



Número: **0800059-86.2020.8.20.5153**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de São José do Campestre**

Última distribuição : **19/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 2.362,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA JOSE MEDEIROS (AUTOR)		ANDRESSA DE SOUSA MARIANO (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
53577 771	19/02/2020 16:42	Petição Inicial	Petição Inicial
53578 829	19/02/2020 16:42	INICIAL	Outros documentos
53578 832	19/02/2020 16:42	PROCURACAO	Procuração
53578 840	19/02/2020 16:42	DOCS PESSOAIS	Documento de Identificação
53578 846	19/02/2020 16:42	BO	Outros documentos
53578 849	19/02/2020 16:42	LAUDO MEDICO	Documento de Comprovação
53578 854	19/02/2020 16:42	DOCS MEDICOS	Documento de Comprovação
53578 857	19/02/2020 16:42	DOCS MEDICOS 1	Documento de Comprovação
53578 858	19/02/2020 16:42	DOCS MESDICOS 2	Documento de Comprovação
53578 860	19/02/2020 16:42	DOCS MEDICOS 3	Documento de Comprovação
53578 861	19/02/2020 16:42	PAGAMENTO ADMINISTRATIVO	Documento de Comprovação

REQUER A JUNTADA DE PETIÇÃO INICIAL E DOCUMENTOS.





ANDRESSA DE SOUSA MARIANO
Advocacia & Assessoria Jurídica

EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA VARA
ÚNICA DA COMARCA DE SÃO JOSÉ DE CAMPESTRE/RN.

MARIA JOSE MEDEIROS, brasileira, inscrita no CPF sob o nº. 077.007.734-08, residente e domiciliado no Sítio Macambira, nº. 14, Zona Rural, Monte das Gameleiras/RN, CEP 59.217-000, através de sua procuradora regularmente constituída, // instrumento de mandato incluso, vem à presença de Vossa Excelência propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT

em face da **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº. 09.248.608/0001-04, podendo ser citada por intermédio de seu representante legal, na Rua Senador Dantas, nº. 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20031205, pelos motivos de fato e de direito a seguir expostos:

RUA 15 DE NOVEMBRO, 09, CENTRO, NOVA CRUZ/RN – CEP: 59.215-000.
E-MAIL: ANDRESSAMADV@HOTMAIL.COM





I – DAS RAZÕES FÁTICAS:

A Requerente, na data de **16/04/2015**, por volta das 10h45min, foi vítima de acidente automobilístico, conforme boletim de ocorrência anexo.

Em virtude do citado acidente, a Requerente sofreu inúmeras lesões pelo corpo, dentre elas **PERDA COMPLETA DOS MEMBROS INFERIORES** em decorrência de **FRATURA DO FÊMUR DIREITO, DO PLATÔ TIBIAL DIREITO E DA TÍBIA DIREITA**, **FICANDO COM DEBILIDADE PERMANENTE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO**, consoante inclusa documentação.

De acordo com a Lei 6.194/74, que dispõe sobre o SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS - DPVAT, o Requerente teria direito a receber, em virtude da intensidade das lesões sofridas e das sequelas irreversíveis a que foi acometido, a quantia correspondente ao valor máximo indenizável, ou seja, a quantia de R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais).

Todavia, ao pleitear administrativamente a indenização do seguro em apreço, recebera tão somente a importância de R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), **na data de 10/05/2017**, conforme extrato que segue anexo.

Neste diapasão, requer seja apurada a diferença entre o montante recebido administrativamente e o *quantum* correspondente ao valor máximo indenizável, consoante a base legal e jurisprudencial a seguir esposada sopesadamente.

II – DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS:

DO QUANTUM INDENIZATÓRIO:

De acordo com art. 3º da lei nº. 6.194/74, os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar, senão vejamos:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada: (Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos).

Essa mesma norma preceitua a estimativa do valor pago a título de indenização à vítima de acidente de trânsito em caso de invalidez permanente, *in verbis*:

“Art. 3º (...)

RUA 15 DE NOVEMBRO, 09, CENTRO, NOVA CRUZ/RN – CEP: 59.215-000.
E-MAIL: ANDRESSAMADV@HOTMAIL.COM





ANDRESSA DE SOUSA MARIANO
Advocacia & Assessoria Jurídica

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte; [\(Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007\)](#) (g,n)

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e [\(Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007\)](#) (g,n)

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas. [\(Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007\)](#)

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do **caput** deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo: [\(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009\)](#). [\(Produção de efeitos\)](#).

ANEXO
[\(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009\)](#).
[\(Produção de efeitos\)](#).

(art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974)

Danos Corporais Totais	Percentual da Perda
Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100
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	
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	
Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	Percentuais das Perdas
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	25
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentuais das Perdas
Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25

RUA 15 DE NOVEMBRO, 09, CENTRO, NOVA CRUZ/RN – CEP: 59.215-000.

E-MAIL: ANDRESSAMADV@HOTMAIL.COM





III - DOS REQUERIMENTOS:

Ante todo o exposto, requer:

- 1) A Citação da Requerida no endereço declinado na exordial, para querendo, responder nos termos da presente ação sob pena de revelia e confissão.
- 2) Seja dado ao presente feito, com base no art. 10 da Lei 6.194/74, o rito sumário;
- 3) Que seja JULGADO PROCEDENTE o pedido para condenar a Requerida ao pagamento da quantia de R\$ 2.362,50 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos) a Requerente, quantia essa correspondente a diferença havida entre o montante pago administrativamente e o valor máximo indenizável para o caso em apreço, além de juros legais e correção monetária até a data do efetivo pagamento;
- 4) Seja concedido os benefícios da Justiça Gratuita, por ser a Requerente pobre nos termos da Lei nº 1.060/50.

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos.

Dá-se a causa o valor de R\$ 2.362,50 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

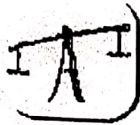
Pede deferimento.

Nova Cruz/RN, 19 de fevereiro de 2020.

ANDRESSA DE SOUSA MARIANO
OAB/RN 7310

RUA 15 DE NOVEMBRO, 09, CENTRO, NOVA CRUZ/RN – CEP: 59.215-000.
E-MAIL: ANDRESSAMADV@HOTMAIL.COM





ANDRESSA DE SOUSA MARIANO
Advocacia & Assessoria Jurídica

INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MARIA JOSÉ MEDeiros, Brasileira, inscrita no CPF sob o nº 077.007.734-08, residente e domiciliada no sítio MACAMBIRA, 14, ZONA RURAL, MONTE DAS GAMELEIRAS / RN, CEP 59.217-000.

OUTORGADOS: Nomela é constitui como bastantes procuradores para defender seus direitos fundamentais e interesses jurídicos a **Dra. ANDRESSA DE SOUSA MARIANO**, brasileira, Advogada, inscrita na OAB/RN sob o nº 7310, recebendo a comunicação de quaisquer atos processuais no Escritório de Advocacia sito à **Rua Quinze de Novembro, nº 09, Centro, Nova Cruz/RN, CEP 59.215-000.**

PODERES: Amplos e gerais poderes de representação para o exercício do procuratório judicial e extrajudicial, atinentes a cláusula "**ad judicium et extra**", especialmente visando defender direitos do(a) outorgante, podendo ainda, requerer Justiça Gratuita, variar de ações, receber intimações, desistir, transigir, confessar, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, apresentar, juntar e desembaraçar documentos e papéis, recibos e guias em repartições públicas, inclusive receber alvarás judiciais, firmar compromisso, produzir provas ou justificações, requerer, ~~concordar~~ com cálculos e avaliações, ratificar desistências, interpor recursos até Superior Instância e praticar, enfim, todos os atos necessários que visem a boa e fiel desincumbência dos deveres e prerrogativas advocatícias de defesa dos direitos subjetivos e Interesses jurídicos do outorgante, para o que são conferidos todos os poderes, ainda que aqui não declarados expressamente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de poderes.

BASE LEGAL: Art. 133, da Constituição da República, Arts. 1.288 a 1.330, do Código Civil Brasileiro, Art. 38, do Código de Processo Civil e Arts. 1º, inciso I, 2º, 5º, 7º e 44, inciso I, do Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil.

DOS HONORÁRIOS: Os honorários ficam fixados na porcentagem de 30% (trinta por cento), sobre o valor da condenação (em caso êxito na demanda) ou do acordo (composição amigável judicial ou extrajudicial), a serem pagos no escritório da CONTRATADA.

Nova Cruz/RN, 16 de Fevereiro de 2020.

