

# 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: 05/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01845-7

CONTA: 00000009814-0

---

Nr. da Autenticação 4ADFE5C9C6BE65D7

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190327785      **Cidade:** Natal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES      **Data do acidente:** 11/03/2018      **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 25/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA. P4  
FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO. P4

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P7/15/23/24/33 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

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, 12 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190327785**      **Vítima: NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES**

**Data do Acidente: 11/03/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANDRE DA CRUZ GONCALVES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =      R\$ 2.362,50

**Recebedor: NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES**

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

**Banco: 001**

**Agência: 000001845-7**

**Conta: 000009814-0**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

**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, retorno 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



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSPF NR 445/2012

Nome completo:

NOME: *NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES*CPF: *915607214-72*

Profissão:

Endereço:

Número: *55*

MULHER

Cidade:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

SANTOS

Cidade:

E-mail:

Cidade:

Estado:

SANTOS

Cidade:

CEP: *13203-123*Tel (DDD): *(11) 98779-0672*

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO:

 RECUSO INFORMAR SEM RENDA ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINAR UMA OPÇÃO DE CONTA

 CONTA POUPLANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)Nome do BANCO: *BRASIL*

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: *1845*CONTA: *0214*

(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 e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou:  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos: Falecidos: Nascituro (val nascituro)?

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: *Natal/01/19*

TESTEMUNHAS

1<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

PROTÓCOLO RECEBIDO

16 MAI 2017

TERRAS SOLADAS,

1E CORRETORA DE SEGS.

Assinatura

2<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Unidade Policial: DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

Endereço: Complexo de Delegacias Especializadas, Av. Ayrton Senna, 3134, NEÓPOLIS, NATAL, FONE/FAX: 32321565

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J2018031000186

1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL, ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 11/03/2018 18:30:00

2.3 Fato: Consumo

2.5 Mão(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: SN

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: POTENGI

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

**3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)**

3.1 Nome Completo: NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Parda

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 91560721472

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: POLICIAL MILITAR

3.15 Telefone(s): 84 998748006

3.17 Número: 55

3.19 Bairro: JARDIM PETRÓPOLIS

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)**

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

**5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)**

**6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUIDAS TESTEMUNHAS)**

**7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi: 9C2JC4110DR100756

7.1.5 Placa: OJX7556

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano de Modelo: 2013

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES

7.1.17 Nome do condutor: O CONDUTOR É A PRÓPRIA VÍTIMA

7.1.18 Observações: CNH DO CONDUTOR: 04814172665 - CATEGORIA AB/RN

**8. DADOS DA OCORRÊNCIA**

**9. DOS FATOS**

**9.1 Histórico**

O COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARCEU A ESTA DELEGACIA ESPECIALIZADA PARA RELATAR; QUE NO LÓCAL, DATA, E LOCAL ACIMA MENCIONADAS; QUE FOI VISITAR SUA GENITÓRIA, E QUE AO RETORNAR PARA SUA RESIDÊNCIA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA; QUE SEGUIA NA VIA ESQUERDA DA RUA; QUE TRAFEGAVA UM VEÍCULO TIPO GOL, DE COR BRANCA NA CONTRA MÃO; QUE AO ENTRAR EM UM CRUZAMENTO, TEVE SUA MOTOCICLETA COLIDIDA NA PARTE CENTRAL DA, COM O VEÍCULO CAUSADOR DO ACIDENTE; QUE, DEVIDO A COLISÃO, FOI ARREMESSADO POR CIMA DA SUA MOTOCICLETA; OCASIONANDO UMA GRANDE Queda; QUE SOFRU FRATURAS NA FÍBULA, E TIBIA DA PERNAS ESQUERDA, E VÁRIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO; QUE FOI ATENDIDO PELO SERVIÇO DO SAMU, SOB O N° OCORRÊNCIA 194853/1, EM SEGUIDA REMOVIDO PARA O HOSPITAL WALFREDO GURGEL - PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO, CONFORME BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 11566/2018, ONDE RECEBEU OS PRÓCEDIMENTOS MÉDICOS, NADA MAIS DISSE.

**9.2 Informações do CIOSP**

**9.3 Outras Providências**

REGISTRO DE BOLETIM PARA FINS DE PLEITO DE SEGURO DPVAT

AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO DE RESPONSABILIDADE DO COMUNICANTE/VÍTIMA

**10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)**

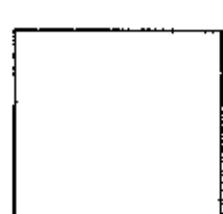
**11. DECLARAÇÃO**

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

Data 08/05/2018 17:11:59

Policial

Interessado



Polegar direito



PREFEITURA DO NATAL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
**SAMU 192 NATAL**



SAMU  
**192**

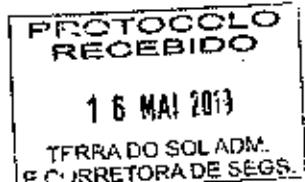
**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins que **NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 11/03/2018, aproximadamente às 18h38min, na rua Florianópolis, Potengi, nesta Cidade. Sob nº de ocorrência 194853/1, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 09 de maio de 2018.



**Everton da Silva Rocha**  
Coordenador Administrativo SAMU 192 Natal  
Matrícula nº 61.096-08



08/03/2018

10.0.0.100/SSONatal/\_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=194853&amp;Digito=1&amp;ReadOnly=1

## FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

NP: 194853/1

Data: 11/03/2018

CNA/20170

TARM: OTÁVIO CÂMARA DA SILVA

Médico Regulação: SANDERSON PALHARES FARIA DE OLIVEIRA

Rádio Operador: EWERTON ALEXANDRE VIEIRA SANTOS

Médico Cena: ANDRÉ SIQUEIRA ABRANTES

Equipe Enfermagem Cena: COMUNICADOR

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 08 (BASE DESCENTRALIZADA NEÓPOLIS)

Equipe VTR: MARIO LUIZ DE SOUSA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE  
EMERGÊNCIA.  
FRANCISCO DE ASSIS RIBETRO - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: MARIA QUEIROS

Telefone: (84) 99999-5649

Nome do Paciente:

NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES

Idade: \*

42 ANO(S)

Sexo: \*

MASCULINO

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: Longitude:

Endereço: AVENIDA FLORIANÓPOLIS

Nº: VP

Bairro: POTENGI

Outro Bairro:

Referência/Complemento: CONJ SANTA CATARINA /// P/X A IGREJA CATÓLICA SANTA MARIA MÃE //

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Primária: COLISÃO CARRO X MOTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

11/03/2018 18:40:42 - Dr(a). SANDERSON PALHARES FARIA DE OLIVEIRA

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: Queda de moto após colisão com carro - alerta mas ao solo com ferimentos em extremidades

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

POSSUI CONVÉNTO MÉDICO: NÃO

Após:

## REGISTROS DE FIM DA AÇÃO

Chamado:	Regulação Médica:	Solicitação VTR:	Saída VTR:	Chegada Local:
11/03/2018 18:38:11	11/03/2018 18:40:42	11/03/2018 18:42:35	11/03/2018 18:42:37	11/03/2018 18:46:19
Saída Local:	Chegada Destino:	Liberação Destino:	Liberação VTR:	
11/03/2018 19:25:29	11/03/2018 19:41:23	11/03/2018 20:01:51	11/03/2018 20:01:59	

## CONVÉNIO MÉDICO PARA PECUARIA

**Paciente possui convênio médico particular?\***

Sim  Não  Não Informado

CONVOCAÇÃO

Remoção

**Conduta Equipe de Enfermagem:**

11/05/2018 19:26:42 - COMUNICADOR

TARM: MARILIA IVANA; FEITO CONTATO COM DR ANDRE (POLITRÁUMA)

## AFASTAMENTO / FRAZERENDEZA

Aguardando Vaga

**Estabelecimento:**

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

F:

**Recebido por:****Número do conselheiro:****Número da ficha de Remoção:****Vaga Negada - Motivo:**

- SELECIONE -

**N. ligação ao serv prop.:**

19:26

**Vaga Negada****Vaga Zero****Motivo da entrada:**

Ass:

## CONVOCADO

**Nome receptor:****Cargo receptor:****Descrição dos pertences:****Local deixado pertences:****Data:**

Ass:



RECIFER-PE  
NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES  
R DOS ANTURIOS 55  
CASA JARDINS  
SAO GONCALO DO AMARANTE RN  
59293-123

DATA DE VENCIMENTO: 05/05/18 - DATA DE POSTAGEM: 28/04/18



7216219575050360000011750280200618

0062033

Atendimento Claro - Fone: 1052  
Auto-Atendimento - Fone: 1052#  
Me Web - claro.com.br  
Váriar a sua, minhaclaro.com.br  
ou: consultar o detalhamento da sua fatura  
Se preferir receber mensalmente a sua fatura  
detalhada solicite através do 1052.  
Atendimento ao cliente suportivo e  
da fala - Fone: (800) 036 3323

Número do seu Claro  
84 99481 2571

Período de Uso  
de 14/03/2018 a 13/04/2018

Vencimento  
09/05/2018

Total a Pagar  
R\$ 68,10

Valor pago na última conta: R\$ 142,39.

**Veja aqui o que está sendo cobrado**

Individuais

Oferta Conta Claro MiX  
Autocarros, Ovocars  
Assinatura Controle (136)  
Juros e Multa  
Pacote de 200MB - Com WhatsApp

Total do Mês

R\$	54,99
R\$	1,12
R\$	71,99
R\$	68,10

Total a Pagar

R\$	68,10
-----	-------

**Veja no verso os detalhes do seu plano e serviços.**

<b>PROTÓCOLO RECEBIDO</b>
<b>16 MAI 2018</b>
<b>TERRA DO SÓL ADM. E CORRETORA DE SEGUROS</b>

Prezado Cliente,  
Este boleto não quite débitos de meses anteriores.



Este boleto não quite débitos e débitos creditáveis e reembolsos de meses anteriores ao mês desta fatura. Caso o valor seja menor que o faturado (12%) ou maior (12%) do valor faturado, será reembolsado ao menor. Consultar "Termos e Condições" (12%) - No final, anexe o nº da reclamação referente ao presente boleto.

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGUÍRIO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Andréia Cley Gómez

inscrito (a) no CPF/CNPJ 06.640.971-106, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

NEUNIS RICARDO DACCARO GOMES inscrito (a) no CPF sob o Nº 915.607.214-72,

do sinistro de DPVAT cobertura 2011-06-2 da Vítima NEUNIS RICARDO GOMES

inscrito (a) no CPF sob o Nº 915.607.214-72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

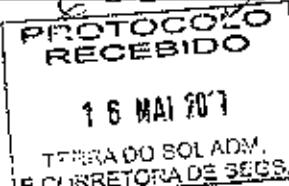
Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>FAZENDA NOVA</u>	Número:	<u>2</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Indepeles</u>	Cidade:	<u>MTAL</u>	Estado:
E-mail:				CEP: <u>59060-390</u> Tel. (DDD): <u>(61) 28779-0612</u>

Local e Data: MTAL 15.05.2011

Assinatura do Declarante





HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 2343 /2018

Prontuário: 1169192

Paciente: 64869 - NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES

Cartão SUS:

CPF: 91560721472

Dt Nasc: 22/04/1975

Idade: 42 anos 10 meses 19 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA

Nome do pai:

Rua/Av: FLORIANOPOLIUS

Complemento: LOCAL DO ACIDENTE

CEP: 59015380

Telefone: 84 32327500 84 32327500

Cidade: NATAL

Nº: 1

Bairro: POTENGI

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: OBS II

Leito: 911

Responsável: NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES -

Usuário: SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS

Admissão: 11/03/2018 21:30:21

Alta:

Obito:

Dias de permanência:

DIAGNOSTICO INICIAL: T12 - FRATURA DO MEMBRO INFERIOR, NÍVEL: NÃO ESPECIFICADO  
415010012 -

DIAGNOSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

19/02/18  
CONFIRA COM O ORIGINAL  
Assinatura

NATAL, 11 de Março de 2018.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

## MEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

- Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel

Pronto Socorro Clávis Serinho

LAUDO PARA

SOLICITAÇÃO DE

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

7 - CNIS

8 - CNES

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

16 - NPSO PROVINCIAL

9 - NOME DO PACIENTE

Nelma Rose de Souza Soares

10 - CAPITÃO NACIONAL / ISSS

1009203287269336

11 - NOME DA MAE OU RESPONSÁVEL

Lic. Engr. Maria da Silva Soares

12 - ENDERECO (LUA, N)

RUA FLORIANO POLIUS, 01

13 - BAIRRO

NATAL

14 - CID-10

POTEN GR

15 - CEP

59035 - 380

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SÍMPTOMAS / SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

20 - CID-10 PRINCIPAL

21 - CID-10 SECUNDÁRIO

22 - CID-10 TERC

23 - CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRITIVO DO PROCEDIMENTO

