

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 caicodpvt@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 ADVOCATÍCIOS -

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 renúncia 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: x Tércio 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.


Declarante
CPF nº 039.356.184-41.





Govorno 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: 3ª DELEGACIA REGIONAL - DE CAICO
Endereço: AVENIDA CEL. MARTINIANO, S/N, JARDIM SATELITE, CAICO

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

2.6 Tipo do local: Rural

2.7 Logradouro: SÍTIO RIACHO DO SALGADO

2.8 Número: S/N

2.9 CEP:

2.10 Complemento: PRÓXIMO AO SÍTIO TIAGO CHA

2.11 Ponto de Referência:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS

2.13 Cidade: SÃO JOÃO DO SABUGI

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: TERCIO 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:

3.12 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

7.1.6 Estado:

7.1.7 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, VINDO A SER IDENTIFICADO POSTERIORMENTE COMO A PESSOA CONHECIDA POR EVANIEL DE ARISTEU; QUE SE CHOCOU COM SUA MOTO; VINDO 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 TRANSFERIDO 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 NÃO 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




Polegar direito



Plantão do dia 13-04-2019

Equipe:

Médico = Drª Patricia 24h

Téc. Enf = Joiceira 24hs

Nilma 24hs

Vigia = Zuzinho 24h

Motorista = Urbano

ASG = Rejane

Recebemos o plantão com pacientes em observação, rituais limpos, organizados, abastecidos. Foram realizados procedimentos médicos de enfermagem (verificação de SSV, HV, curativos, NBZ, não foi realizado o exame de CA, não foi usado o O₂). Segue plantão noturno.

Plantão noturno calmo com ocorrências graves com alguns atendimentos médicos e de enfermagem. Durante o plantão limpos, organizados, abastecidos. Téc. Joiceira Nilma

São João do Salgueiro RN - 14-04

Plantão do dia 14.04.2019

Equipe:

Médico(a) = Drª Patricia 24hs.

Téc. enfermagem = Edna 12hs, Edileuza 12hs.

Ana Valeria 12hs, Silas 12hs.

Vigia = Thieris

Motorista = Vafso

ASG = Duolucia

Recebemos o plantão tranquilo, atendimentos de curativo, verificações 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 carrocável, fomos ao local e constatamos que era o senhor de nome Tercio fizemos os procedimentos necessários e trouxemos a unidade para ser feito atendimento médico onde o mesmo foi.



Nome

Terre Medico

N. do Prontuário

Ano 2013

[illegible]

BOLETIM DE ATENDIMENTO PRONTO SOCORRO

028738

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	DATA	HORA DE ENTRADA	Nº ATEN
<i>Guil</i>	14.04.19	18:14	18

CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviaturas e de forma legível.			
NOME		DATA DE NASCIMENTO	IDADE
TERCIO MEDEIROS		11.04.83	36
CPF	RG	DATA DE EXPEDIÇÃO	CARTÃO SUS
039 356 184-41	15 639949	-	780 0040 3508 8500
NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	RAÇA/COR
SABUGI	C	ACQUICINO	M
NOME DA MÃE		NOME DO PAI	
LINDALVA NILSA MEDEIROS		MELQUIADES MEDEIROS	
ENDEREÇO		BAIRRO	
CEAL FERNANDES DE BRITO - 105		CENTRO	
CIDADE/ESTADO	TELEFONE DE CONTATO	ESCOLARIDADE	
SABUGI	9992 4835	ENS. MEDIO COI	
FORMA DE CHEGADA			PACIENTE REGULADO?
<input type="radio"/> ESPONTÂNEA <input type="radio"/> CORPO DE BOMBEIROS <input type="radio"/> SAMU <input type="radio"/> POLÍCIA MILITAR <input type="radio"/> AMBULÂNCIA/MUNICÍPIO <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	SpO2: 92 %	Glicemia:		

CAMPO 3 - ACOHIMIENTO 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 <table border="1"> <tr> <th>AO</th> <th>RV</th> <th>RM</th> <th>AP</th> <th>TOTAL</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					AO	RV	RM	AP	TOTAL						ESCORE DE <table border="1"> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> </tr> <tr> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> </table>			1	2	3	6	7	8
AO	RV	RM	AP	TOTAL																							
1	2	3																									
6	7	8																									
QUEIXA PRINCIPAL				HISTÓRIA BREVE																							
ALERGIAS				COMORBIDADES																							
OBSERVAÇÃO OBJETIVA																											
REAValiação		HORA	REAValiação		HORA		ENFERMEIRO PLANTONISTA																				
		18:20																									

CAMPO 4 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.	
Diagnóstico Inicial: <i>Pneumonia de pulmão de base direita</i> <i>clon e p</i>	

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>Pneumonia</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

028738
18

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

Guar

DATA

14.04.19

HORA DE ENTRADA

18:14

Nº ATEN

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

-

CARTÃO SUS

780 0040 3508 8506

NATURALIDADE

SABUGI

ESTADO CIVIL

C

PROFISSÃO

ACONSELHEIRO

RAÇA/COR

M

NOME DA MÃE

LINDALVA NILSA MEDEIROS

NOME DO PAI

MERQUIADES MEDEIROS

ENDEREÇO

FEAL FERNANDES DE BRITO - 105

BAIRRO

Centro

CIDADE/ESTADO

SABUGI

TELEFONE DE CONTATO

9992 4835

ESCOLARIDADE

ENS. MEDIO COM.

FORMA DE CHEGADA

☐

ESPONTÂNEA

☐

SAMU

☐

AMBULÂNCIA/MUNICÍPIO

☐

CORPO DE BOMBEIROS

☐

POLÍCIA MILITAR

☐

OUTRO:

PACIENTE REGULADO?

☐

SIM

☐

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

SpO2:

97

%

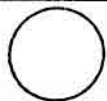
Glicemia:

CAMPO 3 - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

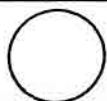
Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro responsável pelo ACCR.



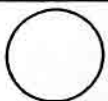
VERMELHO



AMARELO



VERDE



AZUL

ESCALA DE GLASGOW

AO

RV

RM

AP

TOTAL

1

2

3

4

6

7

8

9

QUEIXA PRINCIPAL

sem queixas

ALERGIAS

OBSERVAÇÃO OBJETIVA

HISTÓRIA BREVE

COMORBIDADES

REAValiação

HORA

18:23

REAValiação

HORA

ENFERMEIRO
PLANTONISTA/C

CAMPO 4 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.

