
| Intubação | 100 | 80 | 60 | 40 | 20 |
| O | 80 | 60 | 40 | 20 | |
| I. Sist. V | 60 | 40 | 20 | | |
| Dlast. | 40 | 20 | | | |
| Capnômetro G | 20 | | | | |

| | |
|-------------------|---|
| Temperatura | DDH <input checked="" type="checkbox"/> DVH <input type="checkbox"/> DLE <input type="checkbox"/> LITOMIA <input type="checkbox"/> Renal <input type="checkbox"/> Sentado |
| Pressão | P. A. <input checked="" type="checkbox"/> Estetoscópio <input checked="" type="checkbox"/> ECG <input checked="" type="checkbox"/> Est. Nervo Periférico |
| Umididade | PVC <input type="checkbox"/> PAM <input type="checkbox"/> Outros PANI + ECG |
| Oxímetro | <input checked="" type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> PAM <input type="checkbox"/> Outros PANI + ECG |
| Desperdício (mls) | |
| | Diurese (mls) |

| | |
|--------------|--|
| Complicações | Hipotensão <input type="checkbox"/> Choque <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> |
| Convulsões | Convulsão <input type="checkbox"/> Laringoespasmus <input type="checkbox"/> Laringoespasmus <input type="checkbox"/> Oliguria <input type="checkbox"/> |
| Arritmias | Clanose <input type="checkbox"/> Arritmias <input type="checkbox"/> Desconexões do Sistema <input type="checkbox"/> |
| Cardiaca | Óbito <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> |
| | |

| | |
|----------------|--|
| Extubação | Em Plano <input type="checkbox"/> c/ reflexo <input type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> |
| Total do Soro | mls |
| Encaminhamento | SRPA <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> |

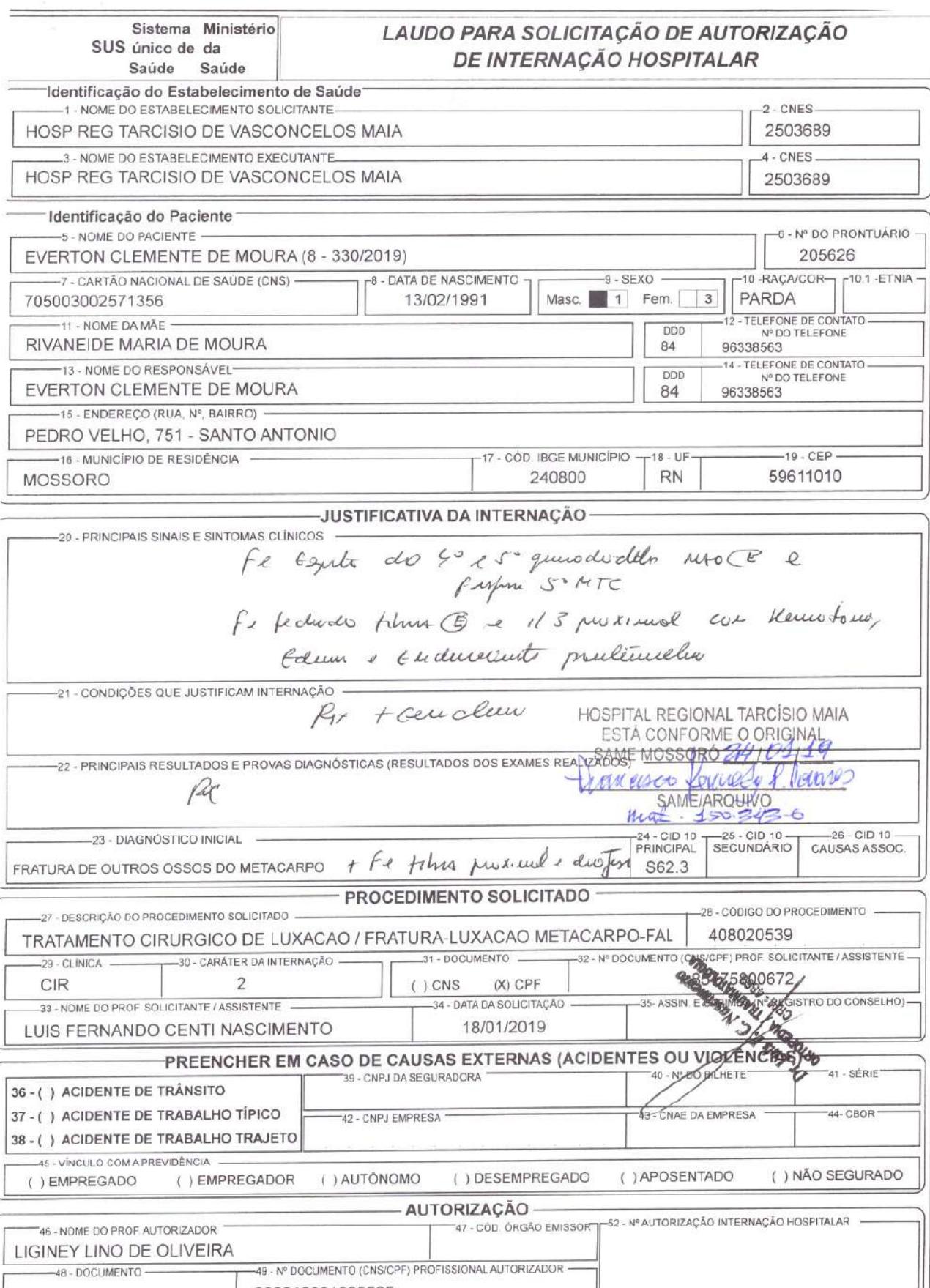
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 20/01/19

François Ferreira P. Paiva

Anestesiologista CRM

6341





Assinado eletronicamente por: CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA - 04/02/2020 07:48:23
<https://pje1.g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002040748232340000051113875>
Número do documento: 2002040748232340000051113875

Núm. 53006462 - Pág. 10

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

Nº:751

Complemento:

Bairro: SANTO ANTONIO

CEP: 59611010

Cidade: MOSSORÓ

Telefone: 84 96338563 84 96338563

Unidade: CLINICA CIRURGICA Leito:303. 02

Especialidade: CLINICA CIRURGICA

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 24/01/19

Everton Clemente P. Moura

SAME/ARQUIVO

WOL-150.243-0

MOSSORÓ, 18 de Janeiro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



Assinado eletronicamente por: CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA - 04/02/2020 07:48:24

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002040748240670000051113876>

Número do documento: 2002040748240670000051113876

Num. 53006463 - Pág. 1



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

DÉBITO CIRÚRGICO

Nome do paciente: Evelta Clemente de Souza Nº do Pront.: _____
Cirurgia: Tut. cirurg. de fistula em nro E, e fix. ret. em placa E- Data: 18/01/19
Cirurgião: Dr. Eduardo Auxiliar: Dr. Luiz Instrumentadora: _____
Anestesista: Dr. Enok Anestesia: Geral
Início da Cirurgia: 17h10m Término: 19:00

| MATERIAL USADO | QUANTIDADE |
|---------------------------------------|--|
| * COMPRESSAS | 20 Unid. |
| * GASES | 10 Unid. |
| * ESPARADRAPO | 50 cm² |
| * GOMPRESSAS <u>(10x10)</u> | 05 Unid. |
| * LÂMINA DE BISTURI N° 4 | 01 Unid. |
| * LUVAS <u>7,5</u> | 05 Unid. |
| * EQUIPO PARA SORO | |
| * S CALPS N° | |
| * JELCOS | |
| * CATETER PARA SUBCLAVIA | |
| * SERINGAS DE 01 ML | 01 Unid. |
| * SERINGAS DE 03 ML | 01 Unid. |
| * SERINGAS DE 05 ML | 01 Unid. |
| * 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>7,4</u> | 01 Unid. |
| * COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO | |
| * BOLSA DE COLESTOMIA | |
| * DRENO DE PENROSE N° | |
| * DRENO DE TORAX N° | |
| * ATADURA GESSADA | |
| * FAIXA DE CREPOM | 06 Unid. |
| * ALGODÃO ORTOPÉDICO | |
| * CATGUT CROMADO | |
| * CATGUT SIMPLES | |
| * FIO DE ALGODÃO | |
| * MONONYLON <u>3-0</u> | |
| * OUTROS FIOS | |
| * USO DO BISTURI ELÉTRICO | |
| * USO DE OXIGÉNIO | Sim |
| * SOLUÇÃO DE PVPI ALCÓOLICA | |
| * SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE | 50 ml |
| * SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO | 30 ml |
| * SOLUÇÃO DE ETER | |
| * 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% | <u>Gelos</u> 10 Unid. <u>Gelos</u> 05 Unid. |
| * ABD | |