25 - CODIGO DO PROCEDIMENTO

26 - DESCRITIVO DO PROCEDIMENTO

27 - CÓDIGO DA CLÍNICA

28 - CÓDIGO DA CLÍNICA

29 - CÓDIGO DA CLÍNICA

30 - CÓDIGO DA CLÍNICA

31 - CÓDIGO DA CLÍNICA

32 - CÓDIGO DA CLÍNICA

33 - CÓDIGO DA CLÍNICA

34 - CÓDIGO DA CLÍNICA

35 - CÓDIGO DA CLÍNICA

36 - CÓDIGO DA CLÍNICA

37 - CÓDIGO DA CLÍNICA

38 - CÓDIGO DA CLÍNICA

39 - CÓDIGO DA CLÍNICA

40 - CÓDIGO DA CLÍNICA

41 - CÓDIGO DA CLÍNICA

42 - CÓDIGO DA CLÍNICA

43 - CÓDIGO DA CLÍNICA

44 - CÓDIGO DA CLÍNICA

45 - CÓDIGO DA CLÍNICA

46 - CÓDIGO DA CLÍNICA

47 - CÓDIGO DA CLÍNICA

48 - CÓDIGO DA CLÍNICA

49 - CÓDIGO DA CLÍNICA

50 - CÓDIGO DA CLÍNICA

51 - CÓDIGO DA CLÍNICA

52 - CÓDIGO DA CLÍNICA

53 - CÓDIGO DA CLÍNICA

54 - CÓDIGO DA CLÍNICA

55 - CÓDIGO DA CLÍNICA

56 - CÓDIGO DA CLÍNICA

57 - CÓDIGO DA CLÍNICA

58 - CÓDIGO DA CLÍNICA

59 - CÓDIGO DA CLÍNICA

60 - CÓDIGO DA CLÍNICA

61 - CÓDIGO DA CLÍNICA

62 - CÓDIGO DA CLÍNICA

63 - CÓDIGO DA CLÍNICA

64 - CÓDIGO DA CLÍNICA

65 - CÓDIGO DA CLÍNICA

66 - CÓDIGO DA CLÍNICA

67 - CÓDIGO DA CLÍNICA

68 - CÓDIGO DA CLÍNICA

69 - CÓDIGO DA CLÍNICA

70 - CÓDIGO DA CLÍNICA

71 - CÓDIGO DA CLÍNICA

72 - CÓDIGO DA CLÍNICA

73 - CÓDIGO DA CLÍNICA

74 - CÓDIGO DA CLÍNICA

75 - CÓDIGO DA CLÍNICA

76 - CÓDIGO DA CLÍNICA

77 - CÓDIGO DA CLÍNICA

78 - CÓDIGO DA CLÍNICA

79 - CÓDIGO DA CLÍNICA

80 - CÓDIGO DA CLÍNICA

81 - CÓDIGO DA CLÍNICA

82 - CÓDIGO DA CLÍNICA

83 - CÓDIGO DA CLÍNICA

84 - CÓDIGO DA CLÍNICA

85 - CÓDIGO DA CLÍNICA

86 - CÓDIGO DA CLÍNICA

87 - CÓDIGO DA CLÍNICA

88 - CÓDIGO DA CLÍNICA

89 - CÓDIGO DA CLÍNICA

90 - CÓDIGO DA CLÍNICA

91 - CÓDIGO DA CLÍNICA

92 - CÓDIGO DA CLÍNICA

93 - CÓDIGO DA CLÍNICA

94 - CÓDIGO DA CLÍNICA

95 - CÓDIGO DA CLÍNICA

96 - CÓDIGO DA CLÍNICA

97 - CÓDIGO DA CLÍNICA

98 - CÓDIGO DA CLÍNICA

99 - CÓDIGO DA CLÍNICA

100 - CÓDIGO DA CLÍNICA

101 - CÓDIGO DA CLÍNICA

102 - CÓDIGO DA CLÍNICA

103 - CÓDIGO DA CLÍNICA

104 - CÓDIGO DA CLÍNICA

105 - CÓDIGO DA CLÍNICA

106 - CÓDIGO DA CLÍNICA

107 - CÓDIGO DA CLÍNICA

108 - CÓDIGO DA CLÍNICA

109 - CÓDIGO DA CLÍNICA

110 - CÓDIGO DA CLÍNICA

111 - CÓDIGO DA CLÍNICA

112 - CÓDIGO DA CLÍNICA

113 - CÓDIGO DA CLÍNICA

114 - CÓDIGO DA CLÍNICA

115 - CÓDIGO DA CLÍNICA

116 - CÓDIGO DA CLÍNICA

117 - CÓDIGO DA CLÍNICA

118 - CÓDIGO DA CLÍNICA

119 - CÓDIGO DA CLÍNICA

120 - CÓDIGO DA CLÍNICA

121 - CÓDIGO DA CLÍNICA

122 - CÓDIGO DA CLÍNICA

123 - CÓDIGO DA CLÍNICA

124 - CÓDIGO DA CLÍNICA

125 - CÓDIGO DA CLÍNICA

126 - CÓDIGO DA CLÍNICA

127 - CÓDIGO DA CLÍNICA

128 - CÓDIGO DA CLÍNICA

129 - CÓDIGO DA CLÍNICA

130 - CÓDIGO DA CLÍNICA

131 - CÓDIGO DA CLÍNICA

132 - CÓDIGO DA CLÍNICA

133 - CÓDIGO DA CLÍNICA

134 - CÓDIGO DA CLÍNICA

135 - CÓDIGO DA CLÍNICA

136 - CÓDIGO DA CLÍNICA

137 - CÓDIGO DA CLÍNICA

138 - CÓDIGO DA CLÍNICA

139 - CÓDIGO DA CLÍNICA

140 - CÓDIGO DA CLÍNICA

141 - CÓDIGO DA CLÍNICA

142 - CÓDIGO DA CLÍNICA

143 - CÓDIGO DA CLÍNICA

144 - CÓDIGO DA CLÍNICA

145 - CÓDIGO DA CLÍNICA

146 - CÓDIGO DA CLÍNICA

147 - CÓDIGO DA CLÍNICA

148 - CÓDIGO DA CLÍNICA

149 - CÓDIGO DA CLÍNICA

150 - CÓDIGO DA CLÍNICA

151 - CÓDIGO DA CLÍNICA

152 - CÓDIGO DA CLÍNICA

153 - CÓDIGO DA CLÍNICA

154 - CÓDIGO DA CLÍNICA

155 - CÓDIGO DA CLÍNICA

156 - CÓDIGO DA CLÍNICA

157 - CÓDIGO DA CLÍNICA

158 - CÓDIGO DA CLÍNICA

159 - CÓDIGO DA CLÍNICA

160 - CÓDIGO DA CLÍNICA

161 - CÓDIGO DA CLÍNICA

162 - CÓDIGO DA CLÍNICA

163 - CÓDIGO DA CLÍNICA

164 - CÓDIGO DA CLÍNICA

165 - CÓDIGO DA CLÍNICA

166 - CÓDIGO DA CLÍNICA

167 - CÓDIGO DA CLÍNICA

168 - CÓDIGO DA CLÍNICA

169 - CÓDIGO DA CLÍNICA

170 - CÓDIGO DA CLÍNICA

171 - CÓDIGO DA CLÍNICA

172 - CÓDIGO DA CLÍNICA

173 - CÓDIGO DA CLÍNICA

174 - CÓDIGO DA CLÍNICA

175 - CÓDIGO DA CLÍNICA

176 - CÓDIGO DA CLÍNICA

177 - CÓDIGO DA CLÍNICA

178 - CÓDIGO DA CLÍNICA

179 - CÓDIGO DA CLÍNICA

180 - CÓDIGO DA CLÍNICA

181 - CÓDIGO DA CLÍNICA

182 - CÓDIGO DA CLÍNICA

183 - CÓDIGO DA CLÍNICA

184 - CÓDIGO DA CLÍNICA

185 - CÓDIGO DA CLÍNICA

186 - CÓDIGO DA CLÍNICA

187 - CÓDIGO DA CLÍNICA

188 - CÓDIGO DA CLÍNICA

189 - CÓDIGO DA CLÍNICA

190 - CÓDIGO DA CLÍNICA

191 - CÓDIGO DA CLÍNICA

192 - CÓDIGO DA CLÍNICA

193 - CÓDIGO DA CLÍNICA

194 - CÓDIGO DA CLÍNICA

195 - CÓDIGO DA CLÍNICA

196 - CÓDIGO DA CLÍNICA

197 - CÓDIGO DA CLÍNICA

198 - CÓDIGO DA CLÍNICA

199 - CÓDIGO DA CLÍNICA

200 - CÓDIGO DA CLÍNICA

201 - CÓDIGO DA CLÍNICA

202 - CÓDIGO DA CLÍNICA

203 - CÓDIGO DA CLÍNICA

204 - CÓDIGO DA CLÍNICA

205 - CÓDIGO DA CLÍNICA

206 - CÓDIGO DA CLÍNICA

207 - CÓDIGO DA CLÍNICA

208 - CÓDIGO DA CLÍNICA

209 - CÓDIGO DA CLÍNICA

210 - CÓDIGO DA CLÍNICA

211 - CÓDIGO DA CLÍNICA

212 - CÓDIGO DA CLÍNICA

213 - CÓDIGO DA CLÍNICA

214 - CÓDIGO DA CLÍNICA

215 - CÓDIGO DA CLÍNICA

216 - CÓDIGO DA CLÍNICA

217 - CÓDIGO DA CLÍNICA

218 - CÓDIGO DA CLÍNICA

219 - CÓDIGO DA CLÍNICA

220 - CÓDIGO DA CLÍNICA

221 - CÓDIGO DA CLÍNICA

222 - CÓDIGO DA CLÍNICA

223 - CÓDIGO DA CLÍNICA

224 - CÓDIGO DA CLÍNICA

225 - CÓDIGO DA CLÍNICA

226 - CÓDIGO DA CLÍNICA

227 - CÓDIGO DA CLÍNICA

228 - CÓDIGO DA CLÍNICA

229 - CÓDIGO DA CLÍNICA

230 - CÓDIGO DA CLÍNICA

231 - CÓDIGO DA CLÍNICA

232 - CÓDIGO DA CLÍNICA

233 - CÓDIGO DA CLÍNICA

234 - CÓDIGO DA CLÍNICA

235 - CÓDIGO DA CLÍNICA

236 - CÓDIGO DA CLÍNICA

237 - CÓDIGO DA CLÍNICA

238 - CÓDIGO DA CLÍNICA

239 - CÓDIGO DA CLÍNICA

240 - CÓDIGO DA CLÍNICA

241 - CÓDIGO DA CLÍNICA

242 - CÓDIGO DA CLÍNICA

243 - CÓDIGO DA CLÍNICA

244 - CÓDIGO DA CLÍNICA

245 - CÓDIGO DA CLÍNICA

246 - CÓDIGO DA CLÍNICA

247 - CÓDIGO DA CLÍNICA

248 - CÓDIGO DA CLÍNICA

249 - CÓDIGO DA CLÍNICA

250 - CÓDIGO DA CLÍNICA

251 - CÓDIGO DA CLÍNICA

252 - CÓDIGO DA CLÍNICA

253 - CÓDIGO DA CLÍNICA

254 - CÓDIGO DA CLÍNICA

255 - CÓDIGO

Ministério da Saúde Pública  
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
2.º Ofício  
Ministério da Saúde Pública  
Chefe: Dr. Alfredo Gurgel  
Procurador: Dr. Clóvis Seraphim