Maria José Medeiros

Outorgante

RUA 15 DE NOVEMBRO, 09, CENTRO, NOVA CRUZ/RN - CEP: 59.215-000.
FONE: (55 84) 3281-3487
ANDRESSAMADV@HOTMAIL.COM

Scanned with CamScanner



2743007 1.VIA DATA DE EXPEDICAO 14/09/2005
 MARIA JOSE MEDEIROS

EXPEDITO MEDEIROS
 MARIA DAS DORES RODRIGUES

MONTE DAS GAMELEIRAS RN 15/10/1985

CERT.NASC.No.1123 L.04 F.14
 MONTE DAS GAMELEIRAS R 01 CARTORIO

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Numero de inscrição
077.007.734-08

Nome
 MARIA JOSE MEDEIROS

Nascimento
 15/10/1985

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA
 COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

Scanned with CamScanner



Anterior		Atual		Constante		Ajuste		Consumo	
Data	Leitura	Data	Leitura	Nº dias	Constante	Ajuste	Consumo		
2010051102	CAT	10/05/2016	4 124,00	06/06/2016	4 194,00	27	1 00000		70,00

NÍVEL DE TENSÃO		
Tensão Nominal (V)	Limite de Variação (V)	
	Mínimo	Máximo
220	202	231

DATA PREVISTA PARA PROXIMA LEITURA: 06/06/2016	
Toda Consumidora deve manter a leitura dos indicadores (DCE, FIC, DEMA, DICRI) a qualquer tempo.	
EJSD - Valor do Suficiente de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 8,14	

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
Descrição	Conjunto	Valor Apurado	Limite Mensal	Limite Trim.	Limite Anual
DIC - Nº. de horas sem energia	LAGOA	abr/2016			
FIC - Nº. de vezes sem energia	DANTA	10,782	11,45	22,90	45,80
DCE - Duração máxima de interrupção contínua		4,000	7,82	15,64	31,28
DICRI - Duração de interrupção em dia crítico		5,367	6,29	0,00	0,00
Limite DICRI: 16,60					



MARIA JOSE MEDEIROS

SI MACAMBIRA 14

ZONA RURAL/AREA RURAL
59217-000 MONTE DAS GAMELEIRAS RN



www.cosern.com.br

Conta Contrato: 0857058968

Medidor: 2010051102

Un. Leitura: 07036115

Sequência: 00035

Poste: B20827



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL - SESED
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPOC
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN
DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL DE MONTE DAS GAMELEIRAS

TELEFONE PARA DENUNCIA (84)

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 026/2015

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO.

Data da Ocorrência: 16/04/2015. 10:45 HORAS

Local da Ocorrência: Sítio Macambira – Monte das Gameleiras/RN.

Comunicante: MARIA JOSÉ MEDEIROS, brasileira, natural de Monte das Gameleiras/RN, solteira, nascida aos 15/10/1985, com 29 anos de idade, do lar, filha de Expedito Medeiros e Maria das Dores Rodrigues, residente no sítio Macambira – Monte das Gameleiras/RN.

Vítima: A COMUNICANTE.

ACUSADOS (A): xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx.

DECLARAÇÃO DA VÍTIMA: A vítima afirma que na data e horário acima, pilotava a motocicleta Honda/CG 150 FAN ESI, de cor preta, ano/modelo 2011, de placas OFB-4478/PB, chassi 9C2KC1670BR629449, e, nome de Francisca Luzinete de P. Rocha, com destino a esta cidade, quando em um cruzamento no Sítio Macambira, ocorreu uma colisão com outra moto que vinha da cidade de Araruna/PB, tendo a vítima fraturado a tibia, o fêmur e a perna direita, sendo socorrida para o Hospital Walfredo Gurgel, em Natal/RN.
Nada mais disse.

Monte das Gameleiras/RN, 02 de Julho de 2.015

Expedito Pereira Gomes
Comunicante

[Assinatura]
Policia de Plantão

Scanned with CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL – SESED
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR – DPCIN
DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO JOSÉ DO
CAMPESTRE/RN
AV. DA CENTRAL, S/N – SÃO JOSÉ DO CAMPESTRE/RN

DECLARAÇÃO

DECLARO, para os fins que se fizerem necessários, que com relação ao **BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 26/2015**, datado de 02 de julho de 2.015, segundo a Sr^a **MARIA JOSÉ MEDEIROS**, (comunicante/vítima), se encontrava como carona na motocicleta Honda/CG 150 FAN ESI, de cor preta, ano/modelo 2011, de placas OFB-4478/PB, chassi 9C2KC1670BR62944, que no momento do acidente era pilotada pelo Sr. **FRANCISCO GEOVANE MEDEIROS PONTES**.

São José do Campestre/RN, 07 de Novembro de 2.016

Be. Antonio Taveira de Farias Neto
Delegado de Polícia Civil

Scanned with CamScanner





Wm. H. Johnson

L. M. M. Depoix

Debetur a / os hominis duo sunt a
 Præter summa-bona, ultima de Rebus
 Re de mendo non pignora de non
 non dubitatur de Rebus non Re
 Præter de 1/3 summa de Præter de Præter
 de Præter Præter de Præter de Præter
 de Præter de Præter: 572. 3 x 582. 1 + 582.
), Præter de Præter à Præter de Præter

UR CEAN GUARNIERE DANTAS
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
JUL 1964

05 MAY 2015



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COMELE - COORDENADORIA DE MEDICINA LEGAL

L. NO.: 03.00819.10/15

LAUDO DE EXAME DE LESÃO CORPORAL

ART. 129 DO CODIGO PENAL (LESAO CORPORAL), LEI NO. 11340/06 (LEI MARIA DA PENHA) E LEI NO. 6194/74, ALTERADA PELA LEI N. 11945/09 (DPVAT)

Aos 08(oito) dias do mês de outubro do ano de 2015, nesta cidade de Natal capital do Estado do Rio Grande do Norte, e na sede do Instituto Técnico-Científico de Polícia, pelo Diretor(a) Geral e/ou Coordenador(a) de Medicina Legal, Sr(a) Eudes Valério Antunes Coêlho, foi designado o Médico Legista, Doutor(a) Francinete Maniçoba de Oliveira CRM/RN 960, Perito(a) Oficial, para proceder o EXAME DE LESÃO CORPORAL na pessoa abaixo qualificada, afim de ser atendida a solicitação do(a) Delegado de Polícia Civil Sr(a) Antonio Taveira de F. Neto, exercendo suas funções no(a) Delegacia de Polícia de São José de Campestre/RN, devendo este laudo ser remetido para DP de São José de Campestre/RN, descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir, observar, e bem, assim, esclarecer tudo quanto interessar possa e responder aos quesitos no final formulados.

Em consequência, passa o perito a fazer o exame solicitado e investigações que julga necessárias, findas as quais declara como se segue.

QUALIFICAÇÃO

NOME DA VÍTIMA: Maria José Medeiros		SEXO: Feminino
NATURAL: Monte das Gameleiras-RN.		NACIONALIDADE: Brasileira
COR: Feoderma	DATA DE NASCIMENTO: 15/10/1985	IDADE: 29 anos.
ESTADO CIVIL: União estável		PROFISSÃO: Aposentada
PAI: Expedito Medeiros		
MÃE: Maria das Dores Rodrigues		
ENDEREÇO: Sítio Macambira		NÚMERO: ***
BAIRRO: Zona Rural		CIDADE: Monte das Gameleiras/RN
TIPO DE DOCUMENTO: Carteira de Identidade *		DOC Nº 002.748.367
ORGÃO EXPEDIDOR: SSP/ITEP/RN		
SINAIS PARTICULARES: ***		

HISTÓRICO

LOCAL DA OCORRÊNCIA: ***

DATA DA OCORRÊNCIA: ***

HORA DA OCORRÊNCIA: ***

INSTRUMENTO OU MEIO QUE PRODUZIU A OFENSA: ***

NOME DO AGRESSOR OU AGENTE RESPONSÁVEL: ***

Está conforme o original.

ITEP, em Natal 30/10/15

PARENTE? ***

QUAL? ***

NÚMERO DE GOLPES: ***

ATAQUE SURPRESA? ***

HOUVE CONTENÇÃO DA VÍTIMA? ***

QUEM CONTEVE? ***

VERSÃO DO PERICIANDO OU DO SEU REPRESENTANTE LEGAL, SE MENOR OU INCAPAZ

Vítima de Colisão moto - moto.



DESCRIÇÃO

HORA DO EXAME: 11:00 Horas

LOCAL DO EXAME: COMELE - ITEP - Natal/RN

DESCRIÇÃO

Segundo Boletim de Informação Médico Hospitalar, assinado por Dr Gean Guaraniere R. Dantas CRM 4731, a pericianda foi tratada cirurgicamente de fratura do fêmur direito, fratura do platô tibial direito e fratura da tibia direita, com colocação de placa e parafusos. Segue com bloqueio importante do joelho direito.