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: *torax G*

☐ ICEMIA

☐ TROPONINA

☐ EAS

☐ TOMOGRAFIA:

☐ HEMOGRAMA

☐ HEMOGRAMA

☐ PCR

☐ OUTROS:



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



AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR-AIH

1. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ										2. CNES: 6.778.580									
3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:										4. Nº DO PRONTUÁRIO									
NOME: <i>FERNÃO MEDEIROS</i>										<i>030064</i>									
CPF: <i>03935618441</i>										RG: <i>1563994</i>									

5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)										6. DATA DE NASC.										7. SEXO																													
<i>700004035088506</i>										<i>11/10/83</i>										MASC. (X) FEM. ()																													
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL										DDD										9. TELEFONE DE CONTATO																													
<i>LINDAIVA MILSA MEDEIROS</i>																				<i>99924835</i>																													
10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)										11. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA										12. COD. IBGE MUNICÍPIO										13. UF										14. CEP:									
<i>R. LEAO FERNANDES DE BRITO 105 CENTRO</i>										<i>SÃO JOÃO SABUGI</i>																				<i>RN</i>										<i>59310000</i>									

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:									
<i>Fratura do 1/3 proximal da perna e Apresentando fixador externo em perna e</i>									

16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:									
<i>Limitação funcional</i>									

17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):																																							
<i>Hc + Rx</i>																																							
18. DIAGNÓSTICO INICIAL:										19. CID 10 PRINCIPAL:										20. CID 10 SECUNDÁRIO:										21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS									
<i>fratura fíbula e</i>																																							

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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. CE									
40. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA										() EMPREGADO () O EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO																													

AUTORIZAÇÃO

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





HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ

Telecila Freitas Fontes

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



SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE:

FERREIRO MEDEIROS

REGISTRO/PRONTUÁRIO:

030064

DATA NASCIMENTO:

11.04.83

SEXO:

M

ENDEREÇO (Rua, Número)

R. LEAO FERNANDES 105

BAIRRO:

CENTRO

MUNICÍPIO:

SAO JOAO SABUGI

UF

CEP:

RN 59310000

TELEFONE:

NOME DO PAI:

MELQUIADES MEDEIROS

NOME DA MÃE:

LEONARDA NUNES

RESPONSÁVEL:

KARINA

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 da fíbula proximal e

MÉDICO SOLICITANTE

INTERNAÇÃO

ORIGEM RESIDÊNCIA?

UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE

DATA

HORA

() SIM

() NÃO

PROCEDÊNCIA:

CARATER DE INTERNAÇÃO:

() ELETIVA () NORMAL () EMERGÊNCIA

RESUMO DA SAÍDA

(Preenchimento médico)

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição)

Ref. de fixador externo

TIPO DE PROCEDIMENTO:

() LIMPO () INFECTADO () CONTAMINADO
() POTENCIAL M. CONTAMINADO

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/Descrição)

DATA:

HORA:

APRESENTOU INFECÇÃO?

() HOSPITALAR () COMUNITARIA () NÃO

FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO:

() PROFILATICAMENTE () NÃO
() TERAPEUTICAMENTE

MOTIVO DA SAÍDA (AIH):

() ALTA () REMOÇÃO () ÓBITO ATÉ 24 HORAS
() ÓBITO APÓS 24 HORAS

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

() CURADO () MELHORADO () INALTERADO () A PEDIR
() ADMINISTRATIVO () POR INDICIPLINA () EVASÃO
() INTER.P/DIAGNOSTICO () P/COMPLEMENTAÇÃO F.DE ACIDENTE

PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)

INDICAÇÃO CLÍNICA:

DESTINO:

PREENCHER SE MOTIVADO 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 Sabugá, 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	TERCIO MATEIRO		

[illegible]

ANAMNESE E EXAME FISICO

Nº DE REGISTRO: 030064 DATA: 13.08.19

NOME DO PACIENTE:
TERCIO MEDEIROS

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

HIPOTESE DIAGNÓSTICA:

ASSINATURA DO MÉDICO:



NOME:	+ 2204 MEDEIROS		LEITO:	114-
DATA:	13.08.19			
DIAGNÓSTICO:				
ADMISSÃO:				

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS											
				08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	
01- <i>Dieta livre</i>															
02- <i>Insulina 02c + 08 ABO 60 60/60 8m</i>															
03- <i>cefas + 800</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>Lélio medeiros</u>	Nº de Registro <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	Data Admissão <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
---	---	--

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
14/04/19	20:30ms	Paciente, consciente, orientado. O2 ambiente admitido nesta clínica cirúrgica a realizar procedimento de ortopedia em MTE. n.p.m. limpo, eufórico e febril. segue enterizado aguardando novas avaliações. segue aos cuidados da equipe multiprofissional.	
15/04	16:00	Paciente consciente, orientado, em O2 ambiente. Segue aguardando cirurgia em MTE. foi realizado Redução em membro. Segue aos cuidados da equipe.	
16/4/19	13:30	Paciente evoluindo consciente, orientado febril, eufórico e hipertenso no momento, com eliminação vesical presente, intestinais ausentes há 3 dias, aceita dieta oferecida em pouca quantidade, com o repouso preservado, nega DM, HAS e processo alérgico, apresentando edema de MTE com presença de bolhas no membro operado. EGR segue aos cuidados da enfermagem.	
16/4/19	13:30	PA = 140 x 100 mmHg T = 37°C	
		Heliane Rosalva COREN 24595 Enfermeira	
16/04/19	15h15'	Paciente de 36 anos, masculino, foi admitido nesta Clínica proveniente da Clínica p/ realizar Proctologia em pat. / hérnia em fômites esquerda. por Dr. Jean. Iniciando procedimentos anestésicos por Dr. Francisco mantendo pet. Após/digo com aus. Tonia tipo Roque. Monitorado pet com parâmetros de PA: 135 x 78 mmHg, SpO2 = 94%, FC = 83 bpm às 15h40'. Iniciando pro-	

Fernanda M. Camata Gurgel
 COREN 44393 - ENF





Estado do Rio Grande do Norte

Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000

CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE: Genio Medeiros

Nº de Registro

Data Admissão

4 4 0 4 4

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
4/5/04	9:45	Realizada visita psicológica avaliativa espontânea, identificando-se que o usuário apresenta-se acompanhado e em boas condições cognitivas e emocionais. Queixou-se de dor. Realizada psicoeducação, no sentido de indicação de técnicas de visualização.	
		Satiana Sousa Psicóloga CRP 47/304	
15/04/19	20:55h	Avaliação realizada a pedido de equipe de enfermagem, observando-se paciente inquieto, referindo dor de forte intensidade na perna esquerda, associada a lesões bolhosas e edema de perna e pé esquerdo. Não foi possível sentir pulso pedal ou pedioso ou consequentemente a elevação de partes moles. HD: Dor por TVP? Dor consequente ao Trauma? CD: Solicito avaliação do ortopedista e Cirurgião Geral	
		Dr. Tiago P. R. Dias MEI CPF-0 CRM/RN 6005	