LAUDO PARA  
SOLICITAÇÃO DE AFASTAMENTO

PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Hospital

ENES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Ministro da Saúde Pública

Capitão da Marinha

DATA DE NASCIMENTO: 10 - SEXO:

22/04/1975

Nº. DO PACTO

MASCULINO

1977-0000000000000000

NOME DA MARCA DE IDENTIFICAÇÃO:

ENCERRO DE URGÊNCIA:

DESCRIÇÃO:

14 - BEMERG

15 - UF:

16 - CEP:

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Fr. filha gestante + Fr. Heloisa Ferreira.

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

Fr. gestante

PRINCIPAIS RAZÕES DE INTERNAÇÃO:

Fr. fraca

PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS):

DIAGNÓSTICO:

21 - CID PRINCIPAL:

Fr. fraca

22 - CID SECUNDÁRIO:

Fr. gestante

23 - LAUDO ASSINATURA:

ESCRITÓRIO DO PROCEDIMENTO:

24 - CID:

Fr. fraca

25 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

Fr. fraca

26 - NOME DO PROFISSIONAL:

DATA:

27 - CID:

Fr. fraca

28 - CID:

Fr. gestante

29 - CID:

Fr. gestante

LAUDO DE MÓTUS:

30 - CID:

Fr. fraca

31 - CID:

Fr. gestante

32 - CID:

Fr. gestante

DIAGNÓSTICO:

33 - CID:

Fr. fraca

34 - CID:

Fr. gestante

35 - CID:

Fr. gestante

DIAGNÓSTICO:

36 - CID:

Fr. fraca

37 - CID:

Fr. gestante

38 - CID:

Fr. gestante

DIAGNÓSTICO:

39 - CID:

Fr. fraca

40 - CID:

Fr. gestante

41 - CID:

Fr. gestante

DIAGNÓSTICO:

42 - CID:

Fr. fraca

43 - CID:

Fr. gestante

44 - CID:

Fr. gestante

DIAGNÓSTICO:

45 - CID:

Fr. fraca

46 - CID:

Fr. gestante

47 - CID:

Fr. gestante

DIAGNÓSTICO:

48 - CID:

Fr. fraca

49 - CID:

Fr. gestante

50 - CID:

Fr. gestante

DIAGNÓSTICO:

51 - CID:

Fr. fraca

52 - CID:

Fr. gestante

53 - CID:

Fr. gestante

DIAGNÓSTICO:

54 - CID:

Fr. fraca

55 - CID:

Fr. gestante

56 - CID:

Fr. gestante

DIAGNÓSTICO:

57 - CID:

Fr. fraca

58 - CID:

Fr. gestante

59 - CID:

Fr. gestante

DIAGNÓSTICO:

60 - CID:

Fr. fraca

61 - CID:

Fr. gestante

62 - CID:

Fr. gestante

DIAGNÓSTICO:

63 - CID:

Fr. fraca

64 - CID:

Fr. gestante

65 - CID:

Fr. gestante

DIAGNÓSTICO:

66 - CID:

Fr. fraca

67 - CID:

Fr. gestante

68 - CID:

Fr. gestante

DIAGNÓSTICO:

69 - CID:

Fr. fraca

70 - CID:

Fr. gestante

71 - CID:

Fr. gestante

DIAGNÓSTICO:

72 - CID:

Fr. fraca

73 - CID:

Fr. gestante

74 - CID:

Fr. gestante

DIAGNÓSTICO:

75 - CID:

Fr. fraca

76 - CID:

Fr. gestante

77 - CID:

Fr. gestante

DIAGNÓSTICO:

78 - CID:

Fr. fraca

79 - CID:

Fr. gestante

80 - CID:

Fr. gestante

DIAGNÓSTICO:

81 - CID:

Fr. fraca

82 - CID:

Fr. gestante

83 - CID:

Fr. gestante

DIAGNÓSTICO:

84 - CID:

Fr. fraca

85 - CID:

Fr. gestante

86 - CID:

Fr. gestante

DIAGNÓSTICO:

87 - CID:

Fr. fraca

88 - CID:

Fr. gestante

89 - CID:

Fr. gestante

DIAGNÓSTICO:

90 - CID:

Fr. fraca

91 - CID:

Fr. gestante

92 - CID:

Fr. gestante

DIAGNÓSTICO:

93 - CID:

Fr. fraca

94 - CID:

Fr. gestante

95 - CID:

Fr. gestante

DIAGNÓSTICO:

96 - CID:

Fr. fraca

97 - CID:

Fr. gestante

98 - CID:

Fr. gestante

DIAGNÓSTICO:

99 - CID:

Fr. fraca

100 - CID:

Fr. gestante

101 - CID:

Fr. gestante

DIAGNÓSTICO:

102 - CID:

Fr. fraca

103 - CID:

Fr. gestante

104 - CID:

Fr. gestante

DIAGNÓSTICO:

105 - CID:

Fr. fraca

106 - CID:

Fr. gestante

107 - CID:

Fr. gestante

DIAGNÓSTICO:

108 - CID:

Fr. fraca

109 - CID:

Fr. gestante

110 - CID:

Fr. gestante

DIAGNÓSTICO:

111 - CID:

Fr. fraca

112 - CID:

Fr. gestante

113 - CID:

Fr. gestante

DIAGNÓSTICO:

114 - CID:

Fr. fraca

115 - CID:

Fr. gestante

116 - CID:

Fr. gestante

DIAGNÓSTICO:

117 - CID:

Fr. fraca

118 - CID:

Fr. gestante

119 - CID:

Fr. gestante

DIAGNÓSTICO:

120 - CID:

Fr. fraca

121 - CID:

Fr. gestante

122 - CID:

Fr. gestante

DIAGNÓSTICO:

123 - CID:

Fr. fraca

124 - CID:

Fr. gestante

125 - CID:

Fr. gestante

DIAGNÓSTICO:

126 - CID:

Fr. fraca

127 - CID:

Fr. gestante

128 - CID:

Fr. gestante

DIAGNÓSTICO:

129 - CID:

Fr. fraca

130 - CID:

Fr. gestante

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS): Nenhuma

M (MEDICAÇÃO EM USO): Tizantano

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS):

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL): Nenhuma

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

RX de tórax, 1 RX do  
Membro inferior esquerdo  
+ coluna lombar + pelve. AR.  
+ popl.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

FRACTURA DE PERNAS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

① EFUSÃO PLEURAL (L) 100cc  
TRAUMA 100ccs

Dr. Kallinadre Medeiros  
Urologia - Andrologia TISBR  
CRM: 131.489.524-0  
CRM-RM 3260

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1:

DR. KALLINADRE MEDEIROS

HORA: 20:30

DATA: 01/03/16

ESPECIALISTA 2:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

Dr. Kallinadre Medeiros





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel  
Pronto Socorro Clávis Sartori

# SOLFTIM OPERATÓRIO

## **IDENTIFICAÇÃO**

Diagnóstico pré-operatório: Fratura Tibia e Fibula  
Indicação terapêutica: Tornar a anatomia funcional

**Fratura Tibia e Fibula**  Indicação terapêutica:  Crimígio de  de Urgência ( ) Eletiva ( )

## DATA: 10/09/2018 - PÓS-INTERVENÇÃO

### Anestesista-

CRM/CRO

## RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

ACADEMIA DE BELAS ARTES DO  
PORTUGAL & ARTES & CIENCIAS EXATAS  
PROMOVE A EXPOSIÇÃO EXCLUSIVA  
DA MIE; CINEMA & TEATRO

1946

~~CONFERE COM ORIGINAL~~

3574.103

ata de material anatomo-patológico: ( ) NÃO ( ) SIM QUAL?

esta de material para microbiologia: ( ) NÃO ( ) SIM ( ) QUAL?