01- Cicatrizes cirúrgicas longitudinais com marcas de pontos nas seguintes localizações e membros.

a- contorno lateral da coxa direita com 300mm de extensão direita.

b- contorno lateral de joelho direito e 1/3 superior da perna com 90mm,

c- Contorno anterior da perna direita com 250mm de extensão.

02- Cicatriz rosado com 60mm de diâmetro.

03- Edema difuso de membro inferior direito.

04- Diminuição dos movimentos das articulações do joelho direito em 70%.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

QUESITOS E RESPOSTAS

PRIMEIRO - HÁ OFENSA À INTEGRIDADE CORPORAL OU À SAÚDE DE PERICIANDO? Sim.

SEGUNDO - QUAL O INSTRUMENTO OU MEIO QUE PRODUZIU A OFENSA?
Contundente.

TERCEIRO - A OFENSA FOI PRODUZIDA COM O EMPREGO DE VENENO, FOGO, EXPLOSIVO, ASFIXIA, TORTURA OU OUTRO MEIO INSIDIOSO OU CRUEL, OU DE QUE PODIA RESULTAR PERIGO COMUM? (RESPOSTA ESPECIFICADA)
Prejudicado.

QUARTO - DA OFENSA RESULTOU PERIGO DE VIDA? Não.

QUINTO - DA OFENSA RESULTOU INCAPACIDADE PARA AS OCUPAÇÕES HABITUAIS POR MAIS DE TRINTA DIAS? Sim.

SEXTO - DA OFENSA RESULTOU DEBILIDADE PERMANENTE DE MEMBROS, SENTIDO OU FUNÇÃO; INCAPACIDADE PERMANENTE PARA O TRABALHO, ENFERMIDADE INCURÁVEL; PERDA OU INUTILIZAÇÃO DE MEMBRO, SENTIDO OU FUNÇÃO; DEFORMIDADE PERMANENTE? (RESPOSTA ESPECIFICADA)
Debilidade permanente do membro inferior direito, (ver descrição).

SÉTIMO - DA OFENSA RESULTOU ACELERAÇÃO DE PARTO, OU ABORTO? (RESPOSTA ESPECIFICADA)
Não.

OITAVO - A OFENSA RESULTOU DE INOBSERVÂNCIA DE REGRA TÉCNICA DE PROFISSÃO, ARTE OU OFÍCIO? Prejudicado.

Ante ao exposto, encerro o presente LAUDO.

PERITO

Francinete Maricoba de Oliveira CRM/RN 960

Conforme o original
ITEP, em Natal

João Acácio Gargel

Mat. 162.806-0

ITEP/RN



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

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE MARIA JOSE MEDEIROS		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO 15.10.1985	9 - SEXO 2	10 - MASCULINO 1 FEMININO
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA DAS D. RODRIGUES		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) SÍTIO MACAMBIRA, 14			
13 - MUNICÍPIO MONTE DAS GAMELEIRAS	14 - BAIRRO Z. RURAL	15 - UF RN	16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente com quadro de dor, secreção, deformidade e limitação funcional em membro inferior E.			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessidade cirúrgica			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Exame físico + RX			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL OSTEOMIELEITE DE FÊMUR D	21 - CID 10 PRINCIPAL M86.6	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tratamento cirúrgico de Osteomielite de Femur D	25 - COD. DO PROCEDIMENTO 040806019-0	26 - LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
			29 - DT. SOLICITAÇÃO 22/09/15	30 - CNES / CPF DR. GEAN GUARNIERE R. DANTAS ORTOPÉDIA / TRAUMATOLOGIA CRM 3781 TEUT 11044
			31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONS)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

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

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANDRESSA DE SOUSA MARIANO - 19/02/2020 16:42:28

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021916422771600000051647796>

Número do documento: 20021916422771600000051647796

Num. 53578854 - Pág. 1



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO - 1034058



PACIENTE MARIA JOSE MEDEIROS
CARTÃO SUS 160703191930004 N° 1034058
IDADE 29 SEXO F ETNIA Pardo ESTADO CIVIL Solteiro(a)
NOME DA MÃE MARIA DAS DORES RODRIGUES
NOME DO PAI EXPEDITO MEDEIROS
RUA/AV. SITIO SERRA DO VITOR N° 00
COMPLEMENTO - BAIRRO ZONA RURAL
CEP 59182-000 CIDADE Monte das Gameleiras-RN
ESPECIALIDADE Ortopedia UNIDADE Observação 2 LEITO 1001
USUÁRIO Erivaldo

ADMISSÃO 16/04/2015 17:57 ALTA 18/4/15 ÓBITO / / DIAS DE PERMANÊNCIA 2

DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura Exposta Fêmur / Fechada Tibia

DIAGNÓSTICO FINAL

Dr. Dalma Carlos de A. Jr.
Ortopedia - Traumatologia
CRM RN 2795
TEOT 5471

COPIA ORIGINAL
NATAL
Dr. Dalma Carlos de A. Jr.
Ortopedia - Traumatologia
CRM RN 2795
TEOT 5471

Natal, 16/4/15

Assinatura do médico responsável - CRM

Scanned with CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

Nome:

Nº Registro:

Serviço:

Idade:

Leito:

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente sopra trauma no
mid, após acidente motociclístico.
Ferimento e deformidade.

Dr. Pláma Carlos de A. Jr.
Ortopedia Traumatologia
CRM RJ 2795
R.E.O.T. 5471

14/06/15
NAT





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DIVISÃO DE ENFERMAGEM

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome: M^a Jone Medeiros Reg. Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: Fratura Exposta Fêmur D

Indicação terapêutica: Tret. Cirúrgico

INTERVENÇÃO

INÍCIO: 20:40 Fim: 21:45 Duração: 1h 5'

Operador: Dr. Djalma Carlos

1º Auxiliar: _____

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: Kariele / Graca

Anestesista: Dr. Adriano

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Via de acesso – Incisão – Aspecto nos órgãos e lesões encontradas – Técnicas empregadas

• descrição dos processos – Ligaduras e suturas empregadas – Drenagem – Curativos

Diagnóstico Operatório – Prognóstico Operatório – Obs.:

Re corte nos ossos.

Lavagem da cava D com SF + degerente

Campos cirúrgicos.

Exatenação de lesões

Lavagem com SF

Sutura plástica

Tracção esquelética

Curativos

Tela Safe

Dr. Djalma Carlos de A. Jr.
Ortopedista
CRM 2796
TEOT 8471

ESTE HOSPITAL É MEU, É SEU, É NOSSO.

Scanned with CamScanner





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL



PACIENTE	MARIA JOSE MEDEIROS		
DATA DE ENTRADA	16/04/2015	HORA	16:51
IDADE	29	SEXO	F
CARTÃO SUS	160703191930004	ETNIA	Pardo
CPF	- RG 274367 - SSP	ESTADO CIVIL	Solteiro(a)
NOME DA MÃE	MARIA DAS DORES RODRIGUES		
NOME DO PAI	EXPEDITO MEDEIROS		
NASCIMENTO	15/10/1985	NATURALIDADE	Monte das Gameleiras-RN
TELEFONE	-	PROFISSÃO	Do Lar
RUA/AV.	SITIO SERRA DO VITOR	Nº	00
COMPLEMENTO	-	BAIRRO	ZONA RURAL
CEP	59182-000	CIDADE	Monte das Gameleiras-RN
ORIGEM	Ambulância - Interior	MOTIVO	Acidente de Trânsito / Moto - Pedestre
ACID. DE TRABALHO	Não	USUÁRIO	Josilma

RAIO X
16/04/2015
16:51
6/04/2015

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)
Paciente vítima de colisão moto-moto às 10:30h de hoje, estava usando capacete, sofreu impacto direto em MID com provável fratura, referindo dor local intensa, tendo melhorado com dipirona e repouso.
Não houve perda de consciência, náuseas, vômitos ou convulsões.
Neg. ingestão de bebida alcoólica.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)
A 3 dias membros inferiores
B MV+ bilateral, simétrico, sem ruídos adventícios. FC=72 bpm
C RCR, em 2T, BNF, sem rúspas. FC=108 bpm
D Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotoperceptíveis. Hipotensão em MID
E Pele pálida, úmida, sem contusão em MID.

OUTRAS OBSERVAÇÕES
Pele aparentemente estável, mas dolorosa. Hipocoróides: 3+/4+
Abdome: semigloboso, flácido, doloroso apenas em abd. inferior 1/4 por Joelma
ocasionalmente já em tratamento
→ MID com rotação interna e encurtamento. Fratura exposta

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL
	90x60mmHg				108	15	

DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura traumática exposta em MID	CID
---	------------

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1

ANAMNESE

6/04/15. Ontem dia
Acidente noturno com trauma em mão
ferimento em coxa.

EXAME FÍSICO

Trat Rx que evidencia fratura
conjunta de fêmur (distal e distal)

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

evidenciando principalmente fratura da tíbia

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

Rx bacia
Rx Perna D

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Fratura de fêmur e tíbia D.