UTI

PACIENTE Nécio Medeiros

IDADE 33

SEXO M

LEITO 0

DATA DE ADMISSÃO HOSPITALAR

DATA DE ADMISSÃO EM UTI

REGISTRO 284

DIAGNÓSTICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA	HORA	EVOLUÇÃO CLÍNICA	ASSINAT CARIM
18/04/19	11:10	Paciente no 3º DIN em UTI, EGR, consciente, orientado, SSVD dentro da normalidade; Corado, MIE edemaciado, irrigado por gredores, apresentando drenagem de exsudato sanguinolento. Com- fronte, SpO ₂ 99%. AIP no MIE, dieta oral com boa aceitação; diurese espontânea; fôlego ausen- tes desde a admissão (SIC). Curativo realizado pela equipe de pele.	Fânia Sirley Enferm COREN/RN
18/04/19	10h	Realizado curativo em fasciotomia bilateral em MIE, curativo anterior apresentando bastante exsudato sangui- nento com formação de coágulo no leito. Realizada limpe- za em área perilesional com SF a 0,9% e clorexidina dequamente, inserção dos fixadores cobertos com gaze seca estéril. Realizado fôlego de soro fisiológico em leito das lesões e retirado coágulo com gaze esteril. Cobertura Primária com curativo atado e secundária com bastante gaze e compressa esteril. O membro apresenta-se bastante edemaciado (+++/4+). O paciente relata fôlego dor. Realizada sedação conforme prescrição anterior- mente ao curativo, colocado colchão de ar vazado para prevenção de lesão por pressão. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.	Inf. com 2
19/04/19	13:00	Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, normocorado, afébril, eupneico em O ₂ ambiente, restito ao leito. Sono e repouso preservados. Aceitando bem a dieta VO. Elimina- ções vesicais e intestinais presentes por gáudio. Realizado curativo em MIE, apresentando menos exsudato sanguinolento. A limpeza por área perilesional foi realizada com SF a 0,9% e clorexidina dequamente. No leito das lesões foi observado poucos coágulos. Foi rea-	

DATA	HORA	EVOLUÇÃO-CLÍNICA	ASSINATURA CARIMBO
		cobertura de alginato de cálcio, fechado curativo com compressas e ataduras. Paciente relata muita dor, e opressão edema. Realizado redução crista do curativo com prescrição. Paciente recebe alta para enfermaria.	Enf. Juc COREN 51
20.04.19	19	6 DIL na Fx PLL T-lul E + 1x Dillo E + Formolam Pen E Percebe evolução estável, melhora do febre de UTI orden, em menos de 24h leve em local de lesão. Trauma contuso e fratura do fêmur distalmente no fêmur. co: Sinto Novo Rx Joelho Sintoma Clíneo	
			Handerson Araújo Ortopedia - Traumatologia CRM-RN 6223 / TESP 14238
20.04.19	17:00	Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, colaborativo, em G ambiente, sono preservado, vacante dieta. Tápica, normotérmica, apnéia no tórax, ruidoso, vesicular. No exame físico: Ausculta pulmonar em ST, abdômen globoso e flácido. Eliminações vesicais (+) em jato. Eliminações intestinais (+) com características diarréicas. Realizado curativo em MIE, apresentando exsudato sanguinolento. Feito limpeza em região perilesional com SF 0,9% e clorexidina degermante. Realizado no feito da lesão limpeza com jato de Soro 0,9%. Cobertura primária com hidrogel na parte posterior e anterior da região colocado cobertura de alginato de cálcio. Fechado curativo com compressas e ataduras. Paciente refere alívio no ato do procedimento. Segue aos cuidados da Enfermaria.	Marta Clara Wanderley Enfermagem
20.04.19	14:00	Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, colaborativo, Acute dieta, eliminações presentes, não há sinais de piora. Refere melhora nas queixas de dor e opressão nos MIE. Realizado curativo em MIE, exsudato sanguinolento, limpeza com SF 0,9%, clorexidina degermante em região perilesional, no	



EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE: Tércio Medeiros

Nº de Registro

Data Admissão

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
23/04/19	11:00h	Realizado curativo em lesão em MTE. FASCIOTOMIA, está com fixador externo, ainda encontra-se com edema. A fasciotomia é bilateral com exposição de músculo e tendão. Realizada limpeza na área perilesional com SF 0,9% e lorexidina degermante. No leito da lesão com fato de SF 0,9% e cobertura primária com espuma impregnada com prata, cobertura secundária com compressa estéril e finalizada com atadura. Realizado limpeza de pontos de inserção do fixador com SF 0,9% e cobertura com gaze estéril.	ter. ent Frant 1015.0
23.04.19	18:00	Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, eupneico, normo corado, acutono do dieto, sono: repouso preservado, AUPem MSE. Eliminações vesicais (+) e intestinais (+). Vazias-se de coximbra em MMIS. Sgdo Silene Mariz de B os cuidados de equipe de enfermagem	COBEN 563.259
26.4.19	17h	Paciente evolui	





HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecila Freitas Fontes



EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE: Tercio Medeiros

Nº de Registro

Data Admissão

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
24.4.19	16h	Paciente evolui bem, consciente orientado, relata que as dores estão diminuindo, porém as câimbras ainda incomodam; foi prescrito amitriptilina de 25mg 2x ao dia, analgésico por via oral e evoluindo bem, as cuidados	494818 Jocilene Mariz
26.4.19	17h	Paciente evolui bem, sem queixas, usando amitriptilina desde o dia 24.4, relata que sente-se bem, sem dor e câimbras, evoluindo bem, sem náusea; as cuidados	Enfermeira COREN 563.23
28.04.19	16:30	Paciente evolui em GGR, consciente e orientado, eufórico, aceitando dieta, normoconsolidado, sono e repouso preservado. AVP em MSE. Persegue sentar-se em cadeira e colocar os pés no chão, conforme orientação médica. Eliminações fisiológicas presentes e normais. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.	Jocilene Mariz Enfermeira COREN 563.23
29/04/19	11:05	Pt. evolui estável, consciente, orientado, eufórico, eliminações fisiológicas presentes (sic), medicado com. Realizado curativo pela comensal de pele. Segue aos cuidados da equipe	Jocilene Mariz Enfermeira COREN 563.23
30/4/19	18h	Paciente evolui bem, consciente, orientado, afável, eufórico e normotenso no momento, com eliminações fisiológicas presentes, aceita dieta. Exercida, sono e repouso preservados evoluindo q. queixas no momento. GGR. Segue aos cuidados da enfermagem.	Patricia Ramalho COREN 24949





