

QUESITOS A SEREM RESPONDIDO PELO PERITO:

Vide art. 31, II da Lei nº 11.945/2009 e atualizações

a) Se a etiologia ou origem causal das lesões existentes na pessoa requerente é compatível com acidente com veículo automotor de via terrestre? _____.

b) Quais as lesões ou disfunções ocorridas? _____.

c) Nos termos do art. 3º, *caput*¹, da Lei nº 6.194/1974, se há **invalidez permanente**, isto é, **dano(s) anatômico e/ou funcional definitivo(s) (sequelas), não passível(is) de reversão terapêutica**, descrevendo-o(s) então detalhadamente; _____.

d) Qual(is) o(s) segmento(s) corporal(s) atingidos?; Percentual em desfavor do órgão vinculado? _____.

e) Nos termos do art. 3º, § 1º², da Lei nº 6.194/1974, incluído pela Lei nº 11.945/2009, bem como da respectiva tabela anexa que acompanha esta lei, se a **invalidez permanente foi total** (repercussão na íntegra do patrimônio físico e/ou mental) ou **parcial** (repercussões em partes de membros superiores e inferiores); _____.

f) Em caso de invalidez total, **quais os segmentos corporais atingidos, nos termos da tabela que menciona os danos sofridos, conforme a Norma Legal supra?** _____.

g) De acordo com o art. 3º, § 1º, incisos I e II³, da Lei nº 6.194/1974, **em caso de invalidez parcial**, se ocorreu **invalidez parcial completa, atingindo de forma completa todo um segmento corporal (ou mais de um)**, ou **invalidez parcial incompleta, atingindo de forma incompleta**, descrevendo-o(s) então detalhadamente; _____.

h) De acordo com esse citado inciso II, da Lei nº 6.194/1974, bem como da respectiva tabela anexa, **em caso de invalidez parcial incompleta**, se a **repercussão da lesão na anatomia e/ou funcionalidade do segmento corporal foi intensa (75%), média (50%), leve (25%) ou residual (10%)**; _____.

i) Finalmente, **se, eventualmente, a lesão segmentar foi de tal monta que atingiu a funcionalidade de todo o respectivo membro**: (Exs.: Invalidez permanente em *ombro* comprometedora da funcionalidade de todo o *membro superior*; Invalidez permanente em *joelho* ou *tornozelo* comprometedora da funcionalidade de todo o *membro inferior*, etc). _____.

Caicó-RN, 19 de Dezembro de 2019.

Kelly Maria Medeiros do Nascimento
Advogada OAB/RN – 7.469



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Tércio Medeiros, brasileiro, casado, agricultor, Portador do RG de nº 15.639.949-09 - SSP/RN e, Inscrito no CPF/MF sob o nº 039.356.184-41, residente e domiciliado na Rua Leão F. de Brito, 105, Centro, São João do Sabugi-RN, CEP: 59310-000, telefone nº 84- 99952-6813. Nomeia e Constitui poderes a **Outorgada: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO**, brasileira, casada, advogada com OAB/RN sob o nº 7.469; podendo ser intimada na Rua André Sales, 130, Paulo VI, Caicó-RN - CEP nº 59300-000 - Próximo ao Hospital Regional do Seridó - SESP, Telefones: 84-3417-2265, 84-99801-5199 e 84-98887-0543 - E-mail: caicoseguros@gmail.com e caicodpvat@hotmail.com, as quais conferem amplos e gerais poderes para o foro em geral com a cláusula "ad Judicia", art. 38 parte final do CPC, **COM FIM ESPECIAL DE PATROCINAR A DEFESA DO (A) OUTORGANTE, junto ao processo na Comarca de SÃO JOÃO DO SABUGI/RN**, podendo as outorgadas, confessar, assinar, desistir, propor acordo, receber e dar quitação, receber quaisquer quantias derivada de condenação, transigir, apresentar réplica, oposições, firmar, apresentar recurso e contra razões, e ainda requerer seguro de vida, junto bem como, substabelecer esta com ou sem reservas de poderes, podendo ainda levantar alvará judicial, acompanhar todo processo até o final do julgamento, representado ainda os interesses do outorgante, podendo ajuizar apelação, ou, qualquer outro remédio jurídico competente, junto ao **Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte**, para garantir o direito do outorgante, e finalmente, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato.

- CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATICIOS -

Pelo presente contrato firmado entre os contratantes, fica estabelecido o pagamento dos honorários advocatícios, pagos pelo outorgante, em favor da outorgada, os quais deverão ser pagos na base de **30% (trinta por cento)**, sobre o valor bruto da condenação final apurado em liquidação de sentença, sem prejuízos dos honorários de sucumbência, em favor do contratado, conforme pacto através do presente instrumento, nos termos do **art.22, § 4º da Lei nº 8.906, de 04 de julho de 1994**. Contratam ainda as partes que em caso de desistência da ação, ou, ainda renuncia dos poderes do (a) contratante em favor de outro (a) causídico (a), nada impede e obsta o pagamento dos honorários contratuais, nos mesmos valores acima citados, tudo em conformidade com o disposto no art. 14 do Estatuto da OAB, sem prejuízo dos honorários sucumbenciais, conforme determina a Lei. Nada mais a constar lavro o presente para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Caicó-RN, 21 de Outubro de 2019.

Outorgante: Térlio Medeiros

* Isento de reconhecimento de Firma, em face de Lei nº 8.952, de 13/12/1994, que dá nova redação ao art. 38 do CPC.



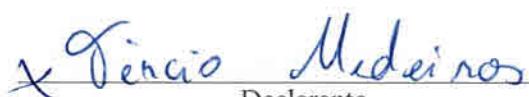
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Tércio Medeiros, brasileiro, casado, agricultor, Portador do RG de nº 15.639.949-09 - SSP/RN e, Inscrito no CPF/MF sob o nº 039.356.184-41, residente e domiciliado na Rua Leão F. de Brito, 105, Centro, São João do Sabugi-RN, CEP.: 59310-000, telefone nº 84- 99952-6813. Declaro para os devidos fins de Direito que se fizerem necessários, em **AÇÃO DE INDENIZAÇÃO – INVALIDEZ e ou COMPLEMENTO**, que sou pobre na forma da lei, não tendo condições financeiras de prover as despesas e custas processuais com a demanda. Declaro, ainda, ser conhecedora das sanções administrativas, Cíveis e Criminais, caso o presente não retrate a verdade dos fatos. Nada mais a declarar, lavro o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

- Informações Complementares:

DAI - Declaração Anual de Isento. Por Assessoria de Comunicação Social — publicado 26/02/2016 10h54, última modificação 28/06/2019, às 10h29. Informamos que a Declaração Anual de Isento (DAI) da Secretaria da Receita Federal do Brasil foi instituída com o objetivo de manter atualizado o Cadastro de Pessoas Físicas (CPF). Com a edição da Instrução Normativa RFB nº 864/2008, de 25 de julho de 2008, deixou de existir a Declaração Anual de Isento, a partir do ano de 2008. A isenção poderá ser comprovada mediante declaração escrita e assinada pelo próprio interessado, conforme previsto na Lei 7.115/83 .

Caicó-RN, 21 de Outubro de 2019.


Tercio Medeiros
Declarante
CPF nº 039.356.184-41.





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 3º DELEGACIA REGIONAL - DE CAICÓ
Endereço: AVENIDA CEL. MARTINIANO, S/N, JARDIM SATÉLITE, CAICÓ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019073000350

1.2 Data de Expedição: 17/09/2019 09:59:51

1.3 Tipo: COMUNICAÇÃO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 14/04/2019 15:31:00

2.2 Autoria: Conhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.7 Logradouro: SÍTIO RIACHO DO SALGADO

2.6 Tipo do local: Rural

2.9 CEP:

2.8 Número: S/N

2.11 Ponto de Referência:

2.10 Complemento: PRÓXIMO AO SÍTIO TIAGO CHA

2.13 Cidade: SÃO JOÃO DO SABUGI

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: TÉRCIO MEDEIROS

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: MELQUIADES MEDEIROS

3.5 Etnia: Parda

3.6 Mãe: LINDALVA NILSA DE MEDEIROS

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual: Ignorado

3.9 CPF:

3.10 Identidade de Gênero: Ignorado

3.11 Nacionalidade:

3.11 Data de Nascimento: 11/04/1983

3.13 Profissão: AGRICULTOR

3.14 RG: 1563994909

3.15 Telefone(s): 84 999526318

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 105

3.18 Naturalidade: SÃO JOÃO DO SABUGI

3.19 Bairro: CENTRO

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: RUA LEÃO F DE BRITO

3.23 Cidade: SÃO JOÃO DO SABUGI

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S)

(NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)

(NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: *****04618

7.1.4 Renavam: 00265933714

7.1.5 Placa: NNW3419

7.1.5 Estado:

7.1.6 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: CG 150 FAN ESI

7.1.9 Ano do Modelo: 2011

7.1.10 Ano de Fabricação: 2010

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: JOACI DE MEDEIROS LOPES

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE INFORMA QUE NA DATA ACIMA CITADA SE DIRIGIA PARA PESCAR, CONDUZINDO SUA MOTO ACIMA QUALIFICADA, QUANDO NA ALTURA SÍTIO RIACHO SALGADO UMA MOTO QUE VINHA NA CONTRA MÃO DE DIREÇÃO, VENDO A SER IDENTIFICADO POSTERIORMENTE COMO A PESSOA CONHECIDA POR EVANIEL DE ARISTEU; QUE SE CHOCOU COM SUA MOTO; VENDO A CAIR; QUE DEVIDO A GRAVIDADE DO DO ACIDENTE NÃO PODE SE LEVANTAR, E FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DA CIDADE DE SÃO JOÃO DO SABUGI/RN, ONDE DEVIDO A GRAVIDADE DAS FRATURAS FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ, ONDE FOI CONSTATADO FRATURA DA TÍBIA E NA FÍBULA, SENDO SUBMETIDO A CIRURGIA, O QUE O INCAPACITOU PARA O TRABALHO POR TEMPO INDETERMINADO. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

B. O PARA DA ENTRADA NO SEGURO DPVAT.

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

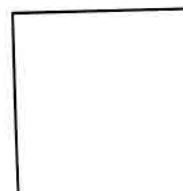
11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data 17/09/2019 09:59:51

Policial

Interessado



Plantão do dia 13-04-2019

Equipe:

Médico - Drº Patrícia 24 hs

Tc. Enf - Jocimara 24 hs

Patrícia 24 hs

Vigia - Zézinho 24 hs

Motorista - Valso

ASG - Deidra

Recebemos 8 plantões sem pacientes em observação, sistema limpos, organizados, abastecidos. Foram realizados procedimentos médicos de urgência (verificação de SSV, HV, eletrocardiograma, medição de saturação de oxigênio e aeração de O_2). Segue paciente noturno:

Plantão noturno calmário, ocorrências gerais, com algumas atendimentos médicos e de urgência. Duzentos e vinte e cinco pacientes, organizados, abastecidos. Tc Jocimara, Patrícia

Setor para atendimento de urgência - HV - 01

Plantão do dia 14.04.2019

Equipe:

Médico (a) = Drº Patrícia 24 hs.

