



Número: **0811026-64.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **20ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **23/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                               |                    | Procurador/Terceiro vinculado                                                                                              |                   |
|--------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO (AUTOR) |                    | ERIC TORQUATO NOGUEIRA (ADVOGADO)<br>BRUNO HENRIQUE CORTEZ DE PAULA (ADVOGADO)<br>CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO (ADVOGADO) |                   |
| Vera Cruz Seguradora S/A (RÉU)       |                    |                                                                                                                            |                   |
| Documentos                           |                    |                                                                                                                            |                   |
| Id.                                  | Data da Assinatura | Documento                                                                                                                  | Tipo              |
| 59694395                             | 10/09/2020 18:23   | <a href="#">Contestação</a>                                                                                                | Contestação       |
| 59695246                             | 10/09/2020 18:23   | <a href="#">2748287_CONTESTACAO_Anexo_04</a>                                                                               | Outros documentos |
| 59695247                             | 10/09/2020 18:23   | <a href="#">2748287_CONTESTACAO_Anexo_05</a>                                                                               | Outros documentos |

Contestacao



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

|                        |            |
|------------------------|------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA: | 22/01/2020 |
|------------------------|------------|

|                      |
|----------------------|
| NUMERO DO DOCUMENTO: |
|----------------------|

|              |          |
|--------------|----------|
| VALOR TOTAL: | 1.687,50 |
|--------------|----------|

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02010

CONTA: 000000114690-6

---

---

Nr. da Autenticação 690D89DB93C158F5



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200009141 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO **Data do acidente:** 25/09/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO. (P13/26)  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO  
ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                  | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um<br>tornozelo | 25 %                                            | Em grau médio - 50 %                                          | 12,5%     | R\$ 1.687,50             |
| Total                                           |                                                 |                                                               | 12,5 %    | R\$ 1.687,50             |





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200009141**

**Vítima: AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO**

**Data do Acidente: 25/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000002010**

**Conta: 00000114690-6**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: Antônio Martins Teixeira Júnior - 10/09/2020 18:23:33

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091018233285200000057278938>

Número do documento: 20091018233285200000057278938



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 068932044-26 4 - Nome completo da vítima: AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO 6 - CPF: 068932044-26  
7 - Profissão: GER. TEC. 8 - Endereço: RUA JOANA ELISA FERNANDES 9 - Número: 631 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: M.S. DA APRESENTAÇÃO 12 - Cidade: NATAL 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.115-565  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (84) 98833-6586

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:  
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).  
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 2010 CONTA: 00114690 6 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura  
do(a) Sr.  
representante  
legal ou do(a)  
beneficiário(a)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, NATAL RN 27 DE DEZEMBRO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 051802/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 15/10/2019 15:47 Data/Hora Fim: 15/10/2019 16:11  
Delegado de Polícia: Alzira Veiga de Medeiros

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos  
Data/Hora do Fato: 25/09/2019 17:20

Local do Fato

Município: Natal (RN)  
Logradouro: Rua Vale do Jaguaribe

Bairro: Nossa Senhora da  
Nº: s/n

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza                                                                                                           | Meio(s) Empregado(s) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB ) | Veículo              |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO (VÍTIMA , COMUNICANTE )

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Natal Sexo: Masculino Nasc: 18/01/1986  
Profissão: Gerente Técnico  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: NAZILDA MATIAS DE OLIVEIRA Nome do Pai: NADA CONSTA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 068.932.044-26  
RG - Carteira de Identidade: 2531993

Endereço

Município: Natal - RN  
Logradouro: R Joana E Fernandes Nº: 631  
Bairro: Nossa Senhora da Apresentação CEP: 59.115-565  
Telefone: (84) 98620-0086 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR )

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Natal - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

|                      |                                                  |
|----------------------|--------------------------------------------------|
| Grupo Veículo        | Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon |
| Descrição CARRO      | Veículo Adulterado? Não                          |
| Quantidade 1 Unidade | Situação Envolvido                               |
| Nome Envolvido       | Envolvimentos                                    |
| Desconhecido 1       | Possuidor                                        |



Delegado de Polícia Civil: Alzira Veiga de Medeiros  
Impresso por: Janir Azevedo de Paiva  
Data de Impressão: 12/11/2019 15:14  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: Antônio Martins Teixeira Júnior - 10/09/2020 18:23:33

<https://pje1g.trjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091018233285200000057278938>

Número do documento: 20091018233285200000057278938

Num. 59695246 - Pág. 5



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 051802/2019

|                                                 |                                                   |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Grupo Veículo</b>                            | <b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta              |
| <b>Descrição</b> MOTOCICLETA                    | <b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 010.975.454-90    |
| <b>Placa</b> QGO7528                            | <b>Renavam</b> 01167805442                        |
| <b>Número do Motor</b> KC22E0J156222            | <b>Número do Chassi</b> 9C2KC2200JR156203         |
| <b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2018/2018          | <b>Cor</b> BRANCA                                 |
| <b>UF Veículo</b> Rio Grande do Norte           | <b>Município Veículo</b> Natal                    |
| <b>Marca/Modelo</b> HONDA/CG 160 FAN            | <b>Modelo</b> HONDA/CG 160 FAN                    |
| <b>Veículo Adulterado?</b> Não                  | <b>Quantidade</b> 1 Unidade                       |
| <b>Situação</b> Envolvido, Meio Empregado       | <b>Última Atualização Denatran</b> 09/10/2018     |
| <b>Situação do Veículo</b> ALIENACAO FIDUCIARIA | <b>Alerta</b> Veículo com restrição Roubo / Furto |
| <b>Nome Envolvido</b>                           | <b>Envolvimentos</b>                              |
| AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO                    | Proprietário, Possuidor                           |

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE COMPARECEU A ESTA ESPECIALIZADA E INFORMOU QUE NA DATA E HORA CITADOS CONDUZIA A MOTOCICLETA EM TELA SAINDO DO TRABALHO, QUANDO UM VEÍCULO QUE NÃO SABE IDENTIFICAR AO CONVERTER A DIREITA SEM DÁ A PREFERENCIA A VÍTIMA, VEIO A COLIDIR E A VÍTIMA AO CAIR VEIO A SOFRER LESÕES CONFORME BAA DE NÚMERO 1839950/2019, ORIUNDO DO HOSPITAL DA UNIMED. INFORMOU QUE A REFERIDA MOTOCICLETA FORA ROUBADA NO DIA 13/10/2019, CONFORME OCORRÊNCIA DE NÚMERO J2019110001798. NADA MAIS DISSE

ASSINATURAS

Janir Azevedo de Paiva  
Agente de Polícia  
Matrícula 170.234-3  
Responsável pelo Atendimento

AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO  
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Alzira Veiga de Medeiros  
Impresso por: Janir Azevedo de Paiva  
Data de Impressão: 12/11/2019 15:14  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



26.09; 29/09; 07/10;

Hospital  
**Unimed**

**UNIMED NATAL SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**  
AV. ANTÔNIO BASÍLIO, 3598 - LAGOA NOVA - NATAL/RN - CEP:59054-380

**FICHA DE INTERNAMENTO**

FICHA DE REGISTRO - 25/09/2019 20:28

Nº ATEND.: 5

210 B

**DADOS DO PACIENTE:**

alta 01/10

Registro: 665337  
Nome: AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO  
Nascimento: 18/01/1986 00:00:00  
Idade: 33 anos  
Sexo: Masculino  
Estado Civil: RG: 2531993  
CPF: 068.932.044-26  
Mãe: NAZILDA MATIAS DE OLIVEIRA  
Endereço: R JOANA ELISA FERNANDES Nº 631 NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO  
Cidade: NATAL  
Estado: RN  
CEP: 59115-565  
E-mail: Procedência:

**DADOS DO RESPONSÁVEL:**

Nome: STEPHANY TEIXEIRA DE SOUSA  
RG: 3294225  
Endereço: CEP:  
Telefone: 84 988248729  
Parentesco: ESPOSA  
CPF: 70811276490

**DADOS DO CONVÊNIO:**

Convênio: UNIMED UNIFLEX  
Titular: AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO  
Matricula: 0620030010502931  
Val. Carteira: 31/01/2021  
Guia: 65610376  
Diária Autorizada: DIARIA DE ENFERMARIA  
Dias Autorizados: 1  
Validade da Guia: 26/09/2019

**INFORMAÇÕES DE INTERNAÇÃO:**

Unidade: G. VAGAS - SALA AMARELA ADULTO  
Leito: SL. AMARELA - 01  
ID: S25-TRAUM DE VASOS SANGUINEOS DO T

Tipo Leito: ENFERMAGEM

Renato Medeiros Toscano  
Assistente Administrativo  
Mat. 7208  
Hospital Unimed

**INFORMAÇÕES MÉDICO-HOSPITALARES:**

Médico Paciente: MARCONI MEDEIROS BRANDAO  
Observação: CONTRATO REGULAMENTADO SEM PRE-EXISTENCIA.