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
 Secretaria de Estado da Saúde Pública  
 Hospital Monsenhor Walferdo Gurgel  
 Pronto Socorro Olívio Sávio  
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Neenías Ribeiro da Silva Bessa  
 DATA DE NASCIMENTO: 22/10/1975 IDADE: 42  
 REGISTRO: 16.9192

DATA DE ADMISSÃO: 12-03-2018 HORA: 9:20

ADMISSÃO DO PACIENTE:

CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Ortopedia

HIDRATAÇÃO: SIM () NÃO () VIA: PERIFÉRICO () ACESSO CENTRAL ()

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE () ORIENTADO () VIGIL () AGITADO ()

INCONSCIENTE ()

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () GRAVE ()

SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE () M.V. () ENUSSADO () TRAQUEOSTOMIZADO ()

ALÉGICO: SIM () NÃO () HIPERTENSO: SIM () NÃO ()

DIASÉTICO: SIM () NÃO () ASMÁTICO: SIM () NÃO ()

DOENÇA RENAL: SIM () NÃO () OUTRAS PATOLOGIAS:

MEDICAÇÕES EM USO: Metformina

CIRURGIAS ANTERIORES:

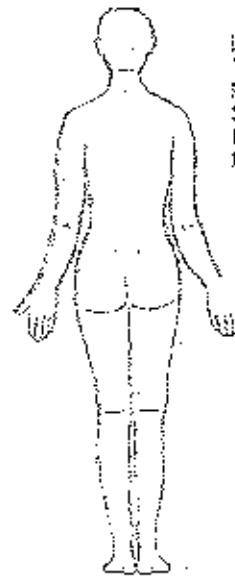
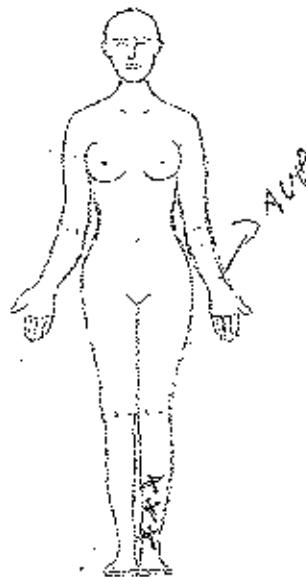
EXAMES COMPLEMENTARES:

OBSESSIVAÇÃO:

ÁREA DE TRICOTOMIA: 22 HORA:

ÁREA DE PUNÇÃO: 22 HORA:

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, FUNÇÃO E TRICOTOMIA



Lote Número: V06883792 Fabricação: 08/2018 Validade: 03 Anos Código: 2.345 Quantidade: 08 PCS  
 Nome Técnico: PINO IMPLANTÁVEL  
 Nome Comercial: PINO DE SCHANZ  
 Modelo Comercial: PINO DE SCHANZ ESTERIL DIAM. 6,0 X 200 MM  
 Número de Registro ANVISA: 80048530010 Mat.Fabric. ASTM F138  
 Implantec Materiais Médicos & Hospitalares Ltda.  
 R.Alberto Meira da Costa,128-Campinense/SP CEP:13080-713  
 Resp.Técnica: Agnara A. Bispo CREA-SP 5053250866  
 Armazenamento, Cuidados no Manuseio, Advertências e  
 Instruções de Esterilização: ver Instruções de Uso  
 PROIBIDO REPROCESSAR - ESTERIL - ETO  
 Produto Médico Invasivo

19/03/18  
 CONFERE COM ORIGINA  
 Servidor

JELOU N°: 1 ACESSO CENTRAL:

INSTRUMENTADOR: Neenías Ribeiro da Silva Bessa

CIRULANTE: Flávia

TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUE () PERIDURAL () S.R.C. () LOCAL ()

ANESTESISTA: Flávia + Flávia Vital

INÍCIO DE ANESTESIA: 9:25

TÉCNICO DE ANESTESIA:

ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: Cloxacilina 200 + 240 mg. Clavulânico

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 2343 /2018

Prontuário: 1169192

Paciente: 64969 - NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES

Cartão SUS:

Idade: 42 anos 10 meses 19 dias

Sexo: M

CPF: 91560721472

Nome da mãe: MARIA

Etnia: PARDA

Dt Nasc: 22/04/1975

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome do pai:

Rua/Av: FLORIANOPOLIUS

Complemento: LOCAL DO ACIDENTE

CEP: 59015380

Telefone: 84 32327500 84 32327500

Cidade: NATAL

Nº: 1

Bairro: POTENGI

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: OBS II

Leito: 911

Responsável: NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES -

Usuário: SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS

Admissão: 11/03/2018 21:30:21

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: T12 - FRATURA DO MEMBRO INFERIOR, NÍVEL NÃO ESPECIFICADO  
415010012 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

12/06/2018

CONFIRMO ORIGINAL

GERADOR

ALTA, 11 de Março de 2018.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



## FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Alcides - Revisão da cicatriz varizes ASA: 2  
Idade: 47 Sexo: M Registro: 116.9192  
Diagnóstico: Varizes de tórax e abdômen esquerdos Data: 12/03/18  
Cirurgia Realizada: Ressecção de fístula externa  
Cirurgião: DR. M. M. M. Auxiliar: Auxiliar de enfermagem  
Anestesiologista: W. S. V. + R. B. V. + V. Enfermagem: W. V. C. S.  
Histórico Clínico Admisional: Utilizava moto/carro, gerente de construção, mo-  
stra de 100kg, de origem árabe, fumava, gosta de cerveja, hipertens-  
so, fumava 20/dia, medo de engasgar, T: 36,9°C

Técnica Anestésica: Escoliose. Radiación leva - (1) PRE: Ommaya - infiltrar  
el líquido cerebral. 2. Vía alta: recta. 3. Tumores: (2) Segundo espacio  
entre la dura y la aracnoida. 4. Encéfalos: espina dorsal + espinales extremitades (3) Punción  
entre la dura y la aracnoida. 5. Cervicotorácica: (4) Punción de Körber CTR  
entre la dura y la aracnoida de cervical, sacra, micturitomiales (5) Testigo: blíngula

Initial: 14-15-1546-40

Termino: 10/00 / 00:00

#### Antitéticos Utilizados:

1. McGillivray's Warbler: G.V.
2. Surf Scoter: G.V.
3. Red Phalarope: G.V.
4. Red Phalarope: G.V.
5. Red Phalarope: G.V.
6. Red Phalarope: G.V.
7. Red Phalarope: G.V.
8. Red Phalarope: G.V.
9. Red Phalarope: G.V.
10. Red Phalarope: G.V.
11. Red Phalarope: G.V.
12. Red Phalarope: G.V.
13. Red Phalarope: G.V.