Tc. enfermagens = Edna 12 hs, Edileneza 12 hs.

Anna Valéria 12 hs, Zilas 12 hs.

Vigia = Thieris

Motorista = Valso

ASG = Deidra

Recebemos o plantão tranquilo, atendimentos de anamnese, verificação de PA, feito infecções e internamentos, com atendimento médico durante o dia. No final da tarde fomos acionados para busca de um paciente que havia sofrido acidente na estrada carreável, fomos ao local e constatamos que era o senhor de nome Tercio, fizemos os procedimentos necessários e trouxemos a unidade para ser visto atendimento médico. Onde o mesmo foi.



N. do Prontuário

Ano
2019

DATA	HISTÓRICO / EVOLUÇÃO	DIAGNÓSTICO	CONDUTA	RUBRICA
14/09/2019	Às 14h35m (nº)	<p>paciente fui intubada para induzir de que fique vítima de quebra de moto. O paciente denunciou de quebra o acidente.</p> <p>No momento da fala todos os procedimentos pôsossem o mesmo contágio na unidade como suspeito de fármaco que fez a quebra.</p> <p>No 1º dia medicamento e continuo em observação.</p>	<p>Encontrado 3 co.</p> <p>Velho e velha</p> <p>Daqui a 10 dias fui</p>	<p>Dra. Patrícia Ferreira Dutra Dra. Patrícia Ferreira Dutra Dra. Patrícia Ferreira Dutra Dra. Patrícia Ferreira Dutra</p>

medicado e encaminhado para Caico, com suspeita de fratura na perna esquerda, a seguir nadou mais 98
além de atendimentos de rotina até as 19:00 hs com as técnicas Ana Valéria e Ediura no plantão.

A seguir no plantão noturno os técnicos Edileuzar e Silviano.

Plantão do dia 14.04.2019 Noturno

Equipe

Medico - Dra Patrícia

Tec de Inform - Ediluzar 72 N. P/Abilio, Silas 72 N 91 Danielle

Noturista - Advalson

Logan - Thales

SE - Dardurio

Ocorrência

Plantão noturno calmo com ocorrência grave com o atendimento de Dra Patrícia, não foi usado O2, foi usado duas amp de dixepam. recebi 2 Plantão com 6 amp-glicagon 4 amp. gárgaras uso o ~~colar~~ colar no punhado, entregarmos o Plantão organizado para todos

Tec Ediluzar / Silas

11 - 11



BOLETIM DE ATENDIMENTO PRONTO SOCORRO

028738

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	DATA	HORA DE ENTRADA	NR ATEN
	0101	14/04/18 18:14	18

CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviaturas e de forma legível.

NOME	TERCIO MEDEIROS		DATA DE NASCIMENTO	11-04-83	IDADE	36	
CPF	039 356 184-41	RG	15 639949	DATA DE EXPEDIÇÃO	-		
NATURALIDADE	STATEL SABUGI	ESTADO CIVIL	E	PROFISSÃO	AGRICULTOR		
NOME DA MÃE	LINDA ALVA NILSA MEDEIROS		NOME DO PAI	MERCURIO MEDEIROS			
ENDEREÇO	RUA Fernandes do Brum - 105		BAIRRO	Centro			
CIDADE/ESTADO	SABUGI		TELEFONE DE CONTATO	99924835		ESCOLARIDADE	ENS. MÉDIO COM
FORMA DE CHEGADA	<input type="radio"/> ESPONTÂNEA <input type="radio"/> SAMU <input type="radio"/> AMBULÂNCIA/MUNICÍPIO <input type="radio"/> CORPO DE BOMBEIROS <input type="radio"/> POLÍCIA MILITAR <input type="radio"/> OUTRO: _____			<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO			

CAMPO 2 - SINAIS VITais

Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de saúde.

PA: 149/99	mmHg	FC: 113	bpm	FR: irpm	Temp. axilar:	°C	SpO ₂ : 97	%	Glicemia:
------------	------	---------	-----	----------	---------------	----	-----------------------	---	-----------

CAMPO 3 - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro responsável pelo ACCR.

<input type="radio"/> VERMELHO	<input type="radio"/> AMARELO	<input type="radio"/> VERDE	<input type="radio"/> AZUL	ESCALA DE GLASGOW			ESCORE DE				
				AO	RV	RM	AP	TOTAL	1	2	3
									6	7	8
QUEIXA PRINCIPAL: <i>dores gulares de rotina</i>				HISTÓRIA BREVE							
ALERGIAS: <i>nenhuma</i>				COMORBIDADES							
OBSERVAÇÃO OBJETIVA				REAVALIAÇÃO							
REAVALIAÇÃO: <i>com o Dr. I. 21/05/2019</i>				HORA: 18:20		REAVALIAÇÃO		HORA		ENFERM PLANTONIST	

CAMPO 4 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.

RN: 05/05/2019		Francisco Cícero Dantas		Coord. de Contas e Faturamento na 150.163-4		<i>Peculiaridades de rotina</i>			
DIAGNÓSTICO INICIAL									

CAMPO 5 - EXAMES SOLICITADOS

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.

<input type="checkbox"/> HEMOGRAMA + PLAQUETAS	<input type="checkbox"/> TGO + TGP	<input type="checkbox"/> GASOMETRIA ARTERIAL	<input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMA
<input type="checkbox"/> UREIA + CREATININA	<input type="checkbox"/> CKMB + CPK	<input type="checkbox"/> COAGULOGRAMA	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X: <i>Abdomen e</i>
<input type="checkbox"/> GLICEMIA	<input type="checkbox"/> TROPONINA	<input type="checkbox"/> EAS	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA: _____
<input type="checkbox"/> OUTROS: _____			

BOLETIM DE ATENDIMENTO PRONTO SOCORRO

0287338

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

0101

DATA

14/04/18

HORA DE ENTRADA

18:14

Nº ATEN

118

CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviaturas e de forma legível.

NOME

TERCIO MEDEIROS

DATA DE NASCIMENTO

11-04-83

IDADE

36

CPF

039 356 184-41

RG

15 639948

DATA DE EXPEDIÇÃO

-

CARTÃO SUS

780 0040 3508 8506

NATURALIDADE

JOÃO CAUCAIA SABUGI

ESTADO CIVIL

C

PROFISSÃO

ACOVOQUEIRO

RAÇA/COR

HM

NOME DA MÃE

LINDA MARIA NILZA MEDEIROS

NOME DO PAI

MERCURIO DE S. MEDEIROS

ENDERECO

CEARÁ FERNANDES DE BRITO - 105

BAIRRO

Centro

CIDADE/ESTADO

JOÃO CAUCAIA SABUGI

TELEFONE DE CONTATO

9892 4835

ESCOLARIDADE

ENS. MÉDIO COM

FORMA DE CHEGADA

ESPONTÂNEA

SAMU

AMBULÂNCIA/MUNICÍPIO

PACIENTE REGULADO?

CORPO DE BOMBEIROS

POLÍCIA MILITAR

OUTRO: _____

SIM

NÃO

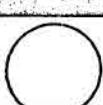
CAMPO 2 - SINAIS VITAIS

Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de saúde.

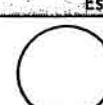
PA: 119/99 mmHg FC: 113 bpm FR: irpm Term. axilar: °C SpO₂: 97 % Glicemia:



VERMELHO



AMARELO



VERDE



AZUL

ESCALA DE GLASGOW

ESCORE DE DO

AO	RV	RM	AP	TOTAL	1	2	3	4
					6	7	8	9

QUEIXA PRINCIPAL

dores gerais de mal

HISTÓRIA BREVE

ALERGIAS

Diogenes B. M.
Enfermeiro
COREN-PE 36588

OBSERVAÇÃO OBJETIVA

COMORBIDADES

REAVALIAÇÃO

HORA 18:00

REAVALIAÇÃO

HORA

ENFERMEIRO
PLANTONISTA/C

CAMPO 4 - ANAMNÉSE/EXAME FÍSICO

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.

*Parte de Caucaia Dantas
Francisco Góes
Coord. de Comunicação
Governo do Estado do Rio Grande do Norte*

DIAGNÓSTICO INICIAL

CAMPO 5 - EXAMES SOLICITADOS

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.

HEMOGRAMA + PLAQUETAS

TGO + TGP

GASOMETRIA ARTERIAL

ELETROCARDIOGRAMA

UREIA + CREATININA

CKMB + CPK

COAGULOGRAMA

RAIO-X: *peito e abdômen*

ICÉMIA

TROPONINA

EAS

TOMOGRAFIA:

...

IONOGRAMA

DCP

OUTROS:



AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR-AIH

1. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ	2. CNES: 6.778.580
3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: NOME: <i>Erleiq Mejeiros</i>	4. Nº DO PRONTUÁRIO: <i>030064</i>
CPF: <i>03935618441</i>	RG: <i>15639946</i>

5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): <i>700004035088506</i>	6. DATA DE NASC.: <i>11/10/1983</i>	7. SEXO: MASC. (A) FEM. ()
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: <i>LENDAVA NIKSA MEDEIROS</i>	DDD	9. TELEFONE DE CONTATO: <i>99924835</i>
10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): <i>R. LEAO FERNANDES DE Brito 105 Centro</i>		
11. MUNICIPIO DE RESIDENCIA: <i>Sao Joao Sabugi</i>	12. COD. IBGE MUNICIPIO	13. UF: <i>RN</i>
		14. CEP: <i>59310000</i>

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

*Fratura do 3º proximal da perna
apresentando fixador externo em perna 6*

16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

Limitações funcionais

17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

Hc + Rx

18. DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>Fratura fibia 6</i>	19. CID 10 PRINCIPAL:	20. CID 10 SECUNDÁRIO:	21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-----------------------	------------------------	------------------------------

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

22. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: <i>Refredo de fixador externo</i>	23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
24. CLÍNICA	25. CARATER DA INTERNAÇÃO	26. DOCUMENTOS () CNS () CPF	27. Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLIC./ASSIST.
28. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST.		29. DATA DA SOLICITAÇÃO <i>/ /</i>	30. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

31. () ACID. DE TRANSITO	34. CNPJ DA SEGURADORA	35. Nº DO BILHETE	36. S.
32. () ACID. TRABALHO TÍPICO			
33. () ACID. TRABALHO TRAJETO	37. CNPJ DA EMPRESA	38. CNAE DA EMPRESA	39. C.

40. VINCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTONOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

41. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	42. COD. ORGÃO EMISSOR	43. Nº DA AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR
44. DOCUMENTOS () CNS () CPF	45. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR	
46. DATA DA AUTORIZAÇÃO	47. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)	



SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE:

Fernando Medeiros

REGISTRO/PRONTUÁRIO:

030069

DATA NASCIMENTO:

11.04.83

SEXO:

M

ENDEREÇO (Rua, Número)

R. LEAO FERNANDES 105

BAIRRO:

Centro

MUNICÍPIO:

SÃO JOÃO SABUGI

UF:

RN

CEP:

59310000

TELEFONE:

NOME DO PAI:

MELQUIADES MEDEIROS LEOVILDA NOVA

RESPONSÁVEL:

Karen

PREENCHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)

CLÍNICA:

(MÉDICA ORTOPÉDIA

(CIRÚRGICA PEDIATRIA

ENFERMARIA/LEITO:

INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE

(DE TRABALHO DE TRANSITO

(DE OUTROS FINS NÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL:

fratura de fibula proximal e

MÉDICO SOLICITANTE

INTERRAÇÃO

ORIGEM RESIDÊNCIA?

UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE

DATA

HORA

(SIM

(NÃO

PROCEDÊNCIA:

CARATÉR DE INTERNAÇÃO:

(ELETIVA NORMAL EMERGÊNCIA

RESUMO DA SAÍDA (Preenchimento médico)

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/Descrição)

TIPO DE PROCEDIMENTO:

retirada de fixador externo

(LIMPO

(INFECTADO

(CONTAMINADO

(POTENCIAL M. CONTAMINADO

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/Descrição)

DATA:

HORA:

APRESENTOU INFECÇÃO?

FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO:

(HOSPITALAR COMUNITARIA NÃO

(PROFILATICAMENTE NÃO

(TERAPEUTICAMENTE

MOTIVO DA SAÍDA (AIH):

SE MOTIVADO SAÍD =1 (remoção) ASSINAL DETALHAMENTO DA ALTA

(ALTA (REMOÇÃO (ÓBITO ATÉ 24 HORAS

(CURADO (MELHORADO (INALTERADO (A PEDI

(ÓBITO APÓS 24 HORAS

(ADMINISTRATIVO (POR INDICIAMENTO (EVASÃO

(INTER.P/DIAGNOSTICO (P/COMPLEMENTAÇÃO F. DE ACIDENTE

PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)

INDICAÇÃO CLÍNICA:

DESTINO:

PREENCHER SE MOTIVA SAÍDA = ÓBITO

OCORREU ÓBITO CAUSADO
POR INFECÇÃO:

MÉDICO RESPONSÁVEL:
(carimbo/assinatura)



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ - TELECILA FREITAS FONTES
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugí, s/n – Bairro Paulo IV – Caicó/RN CEP:
59.300-000
CNPJ (MF): 08.24174/0135-57 – (84) 3421-9620, 9621 e 9628

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

DATA DE ADMISSÃO	13.08.19	Nº DO PRONTUÁRIO	030069
NOME DO PACIENTE	TERCÍPIO MAGINO		



ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Nº DE REGISTRO: **030064**

DATA: **13.08.19**

NOME DO PACIENTE:

TERCIO MEDEIROS

QUEIXA PRINCIPAL, HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL, ANTECEDENTES, EXAMES FÍSICO.

[Large area for writing, consisting of 20 blank lines.]

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

ASSINATURA DO MÉDICO:



S
HOSPITAL REGIONAL DO JEIRIDÓ
Telecila Freitas Fontes

 Estrada do Perímetro Freiápolis do Sabugi, S/N
 Cidade: Criciúma | CNPJ: 08.241.754/0135-57

 COMARCA DO ESTADO
 RIO GRANDE DO NORTE

DATA:	13.08.19	LEITO:	105-02
DIAGNÓSTICO:			
ADMISSÃO:			

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS										
				08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04
01- <i>Acido fúnic</i>														
02- <i>Amoxilina 020 + 08 ARB</i> em gel 8m														
03- <i>cecas e suco</i>														
04-														
05-														
06-														
07-														
08-														
09-														
10-														
11-														
12-														
13-														
14-														
15-														
16-														
17-														
18-														
19-														
20-														
21-														

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem

EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:	<u>Térlio medeiros</u>	Nº de Registro	Data Admissão

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
14/04/19	20:30hs	Paciente, consciente, orientado. Oz ambiente admitido neste Clínico cirúrgico, a realização procedimento de ortopedia em MTE. pulmão, supino e operário. Segue em modo, aguarda novo auxílio. Segue aos cuidados da equipe multi profissional.	
15/04	16:00	Paciente consciente, orientado, em Oz ambiente. Segue aguardando cirurgia em MTE. Foi realizada Redução em membro. Segue aos cuidados da equipe.	
16/04/19	13:30	Paciente evoluindo consciente, orientado (abn) supino e hipotensão no momento, com eliminações vesicais presentes, intestinais ausentes há 3 dias, aceita dieta operada com pouca quantidade, somb e refeição preservados, Nego DM, HAS e processos alérgicos, apresentando edema de MTE com presença de bolhas no membro afetado. EGR Segue aos	
16/04/19	13:30	PA = 120x100 mmHg auxílios da enfermagem T = 37°C Habituado ao trabalho	
			Fernanda M. Camara Gurgel COREN RN 1103-2018
16/04/19	15h 15'	Paciente de 36 anos, masculino, foi admitido neste Clínico provisoriamente devido ao fato de realizar Proctoscopia em patologias suspeitas. por Dr. Joam. Iniciou procedimento cirúrgico por Dr. Francisco (mentes) pet. Apesar da cirurgia com ausência tipo Reque. Monitorado pet com parâmetros de PA: 135x78 mmHg, SpO2 = 91%, FC = 83 bpm jrs 15h40'. Iniciou pro-	





EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE: Kelly Medeiros

Nº de Registro

Data Admissão

24044

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
15/04	09:45	Realizada visita psicodéia avaliativa espontânea, identificando-se que o usuário apresenta-se acomodado e em boas condições cognitivas e emocionais. Ausente-se de dor. Realizada proceduração, no sentido de indicação de técnica de visualização.	
		<p><i>Entregue à Farmácia</i> Psicodéia CRP 47/304</p>	
15/04/19	20:55h	Avaliação pede-se a pedido de equipe de enfermagem, descrevendo paciente imóvel, referindo dor de forte intensidade na perna esquerda, escravidão e lesões bolhosas e edema de perna e pé esquerdo.	
		<p><i>Não foi possível sentir pulso periférico ou pedir que conseguisse descrever os sintomas de partes nobres.</i></p>	
		<p><i>H5: Dor por TVP?</i> <i>Dor consequente ao Trauma?</i></p>	
		<p><i>CD: Solicito paralisação do ortopedista e Cirurgião Geral</i></p>	
		<p><i>Dr. Tiago P. R. Dias</i></p>	
		<p><i>MEL CPF: 0 CRM/RN 6005</i></p>	



UTI

PACIENTE

Nicau Medeiros

IDADE

33

SEXO

M

LEITO

DATA DE ADMISSÃO HOSPITALAR

DATA DE ADMISSÃO EM UTI

REGISTRO

DIAGNÓSTICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA	HORA	EVOLUÇÃO CLÍNICA	ASSINATURA CARIMBO
18/04/19	11:10	<p>Paciente no 3ºDIN em UTI, EGR, consciente, orientado, situado dentro da normalidade; Corado; MIE edemaciado, cirurgando, imobilizado por gessos, apresentando dimensão de exsudato sangüinolento. O ambiente, SPC: 90%. AP no nse, dieta oral com troca nutricional, diurese respeitada; houve ausências desde a admissão (SIC). Curativo realizado pela equipe de pele.</p>	Fábio Siqueira Enfermeiro COREN/RN
18/04/19	10h	<p>Realizado curativo em fasciotomia bilateral em MIE, cural no interior apresentando bastante exsudato sangüinolento com formação de coágulo no leito. Realizado limpeza em área perilesional com SF a 0,9% e clorexidina degromante, inserção dos pinhais abertos com gaze reca estéril. Realizado fato de soro fisiológico em leito dos lesões, retirado coágulo com gaze estéril. Cobertura primária com curva ativado e secundária com basta gaze com pressão estéril. O membro apresenta-se bastante edemaciado (++/++). O paciente relata forte dor. Realizado sedação conforme prescrição anteriormente ao curativo, colocado colchão de ar vezado para prevenção de lesões por pressão. Segue os cuidados da equipe de enfermagem.</p>	Thiago com 2
19/04/19	13:00	<p>Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, normocaido, cefálico, eupneico em 2º ambiente, restante os leitos. sono e repouso preservados. Acitando bem a dieta VO. Eliminações urinárias e intestinais presentes por gáldas. Realizado curativo em MIE, apresentando menos exsudato sangüinolento. A limpeza nova área perilesional foi realizada com SF a 0,9% e clorexidina degromante. No leito das lesões permanecem os novos coágulos. Foi rea-</p>	

DATA	HORA	EVOLUÇÃO CLÍNICA	ASSINATURA CARIMBO
		cobertura de algodão de cálculo, fechado curativo com compressos e abdução. Paciente relata muita dor, e aperto edema. Realizado sedação critica do curativo com prescrição. Paciente recebe alta para enfermaria.	Enf. An CORINT 511
20.04.19	15	6 díl na Fr PLT Talh E + La Sartor E + Fosfatoam Ben E	
		Pente e limpa estéril, remoção de febre UTI urin, com queixas de dor leve no lado da bainha. Tudo de curativo em branco de curativo descartado em plástico.	
		co: Sartor Novo R x Sartor Sartor Clínico	<i>Henderson Araújo Ortopedia - Traumatologia CRM-6293 / ISCR 14238</i>
20.04.19	17:00	Paciente envolto em EGR, consciente, orientado, confortável, em G ambiente, não puxando, aceita dieta. Suprimento, normocárdico, arterial via braço, aéreo, respiratório. Ido exato falso. Muita fadiga em ST, abdomen globoso e flácido. Eliminações vesicais (?) em fráctis. Eliminações intestinais (?) com características diarréicas. Realizado enxerto em MFE, apresentando exsudato sanguinolento. Feita limpeza em região peritoneal com SF 0,9% e clorexidina degripante. Realizado no leito da lesão limpeza com fato de Soro a 0,9%. Cobertura primária com hidrogel + na parte posterior, cutânea da região colocado cobertura de algodão de bainha. Fechado limpido com compressas e ataduras. Paciente referiu dor no ato do procedimento. Seguiu com enxerto de guta-megm	<i>Clara Wanderley CRM-6293 / ISCR 14238</i>
20.04.19	14:00	Paciente envolto em EGR, consciente, orientado, colaborativo, aceita dieta, eliminações presentes, manha e reposo prejudica do. Referiu melhora mas queixas de dor e espasmos no MFT do curativo em MFE, remédio negligente, limpeza com SF a 0,9% e clorexidina degripante em região peritoneal no	<i>Clara Wanderley CRM-6293 / ISCR 14238</i>

EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:	<u>Fárcio Medeiros</u>	Nº de Registro	Data Admissão
-------------------	------------------------	----------------	---------------