Lidiane Barreto  
Assistente Administrativo  
Mat. 6145  
Hospital Unimed  
LIDIANEBS  
Funcionário (a) Responsável

Data e hora da impressão: 25/09/2019 às 20:32

U.I - 6 = 138 = 1

Jaqueline Leal Costa  
Assistente Administrativo  
Mat. 6145  
Hospital Unimed

21.10.19

dl



65610376

CONTA EXTRA

| <b>1 - Registro ANS</b><br>[3][3][5][5][9]                                           |                                                  | <b>3 - Número da Guia Atribuída pela Operadora</b><br>[8][5][6][1][0][3][7][6]    |                  |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>4 - Data de Autorização</b><br>[2][5][0][9]/[2][0][1][9]                          |                                                  | <b>5 - Senha</b><br>[2][5][5][7][1][9][3][4]                                      |                  |                                                           |
|                                                                                      |                                                  | <b>6 - Data de Validade da Senha</b><br>[2][4]/[1][1]/[2][0][1][9]                |                  |                                                           |
| <b>Dados do Beneficiário</b>                                                         |                                                  |                                                                                   |                  |                                                           |
| <b>7 - Número da Carteira</b><br>[0][0][6][2][0][0][3][0][0][1][0][5][0][2][9][3][1] |                                                  | <b>8 - Validade da Carteira</b><br>[3][1]/[0][1]/[2][0][2][1]                     |                  |                                                           |
|                                                                                      |                                                  | <b>9 - Atendimento a RN</b><br>[N]                                                |                  |                                                           |
| <b>10 - Nome</b><br>AQUINO LUIZ OLIVEIRA NT                                          |                                                  | <b>11 - Cartão Nacional de Saúde</b><br>[7][0][3][4][0][1][3][0][3][2][3][6][0]   |                  |                                                           |
| <b>Dados do Contratado Solicitante</b>                                               |                                                  |                                                                                   |                  |                                                           |
| <b>12 - Código na Operadora</b><br>[3][6][4][2]                                      |                                                  | <b>13 - Nome do Contratado</b><br>MARCONI MEDEIROS BRANDAO                        |                  |                                                           |
| <b>14 - Nome do Profissional Solicitante</b>                                         |                                                  | <b>15 - Conselho Profissional</b><br>[6]                                          |                  |                                                           |
|                                                                                      |                                                  | <b>16 - Número do Conselho</b><br>[3][6][4][2]                                    |                  |                                                           |
|                                                                                      |                                                  | <b>17 - UF</b><br>[R/N]                                                           |                  |                                                           |
|                                                                                      |                                                  | <b>18 - Código CBD</b><br>[2][2][5][2][7]                                         |                  |                                                           |
| <b>Dados do Hospital/Local Solicitado / Dados da Internação</b>                      |                                                  |                                                                                   |                  |                                                           |
| <b>Código na Operadora / CNPJ</b><br>[1][0][0][0][0][2][8]                           |                                                  | <b>20 - Nome do Hospital / Local Solicitado</b><br>UNIMED NATAL (HOSPITAL UNIMED) |                  |                                                           |
|                                                                                      |                                                  | <b>21 - Data Sugerida para Internação</b><br>[2][5][0][9]/[2][0][1][9]            |                  |                                                           |
| <b>22 - Caracter de Atendimento</b><br>[2]                                           |                                                  | <b>23 - Tipo de Internação</b><br>[2]                                             |                  |                                                           |
|                                                                                      |                                                  | <b>24 - Regime de Internação</b><br>[1]                                           |                  |                                                           |
|                                                                                      |                                                  | <b>25 - Qtde. Diárias Solicitadas</b><br>[1][1]                                   |                  |                                                           |
|                                                                                      |                                                  | <b>26 - Previsão de uso de OPME</b><br>[N]                                        |                  |                                                           |
|                                                                                      |                                                  | <b>27 - Previsão de uso de quimioterápico</b><br>[N]                              |                  |                                                           |
| <b>28 - Indicação Clínica</b><br>fratura no tornozelo                                |                                                  |                                                                                   |                  |                                                           |
| <b>29 - CID-10 Principal (Opcional)</b><br>[S][2][5]                                 |                                                  |                                                                                   |                  |                                                           |
| <b>30 - CID-10 (2) (Opcional)</b><br>[ ] [ ] [ ] [ ]                                 |                                                  |                                                                                   |                  |                                                           |
| <b>31 - CID-10 (3) (Opcional)</b><br>[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                         |                                                  |                                                                                   |                  |                                                           |
| <b>32 - CID-10 (4) (Opcional)</b><br>[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                 |                                                  |                                                                                   |                  |                                                           |
| <b>33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)</b><br>[2]            |                                                  |                                                                                   |                  |                                                           |
| <b>Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados</b>                              |                                                  |                                                                                   |                  |                                                           |
| 34 - Tabela                                                                          | 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 36 - Descrição                                                                    | 37 - Qtd. Solts. | 38 - Qtd. Aut.                                            |
| 01                                                                                   | [1][8] [0][0][6][0][0][0][1][8][0][5]            | DIARIA DE QUARTO COLETIVO                                                         | [0][0][1]        | [0][0][1]                                                 |
| 02                                                                                   | [2][2] [0][0][3][0][7][2][8][1][1][8]            | FRATURAS E/OU LUXAÇÕES AO NÍVEL DO TORNOZELO - REDUÇÃO INCRU                      | [0][0][1]        | [0][0][1]                                                 |
| 03                                                                                   | [2][2] [0][0][3][0][7][2][8][1][4][2]            | LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO NÍVEL DO TORNOZELO - TRATAMENT                      | [0][0][1]        | [0][0][1]                                                 |
| 04                                                                                   | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]          |                                                                                   | [ ] [ ] [ ]      | [ ] [ ] [ ]                                               |
| 05                                                                                   | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]          |                                                                                   | [ ] [ ] [ ]      | [ ] [ ] [ ]                                               |
| 06                                                                                   | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]          |                                                                                   | [ ] [ ] [ ]      | [ ] [ ] [ ]                                               |
| 07                                                                                   | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]          |                                                                                   | [ ] [ ] [ ]      | [ ] [ ] [ ]                                               |
| 08                                                                                   | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]          |                                                                                   | [ ] [ ] [ ]      | [ ] [ ] [ ]                                               |
| 09                                                                                   | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]          |                                                                                   | [ ] [ ] [ ]      | [ ] [ ] [ ]                                               |
| 10                                                                                   | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]          |                                                                                   | [ ] [ ] [ ]      | [ ] [ ] [ ]                                               |
| 11                                                                                   | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]          |                                                                                   | [ ] [ ] [ ]      | [ ] [ ] [ ]                                               |
| 12                                                                                   | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]          |                                                                                   | [ ] [ ] [ ]      | [ ] [ ] [ ]                                               |
| <b>Dados da Autorização</b>                                                          |                                                  |                                                                                   |                  |                                                           |
| <b>39 - Data Prevista de Admissão Hospitalar</b><br>[2][5][0][9]/[2][0][1][9]        |                                                  | <b>40 - Qtde. Diárias Autorizadas</b><br>[1][1]                                   |                  | <b>41 - Tipo da Acomodação</b><br>[1][1]                  |
| <b>42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado</b><br>[1][1][0][0][0][0][2][8]        |                                                  | <b>43 - Nome do Hospital / Local Autorizado</b><br>UNIMED NATAL (HOSPITAL UNIMED) |                  | <b>44 - Código CNEB</b><br>[9][9][9][9][9][9]             |
| <b>45 - Observação / Justificativa</b><br>CONTRATO REGULAMENTADO SEM PREEEXISTENCIA  |                                                  |                                                                                   |                  |                                                           |
| <b>46 - Data de Solicitação</b><br>[2][5][0][9]/[2][0][1][9]                         |                                                  | <b>47 - Assinatura do Profissional Solicitante</b>                                |                  | <b>48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b><br> |
|                                                                                      |                                                  |                                                                                   |                  | <b>49 - Assinatura do Responsável pela Autorização</b>    |





# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador

|                                                                                                            |  |                                                           |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>335562                                                                                 |  | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora               |  |
| 4 - Data da Autorização                                                                                    |  | 5 - Senha                                                 |  |
| 6 - Data de Validade da Senha                                                                              |  |                                                           |  |
| Dados do Beneficiário                                                                                      |  |                                                           |  |
| 7 - Número da Carteira<br>00620030010509931                                                                |  | 8 - Validade da Carteira<br>31/01/2021                    |  |
| 9 - Atendimento a RN                                                                                       |  |                                                           |  |
| 10 - Nome<br>AGUIAR CC12 OLIVEIRA                                                                          |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde                             |  |
| Dados do Contratado Solicitante                                                                            |  |                                                           |  |
| 12 - Código na Operadora                                                                                   |  | 13 - Nome do Contratado                                   |  |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante<br>Marconi M. Brandão<br>Ortopedia e Traumatologia<br>CRM 3442       |  | 15 - Conselho Profissional<br>CRM                         |  |
| 16 - Número no Conselho<br>3642                                                                            |  | 17 - UF                                                   |  |
| 18 - Código CBO                                                                                            |  |                                                           |  |
| Dados do Hospital/Local Solicitado / Dados da Internação                                                   |  |                                                           |  |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ                                                                            |  | 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado<br>HOSPITAL UNIMED |  |
| 21 - Data sugerida para internação                                                                         |  |                                                           |  |
| 22 - Caráter do Atendimento                                                                                |  | 23 - Tipo de Internação                                   |  |
| 24 - Regime de Internação                                                                                  |  | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas                            |  |
| 26 - Previsão de uso de OPME                                                                               |  | 27 - Previsão de uso de quimioterápico                    |  |
| 28 - Indicação Clínica<br>FRATURA DE Ulnar - PERNA E<br>+ LESÃO LIGAMENTAR                                 |  |                                                           |  |
| 29 - CID 10 Principal<br>S725                                                                              |  | 30 - CID 10 (2)<br>S726                                   |  |
| 31 - CID 10 (3)                                                                                            |  | 32 - CID 10 (4)                                           |  |
| 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)                                                |  |                                                           |  |
| Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados                                                           |  |                                                           |  |
| 34 - Tabela                                                                                                |  | 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial          |  |
| 36 - Descrição                                                                                             |  | 37 - Qtde Solic                                           |  |
| 38 - Qtde Aut                                                                                              |  |                                                           |  |
| 01- 30720118                                                                                               |  | TRAT EMERGENTE                                            |  |
| 02- 30720192                                                                                               |  | TRAT EMERGENTE                                            |  |
| 03- 30720192                                                                                               |  | TRAT EMERGENTE                                            |  |
| 04- 30720192                                                                                               |  | TRAT EMERGENTE                                            |  |
| 05- 30720192                                                                                               |  | TRAT EMERGENTE                                            |  |
| 06- 30720192                                                                                               |  | TRAT EMERGENTE                                            |  |
| 07- 30720192                                                                                               |  | TRAT EMERGENTE                                            |  |
| 08- 30720192                                                                                               |  | TRAT EMERGENTE                                            |  |
| 09- 30720192                                                                                               |  | TRAT EMERGENTE                                            |  |
| 10- 30720192                                                                                               |  | TRAT EMERGENTE                                            |  |
| 11- 30720192                                                                                               |  | TRAT EMERGENTE                                            |  |
| 12- 30720192                                                                                               |  | TRAT EMERGENTE                                            |  |
| Dados da Autorização                                                                                       |  |                                                           |  |
| 39 - Data Provável da Admissão Hospitalar                                                                  |  | 40 - Qtde. Diárias Autorizadas                            |  |
| 41 - Tipo da Acomodação Autorizada                                                                         |  |                                                           |  |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado                                                                 |  | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado                  |  |
| 44 - Código CNES                                                                                           |  |                                                           |  |
| 45 - Observação / Justificativa                                                                            |  |                                                           |  |
| 46 - Data da Solicitação<br>25/03/2020                                                                     |  |                                                           |  |
| 47 - Assinatura do Profissional Solicitante<br>Marconi M. Brandão<br>Ortopedia e Traumatologia<br>CRM 3442 |  | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável            |  |
| 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                            |  |                                                           |  |

Do: AVANÇOS DO DR MANUELO ROBERTO



**COMUNICADO IMPORTANTE**

NATAL, 25 de Setembro de 2019

Prezados (as) senhores (as),

A diretoria do Hospital Unimed Natal alerta aos pacientes, familiares, visitantes, médicos e colaboradores para a prática ilícita de abordagens por telefone que requeiram quaisquer tipos de informações, principalmente no que se refere a depósitos ou transferência bancária para qualquer finalidade, relacionada ao tratamento médico de pacientes em internação.

Reiteramos que o Hospital Unimed Natal atende exclusivamente aos pacientes beneficiários do sistema Unimed e que não é de procedimento da unidade fornecer ou solicitar informações por telefone sobre o detalhamento assistencial de seus pacientes.

O pagamento de procedimentos não cobertos, quaisquer que sejam e se necessários, serão conduzidos presencialmente por meio da diretoria do Hospital.

Atenciosamente,  
Dr. Emerson Luis Campelo Oliveira  
Dietor Técnico Médico

*Dr. Emerson Luis Campelo Oliveira*



CDHPM SE EDIÇÃO 2010

SOCIEDADE COOP. DE TRABALHO MÉDICO - UNIMED NATAL

Rua Mipibú,

Telefone (84) 303337 / Num. Carteira: 0620030010502931

Nome: AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

Nasc.: 18/01/1985 00:00 / Sexo: M

Internação: 25/09/2019

Mae: NAZILDA MATIAS DE OLIVEIRA

Unimed



Natal

SOLICIT

DICAMENTOS DE ALTO CUSTO

Usuário: Aquino Luiz de Oliveira Neto

Código: \_\_\_\_\_ Data do Internamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Dias: Solicit.: \_\_\_\_\_ Lib.: \_\_\_\_\_ Diagn.: \_\_\_\_\_

Cód. Solicitado: \_\_\_\_\_ Internação: ☐ Clínica ☐ Cirúrgica ☐ UTI

Médico Assistente: Dr. Marcelo N. Rocha Médico Auditor: \_\_\_\_\_

☐ Parecer (Avaliação): Especialista: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

☐ Acompanhamento: Especialista: \_\_\_\_\_ ☐ Sim ☐ Não

☐ Prorrogação: Dias: \_\_\_\_\_ ☐ Sim ☐ Não

☐ Isolamento: \_\_\_\_\_ ☐ Sim ☐ Não

☐ Nutrição: ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Sim ☐ Não

☒ Mudança de Procedimento: ☐ Sim ☐ Não

Procedimento Anterior: Tratamento Clínico (3072812-6)

Procedimento Atual: Tratamento Cirúrgico de Fratura Torçozela +

☐ Ventilação não invasiva: Tratamento Cirúrgico de Fratura Torçozela +

☒ Materiais de Alto Custo: Tratamento Cirúrgico de Fratura Torçozela +

Especificar: Fratura Torçozela + 2 Anclagens + 2 Parafusos C.P.S.

de Placa Anterior para Fíbula Bloqueada

+ 10 parafusos de bloqueio + 2 Parafusos C.P.S.

☐ Medicamentos de alto custo: + 2 Anclagens ☐ Sim ☐ Não

Especificar: \_\_\_\_\_

Justificativa do Médico Assistente para o procedimento solicitado:

paciente com fratura bimalar da

da torçozela esquerda, necessitando

de redução ligamentar, fratura art.

culon e fixação das fraturas.