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

ASME MOSSORÓ 20/01/19

Assinado por: Dr. Luiz

SAMEI ARQUIVO

mat. 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: | Fuenta Clemente de Moura | Registro: | |
| Data de nasc.: | 13/10/1991 | Sexo: | () F (X) M |
| Nome da Mãe: | Ricaride Feria de Moura | | |
| Data da Cirurgia: | 18/10/113 | | |
| Cirurgia: | Ex. ext. am. perna F, trat. crânios de | Cirurgião: | Dr. Eduardo |
| Instrumentador: | Enfermeira em turno E. | Circulante: | Haily / Vandeleurina |

D = 16/10/113

| | | |
|---|------------------|-------|
| HRTM CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO | | |
| MATERIAL: Perforador Osígeo | | |
| RESP. PREPARO: Edilene | DATA: 18/10/113 | |
| DATA ESTERILIZAÇÃO: 18/10/113 | Nº DO LOTE: 1243 | |
| ESTERILIZAÇÃO VÁLIDA ENQUANTO A EMBALAGEM PERMANECER INTEGRA, SECA E ARMAZENADA EM CONDIÇÕES ADEQUADAS. | | |
| DATA DO USO: 18/10/119 | HORA: 17hs | S.O.: |
| CIRURGIA: Dr. Eduardo | | |

D. Eduardo

| | | |
|---|------------------|-------|
| HRTM CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO | | |
| MATERIAL: c/ Gárgula | | |
| RESP. PREPARO: Edilene | DATA: 18/10/113 | |
| DATA ESTERILIZAÇÃO: 18/10/113 | Nº DO LOTE: 1243 | |
| ESTERILIZAÇÃO VÁLIDA ENQUANTO A EMBALAGEM PERMANECER INTEGRA, SECA E ARMAZENADA EM CONDIÇÕES ADEQUADAS. | | |
| DATA DO USO: 18/10/119 | HORA: 17hs | S.O.: |
| CIRURGIA: Dr. Eduardo | | |

Nome / Mod. FIO TIPO KIRSCHENHEIMER 2,0 x 300 mm
Fabricante: Minas Med
Referência: 213 20/208
Lote: OP/88844791 Validade: 10/2020 Indeterminada
No Registro Anvisa: 881555000099

Nome / Mod. FIO TIPO KIRSCHENHEIMER 1,9 x 300 mm
Fabricante: Minas Med
Referência: 213 15/508

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 18/10/113
Dr. Eduardo Ferreira Santos
SAME/ARQUIVO
Mat. 150.343-0

Assinado eletronicamente por: CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA - 04/02/2020 07:48:24
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002040748240670000051113876
Número do documento: 2002040748240670000051113876

Num. 53006463 - Pág. 3



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

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Evertos Elcione de Souza Leito:

| DATA | EVOLUÇÃO |
|------|---|
| | <p>Fusos plato tchado (P) + diafragma (B) + Fe 4°/05° PD e e fulguras 5° HTC + Fe 5°HTT no e C.</p> |
| | <p>Perno R muito edematoso, cr. plectenus, pulsos ok e seu pressionar em Grado drástico De olho na perna R nos próximos 24h</p> |

PRESCRIÇÃO

| Data | Prescrição | Via | ENFERMAGEM | |
|------|--|-----|-----------------|------------|
| | | | HORÁRIO | ASSINATURA |
| | Durta Zeno 260mg AM 21h | | | |
| | SFP. S 1500ml | | 17:23 | |
| | Diprosone 2ml ev deles 6/66 | | 22 ^o | -04 10 16 |
| | tributí 400g ev deles 1edas | | 20 ^o | |
| | triamolco 4g ev deles 100ml | | 19 ^o | |
| | SFP. S ev leito 8/1h 500 | | | |
| | Omeprazol 40mg ev deles 1edas | | 06 ^o | |
| | Fluoxit 100mg ev deles 100 | | | |
| | Solução Venal 500 | | | |
| | CEFTAZIMA 3g ev deles 12/17 | | 20 ^o | 10 |
| | fluoxit 100mg 6/66 | | | |
| | fluo 250mg ev deles 100 | | | |
| | <i>Francisco Venâncio L. Ferreira</i> | | | |
| | <i>Hospital Regional Tarcísio Maia</i> | | | |
| | <i>ESTÁ CONFORME O ORIGINAL</i> | | | |
| | <i>SAME MOSSORÓ 20/09/19</i> | | | |
| | <i>Francisco Venâncio L. Ferreira</i> | | | |
| | <i>SAME ARQUIVO</i> | | | |
| | <i>matr. 150-343-0</i> | | | |





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

| | | |
|----------|------------------------------------|----------|
| PACIENTE | Evertor Clemente de Souza, 27 anos | REGISTRO |
| CLÍNICA | | LEITO |

| DATA / HORA | ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM | ASSINATURA |
|----------------|---|--------------|
| 18/01/19 16:30 | Paciente chegou ao CC em noca, ansioso, suado, vibrilando, com AVP em MSD, violilizando SRL, curativo em MIE, esquerda, ferida fechada e plena E. | |
| 18/01/19 17:10 | históis de procedimento cirúrgico | |
| 18/01/19 19:00 | + Exame do | |
| 18/01/19 19:20 | Paciente transferido para o 1º andar, amb. mae, bV, AVP em MSD, const. ent., orientado | |
| 19/01/19 06:00 | Paciente consciente, orientado, Os ambientes, were, tremores desfíceis, ferida externa em MIE, tem. mictas, medicado, conforme pratica médica. Demanda vaga na clínica cirúrgica. | Nunes 364459 |
| 19/01/19 07:00 | Continua na SEPA, por falta de vaga na Cl. P. Consciente, orientado, eupnéico em Os ambientes. Encontra-se com AVP em MSD, curativo em MIE, diurese espon. tânea. | Endyva 39952 |

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 21/01/19
Fábio Henrique da Cunha
SAM/ARQUIVO

MAT. 160-3130





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

SINAIS VITais

Nome: Evertz Clemente de Souza Idade: 27 Nº Reg: _____
Serviço: _____ Enf.: _____ Leito: _____