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ESCALA DE GRAU DE FRAQUEZA	
0 - Ausência de movimento	4
1 - Movimento de flexão e extensão, porém não consegue levantar o membro do solo	3
2 - Movimento de flexão e extensão, porém não consegue levantar o membro do solo	2
3 - Movimento de flexão e extensão, porém não consegue levantar o membro do solo	1
4 - Movimento de flexão e extensão, porém não consegue levantar o membro do solo	0
5 - Movimento de flexão e extensão, porém não consegue levantar o membro do solo	0
6 - Movimento de flexão e extensão, porém não consegue levantar o membro do solo	0
7 - Movimento de flexão e extensão, porém não consegue levantar o membro do solo	0
8 - Movimento de flexão e extensão, porém não consegue levantar o membro do solo	0
9 - Movimento de flexão e extensão, porém não consegue levantar o membro do solo	0
10 - Movimento de flexão e extensão, porém não consegue levantar o membro do solo	0

ESCALA DE TRATAMENTO DO TRAUMA - RITE	
DESCRIÇÃO	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE SLASSOW	0-4
0 - Ausência de resposta	4
1 - Resposta verbal	3
2 - Resposta motora	2
3 - Resposta verbal e motora	1
4 - Resposta verbal e motora	0
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	0-4
0 - Ausência de respiração	4
1 - Respiração irregular	3
2 - Respiração irregular	2
3 - Respiração irregular	1
4 - Respiração irregular	0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	0-4
0 - Ausência de pressão	4
1 - Pressão sistólica < 90 mmHg	3
2 - Pressão sistólica < 90 mmHg	2
3 - Pressão sistólica < 90 mmHg	1
4 - Pressão sistólica < 90 mmHg	0

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (GCS 2002)

15-14 - grave (necessita de cuidados intensivos)
13-9 - moderado
8-3 - leve

* Referências: TEAGUE, G. JAMES, S.
Assessment of coma and impaired consciousness. A practical method. Lancet 1974; 2:81-84

* A escala proposta prevê-se a seguinte classificação que subdivide-se em 4 níveis: 0 a 3. No nível 0, o paciente não responde a qualquer estímulo. No nível 1, o paciente responde a qualquer estímulo. No nível 2, o paciente responde a qualquer estímulo. No nível 3, o paciente responde a qualquer estímulo.

SEM DOR	LEVE	Moderado	Grave	Pior Possível
0	1	2	3	4

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A (ALERGIAS): Nega
 B (MEDICAÇÃO EM USO): Nega
 C (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): Doença ovariana prévia já em tratamento
 D (LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS): há cerca de 11 horas
 E (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): Estrecho muscular
 F (PASSADO VACINAL): VAT há 07 anos em última gravidez

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Rx { Perna D AP.
 Baixa

OUTROS

CONDUÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Existe fratura de fêmur esquerda
 fratura -
 Edema e infiltração sanguínea no local.
 Alta para casa

Tratado com FA + Soro + Soro

Dr. Alexandre Dantas
 Cirurgião Geral
 CRM 6500

Luiz Edesio M. Nunes
 CRM 140701-6

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: <u>Ortopedia</u>	HORA: <u>17:05h</u>	DATA: <u>16/04/15</u>
ESPECIALISTA 2: <u>Vasculista</u>	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA: <u>18:10</u>	DATA:

MÉDICO (CARIMBO)

Este documento é de uso exclusivo do profissional de saúde e não deve ser utilizado para fins de controle de qualidade, nem para fins de controle de acesso a informações pessoais do paciente.

Scanned with CamScanner

ATO ESPECIALIZADO 2:

C. Vascul.

Paciente com fratura de fêmur e tíbia (1).
 acidente não há movimento e sensibili-
 dade do pé (+), por perfuração. Pulso

EXAME FÍSICO

ponto e tibial anterior presentes.
 ad: fibula de C. Vascul.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO
 Dr. Edgardo Lopes de Oliveira
 Cir. Vascular/Ecografia Vascular
 CREMER 4207

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐

A Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐

A Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Scanned with CamScanner

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

REVISADO

EM 25/5/18

POR 10

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL		CNS 2653923	
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		CNS	
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL			

NOME DO PACIENTE		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº DO PRONTUÁRIO	
MARIA JOSE MEDEIROS		CPF - 077.007.734-08		1034058	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO	SEXO	RAÇA/COR	ETNIA	
160703191930004	15/10/1985	FEMININO	PARDO		
NOME DA MÃE		DDD	TELEFONE DE CONTATO		
MARIA DAS DORES RODRIGUES			8746 9774		
RESPONSÁVEL		DDD	TELEFONE DE CONTATO		
ENDEREÇO (LOGRADOURO, Nº, COMPLEMENTO)					
SÍTIO SERRA DO VITOR, 00.					
BAIRRO	MUNICÍPIO DE PROCEDÊNCIA	UF	CEP		
ZONA RURAL	MONTE DAS GAMELEIRAS	RN	59182-000		

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Paciente após trauma no m.i.d. Ferimento + deformidade.			
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO			
Guia interna			
PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVA DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
Sintoma + Rx			
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOC.
Fratura Exposta Femur + fechada Tibial			

PROCEDIMENTO SOLICITADO		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Trat. Cirúrgico			
CLÍNICA	CARÁTER DA INTERNAÇÃO	DOCUMENTO	Nº DOCUMENTO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE
OBSERVAÇÃO 2		() CNS () CPF	
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	DATA DA SOLICITAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
AMARO ALVES DE SOUZA JÚNIOR	16/04/2015 17:57		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
ACIDENTE	CNPJ DA SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE
() TRÂNSITO			
() TRABALHO TÍPICO	CNPJ EMPRESA	CNAE DA EMPRESA	CBOR
() TRABALHO TRAJETO			
VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO	
NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	CÓD. ÓRGÃO EMISSOR
	0408050519 (6)
DOCUMENTO	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR
() CNS () CPF	5723
DATA DA AUTORIZAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

Scanned with CamScanner



Secretaria de Saúde Pública
Hospital Deoclécio M. Lucena

RÉCEITUÁRIO MÉDICO

Nome:

MARIA JOSÉ NEGREIROS

ENCAMUNHO A
PACIENTE COM
FRATURA DE FÊ-
MUR - DISTAL DO
CRISTA QUE NE-
CESSITA DE TTO
CIRÚRGICO DE UR-
GÊNCIA.

Pneu. 160415

Dr. Carlos Magno P. do Carmo
Ortopedia - Traumatologia
Pato em Traumatologia
CRM 2108 - TEOT 8981
CPF: 188 304 804-44

24 08 15

Scanned with CamScanner





Hospital Memorial de Natal

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

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 22/04/2015 17:16

Dados do Paciente

Paciente: MARIA JOSE MEDEIROS

Registro: 102880

Num. RG: 27.18367

CPF: 077.007.734-08 Nascimento: 16/10/1986 29 anos Sexo: Feminino Est. Civil: Solteiro(a)

Endereço: SÍTIO MACAMBIRA

N.: 14

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: MONTE DAS GAMELEIRAS

UF: RN

CEP: 59217000

Fone: 8488393998

Profissão: APOSENTADO

Mãe: MARIA DAS DORES RODRIGUES

Dados do Internamento

Num. Internamento: 1

Entrada: 22/04/2015 17:13 Previsão saída: 24/04/2015 11:00 Atendente: CLAUDEIA

Convênio: SUS - ESTADUAL

Matrícula/CNS: 161703191930004

Médico: Dr. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

CRM: 4781

ENFERMARIA 203-A

Dados do Responsável

Responsável: MARIA LAIS DA SILVA DUARTE

CPF: 073.611.994-96

RG: 002463538

Parentesco: CUNHADA

Termo de Responsabilidade

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

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

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

Assinatura: [] Paciente [x] Responsável

Maria Lais da Silva Duarte

22/04/15
Fmcl

Observações: Assinatura e qualquer menção que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.
COM QUATRO PELICULAS E DUAS FOLHAS DE RX LAUDO DO SUS MEDICO E NAO CIENTE

Ad. Reial

MedicWare

Página 1

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANDRESSA DE SOUSA MARIANO - 19/02/2020 16:42:29

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021916422863100000051648999>

Número do documento: 20021916422863100000051648999

Num. 53578857 - Pág. 3



Hospital Memorial de Natal

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

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 22/04/2015 17:16

Dados do Paciente

Paciente: MARIA JOSE MEDEIROS

Registro: 102880

Num. RG: 27.48367

CPF: 077.007.731-08 Nascimento: 15/10/1985 29 anos Sexo: Feminino Est. Civil: Solteiro(a)