2. Surveillance person 15m/s - Response  
3. Surveillance 20m/s  
4. Surveillance 240m/s EV  
5. Surveillance 100m/s EV  
10. Surveillance 100m/s EV  
12. Surveillance 100m/s EV  
16. Surveillance 100m/s EV

Assinatura do Anestesiologista - CRM





POLÍCIA MILITAR DO RIO GRANDE DO NORTE  
DIRETORIA DE SAÚDE  
HOSPITAL CENTRAL CORONEL PÉDRO GERMANO

REGISTRO DE INTERNAMENTO

AIH: Registro: 95358 Data: 16.03.19 Hora: 14:50  
 Cirúrgica  Obstétrica  Médica  Pediatrícia

Clinica:  Clínica Médico: Data da Cirurgia: / /

Apto./Enf.: F Leito: 503 Médico: (CARTEIRA)

P. Sáus 709 2088 3726 9136

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

P.PF 915 607 214-72

NOVO: Neemias Ricardo da Silva Soares DATA DE NASCIMENTO: 22.04.75  
 SEXO: M COR: NACIONALIDADE: Brasileiro NATURALIDADE: Ribeirão Preto ESTADO CIVIL: Solteiro IDENTIDADE/EXP: 14.988  
 ENDEREÇO (Rua, Av. e N°): B. dos Antônios, 55 Cid das Rosas, Jardim S. Gonçalo CEP: 59990-000  
 FILIAÇÃO (Pai, Mão): Valente Soares e Cíero Mariz da Silva Soares

PROFISSÃO: Soldado P.M LOCAL DE TRABALHO: FONE: 2649647  
 RESPONSÁVEL: Edimilia Lemos de Melo ENDERECO: R. 3626 51-29  
 CONVÊNIO: MATRÍCULA: CATEGORIA: Militar T. PERMANÊNCIA:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR DE INTERNAMENTO

SUMÁRIO DE ALTA

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO				CID
CONDIÇÕES DE ALTA: <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado DATA:				HORA:
Tipos de Alta: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> A pedido <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> Ocio				

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO		CPF	RESP. P/S. DE INTERNAMENTO
--------------------------------	--	-----	----------------------------

AUTORIZAÇÃO DE ALTA 19/03/19

ALTA <input type="checkbox"/>	TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/>	ÓBITO <input type="checkbox"/>
CONFIRME COM: <i>Flávio Soares</i>		
Data: / /	Horas: / /	
Serviço Social: _____	Lavanderia: _____	Nutrição: _____
Tesouraria: _____	Enfermagem: _____	S. Informação: _____

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
 Secretaria de Estado da Saúde Pública  
 Hospital Monsenhor Welfredo Gurgel  
 Pronto Socorro Olívio Sávio  
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Wenior Pires de Souza Soares

DATA DE NASCIMENTO: 22/04/1925 IDADE: 92

REGISTRO: 4169192 HORA: 9:20

DATA DE ADMISSÃO: 12-03-2018

ADMISSÃO DO PACIENTE:

CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL:

HIDRATAÇÃO: SIM (X) NÃO ( ) VIA PERIFÉRICO (X) ACESSO CENTRAL ( )

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE (X) ORIENTADO (X) VIGIL ( ) AGITADO ( )

INCONSCIENTE ( )

ESTADO GERAL: BOM (X) REGULAR ( ) GRAVE ( )

SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE (X) MV ( ) ENTUBADO ( ) TRAQUEOSTOMIZADO ( )

ALÉRGICO: SIM ( ) NÃO ( ) HEPATICO: SIM ( ) NÃO ( )

DIARÉTICO: SIM ( ) NÃO ( ) NEFROLOGICO: SIM ( ) NÃO ( )

DOENÇA RENAL: SIM ( ) CUPRAS PATHOLOGIAS:

MEDICAÇÕES EM USO: Aspirin

CIRURGIAS ANTERIORES:

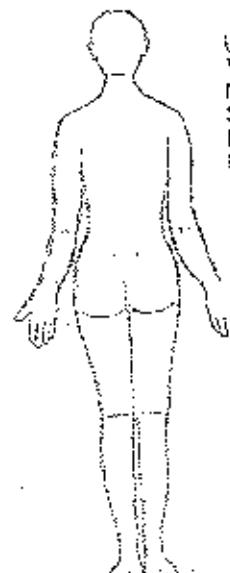
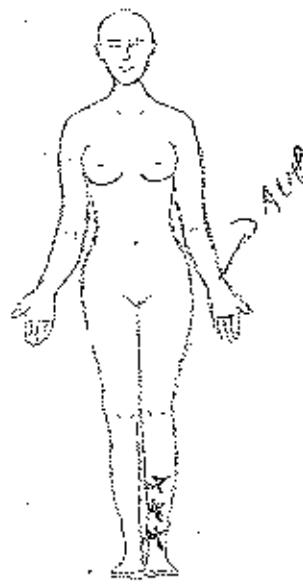
EXAMES COMPLEMENTARES:

OBSERVAÇÃO:

ÁREA DE TRICOTOMIA: HORA:

ÁREA DE PUNÇÃO: HORA:

OBS.: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



Lote Número: V06883782 Fabricação: 08/2018 Validade: 03 Anos Código: 2.345 Quantidade: 08 PCS

Nome Técnico: PINO IMPLANTAVEL

Nome Comercial: PINO DE SCHANZ

Modelo Comercial: PINO DE SCHANZ ESTERIL DIAM. 5,0 X 200 MM

Número de Registro ANVISA: 80046530010 Mef. Física, ASTM F198

Impantecl Materiais Médicos & Hospitalares Ltda.

Av. Alberto de Oliveira, 129 - Cachambi/SP CEP: 03080-713

Resp. Técnico: Agnir A. Bispo CRFA-SP 515500052

Armazenamento: Cuidados no Manuseio. Advertências: Istruções de Esterilização. Ver Instruções de Uso

PROIBIDO REPROCESSAR - ESTERIL - ETO

Produto Médico Invasivo - Classe 3

198828  
 CONFIRMA CONCORRIDO  
 [Signature]

JELCO Nº: \_\_\_\_\_ ACESSO CENTRAL: \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADOR: Medicina

OCUPANTE: Spacca

TIPO DE ANESTESIA: GERAL ( ) RÁDIO (X) PERIDURAL ( ) SPAL ( ) LOCAL ( )

ORCA: \_\_\_\_\_

ANESTESISTA: Elcione + 03 Viatof

INÍCIO DE ANESTESIA: 09:25

TERMINO DE ANESTESIA: Clazotax 200 + 84 Dant algofacilax

ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: Clazotax 200 + 84 Dant algofacilax



## IDENTIFICAÇÃO

Name: Neemias Flávio Reg. N° 54136  
Diagnóstico: ...

Diagnóstico pré-operatório: Fratura Tibia e Fibula.

Indicação terapêutica: Tratamento de sintomas de Urgência ( ) Eletiva ( )

MIG e fiscalização INTERVENÇÃO

DATA: 11/06/2013 HORA: 10:00 - 11:00 **INTERVENÇÃO**

Operador: Mario Flores CRM/CRO: CRM/CO Data: 10/07/2014

CRM/CRO

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentátor: \_\_\_\_\_ Anestezista: \_\_\_\_\_

## RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

A circuit for Dilecto Glass 3B  
for Westinghouse & American Cables Co.  
for West & Eastern & Frisco - express  
in RIE; cable & carriage

Dr. Mário Rangel M. de Aguiar  
Ortopedia e Traumatologia  
03200-000 - CEP 03200-000

1986\*3

CONFERE COM ORIGINAL

Coleta de material anatomo-patológico: ( ) NÃO ( ) SIM ( ) OUTRAS

Coleta de material para microbiologia: ( ) NÃO ( ) SIM QUAL?

POLÍCIA MILITAR DO RIO GRANDE DO NORTE  
DIRETORIA DE SAÚDE  
HOSPITAL CENTRAL CEL. PEDRO GERMANO

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

UNIDADE HOSPITALAR

HOSPITAL CENTRAL CEL. PEDRO GERMANO

LEITO N°

1002

MÉDICO

CNPJ (MF)

08.293.185/0001-81

NOME DO PACIENTE

PACIENTE

ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

MUNICÍPIO

UF

Rua das Astúrias 55 Ed. das Rosas Jardins S. Gonçalo

SEXO

PACIENTE

CEP

DATA NASCIMENTO

MAS

FEM

NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE

59290-000

29.04.75

1

3

ASSINATURA DIRETOR CLÍNICO PREÇO SOLICITADO

C. INT

DATA EMISSÃO

ASSINATURA DO AUDITOR

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE

- 1 - ACIDENTE DE TRABALHO
- 2 - ACIDENTE DE TRÂNSITO
- 3 - TENTATIVA DE HOMICÍDIO

- 4 - AGRESSÃO
- 5 - TENTATIVA DE SUICÍDIO
- 6 - OUTROS ACIDENTES

EM CASO DE ACIDENTE DE TRABALHO

Nº DA CARTEIRA DE TRABALHO

CNPJ (MF) DO EMPREGADOR

EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

CAUSA EXTERNA

CNPJ DA SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ERUPÇÃO DE TÉBIA E FIBULA HÁ 5 DIAS.