Data: 25/09/2019 Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

ANS - nº 33559-2



Dr. EMERSON LUIS CAMPELO  
Diretor Técnico Médico  
CRM-RN 4257 / RQE: 957

ADMISSÃO: 25/09/2019 20:28:44 IH: 5

Paciente: 665337 - AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

Idade: 12305 dias

Nascimento: 18/01/1986 00:00:00

Sexo: Masculino

Mãe: NAZILDA MATIAS DE OLIVEIRA

Matrícula: 0620030010502931

Validade: 31/01/202

Convênio: UNIMED UNIFLEX

Evolução: 27/09/2019 07:44:09 Gravação: 27/09/2019 07:45:51 Setor: U20 UNIDADE INTERNACAO 2

07HS RECEBEU PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO EM O2 AMBIENTE, MANTEM AVP, VIABILIZANDO HV,  
MANTEM DIETA ZERO ATE 2.º ORDEM, DIURESE ESPONTANEA, SEGUE AOS CUIDADOS.

Alexsandro Bernardino  
COREN-RN 738.253-TE

Téc. ALEXSANDRO BERNARDINO COREN 738253

Evolução: 27/09/2019 10:15:18 Gravação: 27/09/2019 10:16:24 Setor: U20 UNIDADE INTERNACAO 2

08HS ADM MEDICAÇÃO DE HORARIO.  
09HS PACIENTE HIGIENIZADO NO WC.

Alexsandro Bernardino  
COREN-RN 738.253-TE

Téc. ALEXSANDRO BERNARDINO COREN 738253

Evolução: 27/09/2019 11:31:46 Gravação: 27/09/2019 11:35:18 Setor: U20 UNIDADE INTERNACAO 2

11:40H PACIENTE ENCAMINHADO AO CC COM AUXILIAR DE TRANSPORTE E TÉCNICO DE ENFERMAGEM.

Alexsandro Bernardino  
COREN-RN 738.253-TE

Téc. ALEXSANDRO BERNARDINO COREN 738253



Dr. EMERSON LUIS CAMPELO  
Diretor Técnico Médico  
CRM-RN 4257 / RQE: 957

ADMISSÃO: 25/09/2019 20:28:44 IH: 5

Paciente: 665337 - AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

Idade: 12305 dias

Nascimento: 18/01/1986 00:00:00

Sexo: Masculino

Mãe: NAZILDA MATIAS DE OLIVEIRA

Matrícula: 0620030010502931

Validade: 31/01/2022

Convênio: UNIMED UNIFLEX

Evolução: 27/09/2019 16:54:05 Gravação: 27/09/2019 16:59:41 Setor: U20 UNIDADE INTERNACAO 2

16:20 PACIENTE RETORNOU DO CENTRO CIRURGICO EM O2 AMBIENTE POI DE FRATURA DE TORNOZELO  
ESQUERSO . CONSCIENTE , ORIENTADO EM REPOUSO NO LEITO NA HVP 28 GTS POR MIN . NEGA  
ALERGIA A MEDICAÇÃO E AFIRMA ALERGI A A OVO COM DIETA VO E ELIMINAÇÕES EM PAPAGAIO .  
16:40 AFERIDO SSVV PACIENTE ESTAVEL

Téc. JUSSIER DE ALMEIDA SILVA COREN 715968

Evolução: 27/09/2019 18:24:11 Gravação: 27/09/2019 18:25:12 Setor: U20 UNIDADE INTERNACAO 2

18:00ADM CEFALOTINA 1G + 10 DE ABD EV

18:30 PACIENTE SEGUE EM O2 AMBIENTE AOS CUIDADOS DA EQUIPE

Jussier de Almeida Silva  
Coren: 715968-TE

Téc. JUSSIER DE ALMEIDA SILVA COREN 715968



PROTOCOLO DE TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

Hospital

PERSONAL  
RSON LUIS CAMPELO  
Diretor Técnico Médico  
CRM-RN 4257 / RQE-957

Unimed



Data: 27/09/2019 11:32:31

Paciente: 665337 AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

Sexo: M Nascimento: 06/01/1986 00:00 Cidade: 3

Admissão: 25/09/2019 20:28:44 IH: 5 Leito: 210B - ENF

Mãe: NAZILDA MATIAS DE OLIVEIRA

Origem: U: 2 ANDAR Data: 27/09/2019 Hora de Saída: 40

Destino: CENTRO CIRUR

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Alergias: NEGA

Indicação: INTERNAÇÃO

do

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO TRANSPORTE:

Gestante: ☒ INAC

Alteração hemodinâmica:

N

Monitorização: ☒ X INAC

Oxigenioterapia: ☒ X INAC

Cateter Central: ☒ X INAC

Traqueostomia: ☒ X INAC

Drogas Vasoativas: ☒ X INAC

Ventilação Mecânica: ☒ X INAC

MEDIO RISCO

Precaução:

☐ Aerosóis ☐ Contato ☐ Padrão ☐ Gotícula ☐ N/A

RECOMENDAÇÕES

| TIPO DE PRECAUÇÕES       | TIPO DE PRECAUÇÕES                                                                                                                                                                                               | CLIENTE           |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Precauções por contato   | * Não é necessário o uso de luvas e/ou avental durante o transporte.<br>* Usar luvas de procedimento, apenas se for manipular cliente.<br>* Após o transporte, realizar desinfecção da maca ou cadeira de rodas. |                   |
| Precauções por aerossóis | Somente usar máscara N95 (PFF2), se o paciente NÃO estiver com a máscara cirúrgica.                                                                                                                              | Máscara cirúrgica |
| Precauções por gotículas | Somente usar máscara cirúrgica se o cliente estiver sem máscara cirúrgica.                                                                                                                                       | Máscara cirúrgica |
| Precauções por padrão    | Sem observações.                                                                                                                                                                                                 |                   |

AVLIAÇÃO CLINICA

SINAIS VITAIS PRÉ-TRANSPORTE

PA: 150 X 80 mmHg FC: 86 bpm FR: 19 rpm SPO2: 96 % TEMP: 36 °C

RESPIRATÓRIO: ☐ IOT ☐ SP ☐ CN ☒ AR AMBIENTE

DISPOSITIVOS INVASIVOS: ☐ BICC ☐ Dissecção Vascular ☐ Periférico ☐ PAI ☐ SOG ☐ SNG ☐ SNE

☐ Dreno de Tórax ☐ DVE ☐ SVA ☐ SVD ☐ OUTROS

MEDICAÇÕES

HV: Drogas Vasoativas: ☒ INAC

Antibióticos: ☒ INAO

OBSERVAÇÕES

|                                                                            |                             |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| TRANSPORTE PARA HEMODINÂMICA/SADT                                          | TRANSPORTE PARA OBSTETRÍCIA |
| FUNÇÃO RENAL: <input checked="" type="checkbox"/> Normal mg/dl Creatinina: | Score Malinas:              |
| TEMPO DE JEJUM:                                                            |                             |

PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DO TRANSPORTE:

Médico

Enfermeiro

Fisioterapeuta

Alexsandro Bernardino  
CRM-RN 738.253-TE  
Técnico de Enfermagem

Aux. de Transporte

COMUNICAÇÃO EFETIVA

Gerência de Tecnologia da Informação - GTI/HU27/09/2019 11:34:10

Página 1 / 2



Assinado eletronicamente por: Antônio Martins Teixeira Júnior - 10/09/2020 18:23:33

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091018233337400000057278939

Número do documento: 20091018233337400000057278939

Num. 59695247 - Pág. 1

PROTOCOLO DE TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

Hospital

RSON LUIS CAMPELO  
Diretor Técnico Médico  
CRM-RN 4257 / RQE: 957

Unimed



Data: 27/09/2019 11:32:31

Paciente: 665337 AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

Sexo: M Nascimento: 8/01/1986 00:00:00 Idade: 33

Admissão: 25/09/2019 20:28:44 IH: 5 Leito: 210B - ENF

Mãe: NAZILDA MATIAS DE OLIVEIRA

ALEXSANDRO BERNARDINO

Téc. ALEXSANDRO BERNARDINO COREN 738253

profissional do setor de destino



# TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL

Hospital

Dr. EMERSON LUIS CAMPELO OLIVEIRA  
Diretor Técnico Médico  
CRM-RN 4257 / RQE 957