Enfermeiro do Setor





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: | Evertton Clemente de Moura | Registro: |
| Data de nasc.: | 13/02/1991 | Sexo: ()F ()M |
| Nome da Mãe: | Ricarneide Maria de Moura | |
| Data da Cirurgia: | 18/01/19 | |
| Cirurgia: | Intervenção de prot. esp. em mts. F. e g. ext. br. | Cirurgião: Dr. Edwards |
| Instrumentador: | | Circulante: André Viana de Oliveira |

| | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------|---|--|---|--|--|--|--|---|--------------------------------------|------------------------------------|
| Lote Número: V07536792 | Fabricação: 09/2018 | Validade: 03 Anos | Código: 2.345 | Quantidade: 08 PCS | Lote Número: V5620041 | Fabricação: 09/2016 | Validade: 03 Anos | Código: 272 | Quantidade: 01 PC | | |
| Nome Técnico: PINO IMPLANTAVEL | Nome Comercial: PINO DE SCHANZ | Modelo Comercial: PINO DE SCHANZ ESTERIL DIAM. 5,0 X 200 MM | Impiantec Materials Médicos & Hospitalares Ltda. | R. Alberto Melo da Costa, 125-Campinas/SP CEP:13050-713 | Nome Técnico: Sistema de Fixação Externa | Nome Comercial: Fixador Externo | Modelo Comercial: FIXADOR EXTERNO DINAMICO - T. 1004/B | Impiantec Materials Médicos & Hospitalares Ltda. | R. Alberto Melo da Costa, 125-Campinas/SP CEP:13050-713 | | |
| Impiantec Materials Médicos & Hospitalares Ltda. | Resp. Técnico: Agmar A. Bispo | CEA-SP:5063950858 | Armazenamento, Cuidados no Manuseio, Advertências e Instruções de Esterilização: ver Instrução de Uso. | Resp. Técnico: Agmar A. Bispo | CEA-SP:5063950858 | Armazenamento, Cuidados no Manuseio, Advertências e Instruções de Esterilização: Ver Instrução de Uso. | Impiantec Materials Médicos & Hospitalares Ltda. | Resp. Técnico: Agmar A. Bispo | CEA-SP:5063950858 | | |
| V07536792 | IMPLANTEC | PROIBIDO REPROCESSAR - ESTERIL - ETO | Produto Médico Invasivo - Classe 3 | V5620041 | IMPLANTEC | PROIBIDO REPROCESSAR - ESTERIL - ETO | Produto Médico Não-Invasivo - Classe 1 | V07537792 | IMPLANTEC | PROIBIDO REPROCESSAR - ESTERIL - ETO | Produto Médico Invasivo - Classe 3 |
| Colar controles aqui | | | | | | | | | | | |
| <p>HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ 20/01/19 Tarcísio Lemos J. Tavares SAME/ARQUIVO Nº 150.743-0</p> | | | | | | | | | | | |





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 Suelmo Câmara | Município: |
| Paciente: | Exerton Clámente de Moura. | |
| Endereço: | | |
| idade: | Sexo: M (X) F () | Ocupação: |
| Nome do Responsável: | | |

DADOS CLÍNICOS

Resumo Clínico: *Paciente necessitado de reavaliação após cirurgia ortopédica.*

Resultado dos Exames:

Tratamento já realizado:

Impressão diagnóstica:

PROFISSIONAL

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





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

Nº do Cadastro / Prontuário

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem:

Paciente:

Endereço:

Idade:

Sexo: M () F () Ocupação:

Nome do Responsável:

Município:

DADOS CLÍNICOS

Resumo Clínico:

Resultado dos Exames:

Tratamento já realizado:

impressão diagnóstica:
Ortopedia e Traumatologia
CIR. Do Jósias
Data: 02/02/2020
PROFISSIONAL

DATA

AGENDADO

CIRURGIA ORTOPÉDICA

Município: Mossoró

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: _____

PROFISSIONAL



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

Nome: LUIZ AUGUSTO DE OLIVEIRA - 27 ANOS
CLÍNICO: CLÉVIA - ENFERMAGEM - CÓD: Belo: 211-1
DATA DA ADMISSÃO: 18/01/2019 Mossoró-RN Código: 31882

EVOLUÇÃO
PACIENTE ATRÁS TIDAL E ODIÁFISE FIBIA E FUS EXPOSTA 4^º,5^º PD E FERIMENTO P^º MTC

3.000 ml de LEBRAS
ATÉ 1000 ML SERVADO FURGES EXCETO CRÍTICAS FISIOLÓGICAS
NUTRIÇÃO: LÍQUIDA

PACIENTE OK
SOLICITO RISCO CIRURGICO

| | | PRESCRIÇÃO | HORARIO |
|---|----|---------------------------------|---------|
| 1 | | 1.000 ml IVRE | |
| 2 | | 500,00 1-00 ML EV PARA 24 HORAS | |
| 3 | | 1000ML 1G+3ML ABD EV 6/6 HORAS | |
| 4 | D4 | 1000ML 1G+1G+ABD EV 8/8 HORAS | |
| 5 | | 1000ML 1G+1G+ABD EV 24 HORAS | |
| 6 | | 500,00 1-00 ML EV PARA 24 HORAS | |
| 7 | | 500,00 1-00 ML EV PARA 24 HORAS | |

A 17/01/2019

Dr. Marcos Ferreira de Almeida
ORTOPEDISTA ORTOPEDISTA
MÉDICO DOUTORADA NO
CRM/RN 2033

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 24/01/19
Francisco P. Paiva
SAME/ARQUIVO
mat. 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: | Município: | |
| Paciente: | <i>Gerson Henrique de Moura</i> | |
| Endereço: | | |
| Idade: | Sexo: M() F() | Ocupação: |
| Nome do Responsável: | | |

| | |
|--------------------------|---|
| DADOS CLÍNICOS | |
| Resumo Clínico: | <i>Fractura - Plataforma tibia e fibula</i> |
| Resultado dos Exames: | <i>Até 03 semanas</i> |
| Tratamento já realizado: | |
| impressão diagnóstica: | <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>Ortopedista - Dr. Caio Henrique</i> <i>PROFISSIONAL - H-724</i> |
| | <i>DATA</i> |

| | |
|--------------------------------------|---|
| AGENDADO | |
| Encaminhamento para a especialidade: | <i>TRAUMA</i> |
| 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 |





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

Nº do Cadastro / Prontuário

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem:

Paciente:

Endereço:

Idade:

Sexo: M () F ()

Ocupação:

Nome do Responsável:

Município:

DADOS CLÍNICOS

Resumo Clínico:

Resultado dos Exames:

Tratamento já realizado:

impressão diagnóstica:
Gastroduodenoscopia
Cir. Do Jejuno
Cir. Endosc. TEST - 11.724
PROFISSIONAL

DATA

AGENDADO

CIRURGIA OUTOPRÉTICA

Encaminhamento para a especialidade:

Município: MOSSORÓ

Consulta marcada para a unidade:

Horas do dia: 11:00

Para o Dr.

FICHA CONTRA REFERÊNCIA

Unidade Referenciada:

Município:

PACIENTE:

Prontuário:

ATENÇÃO PRESTADA

Resumo Clínico:

Resultado de Exames Realizados:

Diagnóstico:

Conduta:

Observações:

PROFISSIONAL





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

PROCURAÇÃO

ESP/NB:

| | | | |
|---|-------------------|-----------------------------------|---------------------|
| <i>Geralton Clemente de Mora</i> | | | |
| NOME COMPLETO DO SEGURADO/PENSIONISTA | | | |
| <i>Brasil</i> | <i>Solteiro</i> | <i>2827433</i> | |
| NACIONALIDADE | ESTADO CIVIL | IDENTIDADE | |
| <i>097.125.864-30</i> | <i>Aprendedor</i> | <i>Francauengeralton da Silva</i> | |
| Residente na | | RUA/AVENIDA/PRAÇA | |
| CPF | PROFISSÃO | <i>Aeroporto II</i> | <i>Mossoró - RN</i> |
| <i>03</i> | <i>Casa</i> | BAIRRO | CIDADE/ESTADO/CEP |
| Nº | COMPLEMENTO | | |
| nomeia e constitui seu bastante procurador o(a) | | | |
| <i>Geralton da Silva</i> | | | |
| NOME COMPLETO DO PROCURADOR | | | |
| <i>Brasil</i> | <i>Solteiro</i> | <i>20075633870</i> | |
| NACIONALIDADE | ESTADO CIVIL | IDENTIDADE | |
| <i>058.485.923-65</i> | <i>Procurador</i> | <i>Francauengeralton da Silva</i> | |
| Residente na | | RUA/AV./PRAÇA | |
| CPF | PROFISSÃO | <i>Aeroporto II</i> | <i>Mossoró - RN</i> |
| <i>03</i> | <i>Casa</i> | BAIRRO | CIDADE/ESTADO/CEP |
| Nº | COMPLEMENTO | | |