LAUDO DE CIRÚRGIA

Nome do Paciente:	Nº Registro	Data de Admissão
<i>Tercio Medeiros</i>		

Nome do Procedimento Cirúrgico:

Descrição do Ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)																				
Data				Início				Término				Duração				Gazes		Compr.		D

1. Anestesia

2. Antissepsia + campos

3. Redução da fratura + colocação de fixador externo

4. Fixação da perna esquerda por
insuflamento de Sind. Compartment
da perna D.

5. Curativo

Joan Jeronimo Barreto
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3300 - CPF 509.906.910-04





HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ

Telecila Freitas Fontes

Estrada do Perímetro do Sabugi, S/N
Paulo VI - Caicó-RN | Contato: (085) 9630 / 3421- 9628
CNPJ : 08.241.735/0001-57



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: TERCIO MEDEIROS	4. Nº DO PRONTUÁRIO: 028738
CPF: 03935618441	RG: 1563994

5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 700004035088506	6. DATA DE NASC. 11/10/1983	7. SEXO MASC. (X) FEM. ()
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL LINDALVA NUNO MEDEIROS	DDD 84	9. TELEFONE DE CONTATO 999924835
10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) LEAL FERREIROS DE SAUZEIRO 105		
11. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA SÃO JOÃO DO SABUGI	12. COD. IBGE MUNICÍPIO	13. UF RN
		14. CEP: 59310000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
História de Traumatismo e fratura da fíbula proximal

16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
Limitações funcionais

17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
Rc + 2x

18. DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura-luxação do joelho e fratura da fíbula proximal	19. CID 10 PRINCIPAL: S828	20. CID 10 SECUNDÁRIO:	21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
---	--------------------------------------	------------------------	-------------------------------

22. CRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408050527	
24. CLÍNICA	25. CARATER DA INTERNAÇÃO	26. DOCUMENTOS () CNS () CPF	27. Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLIC./ASSIS
28. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST.		29. DATA DA SOLICITAÇÃO 36104119	30. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA

31. () ACID. DE TRANSITO	34. CNPJ DA SEGURADORA	35. Nº DO BILHETE	36. SE
32. () ACID. TRABALHO TÍPICO			
33. () ACID. TRABALHO TRAJETO	37. CNPJ DA EMPRESA	38. CNAE DA EMPRESA	39. CB
40. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () O EMPREGADOR () AUTÔNOMO () 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	



ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Nº DE REGISTRO:

028 738

DATA:

14/04/19

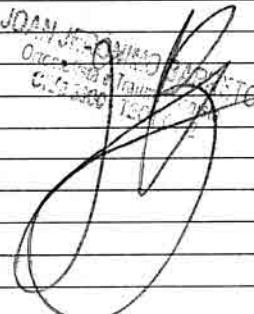
NOME DO PACIENTE:

TENICIO MEDEIROS

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

Infarto do miocárdio
Interconsulta p/ Inf. cirúrgico

JOANILTON
Ouro Preto
Cirurgião Geral



HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

ASSINATURA DO MÉDICO:





HOSPITAL REGIONAL DO SERIDO
Teleclia Freitas Fontes



RELATÓRIO CIRURGIA SEGURA

DADOS DO PACIENTE

Nome:	Leandro Medeiros		
Data de nascimento:	11/04/83	Idade:	36
		Sexo:	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome da Mãe:	Lindalva Nilton de Medeiros		
Número do prontuário:	028738	Cartão do SUS:	700004035088506
Endereço:	Rua Leão Fernando		
	Cidade de procedência:	São José da Lagoa	
PRÉ-OPERATÓRIO			
Data do procedimento:	16/04/19		
Sector de procedência:	<input checked="" type="checkbox"/> Clin. cirúrgica <input type="checkbox"/> Clin. médica <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Urgência	Enfilado:	
Jejum?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim Tempo de jejum: _____	<input type="checkbox"/> Não Tipo de alimentação:	
Alergias?	<input type="checkbox"/> Sim Quais? _____	<input checked="" type="checkbox"/> Não	
Tricotomia no local da incisão para cirurgia geral?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NA	
Lateralidade?	<input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda	<input type="checkbox"/> NA	
Retirada de adornos e/ou próteses?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NA	
Uso de marcapasso?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NA	
Profilaxia para TEV?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA		
Comorbidades?	<input type="checkbox"/> Sim Quais? _____	<input checked="" type="checkbox"/> Não	
Uso contínuo de medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim Quais? _____	<input checked="" type="checkbox"/> Não	

Sinais vitais: PA: 120x100mmHg 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

Tipo de transporte: ☒ Maca ☐ Cadeira de rodas

Paciente encaminhado para o centro cirúrgico às 15:07 min.

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem/COREN: Thaís Fátima de

(Assinatura/Carimbo)

TRANS-OPERATÓRIO

Chegada do paciente às 15h15'	Sala de cirurgia nº _____
Checkagem de equipamentos e da sala	
<input checked="" type="checkbox"/> Carro de anestesia + alarmes	<input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio/oxímetro
<input checked="" type="checkbox"/> Aspirador	<input checked="" type="checkbox"/> Bisturi elétrico + placa
<input checked="" type="checkbox"/> Realizada desinfecção da sala	<input checked="" type="checkbox"/> Validação das embalagens esterilizadas
Tipo de procedimento: <u>Tc Laparoscopia para fúndus/duodeno +</u>	<u>fibroscopia</u>
Tipo de anestesia: <u>Rogue</u>	
Equipe cirúrgica	
Cirurgião: <u>Dr. Jesus</u>	Cirurgião/Auxiliar: <u>Dr. Gabriel</u>
Anestesiista: <u>Dr. Feo</u>	Instrumentador: <u>Valdeir</u>
Circulante(s): <u>Quintina</u>	
Transposição do paciente: <input checked="" type="checkbox"/> Maca e mesa niveladas <input checked="" type="checkbox"/> Trava da maca e da mesa cir	
Risco de perda sanguínea? <input type="checkbox"/> Sim (2 AVP calibrosos) <input checked="" type="checkbox"/> Não	



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecila Freitas Fontes



SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE:

TERCIO MEDEIROS

REGISTRO/PRONTUÁRIO:

028 738

DATA NASCIMENTO:

11-04-83

SEXO:

M

ENDEREÇO (Rua, Número)

LEAL FERNANDES DE ALTO - 105

BAIRRO:

CENTRO

MUNICÍPIO:

SAO JOAO SABUGA

UF

RN

CEP:

59310000

TELEFONE:

99992 4835

NOME DO PAI:

MELOUROS MEDEIROS

NOME DA MÃE:

LINDAIVA NEUSA DE ALTO

RESPONSÁVEL:

KADIDIA 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

INTERNAÇÃO

ORIGEM RESIDÊNCIA?

UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE

DATA

3/6/19

HORA

() SIM

() NÃO

PROCEDÊNCIA:

CARATER 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?

() HOSPITALAR

() COMUNITARIA

() NÃO

FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO:

() PROFILATICAMENTE

() NÃO

() TERAPEUTICAMENTE

MOTIVO DA SAÍDA (AIH):

() ALTA

() REMOÇÃO

() ÓBITO ATÉ 24 HORAS

() ÓBITO APÓS 24 HORAS

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

() CURADO

() MELHORADO

() INALTERADO () A PED

() ADMINISTRATIVO

() POR INDICIPLINA

() EVASÃO

() INTER.P/DIAGNOSTICO

() P/COMPLEMENTAÇÃO 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)



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 19/12/2019 14:47:28

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121914472562600000050215883>

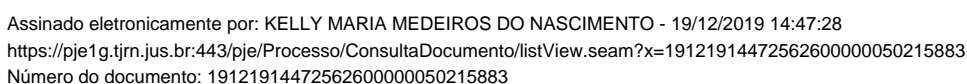
Número do documento: 19121914472562600000050215883

Num. 52047627 - Pág. 3



NOME DO PACIENTE:	Tercio Medeiros	Nº de Registro				Data Admissão				
		0	2	8	7	3	8	1	4	0

João Jerônimo Barreto
Ortopedia - Traumatologia
CRM 1200 - CPF 509.996.978-04



INOMIE.

DATA:

DIAGNÓSTICO:

ADMISSÃO:

Joe Madison
3-5-19

LEITO:

MEDICAMENTOS					HORÁRIOS													
	DOSE	VIA	INTERV															
				08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	0				
01-																		
02-																		
03-																		
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



MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS											
				08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	0	
01- Sifon 1000 mg															
02- Sec - 500 mg															
03- 11 Biquina - 2 + 4 mg 1x/dia															
04- 31 Biquina - 2 + 4 mg 1x/dia															
05- 11 Biquina - 2 + 4 mg 1x/dia															
06- 11 Biquina - 2 + 4 mg 1x/dia															
07- 11 Biquina - 2 + 4 mg 1x/dia															
08- 11 Biquina - 2 + 4 mg 1x/dia															
09- 11 Biquina - 2 + 4 mg 1x/dia															
10- 11 Biquina - 2 + 4 mg 1x/dia															
11- 11 Biquina - 2 + 4 mg 1x/dia															
12- 11 Biquina - 2 + 4 mg 1x/dia															
13- 11 Biquina - 2 + 4 mg 1x/dia															
14- 11 Biquina - 2 + 4 mg 1x/dia															
15- 11 Biquina - 2 + 4 mg 1x/dia															
16- 11 Biquina - 2 + 4 mg 1x/dia															
17- 11 Biquina - 2 + 4 mg 1x/dia															
18- 11 Biquina - 2 + 4 mg 1x/dia															
19- 11 Biquina - 2 + 4 mg 1x/dia															
20- 11 Biquina - 2 + 4 mg 1x/dia															
21- 11 Biquina - 2 + 4 mg 1x/dia															

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem

LEITO: 7

TERCIO MEDEIROS

DATA:
18/04/19

ANOS

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 ONI FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO DE DESCOMPRESSÃO DE SINDROME COMPARTIMENT. PÓS FRATURA DE MIESQE EM DECORRENCIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO

EVOLUÇÃO:

PACIENTE SEGUE ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE, COM REDUÇÃO SUBSTANCIAL DA ALG 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

Kelly Maria Medeiros do Nascimento
Med. Anestesiologista
CRM-PN 9683



LEITO: 6

DATA:
16/04/19

TERCIO MEDEIROS

ANOS

ADMISSÃO:
UTI
16/04/2019

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

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

ACV RTRC EM 2T BCNF

AP MV+ EM AHTX SEM RA

CD VPM

Pedro Augusto Dias Timoteo
Médico CRM-PB 8507 CRM-RN 7701
CPF 030 328 114-65
CNH 380016004213664





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

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
11 - TELEFONE DE CONTATO	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO
15 - UF	16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICA (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
21 - CID DO PRINCIPAL	22 - CID DO SECUNDÁRIO
23 - CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - LEITO/CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
28 - DATA SOLICITADO	29 - CID DO PROCEDIMENTO	30 - CID DO PRINCIPAL	31 - CID DO SECUNDÁRIO

PREENCHA EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	34 - () ACID. TRABALHO TRAJETO	35 - CID DO PRINCIPAL	36 - CID DO SECUNDÁRIO	
37 - CNPJ DA SEGURADORA	38 - CNPJ	39 -	40 -	41 - Nº DO BILHETE	42 - BÔNUS
DESCRIÇÃO CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL			43 - () 44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA		

AUTORIZAÇÃO

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



NOME:	Kelly Medeiros		
DATA:	26/12	LEITO:	504-20
DIAGNÓSTICO:			
ADMISSÃO:			

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS											
				08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
01- Dose de Injeção															
02- 300mg 500ml IVBiv															
03- Teoalopina 400 + 100ml 561114de															
04- Dose de Injeção															
05- 300mg															
06- Amoxicilina 25/10/12, 12h															
07- Paracetamol 500mg															
08- 200mg															
09- 100mg															
10- 100mg															
11- 100mg															
12- 100mg															
13- 100mg															
14- 100mg															
15- 100mg															
16- 100mg															
17- 100mg															
18- 100mg															
19- 100mg															
20- 100mg															
21- 100mg															

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem



DATA:

08/06/19

DIAGNÓSTICO:

ADMISSÃO:

LEITO:

204 - 5

MEDICAMENTOS

DOSE

VIA

INTERV

HORÁRIOS

	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04
01-											
02-											
03-											
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





HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ Telecila Freitas Fontes


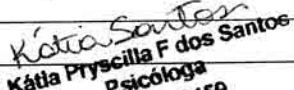
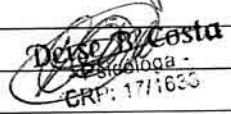
Estrada do Perímetro Irrigado do Sabugi, S/N
Paulo VI - Caicó-RN | Contatos: 84 3421-9630 / 3421- 9628
CNPJ : 08.241.754/0135-57



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO NORTE

EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE: <u>Genésio Medeiros</u>	Nº de Registro					Data Admissão			
	0	2	9	1	9	1	2	3	0

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
04.06	16h	Realizada visita psicológica por solicitação médica, sendo verificado que o usuário, no momento da visita, mostrou-se calmo e bem-humorado. Revelou "conformismo" com os desenvolvimentos de seu quadro clínico e adaptação ao processo de adaptação, digo, hospitalização.	
		 Tatyanna Carolina 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 Natal, relatou estar ansioso e um pouco angustiado.	
		 Kátia Priscilla F dos Santos Psicóloga CRP: 17/2459	
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. Porém um pouco angustiado e preocupado com uma febre recorrente que vem apresentando.	
		 Deise 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