Unimed



Data: 26/09/2019 15:08:27

Paciente: 665337 AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

Sexo: M Nascimento: 18/01/1986 00:00:00 Idade: 33

Convênio: UNIMED UNIFLEX (0620030010502931)

Admissão: 25/09/2019 20:28:44

IH: 5 Leito: 210B - ENF

Mãe: NAZILDA MATIAS DE OLIVEIRA

## TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL

Perfil internação: Cirúrgico

Primeira Triagem: ☒ Sim ☐ Não Dt. intern: 25/09/2019 22:13

Diagnóstico: PRE DE FRATURA EM TORNOZELO E TIBIA ESQUERDA

NRS - 2002 - Triagem nutricional

### Classificação de Risco Nutricional

| Classificação                                   | Sim                                 | Não                                 |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| IMC < 20,5 Kg/m <sup>2</sup> ?                  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Perda de peso nos últimos 3 meses?              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Redução de ingestão alimentar na última semana? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Saúde gravemente comprometida?                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |

Fonte: (KONDRUP et al., 2003).

Se SIM, continue e preencha a parte 2.

NAO, reavalie o paciente semanalmente. Caso seja indicada operação de grande porte, continue e preencha a parte 2 (triagem final).

### NRS - 2002 - Triagem do risco nutricional

| Prejuízo do estado nutricional                                                                                                                                                                                           | Gravidade da doença (aumento das necessidades nutricionais)                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ausente<br>NRS - 2002 - Triagem do risco nutricional                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Ausente<br>Necessidades nutricionais normais                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Leve<br>Perda de peso > 5% em 3 meses ou ingestão alimentar menor que 50-75% da necessidade normal na última semana.                                                                            | <input type="checkbox"/> Leve<br>Fratura de quadril; pacientes crônicos, em particular com complicações agudas, cirrose, DOPC, hemodíalise crônica, diabetes e câncer. |
| <input type="checkbox"/> Moderado<br>Perda de peso > 5% em 2 meses ou IMC 18,5-20,5 kg/m <sup>2</sup> + condição geral comprometida ou ingestão alimentar de 25-60% da necessidade normal na última semana.              | <input type="checkbox"/> Moderado<br>Cirurgias abdominais de grande porte, fraturas, pneumonia severa, leucemias e linfomas.                                           |
| <input type="checkbox"/> Grave<br>Perda de peso > 5% em 1 mês (ou > 15% em 3 meses) ou IMC < 18,5 kg/m <sup>2</sup> + condição geral comprometida ou ingestão alimentar de 0-25% da necessidade normal na última semana. | <input type="checkbox"/> Grave<br>Trauma craniano, transplante de medula óssea, pacientes em cuidados intensivos (APACHE > 10).                                        |

PONTUAÇÃO TOTAL: 0

Reavaliar paciente semanalmente. Caso o paciente tenha indicação de cirurgia de grande porte, considerar plano de cuidado nutricional para evitar riscos associados.

### NÍVEL DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL:

Nível

- ☒ Primário  
☐ Secundário  
☐ Terciário

#### Ações propostas em nível hospitalar/internação

- Triagem nutricional em até 48 horas;
- Planejamento dietético;
- Reavaliação após 1 semana;
- Visita Nutricional a cada 72h ou conforme solicitação do paciente/médico.

### CONDUTA DIETOTERÁPICA/OBSERVAÇÕES:

PESO - 87KG  
ALTURA - 171CM

Nut. ANNE POLLYANA NASCIMENTO DOS SANTOS CRN 7778



Paciente: 665337-AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

Sexo: M Nasc.: 18/01/1986 - 33 anos

Nome da Mãe: NAZILDA MATIAS DE OLIVEIRA

Admissão: 25/09/2019 20:28:4

IH: 5

Data Checklist: 28/09/2019 11:59:

In

**CHECKLIST DO PROTOCOLO DE ÚLCERA DE PRESSÃO**

**Escala de BRADEN**

**PERCEÇÃO SENSORIAL**

1. Totalmente Limitado
2. Muito Limitado
3. Levemente Limitado
4. Nenhuma Limitação

RESPOSTA 3

**UMIDADE**

1. Completamente Molhado
2. Muito Molhado
3. Ocasionalmente molhado
4. Raramente Molhado

RESPOSTA 4

**ATIVIDADE**

1. Acamado
2. Cadeira de Rodas
3. Deambula com Auxílio
4. Deambula

RESPOSTA 2

**MOBILIDADE**

1. Imóvel
2. Muito Limitado
3. Levemente Limitado
4. Nenhuma Limitação

RESPOSTA 2

**NUTRIÇÃO**

1. Muito Pobre
2. Provavelmente Inadequada
3. Adequada
4. Excelente

RESPOSTA 4

**FRICÇÃO**

1. Problema
2. Problema em Potencial
3. Nenhum Problema

RESPOSTA 2

**Recomendações**

Pontuação obtida: 17

Conclusão: BAIXO RISCO

**BAIXO RISCO (Pontuação  $\geq 15$  e  $\leq 18$ )**

\*Cronograma de mudança de decúbito;

\*Otimização da mobilização;

\*Proteção do calcanhar;

\*Manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento.

Pele íntegra na Admissão? Sim

Adquiriu UPP no HUN? Não Quando?

Este Checklist: Rotina

Score Admissão:

OBSERVAÇÃO

Pele íntegra?

Como foi obtida?

UPP em:

Local obtenção:

Notificação do evento adverso em:

Heberson Ramos Alves  
Téc. Enfermagem

Téc. HEBERSON RAMOS ALVES (COREN - 1166268)



DR. LUIS CAMPELO  
Diretor Técnico Médico  
CRM-RN 4257 / ROF: 957

Unimed



Data: 28/09/2019 11:56:55

Paciente: 665337 AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

Sexo: M Nascimento: 18/01/1986 00:00 Idade: 33

Convênio: UNIMED UNIFLEX (0620030010502931)

Admissão: 25/09/2019 20:28:44 IH: 5 Leito: 210B - ENF

Mãe: NAZILDA MATIAS DE OLIVEIRA

| ÁREA DE CUIDADO                           |                                                                                                      | GRADUAÇÃO A COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL                                                   |                                                                                       |                                                                 |                                                                   |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| ESTADO MENTAL:                            | <input type="checkbox"/> Inconsciente/ Vígi                                                          | <input type="checkbox"/> Período de Inconsciência                                       | <input type="checkbox"/> Períodos de desorientação                                    | <input checked="" type="checkbox"/> Orientado no tempo e espaço | <input checked="" type="checkbox"/> Não depende de O <sup>2</sup> |
| OXIGENACAO:                               | <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica / BIPAP                                                 | <input type="checkbox"/> Uso contínuo de máscara ou cateter de O <sup>2</sup>           | <input type="checkbox"/> Uso intermitente ou cateter de O <sup>2</sup>                | <input type="checkbox"/> Controle de 1/1h                       | <input checked="" type="checkbox"/> Controle de 2/2h              |
| SINAIS VITAIS:                            | <input type="checkbox"/> Incapaz de se movimentar                                                    | <input type="checkbox"/> Dificuldade para se movimentar                                 | <input type="checkbox"/> Limitações de Movimentos                                     | <input checked="" type="checkbox"/> Se movimentar Sozinha       | <input type="checkbox"/> Deambula sozinha                         |
| DEAMBULACAO:                              | <input type="checkbox"/> Restrito ao leito                                                           | <input type="checkbox"/> Uso de cadeira de rodas                                        | <input type="checkbox"/> Auxílio para deambular                                       | <input checked="" type="checkbox"/> Oral com auxílio            | <input checked="" type="checkbox"/> Autossuficiente               |
| ALIMENTACAO:                              | <input type="checkbox"/> Banho no leito e higiene oral pela enfermagem                               | <input type="checkbox"/> Banho de chuveiro e higiene oral pela enfermagem               | <input checked="" type="checkbox"/> Auxílio no banho de chuveiro e/ou na higiene oral | <input type="checkbox"/> Uso de vaso sanitários com auxílio     | <input checked="" type="checkbox"/> Autossuficiente               |
| ELIMINACAO:                               | <input type="checkbox"/> Evacuação no leito e uso de SVD p/ controle                                 | <input checked="" type="checkbox"/> Uso de Comodres ou fraldas                          | <input type="checkbox"/> EV contínua ou através de SNE                                | <input checked="" type="checkbox"/> EV intermitente             | <input checked="" type="checkbox"/> IM ou VO                      |
| TERAPEUTICA:                              | <input type="checkbox"/> Drogas vasoativas                                                           | <input type="checkbox"/> >30min 3X pela enfermagem                                      | <input type="checkbox"/> >15 e <30min 2x pela enfermagem                              | <input type="checkbox"/> >05 e <15 1x pela enfermagem           | <input checked="" type="checkbox"/> Sem curativo                  |
| TEMPO CURATIVO                            | <input type="checkbox"/> Solução de continuidade com destruição da derme, epiderme e/ou cicatrização | <input type="checkbox"/> Solução de continuidade envolvendo tecido subcutâneo e músculo | <input type="checkbox"/> Alteração da cor da pele                                     | <input checked="" type="checkbox"/> Pele íntegra                |                                                                   |
| INTEGRIDADE CUTANEO-MUCOSA E PROMETIMENTS |                                                                                                      |                                                                                         |                                                                                       |                                                                 |                                                                   |
| COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL                 | 15 CUIDADO MÍNIMO                                                                                    |                                                                                         |                                                                                       |                                                                 |                                                                   |