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) periodo _____

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:

Médico solicitante: Dr. (a)

DR; FABIO ROBERTO A DE LIMA

Autorizado
Carambevissinatura

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. WALTERO GURGEI

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

| IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO | |
|-----------------------------------|----------|
| 1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | 2- CNES |
| 3 - ESTABELECIMENTO DE EXECUTANTE | 4 - CNES |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| | | | |
|--|------------------------------|---|---|
| 5 - NOME DO PACIENTE <i>Bruno Henrique B. Silva</i> | | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO | |
| 7 - CARTÃO NACIONAL/SUS <i>FESCE 302443386</i> | | 8 - DATA DE NASCIMENTO <i>13/02/1991</i> | 9 - SEXO MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Flávia Henrique</i> | | 11 - TELEFONE DE CONTATO | |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) <i>Rua da Boa Esperança, 1000</i> | | | |
| 13 - MUNICÍPIO <i>Brasília</i> | 14 - BAIRRO <i>Centro</i> | 15 - UF <i>DF</i> | 16 - CEP <i>70000-000</i> |

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO

| | | | |
|--|--|------------------------|------------------------|
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS | Sintomas: febre, dor de cabeça, expectoração com sangue, tosse seca. | | |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO | TBC pulmonar. | | |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) | Exames: exame gênero - Toco X. | | |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL | 21 - CID 10 PRINCIPAL | 22 - CID 10 SECUNDÁRIO | 23 - CAUSAS ASSOCIADAS |
| Vermelhidão de | A81.9 | S83 | |

PROCEDIMENTO SOLICITADO

| PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | |
|---|----------------------|----------------------------------|---|
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | 26 - LEITO/CLÍNICA | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO | 28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE |
| <ul style="list-style-type: none"> - Tomografia Computadorizada de Tórax - Ultrassom de Abdomen - Exame de rotina laboratorial | | | |
| 25 - COD. DO PROCEDIMENTO | 29 - DT. SOLICITAÇÃO | 30 - CNS (CPF) | 31 - ASSINATURA E CAPIXABA (NPREG/CONSELHO) |
| <ul style="list-style-type: none"> - 030300-286-3 - 091549003-3 - 0702062-0 | 26/03/13 | 00000000000000000000000000000000 | Assinatura |

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

| | | | | |
|--|--|----------|--------------------|---------------------|
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) | | | | |
| 32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO | 33 - CNPJ DA SEGURADORA | | 34 - N° 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 (MÉDICO NO CONSELHO) | 52 - ASSINATURA E CARIMBO (MÉDICO NO CONSELHO) | |





SABI
SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: MOSSORÓ

REMARCAÇÃO DE EXAME PERICIAL
REQUERIMENTO N° 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 MOSSORÓ -
PROXIMO PADARIA V E M, PX CERCA DO AEROPORTO, PX QUADRA
ALUISIO ALVES, CASA BRANCA PORTÃO PRATA TEL 9666-3849

MOSSORÓ - 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

Erector, dent d.h.

16/03/2019
Olímpico
Fim de con 08/08/19
uso da
cotação

08/03/19

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

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



Assinado eletronicamente por: CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA - 04/02/2020 07:48:25
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020407482492900000051113878>
Número do documento: 20020407482492900000051113878

Num. 53006465 - Pág. 7



URGENTE !

Dr. Rodrigo Jales Barreto

Ortopedia - Traumatologia - Cirurgia do Joelho

CRM 4759 | TEOT - 11.724

Evertos Henrique M.

SCOTT

Dr. R. Jales Barreto

?

Hs - hérni removida fixante?

Dr. Rodrigo Jales Barreto
Ortopedia e Traumatologia
Cr. 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 | TETO - 11.724

Ervan Monteiro

SORTIDO

Painel regras (20 mm)

SEM CARGA

7

H.S. fa ormos para 18
Fx plato latim joelho

08/07/19

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

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



Assinado eletronicamente por: CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA - 04/02/2020 07:48:25
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002040748249290000051113878>
Número do documento: 2002040748249290000051113878

Num. 53006465 - Pág. 9

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:

Mossoró/RN 08/03/19

Dr. Rodrigo Jales Barreto
Ortopedia e Traumatologia
Cir do Joelho
CRM-RN 47591-1507-11724

Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____

Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data _____ / _____ / _____





DE NATAL

Paciente: Ezequiel Oliveira de Moura

7.

Sobrto

Br para E - LP + Bmf

Br pélvico E - AP + Bmf

Natal/RN, 12 de 03 de 2019

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

Rua Cel. Joaquim Mendes, 615 - SL 608 - 5º Andar - Ed. Harmony Center - Natal - CEP 59012-300
Fone: (84) 3202-0191



Assinado eletronicamente por: CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA - 04/02/2020 07:48:26
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020407482557400000051113880>
Número do documento: 20020407482557400000051113880

Num. 53006467 - Pág. 1



p/ Rua da Clínica de Kara

isabel
Hemangioma completo
Coagulopatia

J. P.
Dr. Pedro Roberto A. de Lima
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 25720 - CRF: 14815

Carenha, 22 p 318

RUA: BEVENUTO SIMÃO, 17 - BAIRRO: CENTRO- CARAÚBAS/RN
ATENDIMENTO: 9 9674-0800 clinicaconceicaogararuna



Assinado eletronicamente por: CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA - 04/02/2020 07:48:26
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002040748255740000051113880>
Número do documento: 2002040748255740000051113880

Num. 53006467 - Pág. 2



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

Celso Chant
G. Oliveira
A. do OI
Pedro Henrique
Tereza da Cunha
Andréa por
Xandi

C2
01
19
Assinado na secretaria
de pessoas da Dr. E.
+
+ Pe





05/10/2019

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

| | |
|-----------------------------------|----------|
| 1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | 2 - CNES |
| 3 - ESTABELECIMENTO DA EXECUTANTE | 4 - CNES |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| | |
|---|---|
| 5 - NOME DO PACIENTE <i>Fernando Clemente de Novaes</i> | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO |
| 7 - CARTÃO NACIONAL/SUS <i>705003002771356</i> | 8 - DATA DE NASCIMENTO <i>13/02/1991</i> |
| 9 - SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO | <input type="checkbox"/> FEMININO |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>desidora Clemente de Novaes</i> | 11 - TELEFONE DE CONTATO |
| 12 - ENDERECO (RUA, N°) <i>Avenida desidora Clemente de Novaes</i> | 13 - MUNICÍPIO <i>Braúna</i> |
| 14 - BAIRRO <i>Centro</i> | 15 - UF <i>RN</i> |
| 16 - CEP <i>59695-000</i> | |

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

| |
|---|
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Sonambulismo de teto expandido epopeste epopeste epopeste</i> |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>TTO amparo</i> |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Anamnese + Exame físico + Rxos X</i> |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Syndrome de Teto exp</i> |
| 21 - CID 10 PRINCIPAL <i>M89.1</i> |
| 22 - CID 10 SECUNDÁRIO <i>M82</i> |
| 23 - CAUSAS ASSOCIADAS |