Endereço: SÍTIO MACAMBIRA

N.: 14

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: MONTE DAS GAMELEIRAS

UF: RN

CEP: 59217000

Fone: 8488393998

Profissão: APOSENTADO

Mãe: MARIA DAS DORES RODRIGUES

Dados do Internamento

Num. Internamento: 1

Entrada: 22/04/2015 17:13 Previsão saída: 24/04/2015 11:00 Atendente: CLAUDIA F

Convênio: SUS ESTADUAL

Matrícula/CNS: 160703191930004

Médico: Dr. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

CRM: 4781

ENFERMARIA 203-A

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____

Motivo: _____

Data da Baixa: _____

No. de dias de hospitalização: _____

No. de US: _____

Doc. Apresentado: _____

Diagnostico Definitivo: _____

Procedência: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatório sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratórios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinário e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

MedicWare

Página 1

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANDRESSA DE SOUSA MARIANO - 19/02/2020 16:42:29

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021916422863100000051648999>

Número do documento: 20021916422863100000051648999

Num. 53578857 - Pág. 4



Hospital Memorial de Natal

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

Data: 22/04/2015 17:16

Dados do Paciente

Paciente: **MARIA JOSE MEDEIROS** Registro: **102880**
Num. RG: **2748367** CPF: **077.007.74-08** Nascimento: **15/10/1985** 29 anos Sexo: **Feminino** Est. Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **SITIO MACAMBIRA** N.: **14** Bairro: **ZONA RURAL**
Cidade: **MONTE DAS GAMELEIRAS** UF: **RN** CEP: **59217000** Fone: **8488393998**
Profissão: **APOSENTADO** Mãe: **MARIA DAS DORES RODRIGUES**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **22/04/2015 17:13** Previsão saída: **24/04/2015 11:00** Atendente: **CLAUDIA F**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **160703191930004**
Médico: **Dr. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS** CRM: **4781** **ENFERMARIA 203-A**

Dados do Responsável

Responsável: **MARIA LAIS DA SILVA DUARTE** CPF: **073.611.994-96** RG: **002463538**
Parentesco: **CUNHADA**

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) **Dr. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS** a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: **S8558 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR**
2. - O(A) **Dr. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS**, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

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

Assinatura: [] Paciente [x] Responsável

Maria Lais da Silva Duarte

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO:

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

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS - CRI



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

NIR

cod=132074852

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

4

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE H.W.G.		2 - CNES	
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE H. MEMÓRIA L		4 - CNES	
5 - NOME DO PACIENTE M ^{re} Jone Medeiros		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS 160703191930004	8 - DATA DE NASCIMENTO 15.10.1985	9 - SEXO MASCULINO	10 - FEMININO 2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA DAS DORES RODRIGUES		11 - TELEFONE DE CONTATO 88393998/94948889	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)		13 - CID	
14 - BAIRRO Sítio Macambira 4N		15 - UF RN	
16 - CEP 59.217-000		17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS m.i.d. Paciente após trauma no Dor + limitação funcional.	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Queixa intensa			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Semiologia + Rx			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura femur + torção	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Cist. cirúrgico	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		29 - DT SOLICITAÇÃO 18.04.15	
30 - CNS / CPF		31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO	DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
41 - CID PRINCIPAL	42 - CID SECUNDÁRIO		
43 - () GRAVE 44 - () GRAVÍSSIMA			
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	47 - DT AUTORIZ.	48 - CNS / CPF	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	51 - DT AUTORIZ.	52 -	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

CONSULTAS->AIH GERADA

Código 132044852
N. AIH 241510023397-5

Identificação da Unidade

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL

Município Regulador

NATAL

Data de Solicitação

21.04.2015 - 17:15:05

Data de Autorização

22/04/2015 - 14:04:09

Data de Reserva

23.04.2015

Data de Internação

23.04.2015

Data Prevista de Alta

30.04.2015

Data de Alta

07/05/2015 - 16:29:14

Motivo da Alta

1.8 ALTA POR OUTROS MOTIVOS

CNES:

2653923

CNES:

2408252

Município

NATAL

Operador

53872002449MARIA

Operador

47422963468LUCIANO

Operador

33391521449FRANCISCA

Operador

33391521449FRANCISCA

Dados do Paciente

Unidade Referência:

Não Informado

Nome do Paciente

MARIA JOSE MEDEIROS

Data de Nascimento:

15.10.1985

Sexo:

Feminino

Telefone:

CNES:

CNS:

160703191930004

Naturalidade:

MONTE DAS GAMELEIRAS - RN

UF

RN

CEP

59035550

Telefone do Responsável

Dados da Solicitação

CPF do Médico Solicitante:

Nome do Médico Solicitante:

djalma carlos de a. jr

CPF do Médico Executante:

70342547453

Nome do Médico Executante:

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

Diagnóstico Inicial - CID:

FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR - S723

Classificação de Risco

VERMELHO - emergência, necessidade de atendimento imediato.

Caráter

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408050519

Laudo Técnico e Justificativo da Intervenção

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Traumatismo com fratura do Fêmur, refere dor, edema, deformidade e limitação funcional.

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

Anamnese + exames físicos + RX.

Condições que Justificam a Internação:

Tratamento cirúrgico.

Parer

Assinatura e Carimbo do Médico Regulador (autorizador)

CPF

47422963468

Data



CONSULTA HOSP - SOLICITAÇÕES

Código 132044852

Identificação da Unidade

Unidade Solicitante:		CNES:
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL		2653923
Unidade Executante:		CNES:
HOSPITAL MEMORIAL		2408252
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro		Município
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL		NATAL
Município Regulador	NATAL	
Data de Solicitação	21.04.2015 - 17:15:05	Operador
Data de Autorização	22/04/2015 - 14:04:09	Operador
Data de Reserva	23.04.2015	53872002449MARIA
Data Prevista de Alta	30.04.2015	47422963468LUCIANO

Dados do Paciente

Unidade Referência:		CNES:
Não Informado		
Nome do Paciente		CNS:
MARIA JOSE MEDEIROS		160703191930004
Data de Nascimento:	Sexo:	Telefone:
15.10.1985	Feminino	
Nome da Mãe		Naturalidade:
MARIA DAS DORES MEDEIROS		MONTE DAS GAMELEIRAS - RN
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro		UF
RUA - SAMPAIO CORREIA - 1602 - B - QUINTAS		RN
Município		CEP
NATAL		59035550
Nome do Responsável	Telefone do Responsável	

Dados da Solicitação

CPF do Médico Solicitante:	Nome do Médico Solicitante:
	djalma carlos de a. jr
Diagnóstico Inicial - CID:	
FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR - S723	
Classificação de Risco	
VERMELHO - emergência, necessidade de atendimento imediato.	
Caráter	
11 - Urgência	
Clínica:	Clínica Complementar:
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	Nenhuma
Procedimento Solicitado:	Código:
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	0408050519

Laudo Técnico e Justificativa da Internação

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
Traumatismo com fratura do Fêmur, refere dor, edema, deformidade e limitação funcional.

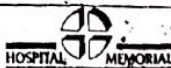
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
Anamnese + exames físicos + RX.

Condições que Justificam a Internação:
Tratamento cirúrgico.

Parecer

Assinatura e Carimbo do Médico Regulador (autorizador)	CPF	Data
	47422963468	





BLOCO CIRÚRGICO BOLETIM DE SALA

Guarneri

Reg 102380 NOME: *Mário José Medeiros*
Apto: _____
Cirurgia Realizada: Tto cirúrgico de fratura supracondiliana de femur D

DATA: 30.06.15 INICIO: 12:30 HS: _____ MIN: _____ TÉRMINO: 16:30 HS: _____ MIN: _____
EQUIPE: *Dr Gean Guarneri* NOME: *DR. GEAN GUARNIERI R. DANTAS* CRM: 27815011944
CIC/MF: _____ CRM: _____
Cirurgião: _____
1 Auxiliar: _____
2 Auxiliar: _____
Anestesiologista: *O.A. ELIANE M. STINHEI* CRM: 240117
Instrumentador: *Moisés* Anestesiologista: _____

Ato: 1. Paciente em DDH sob raqui-anestesia 2. Assepsia + antissepsia 3. Incisão e face lateral de coxa D 4. Divulsão romba por planos 5. Tratamento cirúrgico da fratura com síntese e colocação de 01 placa DGS em ponte 6. Sutura por planos 7. Curativo oclusivo