Hegbson Ramos Alves  
Téc. Enfermagem  
COREN-PA 1166268

Téc. HEGBSON RAMOS ALVES COREN 1166268



# PROTOCOLO DE TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

Hospital

Dr. EMERSON LUIS CAMPELO OLIVEIRA  
Diretor Técnico Médico  
CRM-RN 4257 / RQE-957

Unimed



Data: 27/09/2019 15:55:25

Paciente: 665337 AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

Sexo: M Nascimento: 18/01/1986 00:00:00 Idade: 33

Admissão: 25/09/2019 20:28:44

IH: 5 Leito: 210B - ENF

Mãe: NAZILDA MATIAS DE OLIVEIRA

Origem: CENTRO CIRÚRGICO

Data: 27/09/2019

Hora de Saída: 15:55

Destino: UI 2 ANDAR

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Alergias: NEGA

Indicação do Procedimento:

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO TRANSPORTE:

Gestante: ☒ NÃO

Alteração hemodinâmica:

N

Monitorização: ☒ NÃO

Oxigenioterapia: ☒ NÃO

Cateter Central: ☒ NÃO

Traqueostomia: ☒ NÃO

Drogas Vasoativas: ☒ NÃO

Ventilação Mecânica: ☒ NÃO

MÉDIO RISCO

Precaução:

☐ Aerosóis ☐ Contato ☐ Padrão ☐ Gotícula ☐ N/A

## RECOMENDAÇÕES

| TIPO DE PRECAUÇÕES      | TIPO DE PRECAUÇÕES                                                                                                                                                                                               | CLIENTE           |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Precauções por contato  | * Não é necessário o uso de luvas e/ou avental durante o transporte.<br>* Usar luvas de procedimento, apenas se for manipular cliente.<br>* Após o transporte, realizar desinfecção da maca ou cadeira de rodas. | .....             |
| Precauções por aerosóis | Somente usar máscara N95 (PFF2), se o paciente NÃO estiver com a máscara cirúrgica.                                                                                                                              | Máscara cirúrgica |
| Precauções por gotícula | Somente usar máscara cirúrgica se o cliente estiver sem máscara cirúrgica.                                                                                                                                       | Máscara cirúrgica |
| Precauções por padrão   | Sem observações.                                                                                                                                                                                                 | .....             |

## AValiação Clínica

### SINAIS VITAIS PRÉ-TRANSPORTE

PA: 120 X 80 mmHg FC: 58 bpm FR: 19 rpm SPO2: 98 % TEMP: 36 °C

RESPIRATÓRIO ☐ IOT ☐ SP ☐ SP ☐ CN ☒ AR AMBIENTE

DISPOSITIVOS INVASIVOS ☐ PICC ☐ Dissecção Venosa ☒ Periférico ☐ PAI ☐ SOG ☐ SNG ☐ SNE

☐ Dreno de Tórax ☐ DVE ☐ SVA ☐ SVD ☐ OUTROS

### MEDICAÇÕES

HV: Drogas Vasoativas ☒ NÃO

Antibióticos ☐ NÃO

## OBSERVAÇÕES

| TRANSPORTE PARA HEMODINÂMICA/SADT     | TRANSPORTE PARA OBSTETRÍCIA |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| FUNÇÃO RENAL Uréia: mg/dl Creatinina: | Score Malinas:              |
| TEMPO DE JEJUM:                       |                             |

## PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DO TRANSPORTE:

Médico

Enfermeiro

Fisioterapeuta

Técnico de Enfermagem

Aux. de Transporte

## COMUNICAÇÃO EFETIVA

Gerência de Tecnologia da Informação - GTI/HUN

27/09/2019 15:56:51

Página 1 /



Assinado eletronicamente por: Antônio Martins Teixeira Júnior - 10/09/2020 18:23:33

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091018233337400000057278939

Número do documento: 20091018233337400000057278939

Num. 59695247 - Pág. 6

# PROTOCOLO DE TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

Hospital

Dr. EMERSON LUIS CAMPELO OLIVEIRA  
Diretor Técnico Médico  
CRM-RN 4257 / RQE 957

**Unimed**



Data: 27/09/2019 15:55:25

Paciente: 665337 AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

Sexo: M Nascimento: 18/01/1986 00:00:00 Idade: 33

Mãe: NAZILDA MATIAS DE OLIVEIRA

Admissão: 25/09/2019 20:28:44

IH: 5

Leito: 210B - ENF

JOSE IZAIAS PEREIRA  
COREN 413057

Téc. JOSE IZAIAS PEREIRA COREN 413057

Jussier Almeida Silva  
COREN 715968-TE  
profissional do setor de destino



# TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL

Hospital

Dr. EMERSON LUIS CAMPELO OLIVEIRA  
Diretor Técnico Médico  
CRM-RN 4257 / RQE 557

Unimed



Data: 01/10/2019 13:43:21

Paciente: 665337 AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

Sexo: M Nascimento: 18/01/1986 00:00:00 Idade: 33

Convênio: UNIMED UNIFLEX (0620030010502931)

Admissão: 25/09/2019 20:28:44

IH: 5

Leito: 210B - ENF

Mãe: NAZILDA MATIAS DE OLIVEIRA

## TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL

Primeira Triagem: ☐ Sim ☒ Não

DT\_intern: 25/09/2019 22:13

Perfil internação: Cirúrgico

Diagnóstico: PO DE CORREÇÃO DE FRATURA DE TÍBIA E TORNOZELO ESQUERDO

NRS - 2002 - Triagem nutricional

### Classificação de Risco Nutricional

| Classificação                                   | Sim                                 | Não                                 |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| IMC < 20,5 Kg/m²?                               | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Perda de peso nos últimos 3 meses?              | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Redução de ingestão alimentar na última semana? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Saúde gravemente comprometida?                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Fonte: (KONDRUP et al., 2003).

Se SIM, continue e preencha a parte 2.

Se NÃO, reavalie o paciente semanalmente. Caso seja indicada operação de grande porte, continue e preencha a parte 2 (triagem final).