Alessandra Maria M. Lucena
Biotécnica
CRM 2ª Região - 2763





LAUDO DE CIRÚRGIA

Nome do Paciente:	Nº Registro	Data de Admissão
<i>Tercio Medeiros</i>		

Nome do Procedimento Cirúrgico:

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

Data	Início	Término	Duração	Gazes	Compr.	Dreno

1. Anestesia

2. Antissepsia + campos

3. Redução da fratura + colocação de fixador externo

4. Fechamento da perna esquerda para
insuflamento de Sind. Compartimental
da perna D.

5. curativo

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



Emf: 104-02

HOSPITAL REGIONAL DO SERIDO
 ID: 07 Modo: Total Hora: 03-06-2019 07:42
 Nome: TERCIO MEDEIROS Sexo: Idade:
 Nº gráfico: Depto.: Nº leito:

Parâmetro	Resultado	Interv. ref.
WBC	4.8 x 10 ⁹ /L	4.0 - 10.0
Lymph#	1.3 x 10 ⁹ /L	0.8 - 4.0
Mid#	0.2 x 10 ⁹ /L	0.1 - 1.5
Gran#	3.3 x 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	L 10.9 g/dL	11.0 - 16.0
RBC	3.99 x 10 ¹² /L	3.50 - 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 x 10 ⁹ /L	100 - 300
MPV	7.4 fL	6.5 - 12.0
PW	15.6	9.0 - 17.0
PCT	0.191 %	0.108 - 0.282

Remetente:

Testador:

Verificador:

Bst: 1%

Sig: 53%

Eos: 2%

Linf: 35%

Mon: 9%


 Alessandra Marinho M. Lucena
 Biometria
 CRM 2º Região - 2753





HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO

Telecila Freitas Fontes

GOVERNO DO
RIO GRANDE DO NORTE

FICHA AVALIAÇÃO/EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA CLINICAS

Data: 06/06/19

Nome: Tarcio Medeiros

Reg. Pront. Nº: 2979

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: Fratura de tibia

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
Espontânea	4 Orientado e conversando	6 Obedece comandos
Ao Comando verbal	3 Desorientado e conversando	5 Localiza dor
A dor	2 Palavras inapropriadas	4 Flexão inespecífica (Retirada)
Ausente	1 Sons incompreensíveis	3 Flexão hipertônica
	Sem resposta	2 Extensão hipertônica
		Sem resposta
		1

Paciente desperto
Ansioso, agitado ou inquieto
Cooperativo, orientado ou tranquilo
Somente responde a comandos
Paciente adormecido
Resposta rápida
Resposta vagarosa
Nenhuma resposta

Pupilas: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas: D ___ E ___ / ☐ Mióticas ☐ Midríáticas / ☐ Reagentes ☐ Não reagentes

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

Temperatura: ☐ Febril ☒ Afebril *toque* *SpO2 97%* Perusão periférica: ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Cla

Edema: ☐ localizado: — ☐ Extremidades superiores ☒ Extremidades inferiores ☐ An

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 ☐ Bradpneico ☐ Cheyne-Stokes ☐ Kussmaul ☐ Biot ☐ Su

Padrão ventilatório: ☐ Costal ☐ Diafragmática ☐ Mista ☐ Paradoxal ☐ Uso de musculatura acessó

Tórax: ☐ Normolíneo ☐ Brevilíneo ☐ Longilíneo ☐ Pectus excavatum ☐ Pectus Carinatum ☐ To

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

Aspecto secreção:

Drenagem (últimas 24h):

Ausculat Pulmonar: MVO e Ht x RA

EVOLUÇÃO: Paciente consciente, orientado e colaborativo. Conduta: Exercícios respiratórios e fisioterapia motora passiva, posicionamento no leito e orientações gerais

ASSINATURA

OBSERVAÇÃO:



NOME:	Tarcio Medeiros		
DATA:	28/5/10	LEITO:	104
DIAGNÓSTICO:			
ADMISSÃO:			

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS											
				08	10	12	14	16	18	20	22	24	02		
01-															
02-	Do de Lene		40												
03-	25500 m Litru														
04-	Tereoplovine 40 + 100ml 5% 12/10/10														
05-	Apuram 600														
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

Dr. Carlos Santos Filho
 CRM 4418
 10/01/10



URGENCIA E EMERGENCIA

NOME: Tarcio Medeiros LEITO: 104-03

DATA: 28/5/19

DIAGNÓSTICO:

ADMISSÃO:

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS											
				08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	0	
01- <u>Doce lino</u>						<u>1/2</u>									
02- <u>2.5 500ml Zupen</u>						<u>1/2</u>									
03- <u>Feceplavina 1000ml 50 IV 1x/dia</u>						<u>1/2</u>									
04- <u>Desferal 500ml</u>						<u>1/2</u>									
05- <u>9/11</u>															
06- <u>Dr. Silvio Santos Filho</u>															
07- <u>Otopreparato 100ml 100mg</u>															
08- <u>Otopreparato 100ml 100mg</u>															
09- <u>9/11</u>															
10- <u>9/11</u>															
11- <u>9/11</u>															
12- <u>9/11</u>															
13- <u>9/11</u>															
14- <u>9/11</u>															
15- <u>9/11</u>															
16- <u>9/11</u>															
17- <u>9/11</u>															
18- <u>9/11</u>															
19- <u>9/11</u>															
20- <u>9/11</u>															
21- <u>9/11</u>															

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem

Raquel Teixeira
 Enfermeira
 HERN-CA/RR

NOME:	Júlio Medeiros		
DATA:	30-5-19	LEITO:	104
DIAGNÓSTICO:			
ADMISSÃO:			

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS											
				08	10	12	14	16	18	20	22	24	02		
01-															
02-															
03-															
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





HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ

Telecila Freitas Fontes

Estrada do Perimetro Irrigado do Sabugi, S/N
Paulo VI - Caldeirão | Contatos: 3421-8630 / 3421-9628
CNPJ: 08.241.754/0135-57

GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO NORTE

NOME:	Telecila Medeiros	LEITO:	104-2
DATA:	31-5-19		
DIAGNÓSTICO:			
ADMISSÃO:			

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS											
				08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
01- Dose de 1ml															
02- 500mg em 24h					500										
03- Paracetamol 400mg 500mg 1ml		CF.	Chaga												
04- Difenidramina															
05- 500mg															
06- Emedio															
07- 500mg															
08- 500mg															
09- 500mg															
10- 500mg															
11- 500mg															
12- 500mg															
13- 500mg															
14- 500mg															
15- 500mg															
16- 500mg															
17- 500mg															
18- 500mg															
19- 500mg															
20- 500mg															
21- 500mg															