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
MEDICAMENTOS				FIOS				DESCARTÁVEL			
028056	Água Bactericida 100ml	AMP		050320	Vicryl 4-0 (Violeta)	ENV		066164	Malha Tubular 12cm	ROL	
028056	Água Bactericida 100ml	AMP	03	050377	Vicryl 5-0 (Incolor)	ENV		060188	Malha Tubular 15cm	ROL	
028056	Água Bactericida 20ml	AMP		050725	Vicryl 6-0	ENV		062783	Máscara Descartável	UND	06
000057	Clorfeniramina 1g	AMP		050313	Vicryl 7-0	ENV		060930	Polifix 2 vias	UND	01
000096	Decadron 4mg Inj.	AMP						064784	Pododine Degermante / ml	ML	100
000713	Glicose 25% 10ml Inj.	AMP						064787	Povidone Tópico / ml	ML	100
004283	Glicose 50% 10ml Inj.	AMP						065567	Sabão Líquido	ML	100
004703	Hipoclorito 50%	FRS						060733	Sapatilha Descartável	UND	
005049	Injeção Pomada 1/4	1/4						063223	Seringa Desc. 01cc d'Agulha	UND	
015111	Keflin Neutro 1g	COM	02					062443	Seringa Desc. 03cc d'Agulha	UND	
006667	Novalgina 2ml Inj.	AMP						062475	Seringa Desc. 05cc d'Agulha	UND	02
007493	Prolepid 100mg Inj.	AMP						063209	Seringa Desc. 10cc d'Agulha	UND	02
008829	Solução Ringer d' Lactato	FRS						063216	Seringa Desc. 20cc d'Agulha	UND	02
008449	Solução Ringer Simples	FRS						063120	Sonda Uretral 10	UND	
028125	Soro Fisiológico 100ml	FRS	06	061900	Abborcath-T Plus Nº 14	UND		063144	Sonda Uretral 12	UND	
028718	Soro Fisiológico 500ml	FRS		061918	Abborcath-T Plus Nº 16	UND		063151	Sonda Uretral 14	UND	
008740	Soro Glicosado 5% off 500	TB		061925	Abborcath-T Plus Nº 18	UND		063169	Sonda Uretral 16	UND	
009995	Xilocaína 2% chv	AMP		061932	Abborcath-T Plus Nº 20	UND	01	063183	Sonda Uretral 18	UND	
010026	Xilocaína Gelada 2%	BSQ		060982	Agulha Descartável 18 x 4.5	UND		060550	Sonda Uretral 20	UND	
	<i>ALDURE</i>		100	060397	Agulha Descartável 25 x 7	UND	02				
	<i>RODAS DE ALG.</i>		02	060418	Agulha Descartável 40 x 12	UND	02				
	<i>UNHAS DE FIOLOC.</i>		06	060575	Alcool Iodado 70%	ML	100				
	<i>UNHAS DE FIOLOC.</i>		01	060582	Aladura Crepon 10cm	ROL					
	<i>UNHAS DE FIOLOC.</i>		01	060630	Aladura Crepon 12cm	ROL					
	<i>UNHAS DE FIOLOC.</i>		01	060590	Aladura Crepon 15cm	ROL	06				
	<i>UNHAS DE FIOLOC.</i>		01	060608	Aladura Crepon 20cm	ROL					
	<i>UNHAS DE FIOLOC.</i>		01	060701	Aladura Gessada 10cm	ROL					
	<i>UNHAS DE FIOLOC.</i>		01	060679	Aladura Gessada 12cm	ROL					
	<i>UNHAS DE FIOLOC.</i>		01	060620	Aladura Ortopédica 10cm	ROL					
	<i>UNHAS DE FIOLOC.</i>		01	060609	Aladura Ortopédica 15cm	ROL					
	<i>UNHAS DE FIOLOC.</i>		01	061570	Aladura Ortopédica 15cm	ROL					
	<i>UNHAS DE FIOLOC.</i>		01	060380	Aladura Ortopédica 20cm	ROL					
050037	Algodão 0 (1/2 Agulha)	ENV		066648	Bandeja Peridural	UND					
050685	Algodão 2-0 (1/2 Agulha)	ENV		061545	Bandeja Raqui	UND					
050044	Algodão 3-0 (1/2 Agulha)	ENV		060948	Butterfly 19g	UND					
050182	Cromado 1-0	ENV	02	060965	Butterfly 21g	UND					
050130	Cromado 2-0	ENV		062135	Butterfly 23g	UND					
050123	Cromado 4-0	ENV		062142	Butterfly 25g	UND					
050259	Kil-Catarrata	ENV		061205	Camisola Descartável	UND	01				
005599	Mononylon 0 PRETO	ENV		061244	Compressa Cirúrgica	UND	05				
050614	Mononylon 2-0 PRETO	ENV		061989	Eletrodo Descartável	UND					
050621	Mononylon 3-0 PRETO	ENV	02	066949	Enfermagem 500ml	UND					
050630	Mononylon 4-0 PRETO	ENV		062024	Espanador 10 x 45	CM					
050646	Mononylon 5-0 PRETO	ENV		062031	Éter Sulfúrico / ml	ML					
050653	Mononylon 6-0 PRETO	ENV		062285	Gase 91 x 91	UND	50				
057892	Mononylon 8-0 PRETO	ENV		062830	Gase Funcionada	UND					
060642	Mononylon 10-0 PRETO	ENV		062364	Gorro Descartável	UND	06				
050292	Prolene 2-0	ENV		062103	Intrafix Air IL 2.4 M	UND					
050483	Prolene 4-0	ENV		061079	Intrafix Pacífico	UND	01				
050449	Prolene 5-0	ENV		062253	Lâmina Bastur Nº 11	UND					
050431	Prolene 6-0	ENV		062260	Lâmina Bastur Nº 15	UND					
050510	Seda 2-0	ENV		060149	Lâmina Bastur Nº 20	UND	01				
050550	Seda 3-0	ENV		062332	Luva Descartável Nº 7.0	PAR					
050600	Seda 6-0	ENV		062840	Luva Descartável Nº 7.5	PAR	02				
050194	Simplex 3-0 (1/2 Agulha)	ENV		062429	Luva Descartável Nº 8.0	PAR	03				
050360	Vicryl 4-0 (Incolor)	ENV		062411	Malha Tubular 10cm	ROL					

CIRURGIÃO: *Dr Gean Guarneri*
CRM: 4781-RN

CIRCULANTE: *Guarneri M.*

ESTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Hospital Memorial de Natal

Registro-Internamento: 102880 -1

Leito Nº: ENFERMARIA 203-A

Médico: CRM - 4781 - GEAN GUARNIERE RODRIGUES

LAUDO MÉDICO PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

☐ Mudança de Procedimento

☐ Diária de U.T.I.

☐ Diária de Acompanhante

☐ Vacina Anti RH

☐

☒ Uso de Prótese, Ortese

☐ Uso de Fatores de Coagulação

☐ Uso de Oxigenadores

☐ Nutrição Parenteral

☐

HOSPITAL

10.867.687/0001-10 Hospital Memorial de Natal

PACIENTE

102880 -1 - MARIA JOSE MEDEIROS

PROCEDIMENTO ANTERIOR

PROCEDIMENTO SOLICITADO

MÉDICO SOLICITANTE

CRM

CPF

GEAN GUARNIERE RODRIGUES

4781

703.425.474-53

JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM FRATURA SUPRACONDILIANA DE FEMUR D, SUBMETIDA A OSTEOSINTESE COM:

01 PLACA DCS DE 12 FUROS

04 PARAFUSOS CORTICAIS

01 PARAFUSO DESLIZANTE

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

DR. GEAN GUARNIERE R. DANTAS
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 4781 / COT 11044

CRM

4781

DATA

30/04/2015 16:24

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR

CRM

DATA



36

A n e m i a

DROGAS:

TÉCNICA ANESTÉSICA

INDICAÇÃO:	Medicação para dor 05 mg	DROGAS:
	Paracetamol	

MEDICAMENTOS

COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
000150	Adrenalina	AMP		006818	hincam	AMP			MEDICAMENTOS		
002956	Agua Bacterizada	AMP		007527	Phar 10mg	AMP	um		cefaleto rya		
000942	Aloprine 25	AMP		007558	Prostagline	AMP					
002050	Clorato de Potássio	AMP		007587	Nutrilac	AMP					
001480	Clorato de Sódio	AMP		003353	Quelcom 100mg	AMP					
018920	Danazol 2mg	AMP		000040	Quelcom 500mg	AMP					
002115	Diphenin	AMP		003563	rapien	AMP					
002953	Dolantina	AMP		003674	Tecurone	ML					
003060	Dormonal 15mg	AMP	um	008449	Riv-Ringer Lactide	FRS	um		dexametaz		
017075	Dormonal 5mg	AMP		008125	Sol. Paracetamol	FRS	deis		na n amp		
003071	Etoril	AMP	um	008740	Sol. Glicoxido	FRS					
003611	Fantemil 2mg	AMP	um	008829	Sol. Ringer Lactide	FRS					
003780	Foracil	ML		001303	Tissotransyl	FRS					
017036	Histaleno	ML		003013	Ticarcim	AMP					
004955	Hypomintopae	AMP		008727	Vasum	AMP					
002487	Inoval	AMP				AMP					
010580	Lansol	AMP		001475	Xilocaine 1%	AMP					
005367	Mercapina 0.5 g/A	AMP		008995	Xilocaine 2% A.A	AMP					
005369	Mercapina 0.5 g/A	AMP		010020	Xilocaine 2% g/A	AMP					
010506	Mercapina Pasteida	AMP	deis	010033	Xilocaine Pasteida	AMP					

Interocorrências

geten 18
collen 2 vier
spinnewe nasaal
spinnende n g

DESCRIÇÃO

Oxímetro

Cardioscôpio

Capnógrafo

DESCRICAÇÃO

Oxigênio Líquido
Protóxido Líquido

QUANTIDADE

ANOTAÇÕES

INÍCIO ANESTESIA:

INICIO CIRURGI:

DATA:

30.04.15

FINAL CIRURGIA

FINAL ANESTHESIA:

ANESTHESIOLOGIST:

CRM:

Drª Eliane M. S. Pinheiro
C.R.M. 2417
Anestesiologia

come
he ma
Cia.