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
23/04/19	11:00h	<p>Realizado curativo em ferão em MTE</p> <p>Fasciotomia, está com fixador externo, ainda</p> <p>encontra-se com edema. A fasciotomia é</p> <p>bilateral com exposição de músculo e tendão.</p> <p>Realizada limpeza na área perilesional com</p> <p>SF 0,9% e loxodine desgermante. No leito da</p> <p>ferida com fato de SF 0,9% e cobertura</p> <p>primária com isopuma impregnada com pano,</p> <p>cobertura secundária com compressa estéril e</p> <p>finalizada com sutura. Realizada limpeza de</p> <p>feridas de inserção do fixador com SF 0,9% e cobertura</p> <p>com gaze estéril.</p>	
23.04.19	18:00	<p>Paciente evolui em G.R. consciente e ori</p> <p>entado, eupneico, normoconado, acita-</p> <p>ção diária, sono: recesso preservado, AN Pern</p> <p>MSE. Eliminações vesicais (+) e intestinais</p> <p>(+). Vomitou-se di cianura em MM 11s. Sedasilene Mariz de E</p> <p>nos cedidos da equipe de enfermagem. F</p> <p>Paciente evolui</p>	COPEN 563.259

26-4-19 17h





EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:	<u>Tércio Medeiros</u>	Nº de Registro	Data Admissão
-------------------	------------------------	----------------	---------------

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CLINTE
24.4.19	16h	Paciente evolui bem, consciente orientado, relata que os dores estão diminuindo, pôr as canibias ainda incomodam; doi pescoço anterotuberoso de 28mg IX ao dia, curativo 494818 observado e evoluindo bem, os cuidados	
26.4.19	17h	Paciente evolui bem, seu queixas, usando antitéticos desde o dia 24.4; relata que sente -se bem, seu dor e canibas curativas bem, seu necrose; os cuidados	<i>Leiza Cristina de M. Daniels Enfermeira COPEN 249888</i>
28.04.19	16:30	Paciente evolui em EER, consciente e orientado, eupreco, aceitando dieta, normoconsol, sono e repouso preservado. AVP em MSE. Consegue sentar-se em cadeira e colocar os pés no chão, conforme orientações médicas. Eliminações fisiológicas presentes e normais. Segue as orientações da equipe de enfermagem.	<i>Josilene Mariz Enfermeira COPEN 563.25</i>
29/04/19	11:05	Det. evolui estável consciente, orientado, eupreco, eliminações fisiológicas presentes (SCC), medicado epm. Realizado curativo pélvica comuns de pele. Segue as orientações da equipe de enfermagem.	<i>AR GR-N-105</i>
30/04/19	18h	Paciente evoluiu consciente, orientado, afetivo, eupreco e normotensão no momento, com eliminações fisiológicas presentes, aceita dieta adequada, sono e repouso preservados evoluindo q queixas no momento. EER. Segue as orientações da enfermagem.	<i>Patrícia Ribeiro COPEN 249889</i>







LAUDO DE CIRÚRGIA

Nome do Paciente:	Tercio Medeiros	Nº Registro	Data de Admissão

Nome do Procedimento Cirúrgico:					
---------------------------------	--	--	--	--	--

Descrição do Ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Data	Início	Término	Duração	Gazes	Compr.	D

1. Anestesia

2. Antissepsia + compox

3. Redesenho da fratura + colocação de fixador externo

4. Fixação da perna esquerda para tratamento de sind. compartmental da perna D.

5. curativo

Joan Jerônimo Barreto
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3300 - CPF 509.906.910-84



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ

Telecila Freitas Fontes

Estrada do Perímetro
Paulo VI - Caicó-RN | Contato: 08.241.7537
CNPJ : 08.241.753/0001-57



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO NORTE

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR-AIH

1. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ	2. CNES: 6.778.580
3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: NOME: <i>TERCIO MEDEIROS</i>	4. N.º DO PRONTUÁRIO: <i>028738</i>
CPF: <i>03935618441</i>	RG: <i>1563994</i>

5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): <i>700004035088506</i>	6. DATA DE NASC.: <i>11/10/1983</i>	7. SEXO: MASC. () FEM. ()
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: <i>LINDALVA NILZA MEDEIROS</i>	DDD: <i>84</i>	9. TELEFONE DE CONTATO: <i>999924835</i>
10. ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO): <i>LEAL FERNANDES s/n 105</i>		
11. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: <i>JOÃO JABUGI</i>	12. COD. IBGE MUNICÍPIO	13. UF: <i>RN</i>
		14. CEP: <i>59310000</i>

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

Histórico de fratura e fissura da fibia proximal

16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

Linfados funcionais

17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

HC +2x

18. DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>Fratura - luxação do joelho e 5828</i>	19. CID 10 PRINCIPAL: <i>Fratura da fibia proximal</i>	20. CID 10 SECUNDÁRIO:	21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	---	------------------------	------------------------------

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

22. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	04080505
		0408050527

24. CLÍNICA	25. CARATER DA INTERNAÇÃO	26. DOCUMENTOS () CNS () CPF	27. N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLIC./ASSIST.
-------------	---------------------------	-----------------------------------	--

28. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST.	29. DATA DA SOLICITAÇÃO <i>16/10/19</i>	30. ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REG. DO CONSELHO)
----------------------------------	--	--

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

31. () ACID. DE TRANSITO	34. CNPJ DA SEGURADORA	35. N.º DO BILHETE
32. () ACID. TRABALHO TÍPICO		
33. () ACID. TRABALHO TRAJETO	37. CNPJ DA EMPRESA	38. CNAE DA EMPRESA

40. VINCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTONOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	36. SE
---	--------

AUTORIZAÇÃO

41. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	42. COD. ORGÃO EMISSOR	43. N.º DA AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR
44. DOCUMENTOS () CNS () CPF	45. N.º DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR	





ANAMNESE E EXAME FISICO

Nº DE REGISTRO: 028 738

DATA: 1404.19

NOME DO PACIENTE: *Terezinha Medeiros*

QUEIXA PRINCIPAL, HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL, ANTECEDENTES, EXAMES FÍSICOS

ma non so pluvello fiduci

Intervento p/ final - cirurgia

~~JOAN~~ ~~10/17/10~~ ~~10/17/10~~ ~~10/17/10~~ ~~10/17/10~~

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

ASSINATURA DO MÉDICO:



RELATÓRIO CIRURGIA SEGURA

DADOS DO PACIENTE

Nome: Lucas Medeiros

Data de nascimento: 11/04/83 Idade: 36 Sexo: M F

Nome da Mãe: Lindalva Nogueira Medeiros

Número do prontuário: D28738 Cartão do SUS: 200004035088506

Endereço: Rua, bairro, número Cidade de procedência: São João Brant

PRÉ-OPERATÓRIO

Data do procedimento: 16/10/11 19

Setor de procedência: Clin. cirúrgica Clin. médica UTI Urgência Enf. Leito: _____

Jejum? Sim Tempo de Jejum: _____ Não Tipo de alimentação: _____

Alergias? Sim Quais? _____

Tricotomia no local da incisão para cirurgia geral? Sim Não NA

Lateralização? Direita Esquerda NA

Retirada de adormos e/ou próteses? Sim Não NA

Uso de marcapasso? Sim Não NA

Profilaxia para TEV? Sim Não NA

Comorbidades? Sim Quais? _____

Uso contínuo de medicamentos? Sim Quais? _____

Não

Sinais vitais: PA: 124/74 mmHg Glicemia: _____ mg/dL Tax: 37,0 °C

Porta exames complementares que auxiliem no procedimento? Sim Não

Prontuário? Sim Não

Transporte seguro até o centro cirúrgico? Sim Não

Tipos de transporte: Maca Cadeira de rodas

Paciente encaminhado para o centro cirúrgico às 15:07 m/n.

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem/COREN: 1702057222

TRANSP-OPERATÓRIO (Assinatura/Cartimbo) DR R

Chegada do paciente às 15h15'

Sala de cirurgia nº 1

Checagem de equipamentos e da sala

Carto de anestesia + alarmes Oxigênio/oxímetro

Aspirador Bisturi elétrico + placa

Realizada desinfecção da sala Focos de

BIC

Realização das embalagens esterilizadas

Trava



SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



NOME DO PACIENTE:

TERCIO MEDEIROS

REGISTRO/PRONTUÁRIO:

028738

DATA NASCIMENTO:

11-04-83

SEXO:

M

ENDERECO (Rua, Número)

CEP 59010-000 Rua Fernandes de Souza - 105

BAIRRO:

CENTRO

MUNICÍPIO:

390 - JOSÉ DA SABUGA

UF:

RN

CEP:

59310-000

TELEFONE:

889924835

NOME DO PAI:

MARQUINHAES MEDEIROS

NOME DA MÃE:

LINDA VILA NEIVA DE BRITO

RESPONSÁVEL:

KADIDJA KELLY

PRENCHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)

CLÍNICA:

(MÉDICA

(ORTOPÉDIA

(CIRÚRGICA

(PEDIATRIA

ENFERMARIA/LEITO:

INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE

(DE TRABALHO

(DE TRANSITO

(DE OUTROS FINS

(NÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Fratura de fíbula proximal

MÉDICO SOLICITANTE

INTERRAÇÃO

ORIGEM RESIDÊNCIA?

UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE

DATA:

16/04/19

HORA:

(SIM

(NÃO

PROCEDÊNCIA:

CARATÉR DE INTERNAÇÃO:

(ELETIVA

(NORMAL

(EMERGÊNCIA

RESUMO DA SAÍDA (Preenchimento médico)

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição)

TIPO DE PROCEDIMENTO:

(LIMPO

(INFECTADO

(CONTAMINADO

(POTENCIAL M. CONTAMINADO

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/Descrição)

DATA:

03-05-19

HORA:

APRESENTOU INFECÇÃO?

FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO:

(HOSPITALAR

(COMUNITARIA

(NÃO

(PROFILATICAMENTE

(NÃO

(TERAPEUTICAMENTE

MOTIVO DA SAÍDA (AIH):

SE MOTIVADO SAÍD =1 (remoção) ASSINAL DETALHAMENTO DA AL

(ALTA

(REMOÇÃO

(ÓBITO ATÉ 24 HORAS

(CURADO

(MELHORADO

(INALTERADO

(ÓBITO APÓS 24 HORAS

(ADMINISTRATIVO

(POR INDICIPLINA

(EVASÃO

(INTERP/DIAGNOSTICO

(P/COMPLEMETAÇÃO F. DE ACIDE

PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)

INDICAÇÃO CLÍNICA:

DESTINO:

REENCHER SE MOTIVA SAÍDA = ÓBITO

OCORREU ÓBITO CAUSADO
POR INFECÇÃO:

MÉDICO RESPONSÁVEL:
(carimbo/assinatura)



EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:	<u>Tercio Medeiros</u>	Nº de Registro	Data Admissão
		028738	14/04/



S

HOSPITAL REGIONAL DO SERIDO
Telecila Freitas Fontes

Estrada do Perimetral Irrigado do Sabugi, SN
 Caicó-RN | Contatos: 084 3421-9630 / 3421-9628
 CNPJ : 08.241.754/0135-57

GOVERNO DO PERNAMBUCO
 NO GRANDE DO NORTE

Nome: *João Pedro Medeiros*
 DATA: *3-5-19* LEITO:
 DIAGNÓSTICO:
 ADMISSÃO:

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS									
				08	10	12	14	16	18	20	22	24	02
01- <i>Deixa Liso</i>													
02- <i>Refrescante 2g 1u 121Ch</i>													
03- <i>Scilic</i>													
04- <i>Alka Laya</i>													
05- <i>Alka Laya</i>													
06- <i>Dr. Stevens Santos Filho</i>													
07- <i>Ortopedista + Traumatologista</i>													
08- <i>TEOT 8875 CRM/RN 4419</i>													
09- <i></i>													
10- <i></i>													
11- <i></i>													
12- <i></i>													
13- <i></i>													
14- <i></i>													
15- <i></i>													
16- <i></i>													
17- <i></i>													
18- <i></i>													
19- <i></i>													
20- <i></i>													
21- <i></i>													

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem





OSPITAL REGIONAL DO SÉRIE
Telecila Freitas Fontes
Estrada do Perimetral Irrigado do Sabugueiro, S/N
Paulo VI - Caucaia-RN | Contatos: B4-3421-9630 / 3421-9632
CNPJ: 08.241.724/0135-57

DATA:	14.04.19	LEITO:	105-0
DIAGNÓSTICO:	Fractura clínica		
ADMISSÃO:			

Carimbo e assinatura da Enfermagem



LEITO: 7

ANOS

TERCIO MEDEIROS

DATA:
18/04/19

ADMISSÃO:
UTI
16/04/2019

2 POS OP DE DESCOMPRESSÃO DA Perna ESQ

ADMISSÃO NA UTI: PACIENTE LOTE DEU ENTRADA NESTA UTI PORVENIENTE DO BLOCO CIRURGICO ON. FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO DE DESCOMPRESSÃO DE SINDROME COMPARTIMENTAL PÓS FRATURA DE MIESQE EM DECORRENCIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO

Evolução:

PACIENTE SEGUE ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE, COM REDUÇÃO SUBSTANCIAL DA ALGIDEZ, ALIMENTAÇÃO E SONO PRESERVADOS. ORTOPEDISTA AVALIOU HJ PELA MANHA E MANTEVE A CONDUTA. MELHORA DO LEUCOGRAMA.

ACV RTCR EM 2T BCNF

AP MV+ EM AHTX SEM RA

CD VPM

Intervilly L. Saraiwa Bessa
Med. Anestesiologista
CRM-PN 0683



LEITO: 6

ANOS

DATA:
16/04/19

TERCIO MEDEIROS

ADMISSÃO:
UTI
16/04/2019

ADMISSÃO NA UTI: PACIENTE LOTE DEU ENTRADA NESTA UTI PORVENIENTE DO BLOCO CIRURGICO ON. FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO DE DESCOMPRESSÃO DE SINDROME COMPARTIMENTAL PÓS FRATURA DE MIESQE EM DECORRENCIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO

ECG: 95 BPM FR: 16 IRPM PA: 120X50 MMHG TEMP: 36 SPO2: 98 -%

ACV RTCR EM 2T BCNF

AP MV+ EM AHTX SEM RA

CD VPM

Pedro Augusto dias Timoteo
CRM-PB 8507 CRM-RN 7701
Médico CRM-PB 8507 CRM-RN 7701
CPF 020 328 114-65
CNH 480016004213664



104102



SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

GOVERNO DO ESTADO RN
SEC. SAÚDE PÚBLICA
HOSP. REGIONAL DO SÉRIDO-CAICÓ

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE	Túlio Medeiros			6 - N° DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO	FEMININO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO
12 - ENDEREÇO (RUA, N°)				
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
 Foi esperado grande e grande comprometimento da fôlego.
 Subiu fogo a fixação estéril e fogo fogo. Tinha com febre
 e estase de fogo muscular nos fôlegos.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
 Re

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICA (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)
 Hx e R

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID DO PRINCIPAL	22 - CID DO SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS
Fora de leitura			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	26 - LEITO/CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
Fora de leitura			
25 - CÓD. DO PROCEDIMENTO			

25 Santos Filho
 4,19
 29 - DATA SOLICITAÇÃO
 30 - CNS/CPF / TÍTULO
 Ortopedista / Traumatologista
 CRM/RN 4419
 TEF: 9875-4419
 31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)

PREENCHA EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	41 - N° DO BILHETE	42 - BÔNUS
33 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	39 -	40 -
34 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
35 - CID DO PRINCIPAL		DESCRÍÇÃO CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
36 - CID DO SECUNDÁRIO		43 - () GRAVE 44 - () GRAVÍSSIMA	

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE	53 - N° DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
47 - DATA AUT. / /	51 - DATA AUT. / /	
48 - CNS / CPF		
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	





NOME:	Kelly Medeiros	LEITO:	04-2
DATA:	26/09		
DIAGNÓSTICO:			
ADMISSÃO:			

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS									
				08	10	12	14	16	18	20	22	24	02
01- 1													
02- 2													
03- 3													
04- 4													
05- 5													
06- 6													
07- 7													
08- 8													
09- 9													
10- 10													
11- 11													
12- 12													
13- 13													
14- 14													
15- 15													
16- 16													
17- 17													
18- 18													
19- 19													
20- 20													
21- 21													

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem

S

Telecila Freitas Fontes
 Estrada do Perímetro Irrigado do Sabugi, SN
 Paulo VI - Chico-RN | Contatos: 84 3421-9630 / 3421-9628
 CNPJ: 08.241.754/0135-57



DATA: 08/06/19 | **LEITO:** 0000-0000

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS							
				08	10	12	14	16	18	20	22

DIAGNÓSTICO:
ADMISSÃO:

01-	0.9% 500 ml Jeta Juncia			10							
02-	Teicoplasmina 600 ml Jeta Juncia 10ml se cada dia			10							
03-	ipracaror 0.1cc + OBABA em elixir			10							
04-				10							
05-	flunidil 25mg 01 comprido diariamente			10							
06-	cefa			10							
07-				10							
08-				10							
09-				10							
10-				10							
11-				10							
12-				10							
13-				10							
14-				10							
15-				10							
16-				10							
17-				10							
18-				10							
19-				10							
20-				10							
21-				10							

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem





HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ

Telecila Freitas Fontes

Estrada do Perímetro Irrigado do Sabugi, S/N
Paulo VI - Caicó-RN | Contatos: 84 3421-9630 / 3421-9628
CNPJ : 08.241.754/0135-57



EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE: <u>Ícaro Medeiros</u>	Nº de Registro	Data Admissão
---	----------------	---------------

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
03-06-19		<p>↑ ORTOPÉDIA ↑</p> <p>Parceria estabelecida com a Unimed</p> <p>Fachada e piso da sala compacto e de madeira.</p>	
		<p>OB: Manhido MBR -</p>	





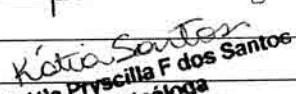
**TELECILA REGIONAL DO SERIDÓ
Telecila Freitas Fontes**

Estrada do Perímetro Irrigado do Sabugi, S/N
Paulo VI - Caicó-RN | Contatos: 84 3421-9630 / 3421-9628
CNPJ : 08.241.754/0135-57

**GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO NORTE**

EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE: <u>Genéio Mudeiros</u>		Nº de Registro	Data Admissão
0	2919423059		

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
04.06	16h	Realizada visita psicológica por solicitação médica, sendo verificado que o usuário, no momento da visita, encontrava-se calmo e bem-disposto. Revelou "conformismo" com os desdobramentos de seu quadro clínico e adaptação ao processo de adaptação, diogo, hospitalização.	 Falyanna Cristina Psicóloga CRP 17/1047
06.06	14h	Realizada visita no leito, pela psicóloga, em decorrência da solicitação médica. Foi possível verificar que o usuário, no momento da visita, encontrava-se calmo, consciente, orientado e muito comunicativo, apesar, em decorrência do período de espera para ser transferido para Natal, relatar estar ansioso e um pouco angustiado.	 Kátia Santos Kátia Priscilla F dos Santos Psicóloga CRP: 17/3459
08/06/19	8:30	→ Foi realizada visita no leito pela psicóloga, no momento da visita o paciente se encontrava calmo e animado com a transferência para Natal. Relatou um pouco angustiado e preocupado com uma febre recorrente que vem apresentando.	 Denise Costa Psicóloga CRP: 17/1633

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Nome: **TÉRCIO MEDEIROS**

Data: **03/06/2019**

Protocolo: **07 104-2**

Ensaio	Resultado	Unidades	V. de Ref.
CREATININA	0,62	mg/dL	0,7 A 1,3
UREIA	22	mg/dL	10 A 50



Alessandro Maruata M. Lucena
Bioquímica
CRM 2º Reunido - 2753





LAUDO DE CIRÚRGIA

Nome do Paciente:	Nº Registro	Data de Admissão
Tercio Medeiros		

Nome do Procedimento Cirúrgico:

Descrição do Ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Data	Ínicio	Término	Duração	Gazes	Compr.	Dreno

1. Anestesia

2. Antissepsia + compor

3. Redesenho da fratura + colocação de fixadores externos

4. Fissiotomia da perna esquerda para
instrumento de sind. compartmental
da perna L.

5. Curativo

João Jerônimo Barreto
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3300 - CPF 509.906.910-64



Enfi 104 - 02

ID: 07
Nome: TERCIO MEDEIROS
Nº gráfico:

HOSPITAL REGIONAL DO SERIDO
Modo: Total Hora: 03-06-2019 07:42
Sexo: Idade:
Dept.: Nº leito:

Parâmetro	Resultado	Interv. ref.
WBC	4.8 $\times 10^9/L$	4.0 - 10.0
Lymph#	1.3 $\times 10^9/L$	0.8 - 4.0
Mid#	0.2 $\times 10^9/L$	0.1 - 1.5
Gran#	3.3 $\times 10^9/L$	2.0 - 7.0
Lymph%	26.2 %	20.0 - 40.0
Mid%	4.4 %	3.0 - 15.0
Gran%	69.4 %	50.0 - 70.0
HGB	10.9 g/dL	11.0 - 16.0
RBC	3.99 $\times 10^{12}/L$	3.60 - 5.50
HCT	L 35.7 %	37.0 - 54.0
MCV	89.6 fL	80.0 - 100.0
MCH	27.3 pg	27.0 - 34.0
MCHC	L 30.5 g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV	H 16.8 %	11.0 - 16.0
RDW-SD	55.1 fL	35.0 - 56.0
PLT	259 $\times 10^9/L$	100 - 300
MPV	7.4 fL	6.5 - 12.0
DW	15.6	9.0 - 17.0
PCT	0.191 %	0.108 - 0.282

Remetente: Testador: Verificador:

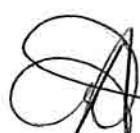
Bsf: L.