PROCEDIMENTO SOLICITADO

| | | | |
|--|--|----------------------------|--|
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>- Tratamento comagor de gendebre de teto exp</i> | 26 - LEITO/CLÍNICA <i>Leito exp</i> | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO | 28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE |
| - Atébina de teto exp | | | 29 - DT. SOLICITAÇÃO <i>26/10/19</i> |
| - Reabilitação de teto exp | | | 30 - CNS / CPF <i>Roberto A. de Lima</i> |
| 25 - CÓD. DO PROCEDIMENTO <i>- 030805086-3 - 031504002-3 - 030806019-0</i> | | | 31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO) <i>Roberto A. de Lima</i> |

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

| | | | |
|---------------------------------|-------------------------|--|---------------------|
| 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 | | DESCRÍÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL | |
| 42 - () CID. 10 SECUNDÁRIO | | 43 - () GRAVE | 45 - () GRAVÍSSIMA |

AUTORIZAÇÃO

| | | |
|---|---|---|
| 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO | 50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVAIAÇÃO | 54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) |
| 47 - DT. AUT. <i>/ /</i> | 51 DT AUT <i>/ /</i> | |
| 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, BARAÚNA/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:

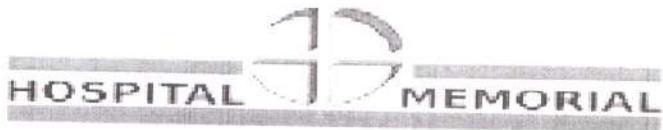
Médico solicitante: Dr. (a) DR. FABIO ROBERTO A DE LIMA

[Signature]
Autorizado
Comunicação e 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


Dr. Caio Cesar Albuquerque de Paiva
Central Traumatologia e Ortopedia
Cirurgia de Jornada
CRM: 7636 TEF: 14816

Natal, 05 de Abril de 2019



Assinado eletronicamente por: CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA - 04/02/2020 07:48:26
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002040748255740000051113880>
Número do documento: 2002040748255740000051113880

Num. 53006467 - Pág. 6

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

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

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 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:

- Diagnóstico;
- Planejamento e Terapêutico;
- Ensino e Pesquisa.

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFÉRE COM ORIGINAL

EM, 13/03/19

[Assinatura]

Observações

X PACIENTE COM EXAME DE SANGUE, 1 RX

MedicWare

Órgão: O.A. Tijuca da Hora - RN

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: 705003002571356

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: _____ Diagnóstico Definitivo: _____

Procedencia: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatório sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratórios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neuroológico: _____

Ap. Urinário e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

HÓSPITAL MEMORIAL

SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM: _____ / _____ / _____





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARQUE, 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

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.º 7

Bairro: CENTRO

Cidade : BARAÚNA

UF: RN

CEP: 59695000

Fone: 84999380806

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 CIÉNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA, a realizar o seguinte procedimento, tratamento 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 Ciéncia 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

Ay. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA - CRM 7036-9022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

MedicWare

Página 1 / 1





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: 134861

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/ matérias 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 resarcimento 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 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, Registro, Suporte de toalha, Barras de apoio, Assento para banho, Balde de roupa e Campainha de emergência.

Assinatura: [] Paciente [] Responsável



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

FM / /

Página 1 / 1

MedicWare



03/04/2019

SISREG III - Servidor de Produção

Código Solicitação: 280930758

Número AIH: 241910025911-4

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

| | |
|--|-----------------------|
| Unidade Solicitante: | CNES: |
| HOSPITAL MEMORIAL | 2408252 |
| Unidade Executante: | CNES: |
| HOSPITAL MEMORIAL | 2408252 |
| Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro AV JUVENAL LAMARTINE - 979 -- TIROL | Município Executante |
| | NATAL |
| 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 |

DADOS DO PACIENTE

| | |
|--|-----------------------------------|
| CNS: | |
| 705003002571356 | |
| Nome do Paciente | Nome Social/Apelido: |
| EVERTON CLEMENTE DE MOURA | --- |
| Nome da Mãe | Naturalidade: |
| RIVANEIDE MARIA DE MOURA | MOSSORÓ - RN |
| Sexo: | Raça: |
| MASCULINO | PRETA |
| Data de Nascimento: | Tipo Sanguíneo: |
| 13/02/1991 (28 anos) | --- |
| Tipo Logradouro: | Logradouro: |
| RUA | MARIA DE LURDES CARVALHO REBOUÇAS |
| Número: | Bairro: |
| 07 | CENTRO |
| País de Residência: | Município de Residência: |
| BRASIL | BARAUNA |
| Telefone(s): | Complemento: |
| (84) 99858-4673 (Exibir Lista Detalhada) | CEP: |
| | 59695-000 |
| | UF: |
| | RN |

DADOS DA SOLICITAÇÃO

| | | |
|---|-----------------------------------|------------------------|
| CPF do Médico Solicitante: | Nome do Médico Solicitante: | Status da Solicitação: |
| 07443427409 | FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA | APROVADA |
| CPF do Médico Executante: | Nome do Médico Executante: | |
| 07443427409 | FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA | |
| Diagnóstico Inicial - CID: | | |
| Z178 - OUTROS SEGUIMENTOS ORTOPÉDICOS ESPECIFICADOS | | |
| Caráter | Classificação de Risco | |
| 10 - Eletivo | Priondade 3 - Atendimento eletivo | |
| Clinica: | Clinica Complementar: | |
| ESPEC - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA | Nenhuma | |
| Procedimento Solicitado: | Código: | |
| OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS | 0415020034 | |

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

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

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

R X + E F

Condições que Justificam a Internação:

TRATAMENTO CIRÚRGICO RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + DEBRIDAMENTO + MANIPULAÇÃO

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.Juvêncio Lamartine, 979 - Tirol
Cep:59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, _____/_____/_____





DESCRÍÇÃO 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

0415040035

0408060360

0408060158

Cirurgia realizada

DESBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS

RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO

MANIPULAÇÃO ARTICULAR

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA

CRM

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 esteréis 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

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. General Lamartine, 979 - Tirol
Ortopedia/ Traumatologia
Cirurgia de Joelho
CRM: 7036 TEOT, 1904
EM, 1904