### NRS - 2002 - Triagem do risco nutricional

| Prejuízo do estado nutricional                                                                                                                                                                                     | Gravidade da doença (aumento das necessidades nutricionais)                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ausente<br>NRS - 2002 - Triagem do risco nutricional                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Ausente<br>Necessidades nutricionais normais                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Leve<br>Perda de peso > 5% em 3 meses ou ingestão alimentar menor que 50-75% da necessidade normal na última semana.                                                                      | <input type="checkbox"/> Leve<br>Fratura de quadril, pacientes crônicos, em particular com complicações agudas, cirrose, DOPC, hemodiálise crônica, diabetes e câncer. |
| <input type="checkbox"/> Moderado<br>Perda de peso > 5% em 2 meses ou<br>IMC 18,5-20,5 kg/m² + condição geral comprometida ou ingestão alimentar de 25-50% da necessidade normal na última semana.                 | <input type="checkbox"/> Moderado<br>Cirurgias abdominais de grande porte, fraturas, pneumonia severa, leucemias e linfomas.                                           |
| <input type="checkbox"/> Grave<br>Perda de peso > 5% em 1 mês (ou > 15% em 3 meses) ou<br>IMC < 18,5 kg/m² + condição geral comprometida ou<br>Ingestão alimentar de 0-25% da necessidade normal na última semana. | <input type="checkbox"/> Grave<br>Trauma craniano, transplante de medula óssea, pacientes em cuidados intensivos (APACHE > 10).                                        |

PONTUAÇÃO TOTAL: 0

Reavaliar paciente semanalmente. Caso o paciente tenha indicação de cirurgia de grande porte, considerar plano de cuidado nutricional para evitar riscos associados.

### NÍVEL DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL:

Nível -

☒ Primário

☐ Secundário

☐ Terciário

### Ações propostas em nível hospitalar/internação

- Triagem nutricional em até 48 horas;
- Planejamento dietético;
- Reavaliação após 1 semana;
- Visita Nutricional a cada 72h ou conforme solicitação do paciente/médico.

### CONDUTA DIETOTERÁPICA/OBSERVAÇÕES:

Nut. ANNE POLLYANA NASCIMENTO DOS SANTOS CRN 7778



## TABELA DE FUGULIN / BRADEN

Hospital

Unimed



Dr. EMERSON LUIS CAMPELO OLIVEIRA  
Diretor Técnico Médico  
CRM-RN 4257 / RQE 357

Data: 30/09/2019 14:16:26

Paciente: 665337 AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

Sexo: M Nascimento: 18/01/1986 00:00:00 Idade: 33

Convênio: UNIMED UNIFLEX (0620030010502931)

Admissão: 25/09/2019 20:28:44

IH: 5 Leito: 210B - ENF

Mãe: NAZILDA MATIAS DE OLIVEIRA

| ÁREA DE CUIDADO                                     | GRADAÇÃO A COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL                                                                |                                                                                         |                                                                                       |                                                                   |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| ESTADO MENTAL:                                      | <input type="checkbox"/> Inconsciente/ Vigi                                                         | <input type="checkbox"/> Período de Inconsciência                                       | <input type="checkbox"/> Períodos de desorientação                                    | <input checked="" type="checkbox"/> Orientado no tempo e espaço   |
| OXIGENAÇÃO:                                         | <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica / BIPAP                                                | <input type="checkbox"/> Uso contínuo de máscara ou cateter de O <sub>2</sub>           | <input type="checkbox"/> Uso intermitente ou cateter de O <sub>2</sub>                | <input checked="" type="checkbox"/> Não depende de O <sub>2</sub> |
| SINAIS VITAIS:                                      | <input type="checkbox"/> Controle de 1/1h                                                           | <input type="checkbox"/> Controle de 2/2h                                               | <input type="checkbox"/> Controle de 4/4h                                             | <input checked="" type="checkbox"/> Controle de 6/6h              |
| MOTILIDADE:                                         | <input type="checkbox"/> Incapaz de se movimentar                                                   | <input type="checkbox"/> Dificuldade para se movimentar                                 | <input checked="" type="checkbox"/> Limitações de Movimentos                          | <input type="checkbox"/> Se movimenta Sozinha                     |
| DEAMBULAÇÃO:                                        | <input type="checkbox"/> Restrito ao leito                                                          | <input type="checkbox"/> Uso de cadeira de rodas                                        | <input checked="" type="checkbox"/> Auxílio para deambular                            | <input type="checkbox"/> Deambula sozinha                         |
| ALIMENTAÇÃO:                                        | <input type="checkbox"/> Através de cateter central                                                 | <input type="checkbox"/> Através de SNE ou SOE / GTM                                    | <input type="checkbox"/> Oral com auxílio                                             | <input checked="" type="checkbox"/> Autossuficiente               |
| CUIDADO CORPORAL:                                   | <input type="checkbox"/> Banho no leito e higiene oral pela enfermagem                              | <input type="checkbox"/> Banho de chuveiro e higiene oral pela enfermagem               | <input checked="" type="checkbox"/> Auxílio no banho de chuveiro e/ou na higiene oral | <input type="checkbox"/> Autossuficiente                          |
| ELIMINAÇÃO:                                         | <input type="checkbox"/> Evacuação no leito e uso de SVD p/ controle                                | <input checked="" type="checkbox"/> Uso de Coamdres e/ou fraudas                        | <input type="checkbox"/> Uso de vaso sanitários com auxílio                           | <input type="checkbox"/> Autossuficiente                          |
| TERAPÊUTICA:                                        | <input type="checkbox"/> Drogas vasoativas                                                          | <input type="checkbox"/> EV contínua ou através de SNE                                  | <input checked="" type="checkbox"/> EV intermitente                                   | <input type="checkbox"/> IM ou VO                                 |
| TEMPO CURATIVO:                                     | <input type="checkbox"/> >30min 3X pela enfermagem                                                  | <input type="checkbox"/> >15 e <30min 2x pela enfermagem                                | <input checked="" type="checkbox"/> >05 e <15 1x pela enfermagem                      | <input type="checkbox"/> Sem curativo                             |
| INTEGRIDADE CUTANEO-MUCOSA/COMPROMETIMENTO TECIDUAL | <input type="checkbox"/> Solução de continuidade com destruição da derme, epiderme e/ou evisceração | <input type="checkbox"/> Solução de continuidade envolvendo tecido subcutâneo e músculo | <input type="checkbox"/> Alteração da cor da pele                                     | <input type="checkbox"/> Pele íntegra                             |

COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL

18

CUIDADO INTERMEDIÁRIO

Hegberson Ramos Alves  
Téc. Enfermagem  
COREN-RN 1166268

Téc. HEGBSON RAMOS ALVES COREN 1166268



Paciente: 665337-AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

Sexo: M Nasc.: 18/01/1986 - 33 anos

Nome da Mãe: NAZILDA MATIAS DE OLIVEIRA

Admissão: 25/09/2019 20:28:44

IH: 5

Data Checklist: 30/09/2019 14:17:20

## CHECKLIST DO PROTOCOLO DE ÚLCERA DE PRESSÃO

### Escala de BRADEN

#### PERCEPÇÃO SENSORIAL

1. Totalmente Limitado
2. Muito Limitado
3. Levemente Limitado
4. Nenhuma Limitação

RESPOSTA 3

#### UMIDADE

1. Completamente Molhado
2. Muito Molhado
3. Ocasionalmente molhado
4. Raramente Molhado

RESPOSTA 4

#### ATIVIDADE

1. Acamado
2. Cadeira de Rodas
3. Deambula com Auxílio
4. Deambula

RESPOSTA 3

#### MOBILIDADE

1. Imóvel
2. Muito Limitado
3. Levemente Limitado
4. Nenhuma Limitação

RESPOSTA 2

#### NUTRIÇÃO

1. Muito Pobre
2. Provavelmente Inadequada
3. Adequada
4. Excelente

RESPOSTA 3

#### FRICÇÃO

1. Problema
2. Problema em Potencial
3. Nenhum Problema

RESPOSTA 2

### Recomendações

Pontuação obtida: 17

Conclusão: BAIXO RISCO

#### BAIXO RISCO (Pontuação $\geq 15$ e $\leq 18$ )

- \*Cronograma de mudança de decúbito;
- \*Otimização da mobilização;
- \*Proteção do calcanhar;
- \*Manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento.

Pele íntegra na Admissão? Sim

Adquiriu UPP no HUN? Não Quando?

Este Checklist: Rotina

Score Admissão:

Pele íntegra?

Como foi obtida?