Hospital Memorial de Natal

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

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

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Data: 30/04/2015 16:35

Dados do Paciente

Registro: **102880** IH: **1**

Paciente: **MARIA JOSE MEDEIROS**

Nascimento: **15/10/1985**

30 anos

Internação: **22/04/2015 17:13:27**

Leito: **ENFERMARIA 203-A**

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: RAQUE+SEDAÇÃO

Anestesiologista: DR. ELIANE

Tipo: FRATURA DE FEMUR

Cirurgião: DR. GEAN

Instrumentador: MOISES

Circulante: LUCAS M.

Tipo curativo: OCLUSIVO

Tem material para biópsia/cultura: NAO

Inf.sanguinea: SIM

Monitoração correta: SIM

Placa de bisturi: SIM

Antibiótico profilático?: CEFALOTINA2G

Medicação administradas:

UM CONCENC. DE HEMACEAS; N° 0124150424011

Intercorrências / Observações:

PACIENTE ENCAMINHADO AO SRPA CONCIENTE E ORIENTADO EM O² AMBIENTE EM EFEITO DE ANESTESIA, NA HVP VIAB. SF 0,9% EM MSE, F.O LIMPA E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Pontencial de Contaminação: Limpa

LUCAS MACEDO

COREN - 978339



SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR 2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

133308643

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE MARIA JOSE MEDeiros	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 102880
7 - CARTÃO NACIONAL SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO 15/10/85
9 - SEXO MASCULINO	10 - FEMININO 2
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA DAS DORES RODRIGUES	12 - TELEFONE DE CONTATO 8839-3928
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº) SUL DO MACAMBURA - 14	
14 - MUNICÍPIO MONTES DA CAVALHEIRAS -	15 - UF RN
16 - CEP 59.217-000	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PACIENTE ÚLTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO COM TRAUMA COM LESÃO INT. @		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO PRONUNCIAMENTO CIRÚRGICO		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) RNT + EXAME FÍSICO		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRAT. DE PERNAS	21 - CID 10 PRINCIPAL S82.2/S82.1	22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - PROCEDIMENTO SOLICITADO FRAT. CIRÚRGICO DE PERNAS DE PERNAS @ + PERNAS CIRÚRGICO DE FRAT. DE PERNAS YBIR @	24 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO DILATÓRIA	25 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 105115
26 - CÓD. DO PROCEDIMENTO 04080500-0 04080505-1	27 - DT. SOLICITAÇÃO 10/05/15	28 - CNS / CPF DR. GEAN GUARNIERE R. BIANCHI ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA 91 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

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



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

EVOLUÇÃO ASSISTENTE SOCIAL

Dados do Paciente

Paciente: MARIA JOSE MEDEIROS

Nascimento: 15/10/1985 30 anos

Acompanhante:

Registro: 102880 Num. Internação: 1

Data Internação: 22/04/2015 17:13:27

Parentesco:

Endereço para Correspondência:

Endereço:

Cidade : Monte das Gameleiras

Bairro :

Ocorrência:

Paciente com deficiência, acompanhada por sua cunhada, que segundo a mesma disse que paciente sofreu acidente de moto.

Evolução do Prontuário:

X - Paciente/Acompanhante recebeu(ram) orientações a respeito das Normas Hospitalares.

Observações:

203A

CONDUTA HOSPITALAR

- Não sentar ou deitar na cama do paciente (risco de infecção hospitalar);
 - O acompanhante/ou visitante não deve usar roupas impróprias (transparentes, justas, decotes e shorts). Procurar usar roupas confortáveis e adequadas ao espaço público;
 - Não trazer ou deixar objetos de valores nas dependências das enfermarias, pois o hospital não se responsabiliza pela perda;
 - Não fumar nas dependências do hospital, haja visto o risco à saúde, medida esta amparada pela Lei Federal 9294/96;
 - Não colocar objetos em cima do leito do paciente;
 - Não é permitida a entrada de alimentos de fora nas enfermarias para impedir a proliferação de insetos e evitar a infecção hospitalar, a equipe de nutrição planeja uma alimentação adequada ao estado de saúde do paciente;
 - Faça silêncio nas enfermarias. A tranquilidade no ambiente hospitalar é importante para a recuperação dos pacientes;
 - É necessário lavar as mãos antes de entrar no quarto, antes e após prestar cuidados ao paciente e após o uso do sanitário;
 - No caso de dúvidas em relação aos cuidados com o paciente (administração de medicamentos, troca de soro, curativos, etc);
 - Para evitar riscos à saúde do paciente pedimos aos acompanhantes que permaneçam nas respectivas enfermarias.
- Portanto, evite circular nas enfermarias bem como saídas do hospital;

LUCIANA DE MEDEIROS LINHARES
CRAS - 3768



2015

SISREG III - Ambiente de Produção
Código 133305643

2

Identificação da Unidade

Unidade Solicitante:

HOSPITAL MEMORIAL

Município Regulador

NATAL

Data Desejada

Unidade Desejada:

HOSPITAL MEMORIAL

CNES:

2408252

CNES:

2408252

Dados do Paciente

Unidade Referência:

Não Informado

Nome do Paciente

MARIA JOSE MEDEIROS

Data de Nascimento:

15.10.1985

Nome da Mãe

MARIA DAS DORES MEDEIROS

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro

RUA - SAMPAIO CORREIA - 1602 - B - QUINTAS

Município

NATAL

Nome do Responsável

Não Informado

CNES:

CNS:

160703191930004

Telefone:

Não Informado

Naturalidade:

MONTE DAS GAMELEIRAS - RN

UF

RN

CEP

59035550

Telefone do Responsável

Não Informado

Dados da Solicitação

CPF do Médico Solicitante:

70342547453

Diagnóstico Inicial - CID:

FRATURAS MÚLTIPLAS DA PERNA - S827

Classificação de Risco

AMARELO - urgência, atendimento o mais rápido possível.

Caráter

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MÚLTIPLAS

Nome do Médico Solicitante:

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0415010012

Laudo Técnico e Justificativa da Internação

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

paciente vítima de acidente de trânsito com fratura em membros inferior direito (pact. reop.)

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

rx

Condições que Justificam a Internação:

tto cirurgico de fratura de tíbia + platô tibial

Natureza da lesão

Grave

Parâmetros

Situação:

Pendente

Motivo de Impedimento do Regulador

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante (examinador)

Operador Solicitante:

ANTUNES

CRM

Data

05.05.2015 - 12:47:19

Nova Solicitação Imprimir

http://sisregilnordeste.saude.gov.br/cgi-bin/marcar_lh?co_cnes_ups_solicitante=2408252&risco=1&nu_carater_lh=11&no_profissional_solicitante=&med... 1/1

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANDRESSA DE SOUSA MARIANO - 19/02/2020 16:42:30

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021916422994200000051649002>

Número do documento: 20021916422994200000051649002

Num. 53578860 - Pág. 3

CONSULTAS->AIH GERADA

Código 133305643
N. AIH 241510026891-1

Identificação da Unidade

Unidade Solicitante:	HOSPITAL MEMORIAL	CNES:	2408252
Unidade Executante:	HOSPITAL MEMORIAL	CNES:	2408252
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro	AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROL	Município	NATAL
Município Regulador	NATAL		
Data de Solicitação	05.05.2015 - 12:47:19	Operador	ANTUNES
Data de Autorização	05/05/2015 - 22:22:37	Operador	15657167449LAURA
Data de Reserva	06.05.2015		
Data de Internação	07.05.2015	Operador	33391521449FRANCISCA
Data Prevista de Alta	20.09.2042		
Data de Alta	08/05/2015 - 11:54:25	Operador	PATRIC
Motivo da Alta	1.8 ALTA POR OUTROS MOTIVOS		