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem

NOME:	Túcio Medeiros	
DATA:	1-6-19	LEITO:
DIAGNÓSTICO:		
ADMISSÃO:		

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS											
				08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	0	
01- Dado Lind															
02- Sgsgaurtup															
03- Percebeira 400 + 100ml SC 14 de															
04- Dgaurtup															
05- Dgaurtup															
06- Dgaurtup															
07- Dgaurtup															
08- Dgaurtup															
09- Dgaurtup															
10- Dgaurtup															
11- Dgaurtup															
12- Dgaurtup															
13- Dgaurtup															
14- Dgaurtup															
15- Dgaurtup															
16- Dgaurtup															
17- Dgaurtup															
18- Dgaurtup															
19- Dgaurtup															
20- Dgaurtup															
21- Dgaurtup															

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem

S


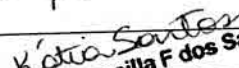

HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ Telecila Freitas Fontes

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>Terezo Medeiros</u>	Nº de Registro					Data Admissão					
	0	2	9	1	9	1	2	3	0	5	1

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
04.06	16h	Realizada visita psicológica por solicitação médica, sendo verificado que o usuário, no momento da visita, mostrou-se calmo e bem-humorado. Revelou "conformismo" com os diagnósticos de seu quadro clínico e adaptação ao processo de adaptação, digamos, hospitalização.	
		 Talyanna Cristina de Azevedo Psicóloga CRP: 1717047	
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 desconforto do período de espera para ser transferido para Natal, relatou estar ansioso e um pouco angustiado.	
		 Kátia Pryscilla F dos Santos Psicóloga CRP: 1713459	
08/06/19	8:30	Foi realizada visita ao leito pelo psicólogo, no momento da visita o paciente se encontrava calmo e animado com a transferência para Natal. Porém um pouco angustiado e preocupado com o futuro, relatando que vem apresentando.	
		 Denise Costa Psicóloga - CRP: 1711633	





HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ

Telecila Freitas Fontes

Estrada do Perimetro Irrigado do Sabugi, S/N
Paulo VI - Calco-RI | Contatos: 84 3421-9630 / 3421-9628
CNPJ : 08.241.754/0135-57

GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO NORTE

NOME:

Teófilo Medeiros

DATA:

26/10

LEITO:

304 - 2

DIAGNÓSTICO:

ADMISSÃO:

MEDICAMENTOS

	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS											
				08	10	12	14	16	18	20	22	24	02		
01-															
02-															
03-															
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



HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO

Telecila Freitas Fontes

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

FICHA AVALIAÇÃO/EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA CLINICAS

Data: 08/06/19

Nome: Telcio Medeiros

Reg. Pront. N°: 29.42

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: Físt de tórax

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
Espontânea	4 Orientado e conversando	5 Obedece comandos
Ao Comando verbal	3 Desorientado e conversando	4 Localiza dor
A dor	2 Palavras inapropriadas	3 Flexão inespecífica (Retirada)
Ausente	1 Sons incompreensíveis	2 Flexão hipertônica
	Sem resposta	1 Extensão hipertônica
		Sem resposta

Paciente desperto	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 ☐ Midríáticas / ☐ Reagentes ☐ Não reagentes

Hemodinâmica: ☐ Estável ☐ Instável ☐ c/ DVA: ΔFC: 92bpm ΔPA: Pulso:

Temperatura: ☐ Febril ☐ Afebril

SpO₂: 97% Perfusão periférica: ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Ciano

Edema: ☐ localizado: ☐ Extremidades superiores ☒ Extremidades inferiores ☐ Anas

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 ☐ 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):

Ausculat Pulmonar: MV@ - A+X - R/A

EVOLUÇÃO: Paciente consciente, orientado e colaborativo. Conduto: fisioterapia motora e inalação gases.

ASSINATURA

OBSERVAÇÃO:



NOME:	Técio Medeiros	
DATA:	03-06-19	LEITO: 304
DIAGNÓSTICO:		
ADMISSÃO:		

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS											
				08	10	12	14	16	18	20	22	24	02		
01- bieta no livro															
02- SF 0.9% 1000 ml IV 24h															
03- Teicoplanina 400 mg + 100 ml SF															
04- Depirona 1g IV 6/6h.															
05- CEGG 50W															
06-															
07-															
08-															
09-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
16-															
17-															
18-															
19-															
20-															
21-															

Carimbo Assinatura do médico:

Dr. Tereza Maria P. de A. Dantas
 Otorrinolaringologista
 CRM 5725-SPOT 15037

Carimbo e assinatura da Enfermagem



GOVERNO
DO ESTADO
DO RIO GRANDE
DO NORTE
Secretaria de Saúde
Pública - SESAP



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 DE ENFERMAGEM

ENFERMARIA: 2

LEITO: 104

DATA DE ADMISSÃO: 12/12/2019 N° DO PRONTUÁRIO:
NOME DO PACIENTE: TARCISO MEDEIROS
DATA E HORA: HD:
SINAIS VITAIS: PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO₂ %
() 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 EGR, febre, T. 39°C, realizado curativo, Deu no local de ferida, segue em cuidados de enfermagem.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

ENFERMARIA:

LEITO:

DATA DE ADMISSÃO: 23/05/19 N° DO PRONTUÁRIO: 029181
NOME DO PACIENTE: Tarciso Medeiros
DATA E HORA: 04/06/19 11:30 HD: Trat. MIE + Processo infeccioso pós op.
SINAIS VITAIS: PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO₂ %
() 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: O₂ Ambiente
Dieta: Aceita () Sonda:
Drogas vasoativas: NAD () AVP () CVC () BIC () Gravidade
Exames/cirurgias: Preparo de exames: () Sim () Não
Antibioticoterapia: SIM Parecer médico:
Feridas e curativos: Realizado pelo Grupo de Pele Braden:
Morse:

Diagnóstico de enfermagem: Processo infeccioso pós cirurgia

Prescrição de enfermagem: Curativo sendo realizado pelo grupo de pele

14:30 Evolução: Paciente evoluindo consciente, orientado, agitado ao toque e suplexo no momento, com eliminação fisiológicas presentes, aceita dieta oferecida com o repouso preservado. Evoluindo 9, queixas no momento em EGR. Segue aos cuidados da enfermagem.