UPP em:

Local obtenção:

Notificação do evento adverso em:

OBSERVAÇÃO

Hegbson Ramos Alves  
Téc. Enfermagem  
COREN-PN 1166268  
Téc. HEGBSON RAMOS ALVES (COREN - 1166268)



Sr(a)..... 665337-AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO Idade..... 33 ano(s)  
Dr(a)..... Dr(a) MARCONI MEDEIROS BRANDAO Dt. Cadastro..... 26/09/2019 06:00  
CPF..... 068.932.044-26 RG: 2531993 Setor Solic..... UNIDADE INTERNACAO 2 ANDAR\*  
Convênio..... UNIMED UNIFLEX Nº da OS..... 119-1841594

## HEMOGRAMA

### ERITROGRAMA

Material: Sangue Total EDTA

|                         | Método: Automação Abx Pentra 60 |
|-------------------------|---------------------------------|
|                         | Valores Encontrados             |
| Hemácias :              | 5,31 milhões/mm <sup>3</sup>    |
| Hemoglobina :           | 15,9 g/dL                       |
| Hematócrito :           | 47,0 %                          |
| Vol. Glob. Médio (VCM): | 88,5 fl                         |
| Hem. Glob. Médio (HCM): | 29,9 pg                         |
| C.H.Glob. Média (CHCM): | 33,8 g/dL                       |
| RDW - CV % :            | 12,2 %                          |

SV: Normocitose e Normocromia

Resultado Anterior :  
Resultado Anterior :

### LEUCOGRAMA

Material: Sangue

|                      | Método: Automação Abx Pentra 60                 |
|----------------------|-------------------------------------------------|
|                      | Valores Encontrados                             |
| Leucócitos:          | 13.300 /uL                                      |
|                      | Valor relativo % Valor absoluto mm <sup>3</sup> |
| Blastos:             | 00 00 (00 a 00 / 00 a 00)                       |
| Promielócitos:       | 00 00 (00 a 00 / 00 a 00)                       |
| Mielócitos:          | 00 00 (00 a 00 / 00 a 00)                       |
| Metamielócitos:      | 00 00 (00 a 01 / 01 a 100)                      |
| Bastões:             | 01 133 (03 a 05 / 120 a 500)                    |
| Segmentados:         | 83 11039 (52 a 62 / 2160 a 6200)                |
| Eosinófilos:         | 01 133 (02 a 05 / 80 a 500)                     |
| Basófilos:           | 00 00 (00 a 01 / 00 a 100)                      |
| Linfócitos Típicos:  | 10 1330 (20 a 35 / 800 a 3500)                  |
| Linfócitos Atípicos: | 00 00 (00 a 01 / 00 a 100)                      |
| Monócitos:           | 05 665 (03 a 08 / 120 a 800)                    |

Resultado Anterior :  
SB: Leucocitose, Neutrofilia

### CONTAGEM DE PLAQUETAS

|                          | Método: Automação Abx Pentra 60                           |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------|
|                          | Valores de Referenciais                                   |
| Plaquetas:               | 265 mil/mm <sup>3</sup> ( 140 a 450 mil/mm <sup>3</sup> ) |
| Volume Plaquetário(MPV): | 9,60 ( 7,0 a 10,0 )                                       |

SP.: Aparentemente normal em número e aspecto.

Resultado Anterior :

Dt. coleta: 26/09/2019 06:00

Dr(a). SANDRA MARIA GOMES GURGEL DE MELO - CRF: 1398 Dt. Liberado: 26/09/2019 09:35  
Os valores dos testes de laboratório sofrem influência e estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, etc. Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde, pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente ao seu clínico interpretar corretamente estes resultados.  
Laboratório de Análises Clínicas - Av. Antonio Basilio, nº 3598 - Bairro Lagoa Nova CEP: 59056-380 Natal / RN  
Resp Técnico: DRA. DANIELA DANTAS CRF 1641  
Obs: Este Laboratório Participa do Programa Nacional de Controle de Qualidade da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas.

Sr(a)..... 665337-AQUINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO  
Dr(a)..... Dr(a) MARCONI MEDEIROS BRANDAO  
CPF..... 068.932.044-26 RG: 2531993  
Convênio..... UNIMED UNIFLEX  
Idade..... 33 ano(s)  
Dt. Cadastro..... 26/09/2019 08:00  
Setor Solic..... UNIDADE INTERNACAO 2 ANDAR\*  
Nº da OS..... 119-1841594

**HEMOSEDIMENTAÇÃO ( VSH )**

Material:Tubo VSH

Método:Wintrobe

Resultado:10 mm 1ª hora

Valor de Referências:

Crianças: 00 a 13 mm

Adultos:

Homem : 00 a 15 mm

Mulher : 00 a 19 mm

Dt. coleta: 26/09/2019 07:51



Dr(a). SANDRA MARIA GOMES GURGEL DE MELO - CRF:1398

Os valores dos testes de laboratório sofrem influência e estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, etc. Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde, pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente ao seu clínico interpretar corretamente estes resultados.

Laboratório de Análises Clínicas - Av. Antonio Basilio, nº 3598 -

Resp Técnico..... DRA. DANIELA DANTAS CRF 1641

Obs: Este Laboratório Participa do Programa Nacional de Controle de Qualidade da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas.

Dt. Liberado: 26/09/2019 09:35

Bairro Lagoa Nova CEP.: 56058-380  
Natal / RN



**CARTEIRA NACIONAL DE TRANSITO**

**AGUIAO LUIZ DE OLIVEIRA NETO**

DOC. EXIBIDA / CDD. EXIBIDA SR. 2501993 ITP 000

CM 068.932.044-26 DATA NASCIMENTO 18/01/1986

PLACAO NADA CONSTA

NATIDA NATIAS DE OLIVEIRA

RENHALO ACC CAHMA AB

Nº REGISTRO 03492810746 VALIDADE 17/11/2019 1ª HABITUAÇÃO 01/02/2005

LOCAL NATAL, RN DATA EXCESSO 19/11/2014

19761150101 RN/02080395

958017446

958017446



*Handwritten signature in blue ink.*

| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL<br>MINISTÉRIO DAS CIDADES                                         |                 |                      |                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|--------------------|
| DETRAN - RN 12049 // 90414 Nº 014529390230<br>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO |                 |                      |                    |
| VIA                                                                                              | COD. REG. AVAM. | R. M. T. C.          | EXERCÍCIO          |
| 1                                                                                                | 01167805442     | *****                | 2019               |
| NOME                                                                                             |                 |                      |                    |
| ALEX MOURA DA SILVA                                                                              |                 |                      |                    |
| CPF / CNPJ                                                                                       |                 | PLACA                |                    |
| 010.975.454-90                                                                                   |                 | QG07528              |                    |
| PLACA ANT. / UF                                                                                  |                 | CHASSI               |                    |
| QG07528 / RN                                                                                     |                 | 9C2KC2200J156203     |                    |
| ESPÉCIE / TIPO                                                                                   |                 | COMBUSTÍVEL          |                    |
| PASSAGEIRO / MOTOCICLETA / NÃO APLICÁVEL                                                         |                 | ALCOOL-GASOL         |                    |
| MARCA / MODELO                                                                                   |                 | ANO FAB.             | ANO MOD.           |
| HONDA / CG 160 FAN                                                                               |                 | 2016                 | 2016               |
| CAP. / POT. / CIL.                                                                               |                 | COR PREDOMINANTE     |                    |
| OCV / 162 CILINDRADAS                                                                            |                 | BRANCA               |                    |
| COTA ÚNICA                                                                                       |                 | VENC. COTA ÚNICA     |                    |
| R\$ 0.00                                                                                         |                 | 09/07/2019           |                    |
| FAIXA LÉVIA                                                                                      |                 | PARCELAMENTO / COTAS |                    |
| A 041900 3X                                                                                      |                 | R\$ 36.45            |                    |
| PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)                                                                           |                 | IOF (R\$)            | PRÊMIO TOTAL (R\$) |
| *** TAXAS DETRAN: PAGO ***                                                                       |                 |                      | DATA DE PAGAMENTO  |
| ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 59.285.411/0001-13                                                      |                 | DE: 09/07/2019       |                    |
| BANCO PAN S/A                                                                                    |                 | MOTOR: KC22BJ156222  |                    |
| NATAL / RN                                                                                       |                 | DATA                 |                    |
|                                                                                                  |                 | 09/07/2019           |                    |
|               |                 |                      |                    |