Dados do Paciente

Unidade Referência:	Não Informado	CNES:	
Nome do Paciente	MARIA JOSE MEDEIROS	CNS:	160703191930004
Data de Nascimento:	15.10.1985	Sexo:	Feminino
Nome da Mãe	MARIA DAS DORES MEDEIROS	Telefone:	
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro	RUA - SAMPAIO CORREIA - 1602 - B - QUINTAS	Naturalidade:	MONTE DAS GAMELEIRAS - RN
Município	NATAL	UF	RN
Nome do Responsável		CEP	59035550
		Telefone do Responsável	

Dados da Solicitação

CPF do Médico Solicitante:	70342547453	Nome do Médico Solicitante:	GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS
CPF do Médico Executante:	70342547453	Nome do Médico Executante:	GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS
Diagnóstico Inicial - CID:	FRATURAS MULTIPLAS DA PERNA - S827		
Classificação de Risco	AMARELO - urgência, atendimento o mais rápido possível.		
Caráter	11 - Urgência		
Clínica:	ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	Clínica Complementar:	Nenhuma
Procedimento Solicitado:	TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS	Código:	0415010012

Lauda Técnica e Justificativa da Internação

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
paciente vítima de acidente de trânsito com fratura em membros inferior direito (pact. reop.)

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
rx

Condições que Justificam a Internação:
tto cirurgico de fratura de tibia + plato tibial

Paracar

Assinatura e Carimbo do Médico Regulador (autorizador)

CPF
15657167449

Data



I.S.D.A.

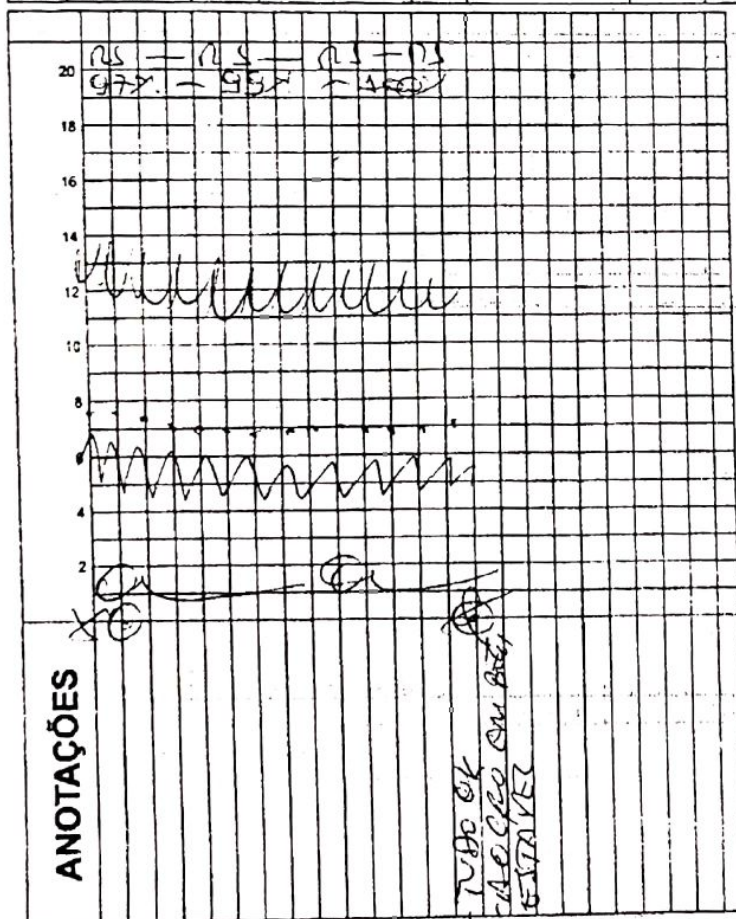
But, Conscience, & Altruism
Jesper Ek

ASA I

DROGAS:

Racine + Se-Dog

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
000150	Adrenalina	AMP		000151	Adrenalina	AMP		000152	Adrenalina	AMP	
000153	Agua Bufonada	AMP		000154	Agua Bufonada	AMP		000155	Agua Bufonada	AMP	
000156	Altopina 25	AMP		000157	Altopina 25	AMP		000158	Altopina 25	AMP	
000159	Altopina 50	AMP		000160	Altopina 50	AMP		000161	Altopina 50	AMP	
000162	Altopina 100	AMP		000163	Altopina 100	AMP		000164	Altopina 100	AMP	
000165	Altopina 200	AMP		000166	Altopina 200	AMP		000167	Altopina 200	AMP	
000168	Altopina 400	AMP		000169	Altopina 400	AMP		000170	Altopina 400	AMP	
000171	Altopina 800	AMP		000172	Altopina 800	AMP		000173	Altopina 800	AMP	
000174	Altopina 1600	AMP		000175	Altopina 1600	AMP		000176	Altopina 1600	AMP	
000177	Altopina 3200	AMP		000178	Altopina 3200	AMP		000179	Altopina 3200	AMP	
000180	Altopina 6400	AMP		000181	Altopina 6400	AMP		000182	Altopina 6400	AMP	
000183	Altopina 12800	AMP		000184	Altopina 12800	AMP		000185	Altopina 12800	AMP	
000186	Altopina 25600	AMP		000187	Altopina 25600	AMP		000188	Altopina 25600	AMP	
000189	Altopina 51200	AMP		000190	Altopina 51200	AMP		000191	Altopina 51200	AMP	
000192	Altopina 102400	AMP		000193	Altopina 102400	AMP		000194	Altopina 102400	AMP	
000195	Altopina 204800	AMP		000196	Altopina 204800	AMP		000197	Altopina 204800	AMP	
000198	Altopina 409600	AMP		000199	Altopina 409600	AMP		000200	Altopina 409600	AMP	
000201	Altopina 819200	AMP		000202	Altopina 819200	AMP		000203	Altopina 819200	AMP	
000204	Altopina 1638400	AMP		000205	Altopina 1638400	AMP		000206	Altopina 1638400	AMP	
000207	Altopina 3276800	AMP		000208	Altopina 3276800	AMP		000209	Altopina 3276800	AMP	
000210	Altopina 6553600	AMP		000211	Altopina 6553600	AMP		000212	Altopina 6553600	AMP	
000213	Altopina 13107200	AMP		000214	Altopina 13107200	AMP		000215	Altopina 13107200	AMP	
000216	Altopina 26214400	AMP		000217	Altopina 26214400	AMP		000218	Altopina 26214400	AMP	
000219	Altopina 52428800	AMP		000220	Altopina 52428800	AMP		000221	Altopina 52428800	AMP	
000222	Altopina 104857600	AMP		000223	Altopina 104857600	AMP		000224	Altopina 104857600	AMP	
000225	Altopina 209715200	AMP		000226	Altopina 209715200	AMP		000227	Altopina 209715200	AMP	
000228	Altopina 419430400	AMP		000229	Altopina 419430400	AMP		000230	Altopina 419430400	AMP	
000231	Altopina 838860800	AMP		000232	Altopina 838860800	AMP		000233	Altopina 838860800	AMP	
000234	Altopina 1677721600	AMP		000235	Altopina 1677721600	AMP		000236	Altopina 1677721600	AMP	
000237	Altopina 3355443200	AMP		000238	Altopina 3355443200	AMP		000239	Altopina 3355443200	AMP	
000240	Altopina 6710886400	AMP		000241	Altopina 6710886400	AMP		000242	Altopina 6710886400	AMP	
000243	Altopina 13421772800	AMP		000244	Altopina 13421772800	AMP		000245	Altopina 13421772800	AMP	
000246	Altopina 26843545600	AMP		000247	Altopina 26843545600	AMP		000248	Altopina 26843545600	AMP	
000249	Altopina 53687091200	AMP		000250	Altopina 53687091200	AMP		000251	Altopina 53687091200	AMP	
000252	Altopina 107374182400	AMP		000253	Altopina 107374182400	AMP		0			

[illegible]

DESCRIÇÃO	
Oxímetro	OK
Cardioscópio	OK
Capnógrafo	-
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Oxigênio Líquido	2 litrões
Protóxido Líquido	

Dr. Rodrigo Santiago Cabral
Anestesiologista
CPF 023.770.794-23 CRM-6321

Dr. Rodrigo Santiago Cabral
Anestesiologista
CPF: 023.770.794-23 CRM-6321

SINISTRO 3170206294 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA JOSE MEDEIROS

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO TERRA DO SOL

ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO MARIA JOSE MEDEIROS


CPF/CNPJ: 07700773408


Posição em 09-05-2017 08:28:42

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 7.087,50

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
10/05/2017	R\$ 7.087,50	R\$ 0,00	R\$ 7.087,50 - 



Scanned with CamScanner