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

BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

Dados do Paciente

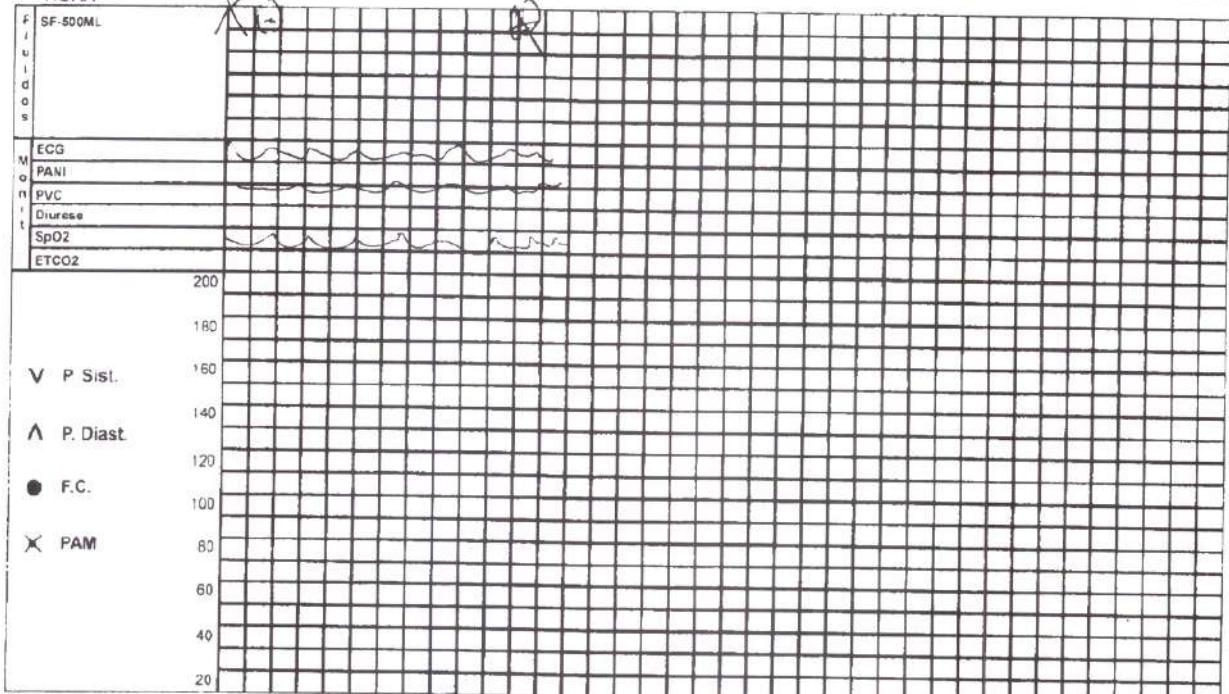
Paciente: EVERTON CLEMENTE DE MOURA

EVERTON CLEMENTE DE MOURA

IH. 1

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

HORA



Exames Laboratoriais

| pH | | |
|--------------|----------|-------|
| PaCO2 | | |
| HCO3 | | |
| CO | | |
| EB2 | | |
| PaO2 | | |
| SHbO2 | | |
| Hb | | |
| Hc | | |
| Na | | |
| K | | |
| Ca | | |
| Glicose | | |
| DROGAS | | |
| FENTANIL | 1MG | 01AMP |
| MIDAZOLAN | 15MG | 01AMP |
| NEOCAINA | 0.5% | |
| DIMORF | 0,2MG | |
| SUFENTANIL | 10MCG | |
| RÓCUROMÍD | 50MG | |
| ATRACURIO | 25MG | |
| PROPOFAN | 1% 01AMP | |
| EFEDRINA | 50MG | |
| ARAMIN | 10MG | |
| CEFAZOLINA | 1G | |
| DIPIRONA | 1G | |
| DRAMÍN | 3MG | |
| DEXAMETASÓNA | 10MG | |
| RANITIDINA | 50MG | |
| ONDASETRONA | 8MG | |

TÉCNICA ANESTÉSICA: ANESTESIA VENOSA

BLOQUEIO:

LOCAL DA PUNÇÃO:

NÍVEL ANESTESIA:

BLOQUEIO MOTOR: 0

POSIÇÃO: Antes:

APARELHO:

TÉCNICA: ABERTO

INTUBAÇÃO: ORAL

TRAUMATICA/ANAO

SONDA:

CUFF:

INDUÇÃO:

MANUTENÇÃO:

CONDICÃO FINAL:

AGULHA:

TIPO:

LATÊNCIA:

LIQUOR:

Depois:

REFLEXOS:

CONSCIÊNCIA:

BALANÇO

ECG, OXIMETRO, PNI

OBSERVAÇÕES

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av.Juvênia Lamartine, 979 - Tirol

Cep:59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM _____

Gilvan de Carvalho
Anestesiologista
PDT/AMY/01



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

<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002040748262920000051113881>

Número do documento: 2002040748262920000051113881

Num. 53006468 - Pág. 3



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 PUNCIONADO EM SALA E SEGUO 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**

Assinatura Responsável

Maria Elizabeth Barbosa Pereira

Outros Exames:

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 PRONTUARIO EXAMES, SEGUO ACOMPANHADO ATÉ O LEITO DO MAQUEIRO E FAMILIAR.

Assinatura Responsável

Maria Elizabeth Barbosa Pereira

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





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: OCLUSIVO

Tem material para biópsia/cultura: NAO

Inf.sanguínea: NAO Monitoração correta: SIM Placa de bisturi: NAO

Antibiótico profilático?: NAO

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

PACTE CONSCIENTE E ORIENTADO EM O^º AMBIENTE ENCAMINHADO A SALA DE CADEIRA DE RODAS, PARA SUBMETER A PROCEDIMENTO DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO ESQUERDO, O MESMO NEGA DOENÇAS E ALÉRGIA MEDICAMENTOSA, PUNCIONADO EM MSD COM JELCO N° 20 VIAB SF 0,9%, APOS SEDACAO FOI RETIRADO FIXADOR, REALIZADO LIMPEZA COM DEGERMANTE E AQUOSA EM SEGUITA COLOCADO UMA TALA GESSADA. PROCEDIMENTO REALIZADO COM EXITO FOI ENCAMINHADO AO SRPA ORIENTADO EM O^º AMBIENTE, SEM MAS ALTERACOES SEGURO 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
SAO FRANCISCO
Av.Juvêncio Lamartine, 979 - Tirol
Cep:59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, _____ / _____ / _____





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

EVOLUÇÃO MÉDICA -

Dados do Paciente

Paciente: **EVERTON CLEMENTE DE MOURA**
Nascimento: **13/02/1991 28 anos**

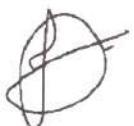
Registro: **134961** Num.Internação: **1**
Data Internação: **26/03/2019 06:54:05**

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



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

FÁBIO ROBERTO ALVES DE LIMA CONFERE COM ORIGINAL
CRM - 7036
EM, _____ / _____ / _____



Assinado eletronicamente por: CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA - 04/02/2020 07:48:26
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002040748262920000051113881>
Número do documento: 2002040748262920000051113881

Num. 53006468 - Pág. 6

**Prescrição Médica / Evolução Clínica**

Paciente: **EVERTON CLEMENTE DE MOURA** Idade: **28 anos**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: **134961** Prontuário:
Unidade: **CENTRO CIRURGICO** Peso: **94,0 kg** Altura: **1,80**
Leito: **LEITO RESERVA 09**
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
SAO FRANCISCO
Av.Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep:59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL





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
ANGELEICA CRISTINA SILVA DE SOUZA

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



Hospital Memorial
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol - Natal/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

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

Nome: EVERTON CLEMENTE DE MOURA

Registro: 134961

RG: 2827433

CPF: 097.125.864-30 Nascimento: 13/02/1991 28 anos Sexo: Masculino

Est.Civil: Solteiro(a)

Nome: MARIA DE LOURDES CARVALHO REBOUCAS

N.: 7

Bairro: CENTRO

Barrauna

UF: RN

CEP: 59895000

Fone: 84999380809

ESAC: VENDEDOR AMBULANTE

Mãe: RIVANEIDE MARIA DE MOURA

Dados do Internamento

Interno: 2

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

Convênio: SUS ESTADUAL

Matrícula/CNS: 705003002571366

Medico: Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA

CRM: 7036

LEITO RESERVA 01

Dados do Responsável

CPF:

RG:

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 forvida 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 a acrecimo 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:

- Diagnóstico;
- Planejamento e Terapêutico;
- Ensino e Pesquisa

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

HOSPITAL MEMORIAL

SÃO FRANCISCO

Juvinal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM: 13 / 04 / 19

Clinica Ort. Traum. de Natal Ltda. Página 1/1

Leticia Nobre



Hospital Memorial

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: 05/04/2019 09:14

Dados do Paciente

Paciente: EVERTON CLEMENTE DE MOURA

Nº 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.º 7

Bairro: CENTRO

Cidade: BARAÚNA

UF: RN

CEP: 59695000

Fone: 84999380809

Profissão: VENDEDOR AMBULANTE

Mae: RIVANEIDE MARIA DE MOURA

Dados do Internamento

Último Internamento: 2

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

Centro SUS ESTADUAL

Matrícula/CNS: 705003002571356

Atendente: 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: _____

Obs. Apresentado:

Diagnóstico Definitivo: _____

Antecedentes:

História da Doença atual:

Interrogatório sobre diversos aparelhos:

Antecedentes pessoais:

Antecedentes familiares:

Estado geral:

Cardiorespiratórios:

digestivo:

Locomotor e Neuroológico:

Urinário e Ginecológico:

Impressão geral:

Conduta:

HOSPITAL MEMORIAL
SAO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamarine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFIRME COM ORIGINAL
FM / /

MedicWare

Página 1/1



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

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002040748262920000051113881

Número do documento: 2002040748262920000051113881

Num. 53006468 - Pág. 10

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
RG: 2627433 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: VENDEDOR AMBULANTE Mãe: RIVANEIDE MARIA DE MOURA

Dados do Internamento

Nº Internamento: 2 Entrada: 05/04/2019 9:13 Previsão saída: 06/04/2019 11:00 Atendente: VANUZANB
Convenio: 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

EVERTON CLEMENTE DE MOURA

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.