Sug: 53.

Eos: 2.

Linf: 35.

Mero: 97.


Alessandra Marinho M. Lucena
Biomédica
CRRM 2º Região - 2763





HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecila Freitas Fontes

GOVERNO DO
RIO GRANDE DO NORTE

FICHA AVALIAÇÃO/EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA CLÍNICAS

Data: 06/06/19

Nome: Técio Medeiros

Reg. Pront. N°: 2919

Leito: 109-2

Dias de Internação: 23/05/19

Idade: 36

Sexo: F M

Procedência: Área amarela

Área vermelha

UTI

C. cirúrgica

Outro hospital

Diagnóstico médico: Fratura de tíbia

Doenças crônicas:

Alcoolismo: Sim Não

Tabagismo: Não Atual Ex-tabagista

Estado Geral: Bom Regular Grave Gravíssimo

Nível Consciência: Com sedação Sem sedação

Escala de Coma Glasgow: 15

Escala de Ramsey:

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta motora
Spontânea	4 Orientado e conversando	5 Obedece comandos
Ao Comando verbal	3 Desorientado e conversando	4 Localizador
À dor	2 Palavras inapropriadas	3 Flexão inespecífica (Retirada)
Ausente	1 Sons incompreensíveis	2 Flexão hipertônica
	Sem resposta	1 Extensão hipertônica
		2 Sem resposta
		1

Paciente deserto

Ansioso, agitado ou inquieto

Cooperativo, orientado ou tranquilo

Somente responde a comandos

Paciente adormecido

Resposta rápida

Resposta vagarosa

Nenhuma resposta

Pupilas: Isocôricas Anisocôricas: D E / Mióticas Midriáticas / Reagentes Não reagentes

Hemodinâmica: Estável Instável c/ DVA: — ΔFC: 95 bpm ΔPA: — Pulso: —

Temperatura: Febril Afebril ao toque S_pO₂: 97 Perfusão periférica: Normal Diminuída Cia

Edema: localizado: — Extremidades superiores Extremidades inferiores Ambas

Diurese: Normal Poliúria Oligúria Anúria Hematúria Hemodiálise

Ap. ventilatório: Sem suporte ventilatório Ar Ambiente Cat. Nasal/ FiO₂=21+(4*fluxo: —) = —
 Venturi/FiO₂ — Másc. c/ reservat.

Ritmo: Eupneico Dispneico Taquipneico Bradipneico Cheyne-Stokes Kussmaul Biot Sust

Padrão ventilatório: Costal Diafragmática Mista Paradoxal Uso de musculatura acessória

Tórax: Normolíneo Brevilíneo Longilíneo Pectus excavatum Pectus Carinatum Tórax

Expansibilidade: Simétrica Assimétrica Dreno tórax: Não Sim → Oscilando Borbulhando

Aspecto secreção:

Drenagem (últimas 24h):

Ausculta Pulmonar: MV: — / HTx: — / RA: —

EVOLUÇÃO: Paciente consciente, orientado e colaborativo. Conduta Exercícios respiratórios e exercícios motoras passivas, movimento no leito e orientações gerais

ASSINATURA

OBSERVAÇÃO:





NOME:	Patrício Medeiros	LEITO:	104
DATA:	28/07/2020		
DIAGNÓSTICO:			
ADMISSÃO:			

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS							
				08	10	12	14	16	18	20	22
01- D 0 Aper Limp											
02- P S 500 w Líquido											
03- Tenofovir 400 + 100ml Sptu 1x0d											
04- Dosemenol											
05- Fil											
06- C Santos Filho											
07- Dr. C Santos Filho											
08- C Santos Filho											
09- C Santos Filho											
10- C Santos Filho											
11- C Santos Filho											
12- C Santos Filho											
13- C Santos Filho											
14- C Santos Filho											
15- C Santos Filho											
16- C Santos Filho											
17- C Santos Filho											
18- C Santos Filho											
19- C Santos Filho											
20- C Santos Filho											
21- C Santos Filho											

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem



NOME:	Tarcisio Leslieino	LEITO:	104-02
DATA:	28/5/19		
DIAGNÓSTICO:			
ADMISSÃO:			

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS								
				08	10	12	14	16	18	20	22	24
01- Doxaparina 100-100 ml Sf 10% 1000 ml												
02- Doxaparina 100-100 ml Sf 10% 1000 ml												
03- Doxaparina 100-100 ml Sf 10% 1000 ml												
04- Doxaparina 100-100 ml Sf 10% 1000 ml												
05- Doxaparina 100-100 ml Sf 10% 1000 ml												
06- Dr. Silvio Santos Filho												
07- Oncoparina 1000 ml Sf 10% 1000 ml												
08- Oncoparina 1000 ml Sf 10% 1000 ml												
09- Oncoparina 1000 ml Sf 10% 1000 ml												
10- Oncoparina 1000 ml Sf 10% 1000 ml												
11- Oncoparina 1000 ml Sf 10% 1000 ml												
12- Oncoparina 1000 ml Sf 10% 1000 ml												
13- Oncoparina 1000 ml Sf 10% 1000 ml												
14- Oncoparina 1000 ml Sf 10% 1000 ml												
15- Oncoparina 1000 ml Sf 10% 1000 ml												
16- Oncoparina 1000 ml Sf 10% 1000 ml												
17- Oncoparina 1000 ml Sf 10% 1000 ml												
18- Oncoparina 1000 ml Sf 10% 1000 ml												
19- Oncoparina 1000 ml Sf 10% 1000 ml												
20- Oncoparina 1000 ml Sf 10% 1000 ml												
21- Oncoparina 1000 ml Sf 10% 1000 ml												

Carimbo Assinatura do médico:

Raquel Teixeira
Enfermeira da
Enfermagem
HRRN

Carimbo e assinatura da Enfermagem



NOME:	Júnio Medeiros	LEITO:	104
DATA:	20-5-19		
DIAGNOSTICO:			
ADMISSÃO:			

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS							
				08	10	12	14	16	18	20	22
01- Diclofenac											
02- Sero 250 mg 1xdia											
03- Furosemida 400 mg 1xdia											
04- Paracetamol											
05- S.M.											
06- S.M. S. C. S. F. Filho											
07- M. S. S. C. S. F. Filho											
08- S.M. S. C. S. F. Filho											
09-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
16-											
17-											
18-											
19-											
20-											
21-											

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem



Carimbo e assinatura da Enfermagem

HOSPITAL REGIONAL DO SÉRIDO	T	S
Telecila Freitas Fontes		
Estrada do Perímetro Irrigado do Sabugi, S/N		
Paulo VI - Caiçara-RN Contatos: 84 3421-8630 / 3421-9628		
CNPJ: 08.241.754/0135-57		
GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE		

NOME:	Tiago Medeiros	LEITO:	104-22
DATA:	1-619		
DIAGNOSTICO:			
ADMISSÃO:			

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS								
				08	10	12	14	16	18	20	22	24
01- Duo de base												
02- Spirinolactona												
03- Terceira geração												
04- Doxorubicina												
05- Glic												
06-												
07- Silvio Santos Filho												
08- Dr. Silvio Santos Filho Traumatologista												
09- Ortopedista												
10- Tutor												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
16-												
17-												
18-												
19-												
20-												
21-												

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ

Telecila Freitas Fontes

Estrada do Perímetro Irrigado do Sabugi, S/N
Paulo VI - Caicó-RN | Contatos: 84 3421-9630 / 3421- 9628
CNPJ : 08.241.754/0135-57



EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE: <u>Íercio Medeiros</u>	Nº de Registro	Data Admissão

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
03-08-19		<p style="text-align: center;"># OPERAR #</p> <p>Parceria estabelecida com quixas.</p> <p>Fabricação de fio de seda comunitário e devidamente.</p>	
		Obs: Manhido MBS -	





HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ

Telecila Freitas Fontes

Estrada do Perímetro Irrigado do Sabugi, S/N
Paulo VI - Caicó-RN | Contatos: 84 3421-9630 / 3421-9628
CNPJ: 08.241.754/0135-57



EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:	Nº de Registro	Data Admissão
<u>Tereza Medeiros</u>	0 2 9 4 9 4 2 3 0 5 4 9	

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
04.06	16h	Realizada visita psicológica por solicitação médica, sendo verificado que o usuário, no momento da visita, encontrava-se calmo e bem-humorado. Revelou "conformismo" com os desdobramentos de seu quadro clínico e adaptação ao processo de adaptação, diogo, hospitalização.	 Talyanna Cristina G. A. A. Psicóloga CRP 17/1047
06.06	14h	Realizada visita no leito, pela psicóloga, em decorrência da solicitação médica. Foi possível verificar que o usuário, no momento da visita, encontrava-se calmo, consciente, orientado e muito comunicativo porém, em decorrência do período de espera para ser transferido para Matal, relatou estar ansioso e um pouco angustiado.	 Kátia Santos Kátia Priscilla F. dos Santos Psicóloga CRP: 17/3459
08/06/19	8:30	→ Foi realizada visita no leito pela psicóloga, no momento da visita o paciente se encontrava calmo e animado c/ a transferência p/ Matal. Relatou um pouco angustiado e preocupado c/ uma febre recorrente q/ ele tem apresentando.	 Denise B. Costa Psicóloga CRP: 17/1633



S HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecila Freitas Fontes

Paulo VI - Caicó-RN | Contato: 84-3421-9630 | 3421-9628
CNPJ: 08.244.754/0135-57

GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO NORTE

NOME:	Fábio Medeiros			
DATA:	26/10	LEITO:	04 - A	
DIAGNÓSTICO:				
ADMISSÃO:				

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS							
				08	10	12	14	16	18	20	22
01- Dolo 500mg											
02- 1000mg 3000ml ITU											
03- Teno planaria 400mg 1000ml S/14de											
04- Danoz 500mg											
05- 1000mg											
06- Butihipofilia 250mg 1000ml											
07- Proctolose											
08- Furofene											
09- 1000mg											
10- 1000mg											
11- 1000mg											
12- 1000mg											
13- 1000mg											
14- 1000mg											
15- 1000mg											
16- 1000mg											
17- 1000mg											
18- 1000mg											
19- 1000mg											
20- 1000mg											
21- 1000mg											

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecila Freitas Fontes

GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO NORTE

FICHA AVALIAÇÃO/EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA CLÍNICAS

Nome: Telecila Freitas Fontes

Data: 08/06/19

Reg. Pront. N°: 29.692

Leito: 104.2 Dias de internação: 23/05/19

Idade: 36a

Sexo: F M

Procedência: Área amarela Área vermelha UTI C. cirúrgica Outro hospital

Diagnóstico médico: Fistula tópica

Doenças crônicas:

Alcoolismo: Sim Não

Tabagismo: Não Atual Ex-tabagista

Estado Geral: Bom Regular Grave Gravíssimo

Nível Consciência: Com sedação Sem sedação

Escala de Coma Glasgow: 15

Escala de Ramsey:

Abertura ocular	Réspota Verbal	Réspota motoria
Espontânea	4 Orientado e conversando	5 Obedece comandos
Ao Comando verbal	3 Desorientado e conversando	4 Localizador
À dor	2 Palavras inapropriadas	3 Flexão inespecífica (Retirada)
Ausente	1 Sons incompreensíveis	2 Flexão hipertônica
	Sem resposta	1 Extensão hipertônica
		0 Sem resposta

Paciente deserto	Nível
Ansioso, agitado ou inquieto	1
Cooperativo, orientado ou tranquilo	2
Somente responde a comandos	3
Paciente adormecido	
Resposta rápida	4
Resposta vagarosa	5
Nenhuma resposta	6

Pupilas: Isocóricas Anisocóricas: D E / Mióticas Midriáticas / Reagentes Não reagentes

Hemodinâmica: Estável Instável c/ DVA: _____ ΔFC: 98ppm ΔPA: _____ Pulso: _____

Temperatura: Febril Afebril

SpO2 = 97% Perfusion periférica: Normal Diminuída Ciano

Edema: localizado: _____

Extremidades superiores Extremidades inferiores Anas

Diurese: Normal Poliúria Oligúria Anúria Hematuria Hemodiálise

Ap. ventilatório: Sem suporte ventilatório Ar Ambiente Cat. Nasal/ FiO2=21+(4*fluxo: _____) = _____

Venturi/FiO2 _____ Másc. c/ reservat.

Ritmo: Eupneico Dispneico Taquipneico Bradpneico Cheyne-Stokes Kussmaul Biot Suspi

Padrão ventilatório: Costal Diafragmática Mista Paradoxal Uso de musculatura acessória

Tórax: Normolíneo Brevilíneo Longilíneo Pectus excavatum Pectus Carinatum Tone

Expansibilidade: Simétrica Assimétrica Dreno tórax: Não Sim → Oscilando Borbulhando

Aspecto secreção: _____ Drenagem (últimas 24h): _____

Ausculta Pulmonar: MVR Atm NR

EVOLUÇÃO: Paciente consciente, que fala e colabora. Conduta: Ginecologia. Motivação: genitor.

ASSINATURA

OBSERVAÇÃO:





NOME:	<u>Kelly Medeiros</u>	LEITO:	<u>JO 4</u>
DATA:	<u>03-06-19</u>		
DIAGNÓSTICO:			
ADMISSÃO:			

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS								
				08	10	12	14	16	18	20	22	24
01- <i>Infeta no fizer</i>												
02- <i>SF 0,9% 1000 ml iv 24h</i>												
03- <i>Teiclo Flavina 400 mg + 100 ml SF</i>												
04- <i>Dapivane 1g iv 6/6h</i>												
05- <i>CCG 0 88W</i>												
06-												
07-												
08-												
09-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
16-												
17-												
18-												
19-												
21-												

Carimbo Assinatura do médico:

Dr. Jerson Nascimento de A. Daniels
ORTOPEDIA CIR. DO SERIDÓ
CRM/PE: 5517 / 1033

Carimbo e assinatura da Enfermagem



GOVERNO DO ESTADO
DO RIO GRANDE
DO NORTE
Secretaria de Saúde
SUSP



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ - TELECLÍNA FREITAS FONTES
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugí, s/n – Bairro Paulo IV – Caicó/RN
CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.24174/0135-57 – (84) 3421-9620, 9621 e 9628

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		ENFERMARIA: 9	LEITO: 104
DATA DE ADMISSÃO:		Nº DO PRONTUÁRIO:	
NOME DO PACIENTE: Tercio Medeiros			
DATA E HORA:		HD:	
SINAIS VITAIS: PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO ² %			
() Acamado () Deambulante, com ajuda:		Higiene: Corporal Oral	
Estado Geral: () Bom () Regular () Comprometido () Grave			
Pele: () Normocorada () Hipocorada () Cianose () Icterícia			
Nível de consciência: (Glasgow) Nível de sedação: (Ramsy)			
Oxigenoterapia: () MV % () Cateter nasal () VMI Desmame:			
Dieta:		() Sonda:	
Drogas vasoativas:		() AVP () CVC () BIC () Gravidade	
Exames/cirurgias:		Preparo de exames: () Sim () Não	
Antibioticoterapia:		Parecer médico:	
Feridas e curativos:		Braden:	
		Morse:	
Diagnóstico de enfermagem:			
Prescrição de enfermagem:			
<p>Evolução: Paciente evoluindo EGR, com febre, T. 39°C, realizada enxertia, Drenagem de líquido de fistula, segue com ondas de enfermagem.</p>			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		ENFERMARIA:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: 23/05/19		Nº DO PRONTUÁRIO: 025181	
NOME DO PACIENTE: Tercio Medeiros			
DATA E HORA: 04/06/19 11:30		HD: Frat. MIE + Processo Infeccioso pós cir.	
SINAIS VITAIS: PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO ² %			
() Acamado () Deambulante, com ajuda:		Higiene: Corporal Oral	
Estado Geral: () Bom () Regular () Comprometido () Grave			
Pele: () Normocorada () Hipocorada () Cianose () Icterícia			
Nível de consciência: 15 (Glasgow) Nível de sedação: (Ramsy)			
Oxigenoterapia: () MV % () Cateter nasal () VMI Desmame:		12 Ambiente	
Dieta: Acetosa		() Sonda: →	
Drogas vasoativas: NÃO		() AVP () CVC () BIC () Gravidade	
Exames/cirurgias:		Preparo de exames: () Sim () Não	
Antibioticoterapia: SIM		Parecer médico:	
Feridas e curativos: Realizado pelo Equipe de Pele		Braden:	
		Morse:	
Diagnóstico de enfermagem: Processo Infeccioso pós cirúrgico			
Prescrição de enfermagem: Curativo sendo realizado pela equipe de Pele -			
<p>Evolução: Paciente evoluindo consciente, orientado, agilidade cognitiva e intelectual no momento, com eliminações fisiológicas presentes, aceita dieta oferecida, sono e repouso preservados. Evoluindo sem queixas no momento em EGR. Segue aos cuidados da enfermagem.</p>			

14:20 → Paciente fazendo Febre (38,4°C)

Fátima Kamalho
EDREN 24999
enfermeira

 GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Saúde S	ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ - TELECLÍNICA FREITAS FONTES Estrada do Perímetro Irrigado Sabugí, s/n – Bairro Paulo IV – Caicó/RN CEP: 59.300-000 CNPJ (MF): 08.24174/0135-57 – (84) 3421-9620, 9621 e 9628					
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			ENFERMARIA:	104	LEITO:	94
DATA DE ADMISSÃO: 23.05.19 NOME DO PACIENTE: <i>Lucio Medeiros</i>			N° DO PRONTUÁRIO: 029 187			
DATA E HORA: 05.06.19 SINAIS VITAIS: PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO ₂ % () Acamado () Deambulante, com ajuda: Higiene: Corporal Oral Estado Geral: () Bom () Regular () Comprometido () Grave Pele: () Normocorada () Hipocorada () Cianose () Icterícia Nível de consciência: (Glasgow) Nível de sedação: (Ramsy) Oxigenoterapia: () MV % () Cateter nasal () VMI Desmame: Dieta: () Sonda: Drogas vasoativas: () AVP () CVC () BIC () Gravidade Exames/cirurgias: Preparo de exames: () Sim () Não Antibioticoterapia: Parecer médico: Feridas e curativos: Braden: Morse:						
Diagnóstico de enfermagem: Prescrição de enfermagem:						
Evolução: Paciente evoluiu em EGR, eupneico em Qd ambiente acúte a deixa operada. Eliminações fisiológicas (+) referidas nos membros inferiores. Realizadas curativos. Seguindo cuidados de enfermagem						

Assinado digitalmente
Assinado digitalmente
Assinado digitalmente

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			ENFERMARIA:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: NOME DO PACIENTE:			N° DO PRONTUÁRIO:	
DATA E HORA: SINAIS VITAIS: PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO ₂ % () Acamado () Deambulante, com ajuda: Higiene: Corporal Oral Estado Geral: () Bom () Regular () Comprometido () Grave Pele: () Normocorada () Hipocorada () Cianose () Icterícia Nível de consciência: (Glasgow) Nível de sedação: (Ramsy) Oxigenoterapia: () MV % () Cateter nasal () VMI Desmame: Dieta: () Sonda: Drogas vasoativas: () AVP () CVC () BIC () Gravidade Exames/cirurgias: Preparo de exames: () Sim () Não Antibioticoterapia: Parecer médico: Feridas e curativos: Braden: Morse:				
Diagnóstico de enfermagem: Prescrição de enfermagem:				
Evolução:				



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ	
Telecilia Freitas Fontes	
Estrada do Perímetro Irrigado do Sabugi, SN Paripe VI - Caicó-RN - Contato: 84 3421-8630 / 3421- 9628	
CNPJ: 08.241.754/0135-57	
Governo do Estado RIO GRANDE DO NORTE	

NOME:	Tônio Medeiros	LEITO:	104
DATA:	4-6-19		
DIAGNÓSTICO:			
ADMISSÃO:			

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS							
				08	10	12	14	16	18	20	22
01- <i>Desferilina</i>											
02- <i>500,9% gennal janela</i>											
03- <i>Tercofamida 600+100ml 5% i.v</i>											
04- <i>Desferilina</i>											
05- <i>Tercofamida 2500 12ml</i>											
06- <i>Tercofamida 2500 12ml</i>											
07- <i>Tercofamida 2500 12ml</i>											
08- <i>Tercofamida 2500 12ml</i>											
09- <i>Tercofamida 2500 12ml</i>											
10- <i>Edilino Santos Filho</i>											
11- <i>Edilino Santos Filho</i>											
12- <i>Edilino Santos Filho</i>											
13- <i>Edilino Santos Filho</i>											
14- <i>Edilino Santos Filho</i>											
15- <i>Edilino Santos Filho</i>											
16- <i>Edilino Santos Filho</i>											
17- <i>Edilino Santos Filho</i>											
18- <i>Edilino Santos Filho</i>											
19- <i>Edilino Santos Filho</i>											
20- <i>Edilino Santos Filho</i>											
21- <i>Edilino Santos Filho</i>											

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem





NOME:	Tássio Medeiros	LEITO:	104 - 00
DATA:	5/6/19		
DIAGNÓSTICO:			
ADMISSÃO:			

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS							
				08	10	12	14	16	18	20	22
01- Diclofenac											
02- Folic acid 500 mg											
03- Te lo plasma 400 + 1000 mg Sputum											
04- Paracetamol											
05- Paracetamol 500 mg 12x12h											
06- Ivermectina											
07- Paracetamol				*							
08- Paracetamol				*							
09-											
10- Tássio Santos Filho											
11- Tássio Santos Filho											
12- Traumatólogo											
13- CRMN 4419											
14-											
15-											
16-											
17-											
18-											
19-											
20-											
21-											