CONDICIONES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNACÃO

RISCO À VIDA

19/05/11  
CONFERE COM ORIGINAL  
SERVIÇO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

ANAMNÉSE E EXAME FÍSICO

CLÍNICA

DIAGNÓSTICO INICIAL

FRACTURA DE TÉBIA E FIBULA

CIRÚRGICA

GASTRICA

CLÍNICA

1

2

3

PROCEDIMENTO SOLICITADO (POR EXTERNO)

INTRODUÇÃO HOSPITALAR

TISSOPNEUMOL

PSIQUIATRIA

PEDIATR

OUTROS

4

5

6

CRM

7

ASSINATURA DO SISTEMA SOLICITANTE

POLÍCIA MILITAR DO RIO GRANDE DO NORTE  
DIRETORIA DE SAÚDE  
HOSPITAL CENTRAL CEL. PEDRO GERMANO

LEITO N°

MÉDICO

CNPJ (MF)

08.293.185/0001-81

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH  
UNIDADE HOSPITALAR

HOSPITAL CENTRAL CEL. PEDRO GERMANO

P  
A  
C  
I  
S  
N  
T  
E  
NOME DO PACIENTE

Ricardo do Silveira Soares

MUNICÍPIO

ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua das Artes 55 - Colinas das Jardins S. Gonçalo

CEP

59020-000

DATA NASCIMENTO

22.04.75

MAS

FEM

1 3 NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE

ASSINATURA DIRETOR CLÍNICO PRECED SOLICITADO

C. INT

DATA EMISSÃO

ASSINATURA DO AUDITOR

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE

- 1 - ACIDENTE DE TRABALHO
- 2 - ACIDENTE DE TRÂNSITO
- 3 - TENTATIVA DE HOMICÍDIO

- 4 - AGRESSÃO
- 5 - TENTATIVA DE SUICÍDIO
- 6 - OUTROS ACIDENTES

EM CASO DE ACIDENTE DE TRABALHO

Nº DA CARTEIRA DE TRABALHO

CNPJ (MF) DO EMPREGADOR

EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

CAUSA EXTERNA

CNPJ DA SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Ricardo do Silveira Soares

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Ricardo do Silveira Soares

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Ricardo do Silveira Soares

DIAGNÓSTICO INICIAL

Ricardo do Silveira Soares

PROCEDIMENTO SOLICITADO (POR EXTENSO)

Ricardo do Silveira Soares

ASSINATURA MÉDICO POLICITANTE (EXAMINADOR) CPF MÉDICO SOLICITANTE

CLÍNICA	SURGICAL	OBSTÉTRICA	CL. MÉDICA
	1	2	
			X 3
TIGOPENURMOL	PSIQUIATRIA	PEDIAT	
4	5	6	7
			8
			9
			OUTROS



**RIO GRANDE DO NORTE**  
**POLÍCIA MILITAR**  
**DIRETORIA DE SAÚDE HOSPITALAR**  
**CLÍNICA MÉDICA**

**IDENTIFICAÇÃO**  
Nome: Neemias Ricardo da Silva  
Registro: 96.358  
Letra: E  
Idade: 42 anos  
Internamentos anteriores: Hospital Walfredo Gurgel há 1 dia  
Diagnósticos: Fratura de Tibia e Fibula E + HAS  
História feita por: Ddo. Júlia Alencar  
Data do Internamento: 16/03/18

**PRESCRIÇÃO**

SSVV

TRANSFUSÕES

**QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO:** Fratura em perna esquerda há 5 dias.

**HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:** Há 5 dias paciente relatou dor sublata em membro inferior esquerda de forte intensidade, desencadeada por fratura de membro por acidente da moto. Admitido hemodinamicamente estável no Hospital Central Coronel Pedro Germano, com intensificação da dor.

**ISDA:** -

**ANTECEDENTES PESSOAIS:** Paciente hipertenso há 3 meses em uso de Losartana 100 mg/dia. Nega alergias. Descritas 40 tomas de vacina para tétano. Nega alergias. Nega transfusões.

**ANTECEDENTES FAMILIARES:** Pai vivo teve 3 AVC, sendo o primeiro aos 50 anos. A mãe viva tem 77 anos e é hipertensa.

**HABITOS DE VIDA:** Bebeira de 6 L/semana de fermentados (C:280/dia), não abstêmio. Tabagista de 1 cartela/semana durante 20 anos (CT: 5,6 maços x ano), abstêmio há 2 anos.

**EXAME FÍSICO:** TA= 160 X 100 mmHg, FC= 88 bpm, Tax= 36,9°C, FR= 20 bpm.  
- BEG: vigília, consciente, orientado, euplástico, acometida, criptodeno, corado, boa perfusão tissular periférica, sem edema/dor palpáveis.  
- MMII: Edema +2/+4 em pé esquerdo, estético, doloroso e firto. Dor a mobilização.

**POR QUADRO ATUAL:** Paciente após acidente foi admitido no Hospital Walfredo Gurgel, no qual foi realizada cirurgia de fixação da fratura exposta de tibia e fibula. Sendo encaminhada para este nosocomio para conduta terapêutica.

**ESCORES:** PADUA = 5 (trauma e diminuição da mobilidade)

**PLANOS ADMISSIONAIS:**

1. Passar caso para médico assistente.
2. Solicitar Rx de tórax no pronto-área. Passar ECG não realizado por máquina de ECG quebrada. Relato admissional: Chegou, Passou.
3. Solicitar o médico assistente para calibrar AII.
4. Suspender antibioticoterapia pós-operatória de Ceftazolina por ser indicado em até 3 dias em fratura exposta.
5. Suguir para médico assistente necessidade de utilizar terapia anti-hipertensiva.
6. Questionar médico assistente:
  - Necessidade de solicitar parecer da oftalmologia
  - Necessidade de anticoagulação profilática por Pautz=5
  - Suspender HGT para amanha.

4028  
CONFERIDA EM ORIGINAL  
Assinatura

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME

Werner Reimundo S. Scam

DA CLÍNICA

ENFERMARIA

A CLÍNICA

LEITO

MOTIVO DA CONSULTA:

(Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo)

Data

Ass. do Médico Consultante

PARECER

Louze M610

Paciente com FISTULA DE  
PONTE OSCURO, FISTULA  
USO DE FAXOON EXTERNO  
P/ GOTAS VENAS FISTULAS.  
JUNTA PEGAN TRATAMENTO  
CIVILICO COM OSTEOSS. E SIST  
191621  
JUN/17/18.

CONFERE COM ORIGINAL.