Assumto a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

HOSPITAL MEMORIAL

SÃO FRANCISCO

Av.Juvêncio Lamartine, 979 - Tirol

Cep:59022-020 - Natal/RN

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

EM, / /



Hospital Memorial
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol - Natal/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

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

Registro: 134961

RG: 2827433 CPF: 097.125.864-30 Nascimento: 13/02/1991 28 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Solteiro(a)

Mae: MARIA DE LOURDES CARVALHO REBOUCAS N.: 7

Bairro: CENTRO

Barrauna UF: RN CEP: 59695000 Fone: 84999380809

Profissão: VENDEDOR AMBULANTE

Mae: RIVANEIDE MARIA DE MOURA

Dados do Internamento

Nº da Internamento: 2

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

Centro de Saúde: SUS ESTADUAL

Matrícula/CNS: 705003002571356

Medico: Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA

CRM: 7036

LEITO RESERVA 01

Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

TERMO DE RESPONSABILIDADE PATRIMONIAL

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

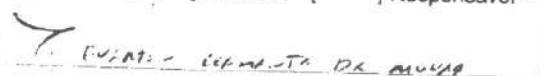
1- Se o equipamento for danificado ou inutilizado por emprego inadequado, mau uso, negligência ou extravio, o Hospital Memorial cobrará um equipamento da mesma marca ou o resarcimento do valor equivalente.

2- Em caso de dano, inutilização ou extravio do equipamento deverei comunicar imediatamente ao setor competente, terminando os serviços, devolverei o equipamento completo e em perfeito estado de conservação, considerando-se o tempo de uso do mesmo, ao setor competente.

3- Estarei sujeito a inspeções sem prévio aviso.

4- 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 de gases, Frigobar, Cortinas, Campainha. E os itens inclusos no banheiro do apartamento: Armário de duas portas, 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



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

EM: _____/_____/_____

SecureWare

Página 1/1



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

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

Bairro:

CENTRO

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(84) 99858-4673 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:

MOSSORÓ - 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

Nome do Médico Solicitante:

FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA

Status da Solicitação:

APROVADA

CPF do Médico Executante:

07443427409

Nome do Médico Executante:

FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA

Diagnóstico Inicial - CID:

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

Caráter:

10 - Eletivo

Classificação de Risco

Prioridade 3 - Atendimento eletivo

Clínica:

Clínica Complementar:

ESPEC - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Nenhuma

Procedimento Solicitado:

Código:

OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS

0415020034

LAMPO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

PACIENTE COM FRATURA DA TIBIA ESQUERDA APÓS TRAUMA HÁ 2 MESES APRESENTA OSTEOIMIELITE /cd>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

R X + E F

Condições que Justificam a Internação:

TRATAMENTO CIRÚRGICO PSEUDOARTROSE + OSTEOTOMIA + DEBRIDAMENTO

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:

03.04.2019 - 16:55:57

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, _____ / _____ / _____



DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: EVERTON CLEMENTE DE MOURA

Data do Procedimento: 26/03/2019

Registro: 134961

IH 2

Diagnóstico pré operatório:

M84.1 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 CONSOLIDAC
OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE
DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: FÁBIO ROBERTO ALVES DE LIMA

CRM

7036

Anestesiologista: TIAGO VÍCTO 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 esteréis, 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
Av. Presidente Vargas, 979 - Centro
Natal/RN - CEP: 59022-020
Fone/Fax: (84) 3222-1481/14815
Site: www.hospitalmemorialsaofrancisco.com.br
CORRESPONDE COM ORIGINAL
EM: _____





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

BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

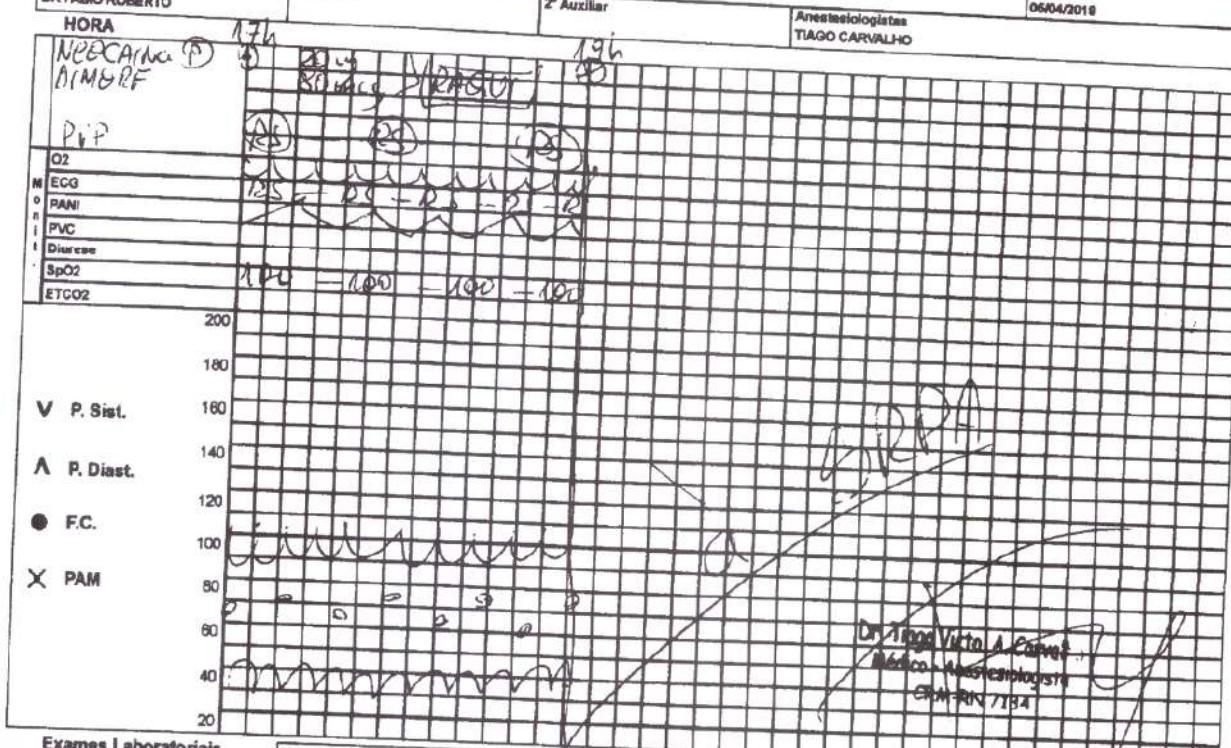
Paciente: EVERTON CLEMENTE DE MOURA

Dados do Paciente

EVERTON CLEMENTE DE MOURA

IH: 2

| Cirurgia Realizada | | | | Data |
|--|------------------|-------------|-------------|------------|
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TIBIA ESQUERDA | | | | |
| Cirurgião | DR FÁBIO ROBERTO | 1º Auxiliar | 2º Auxiliar | 06/04/2018 |