14:20 - Paciente fazendo febre (38,4°C)

Fátima Ramalho
EDREN 24995
enfermeira





GOVERNO
DO ESTADO
DO RIO GRANDE
DO NORTE
Secretaria de Saúde
FABRICA - SCSF



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ - TELECILA FREITAS FONTES
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugá, 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: 08

DATA DE ADMISSÃO: 23.05.19

Nº DO PRONTUÁRIO: 029197

NOME DO PACIENTE: Tarcis Medeiros

DATA E HORA: 05.06.19

HD: Trat MIE

SINAIS VITAIS: PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO₂ %

() 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 evolui em EGR, supnico em O₂ ambiente
acuta a dieta especifica. Eliminação fisiológica (+) repõe
da no membro afetado. Realizando curativos - Sugest
aos cuidados de enfermagem

Assinado eletronicamente por
KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

ENFERMARIA:

LEITO:

DATA DE ADMISSÃO:

Nº DO PRONTUÁRIO:

NOME DO PACIENTE:

DATA E HORA:

HD:

SINAIS VITAIS: PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO₂ %

() 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:



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

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS											
				08	10	12	14	16	18	20	22	24	02		
01- Dextelone															
02- SC 0,9% 500ml Bula															
03- Lincex 600ml 400 + 100ml 50 iv 1x/d															
04- Depocort 100ml															
05- Dextroglucose 250 12x/d															
06- 500ml															
07- Propofol															
08- Enoxaparin															
09-															
10- Silvio Santos Filho															
11- Cirurgião Traumatologista															
12- Cirurgião Traumatologista															
13- 1201 9875															
14-															
15-															
16-															
17-															
18-															
19-															
20-															
21-															

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

NOME: Felício Medeiros LEITO: 504-00

DATA: 5-6-19

DIAGNÓSTICO:

ADMISSÃO:

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS											
				08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	0	
01- Ducha Livre															
02- S.F.O.D. 500ml 2x/dia															
03- Feosplavina 400 + 100ml S.F.Z.V. 12h															
04- Paracetamol															
05- Anilopelua 250 12h															
06- <i>mm</i>															
07- <i>Prisolone</i>															
08- <i>Prisolone</i>															
09- <i>Prisolone</i>															
10- <i>Prisolone</i>															
11- <i>Prisolone</i>															
12- <i>Prisolone</i>															
13- <i>Prisolone</i>															
14- <i>Prisolone</i>															
15- <i>Prisolone</i>															
16- <i>Prisolone</i>															
17- <i>Prisolone</i>															
18- <i>Prisolone</i>															
19- <i>Prisolone</i>															
20- <i>Prisolone</i>															
21- <i>Prisolone</i>															

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem



GOVERNO
DO ESTADO
DO RIO GRANDE
DO NORTE
Secretaria de Saúde
Pública - SUS



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 DE ENFERMAGEM

ENFERMARIA: 104

LEITO: 02

DATA DE ADMISSÃO: 23/5/19

Nº DO PRONTUÁRIO: 029191

NOME DO PACIENTE: Jercis Medeiros

DATA E HORA: 06/6/19 20h

HD: Desbrulhamento 436

SINAIS VITAIS: PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO₂ %

☒ Acamado ☐ Deambulante, com ajuda: Higiene: Corporal BOA Oral BOA

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: O2 Ambiente

Dieta: Aporte ☐ Sonda:

Drogas vasoativas: ☐ AVP ☐ CVC ☐ BIC ☐ Gravidade

Exames/cirurgias: Preparo de exames: ☐ Sim ☐ Não

Antibioticoterapia: Sim

Parecer médico:

Feridas e curativos:

Braden:

Curativo da Equipe de Pele

Morse:

Diagnóstico de enfermagem:

Prescrição de enfermagem:

201 Evolução: Paciente evoluindo consciente, orientado, fênel e eufórico no momento, com eliminação flácida, gases presentes, aceita dieta oferecida, sem o repouso preservados. S/ queixas no momento em COB. Segue as cuidados de enfermagem.

Vai dia 10/10/19 Para Natal - RJ 2 Fátima Romalho
Ruy Pereira fazer consulta COREN 24998 Enfermeira

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

ENFERMARIA: 104

LEITO: 09

DATA DE ADMISSÃO: 23/5/19

Nº DO PRONTUÁRIO:

NOME DO PACIENTE: Jercis Medeiros

DATA E HORA: 06/06/2019

HD:

SINAIS VITAIS: PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO₂ %

☐ 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: Lúcul ☐ 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 evoluindo consciente, fênel, eufórico, aceita dieta oferecida, sem queixas. Segue as cuidados de enfermagem.

Enfermeira
COREN/RN: 047.453



NOME:	Frederico Medeiros	LEITO:	904-J
DATA:	16/12		
DIAGNÓSTICO:			
ADMISSÃO:			

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS											
				08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
01- <i>Acid de Linc</i>															
02- <i>500mg 500mg 500mg</i>															
03- <i>Tricloroacido 100 + 100ml 500mg 1000mg</i>															
04- <i>Aciclovir 400mg</i>															
05- <i>Amoxicilina 2500 12/12h</i>															
06- <i>Aciclovir</i>															
07- <i>Paracetamol</i>															
08- <i>Aciclovir</i>															
09- <i>Aciclovir</i>															
10- <i>Dr. Mirko Santos Filho</i> <i>Otorrinolaringologista</i> <i>1329 3875 08/08/2019 4419</i>															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
16-															
17-															
18-															
19-															
20-															
21-															

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem



Enf: 104-02

ID: 07

Nome: TERCIO MEDEIROS

Nº gráfico:

HOSPITAL REGIONAL DO SERIDO

Modo: Total

Hora: 03-06-2019 07:42

Sexo:

Idade:

Depto.:

Nº leito:

Parâmetro		Resultado	Interv. ref.
WBC		4.8 x 10 ⁹ /L	4.0 - 10.0
Lymph#		1.3 x 10 ⁹ /L	0.8 - 4.0
Mid#		0.2 x 10 ⁹ /L	0.1 - 1.5
Gran#		3.3 x 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	L	10.9 g/dL	11.0 - 16.0
RBC		3.99 x 10 ¹² /L	3.50 - 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	30.6 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 x 10 ⁹ /L	100 - 300
MPV		7.4 fL	6.5 - 12.0
PW		15.6	9.0 - 17.0
PCT		0.191 %	0.108 - 0.282

Remetente:

Testador:

Verificador:

Bst: 1%

Sig: 53%

Eos: 2%

Linf: 35%

Mon: 9%

Alessandra Marinho M. Lucena

Enfermeira

CRM 2ª 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


Alessandra Marulha M. Lucena
Biotécnica
CRRM 2ª Região - 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%)	Residual
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50
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 esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
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	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
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	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 168,75
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
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

DESPACHO

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.

Cíte-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)





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

DESPACHO

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.

Cíte-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)