Cárimeo Assinatura do médico:

Cárimeo e assinatura da Enfermagem



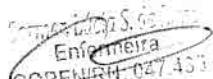
ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ - TELECILA FREITAS FONTES
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugí, s/n – Bairro Paulo IV – Caicó/RN
CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.24174/0135-57 – (84) 3421-9620, 9621 e 9628

Diagnóstico de enfermagem:

Prescrição de enfermagem:

221 **Evolução:** Paciente evoluindo consciente, orientado, febre e espasmos no momento, com eliminações fisiológicas presentes, aceita dieta apetitosa, sono e repouso presentados. S/ queixas no momento da evol. Sigue os cuidados de enfermagem.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		ENFERMARIA: 104	LEITO: 09
DATA DE ADMISSÃO: 25/12/15		Nº DO PRONTUÁRIO:	
NOME DO PACIENTE: TECO MEDROS		HD:	
DATA E HORA: 05/06/2015		SINAIS VITAIS: PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO ₂ %	
() Acamado () Deambulante, com ajuda:		Higiene: Corporal _____ Oral _____	
Estado Geral: () Bom () Regular () Comprometido () Grave		Pele: () Normocorada _____ () Hipocorada _____ () Cianose _____ () Icterícia _____	
Nível de consciência: 15 (Glasgow)		Nível de sedação: (Ramsy)	
Oxigenoterapia: () MV % () Cateter nasal () VMI Desmame:		Dieta: _____ () Sonda:	
Drogas vasoativas: _____		Exames/cirurgias: _____ () AVP () CVC () BIC () Gravidade	
Antibioticoterapia: _____		Preparo de exames: () Sim () Não	
Feridas e curativos: _____		Parecer médico: _____	
		Braden: _____	
		Morse: _____	
Diagnóstico de enfermagem:			
Prescrição de enfermagem:			
Evolução: Paciente, idade comprovada, G612, comorbidade, suspeita, aceite. Deve ser monitorado. Paciente com suspeita de infarto. Tratamento com anti-inflamatórios e analgésicos.			



S

HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecilia Freitas Fontes

Paulo VI - Caicó-RN | Contatos: 84-3421-8650 / 3421-9628
 CNPJ: 08.241.754/0135-57

GOVERNO DO ESTADO
 RIO GRANDE DO NORTE

NOME:	Túlio Medeiros	LEITO:	104					
DIAGNÓSTICO:								
ADMISSÃO:								

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS							
				08	10	12	14	16	18	20	22
01- Dro. C. Lins											
02- Dro. C. Lins											
03- Dro. C. Lins											
04- Dro. C. Lins											
05- Dro. C. Lins											
06- Dro. C. Lins											
07- Dro. C. Lins											
08- Dro. C. Lins											
09- Dro. C. Lins											
10- Dro. C. Lins											
11- Dro. C. Lins											
12- Dro. C. Lins											
13- Dro. C. Lins											
14- Dro. C. Lins											
15- Dro. C. Lins											
16- Dro. C. Lins											
17- Dro. C. Lins											
18- Dro. C. Lins											
19- Dro. C. Lins											
20- Dro. C. Lins											
21- Dro. C. Lins											

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem

Enviado: 104-02

HOSPITAL REGIONAL DO SERIDO
Modo: Total Hora: 03-06-2019 07:42
Sexo: Idade:
Nº leito:

Parâmetro	Resultado	Interv. ref.
WBC	4.8 $\times 10^9/L$	4.0 - 10.0
Lymph#	1.3 $\times 10^9/L$	0.8 - 4.0
Mid#	0.2 $\times 10^9/L$	0.1 - 1.5
Gran#	3.3 $\times 10^9/L$	2.0 - 7.0
Lymph%	26.2 %	20.0 - 40.0
Mid%	4.4 %	3.0 - 15.0
Gran%	69.4 %	50.0 - 70.0
HGB	10.9 g/dL	11.0 - 16.0
RBC	3.99 $\times 10^{12}/L$	3.60 - 5.50
HCT	35.7 %	37.0 - 54.0
MCV	89.6 fL	80.0 - 100.0
MCH	27.3 pg	27.0 - 34.0
MCHC	30.6 g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV	16.8 %	11.0 - 16.0
RDW-SD	55.1 fL	35.0 - 56.0
PLT	259 $\times 10^9/L$	100 - 300
MPV	7.4 fL	6.5 - 12.0
DW	15.6	9.0 - 17.0
PCT	0.191 %	0.108 - 0.282

Remetente: Testador: Verificador:

Bsf: 1%

Sug: 53%

Eos: 2%

Linf: 35%

Mono: 9%

Alessandro Marinho M. Lucena

Bioquímico

CRBM 2º Região - 2763



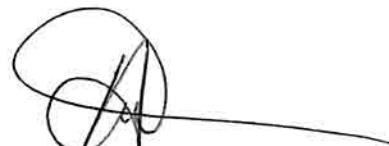
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Nome: **TÉRCIO MEDEIROS**

Data: **03/06/2019**

Protocolo: **07 104-2**

Ensaio	Resultado	Unidades	V. de Ref.
CREATININA	0,62	mg/dL	0,7 A 1,3
UREIA	22	mg/dL	10 A 50



Alessandro Marques M. Lucena
Enfermeiro
TFRM 2º Reúndio - 2763



Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190614492 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA TERCIO MEDEIROS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Natal-RN

BENEFICIÁRIO TERCIO MEDEIROS

CPF/CNPJ: 03935618441

Posição em 18-12-2019 14:52:07

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
12/11/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residua
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.3
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 9
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 6
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 3
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 1
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Vara Única da Comarca de São João do Sabugi
Praça Antônio Quintino de Araújo, 92, Centro, SÃO JOÃO DO SABUGI - RN - CEP: 59310-000

PROCESSO: 0800601-44.2019.8.20.5152
REQUERENTE: TERCIO MEDEIROS
REQUERIDO: SEGURADORA DPVAT

D E S P A C H O

Recebo a inicial por estarem devidamente preenchidos os requisitos dos arts. 319 e 320, ambos do Novo Código de Processo Civil.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo de aprazar, neste momento, a audiência prevista no art. 334 do NCPC.

Ressalte-se a dificuldade de acordo nos processos de DPVAT, uma vez que a produção de prova pericial faz-se imprescindível, comprometendo a utilidade da designação de audiência em momento anterior à prolação do laudo.

Assim, verifica-se a necessidade de perícia técnica para deslinde da causa.

Oficie-se o Núcleo de Perícias do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte, a fim de que nomeie perito para realizar exame pericial, no que se refere ao grau de invalidez, decorrente do acidente automobilístico, informando o dia e a hora para realização da perícia, com antecedência necessária para a intimação das partes.

Intimem-se as partes, previamente, para, querendo, indicarem assistente técnico e/ou quesitos. Fixo os honorários periciais no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), em conformidade com o convênio firmado entre o DPVAT e o TJRN.

O laudo pericial deverá conter, nos termos do art. 473 do NCPC:

I - a exposição do objeto da perícia;

II - a análise técnica ou científica realizada pelo perito;



Assinado eletronicamente por: TANIA DE LIMA VILLACA - 30/01/2020 14:00:18
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013014001869000000050594721>
Número do documento: 20013014001869000000050594721

Num. 52453616 - Pág. 1

III - a indicação do método utilizado, esclarecendo-o e demonstrando ser predominantemente aceito pelos especialistas da área do conhecimento da qual se originou;

IV - resposta conclusiva a todos os quesitos apresentados pelo juiz, pelas partes e pelo órgão do Ministério Público.

Cite-se a parte ré para ciência dos termos da exordial.

A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial.

Decorrido o prazo para contestação, intime-se a parte autora para que, no prazo de quinze dias úteis, apresente manifestação.

Publique-se. Intimem-se.

Cumpra-se.

SÃO JOÃO DO SABUGI/RN, *na data da assinatura digital.*

TÂNIA DE LIMA VILLAÇA

Juíza de Direito

(assinado digitalmente na forma da Lei nº 11.419/06)



Assinado eletronicamente por: TÂNIA DE LIMA VILLAÇA - 30/01/2020 14:00:18
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013014001869000000050594721>
Número do documento: 20013014001869000000050594721

Num. 52453616 - Pág. 2



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Vara Única da Comarca de São João do Sabugi
Praça Antônio Quintino de Araújo, 92, Centro, SÃO JOÃO DO SABUGI - RN - CEP: 59310-000

PROCESSO: 0800601-44.2019.8.20.5152
REQUERENTE: TERCIO MEDEIROS
REQUERIDO: SEGURADORA DPVAT

D E S P A C H O

Recebo a inicial por estarem devidamente preenchidos os requisitos dos arts. 319 e 320, ambos do Novo Código de Processo Civil.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo de aprazar, neste momento, a audiência prevista no art. 334 do NCPC.

Ressalte-se a dificuldade de acordo nos processos de DPVAT, uma vez que a produção de prova pericial faz-se imprescindível, comprometendo a utilidade da designação de audiência em momento anterior à prolação do laudo.

Assim, verifica-se a necessidade de perícia técnica para deslinde da causa.

Oficie-se o Núcleo de Perícias do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte, a fim de que nomeie perito para realizar exame pericial, no que se refere ao grau de invalidez, decorrente do acidente automobilístico, informando o dia e a hora para realização da perícia, com antecedência necessária para a intimação das partes.

Intimem-se as partes, previamente, para, querendo, indicarem assistente técnico e/ou quesitos. Fixo os honorários periciais no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), em conformidade com o convênio firmado entre o DPVAT e o TJRN.

O laudo pericial deverá conter, nos termos do art. 473 do NCPC:

I - a exposição do objeto da perícia;

II - a análise técnica ou científica realizada pelo perito;



III - a indicação do método utilizado, esclarecendo-o e demonstrando ser predominantemente aceito pelos especialistas da área do conhecimento da qual se originou;

IV - resposta conclusiva a todos os quesitos apresentados pelo juiz, pelas partes e pelo órgão do Ministério Público.

Cite-se a parte ré para ciência dos termos da exordial.

A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial.

Decorrido o prazo para contestação, intime-se a parte autora para que, no prazo de quinze dias úteis, apresente manifestação.

Publique-se. Intimem-se.

Cumpra-se.

SÃO JOÃO DO SABUGI/RN, *na data da assinatura digital.*

TÂNIA DE LIMA VILLAÇA

Juíza de Direito

(assinado digitalmente na forma da Lei nº 11.419/06)



Assinado eletronicamente por: TÂNIA DE LIMA VILLAÇA - 30/01/2020 14:00:18
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013014001869000000050594721>
Número do documento: 20013014001869000000050594721

Num. 54913859 - Pág. 2