Exames Laboratoriais

| | | |
|-------------------|--------|-------|
| pH | | |
| PaCO ₂ | | |
| HCO ₃ | | |
| CO | | |
| EB2 | | |
| PaO ₂ | | |
| SHbO ₂ | | |
| HB | | |
| Hc | | |
| Na | | |
| K | | |
| Ga | | |
| Glicose | | |
| FENTANIL | 500MG | 01AMP |
| MIDAZOLAN | 15MG | 01AMP |
| NEOCAINA | 0,5% | 01 |
| DIMORF | 0,2MG | 01 |
| SUFENTANIL | 10MG | |
| PROGUROMIC | 60MG | |
| ATRACURIO | 25MG | |
| PROPOVAN | 1% | |
| EFEDRINA | 60MG | 01 |
| ARAMIN | 10MG | |
| CEFAZOLINA | 1G | 02 |
| DIPIRONA | 1G | 02 |
| DRAMIN | 3MG | |
| DEXAMETASONA | 10MG | 01 |
| RANITIDINA | 50MG | |
| ONDASSETRONA | 8MG | |
| NEOCAINA | 0,5% | |
| ISOBÁRICA | 0,5X | |
| CETOPROFENO | 100mg | |
| RINGUEIRA | 500 ML | 03 |

TÉCNICA ANESTÉSICA: RAQUI SIMPLES

BLOQUEIO: RAQUI

LOCAL DA PUNÇÃO:

NÍVEL ANESTÉSIA:

BLOQUEIO MOTOR: 3

POSIÇÃO: Antes: DOH

APARELHO: GE

TÉCNICA: ABERTO

INTUBAÇÃO: CATETER NASAL

TRAUMÁTICA:NÃO

SONDA:

CUFF:

INDUÇÃO:

MANUTENÇÃO:

CONDICÃO FINAL: OK

AGULHA: QUINCKE 27

TIPO: SIMPLES

LATÊNCIA:

LIQUOR: LIMPIDO

Depois: DOH

V.T.:

F.R.:

V.N.:

P.L.T.:

REFLEXOS: OK

HOSPITAL MEMORIAL
SAO FRANCISCO

ECG, OXIMETRO, PMI

AT. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM: / /

Dr. Tiago Vitor A. Carvalho

Médico - Anestesiologista

CRM-RN 7134



Hospital Memorial de Natal

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

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

L-211

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 PUNCIONADO(A) COM CATETER VENOSO EM MSD N°18 VIABILIZANDO SF0,9% E SEGUO 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 PRONTUARIO EXAMES, SEGUO 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: 50022-020 - 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=2002040748270520000051113882>

Número do documento: 2002040748270520000051113882

Num. 53006469 - Pág. 6



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

Registro: **134961** IH: **2**
Nascimento: **13/02/1991**

Paciente: **EVERTON CLEMENTE DE MOURA**

28 anos

Internação: **05/04/2019 09:13:32** Leito: **LEITO RESERVA 01**

Dados do Paciente

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 O^º AMBIENTE, O MESMO NEGA (HAS+DM+AM),
PUNCIONADO COM JELCO DE N°18, PROCEDIMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRÊNCIAS, ENCAMINHADO AO SRPA,
APÓS ATO CIRURGICO, SEGUO A OS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.**

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: **Limpa**

RAFAEL OLIVEIRA SILVA
Técnico(a) COREN - 975123

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av.Juvênia 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: UNIDADE III
Leito: LEITO RESERVA 01 311 Peso: 94,0 kg Alt:
Admissão: 05/04/19 09:13 0 dia(s) de internação
Diag.: M841 - Ausência de consolidação da fratura [pseudo-artrose] | VPS:

05/04/2019 19:46

| | | Horários de Aplicação |
|----|--|---------------------------------------|
| 1 | DIETA LIVRE | DO (SND) |
| 2 | DIFIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. | DO 00:00, 06:00, 12:00, 18:00, 24:00, |
| 3 | DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas. | DO 22:00, 06:00, |
| 4 | TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário. DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9% | DO (SN) |
| 5 | 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, 12:00, 18:00, |
| 6 | METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário. | DO (SN) |
| 7 | RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas. | DO 06:00, 18:00 |
| 8 | SORO FISIOLOGICO 0,9% 1000mL Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, Ao dia. | DO 00:00 |
| 9 | SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG) | DO 20:00 |
| 10 | SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário | DO (SN) |
| 11 | ALTA HOSPITALAR, Pela manhã | DO (ATEN) |
| 12 | CURATIVO, Pela manhã | DO 08:00 |

Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA
CRM - 7036

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

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



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

Turno: Noturno

Antecedentes: DESCONHECE

Históiese Diagnóstica: POI DE FRATURA DE TIBIA E

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorado

Alergias Medicamentosas: DESCONHECE

Sinais Vitais

Temperatura: 36,5 °C Saturação O2: 95% Respiração: 19 RPM

Tensão Arterial: 120x80 Frequência Cardíaca: 81

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

VO

MSD(05/04)

ACEITA BEM A DIETA

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Isolamento de contato: Não

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Oxigênio terapia:

Em O2 Ambiente

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.:

Intestinais: AUSENTE

Aspectos: NO MOMENTO

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 esquema de atb (cefaclor 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 dia 06/04/2019 sábad

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

COREN-10000-VIVIANE NUÑES DA SILVA





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

Cicatriza

Tipo de Ferida: LIMPA

Inflamação: TIBIA

Condições do Leito: COM PRESENÇA DE EXSUDATO

EXSUDATO DA FERIDA

Seroso Purulento

Sanguinolento

Serossanguinolento

Piosanguinolento

Sem Exsudato

PERÍCIA PERILESIONAL

Integra Escoriada

Sinal Flogísticos

Descamada

Alergica/Dermatite

Macerada

Distância: Grande

Odo: Selecionar uma opção

BORDAS

Distintas

Regulares

Irradiadas

OBSEVAÇÕES GERAIS

LIMPESA: CLOREXIDINA, LUVA DE PROCEDIMENTO, LUVA ESTERIL, GAZE, CAMPO E ATADURA.
PELE INTEGRA, COM PRESENÇA DE EXSUDATO SANGUINOLVENTO 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=2002040748270520000051113882>

Número do documento: 2002040748270520000051113882

Num. 53006469 - Pág. 10

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.

Isolamento de contato:

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorado

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Sangrias Medicamentosas: DESCONHECE

Sinais Vitais

Temperatura: 36 °C

Saturação O2:

Respiração:

Oxigênioterapia

Tensão Arterial:

120x80

Frequência Cardíaca:

Em O2 Ambiente

Acesso Venoso:

Infusão

Dieta

VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.:

Intestinais: AUSENTE

Aspectos: NO MOMENTO

GT

Correção:

Correção:

Drenos

Correção:

Correção:

Data:

Correção:

Correção:

Local:

BRVO

Aspecto:

Obs.:

Indicações:

MEDICAÇÃO DE HORARIO, CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA.

Intercorrência:

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, O2 AMBIENTE, AFERIDO SSVV, HIGIENIZADO TROCADO ROUPA DE CAMA, RECEBEU VISITA DE FAMILIAR + MAQUEIRO LEVANDO TODOS SEUS PERTENSES.

HOSPITAL MEMORIAL

SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM: _____/_____/_____

Priséda



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 Carnaubeiras, 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.



Assinado eletronicamente por: DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE - 18/02/2020 11:24:58
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021811245780900000051214828>
Número do documento: 20021811245780900000051214828

Num. 53115139 - Pág. 1

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



**EXCELENTESSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (ÍZA) DE DIREITO DA 5^a 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 Carnaubeiras, 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.



Assinado eletronicamente por: DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE - 18/02/2020 11:24:58
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021811245780900000051214828>
Número do documento: 20021811245780900000051214828

Num. 54105199 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE - 18/02/2020 11:24:58
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021811245780900000051214828>
Número do documento: 20021811245780900000051214828

Num. 54105199 - Pág. 2