Ass. Dr. Antonio N. Lazzia  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM/RN 3281

29.3.18



**POLÍCIA MILITAR DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**DIRETORIA DE SAÚDE**  
**HOSPITAL CENTRAL CORONEL PEDRO GERMANO**

**REGISTRO DE INTERNAMENTO**

AIH:	Registro:	95358	Data:	16.03.13	Horas:	14:50
Clinica:	<input type="checkbox"/> Cirúrgica	<input type="checkbox"/> Obstétrica	<input type="checkbox"/> Médica	<input type="checkbox"/> Pediátrica		
Apto/Enf.:	F	Leito:	503	Médico:	(CARIMBO)	

*P. São 709 0088 8726 9136*

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

*CPF: 916 607 314-72*

DATA DE Nascimento:	22.04.75										
SEXO:	<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	COR:	BRANCO	NACIONALIDADE:	R. D. (BRASIL)	NATURALIDADE:	R. D. (BRASIL)	ESTADO CIVIL:	ESTABIL	IDENTIDADE (EX):	14.902
ENDEREÇO (Rua, Av. e N°):	<i>R. das Antuínias 55 Cid das Rosas Jardins 3º Andar</i>										
FILIAÇÃO (Pai, Mãe):	<i>Valentim Soares - Cícero Mário da Silva Soares</i>										

*PROFISSÃO: Soldado P.M. LOCAL DE TRABALHO: EDIFÍCIO: 3664 9647 Bairro: 326 515*

*RESPONSÁVEL: Edimário ENDEREÇO: Lmara da Silva CONVÉNIO: CATEGORIA: PROcedimento: T PERMANÊNCIA:*

*ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR DE INTERNAMENTO: Miltor*

**SUMÁRIO DE ALTA**

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:	OO				
CONDIÇÕES DE ALTA:	<input type="checkbox"/> Curada	<input type="checkbox"/> Melhorada	<input type="checkbox"/> Alterada		
DATA:	19/03/13				
Tipos de Alta:	<input type="checkbox"/> Médica	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> A pedido	<input type="checkbox"/> Evasão	<input type="checkbox"/> Outra

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO	CPF	RESP. PIS. DE INTERNAMENTO
<i>1</i>	<i>19/03/13</i>	<i>CONFIRMO ORIGINAL</i>

**AUTORIZAÇÃO DE ALTA**

ALTA <input type="checkbox"/>	TRANSFERÉNCIA <input type="checkbox"/>	ÓBITO <input type="checkbox"/>
Data: _____ / _____ / _____	Horas: _____	Leito Destino: _____
Serviço Social: _____	Lavanderia: _____	Nutrição: _____
Tesouraria: _____	Enfermagem: _____	S. Internação: _____



Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Nome: HEGEMIAS RICARDO Idade: 11a D/N: 05/01/75  
 Pront. 66000 Município: S. L. Endereço: Av. Américo B. Góes Interno: Externo  
 Data da cirurgia: 10/04/81 Hora Admissão: Bloco: 1 Salat: 10h Hora Saída: 18h Peso: 75  
 Cirurgia: Abdome Cooperação: ( ) Não ( ) Sim Comorbidades: ( ) HAS ( ) DM ( ) Outras  
 Uso de medicações: ( ) Não ( ) Sim Jejum: ( ) Não ( ) Sim T: 36,5 °C  
 S/S/V Admissão: PA: 110/70 mmHg Peso: 75 bpm F: 18 rpm FC: 60 bpm SpO<sub>2</sub>: 98 % T: 36,5 °C  
 Enfermeiro(a): Flávia Instrumentado (a): Clínica Circulante: Flávia  
 Cirurgia: Abdome Spécie: Abdome Especialidade: Ortopedia Salat: 3  
 Hora Início: 10:50 Hora Término: 20:15 Tipo de cirurgia: ( ) Eletiva ( ) Urgente ( ) Limpaa ( ) Contaminada ( ) Infectada  
 1º Cirurgião: Dr. R. C. S. B. AUX: 01 E. Residente:

Anestesia: ( ) Local ( ) Sedação ( ) Geral TOT: 1h Bloqueio: ( ) Requidiana Ag. 15 ( ) Peridural ( ) Cateter ( ) S/Cateter  
 Ag. n°:  Cateter n°:  Início:  Garrote: ( ) Smarch ( ) Pneumático Início: 10:50 Término: 20:15  
 Anestesiologista: Dr. V. V. V.

NEUROMUSCULAR

	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/>	Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Jejico	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/>	Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input type="checkbox"/>	Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/>	Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Físsula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/>	Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input checked="" type="checkbox"/> Estímul. Nervo
<input type="checkbox"/>	Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input checked="" type="checkbox"/> Difusor
<input type="checkbox"/>	Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatrizes	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input checked="" type="checkbox"/> BIC
<input type="checkbox"/>	Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador
<input type="checkbox"/>	t/dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Fistostomia	
<input checked="" type="checkbox"/>	Anamorado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Drenos	
<input type="checkbox"/>	Parapléjico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/>	Tetrapléjico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas	<input checked="" type="checkbox"/> Trégua	
<input type="checkbox"/>	Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia	<input checked="" type="checkbox"/> Tais	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	80	62	71	bpm
Pulso	80	62	71	bpm
Oximetria	98	98	97	%
Capnografia				%
PA	120/90	90	100	mmHg

ACESSO VENOSO

Puncão Arterial  
 Puncão Venosa Periférica  
 Puncão Venosa Central  
 Dissecção venosa

LOCAIS:

Cateter:

SONDAGEM GÁSTRICA:

SNG n°:

Retorno:

SNG n°:

Retorno:

CATETERISMO VESICAL

SVA n°:

Retorno:

Retorno:

EXAMES SOLICITADOS:

Hemograma:

Coagulograma:

Proteínas responsáveis:

Urografia:



ADM:

Nº protocolo

Nome do paciente	Neemias Ricardo da Silva Soares		
Data operação		Lato	
Operador	Dr. Ricardo Araújo	1º auxiliar	Dr. Carlos Magno
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador	Guilherme
Anestesista	Dr. Marisa Tomaz	Tipo de anestesia: Bloqueio subaracnóide	
Diagnóstico pré-operatório	Fratura de perna		
Tipo de operação	TTO: cirurgia da fratura de perna		
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

## DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vícera

Paciente: 203 seção. Assento.  
Câmpus: 100% interchalado. Duração: 1h 10 min.  
Local: PLACA DIF COA 10 FUND. OB 22-23.  
Etiologia: Fratura de futebol.  
Cirurgião:

Dr. Carlos Magno P. de Carvalho  
Cirurgião - Traumatologista  
Praia da Costa - 3991  
CRM 2106 - TECI 3991  
CPH 102-304 Rua 44

PXA 671

CONFIRA COM ORIGINAL



Hospital

do paciente

Nº protocolo:

**NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES**

operação Enf. Lelio

dor 1º auxiliar

clínica 04/04/2018 2º auxiliar Instrumentador

estáto DR. ELSON JOSÉ DR. ELSON MIRANDA

óstico pré-operatório

l. operação FRATURA PERNAS

óstico pós-operatório

### RETRADA DE FIXADOR EXTERNO

Órgão imediato do patologista

Órgão radiológico no ato

Órgão durante a operação

### DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material cirurgico - espaço - vísceras

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL

2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

3. CAMPOS ESTÉREIS

4. RETRADA DE FIXADOR EXTERNO

5. CURATIVO

6. BOA PERFUSÃO DISTAL

CONFIRMO ORIGINAL

Elson Santos Miranda

Elson Santos Miranda  
Ortopedia e Traumatologia  
Santos, SP, 01/04/2018



Sistema Único da Saúde  
Ministério da Saúde

PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DE OCÉLIO MARQUES DE LUCENA

5515168

5- PACIENTE

NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

160200

7- CARTÃO NACIONAL SUS

709 2082 8726 9138

8- DATA DE NASCIMENTO

22/04/1975

9- SEXO

MASCULINO

10- RG/CPF

11- NOME DA MÃE

CICERA MARIA DA SILVA

12- TELEFONE DE CONTATO

13- NOME DO REPONÉVEL

EDIVANIA LIMA (ESPOSA)

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, N°)

RUA DAS ANTURIOS, 56

16- MUNICÍPIO

SAO GONÇALO DO AMARANTE

17- BAIRRO

CIDADE DAS ROSAS

18- UF

RN

19- CEP

59290-000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Palpitação e infarto de aorta  
de cima, náuseas e vômitos, apneia.  
Sopro sistólico exato da perna.*

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTENÇÃO

*HC + Rx da Perna E*

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

*HC + Rx*

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUNDÁRIO

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento Solicitado

28- NOME DO PROFISSIONAL

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNACAO

31- DOCUMENTO

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

36- ( ) AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEQUAIXA

40- NÚM. SEQUAIXA

41- SÉRIE

37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNPJ DA EMPRESA

44- CÓD.

38- ( ) AC. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) INSS/PLICENCIADO

Autorização

47- N° DO ÓRGÃO EMISSOR

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

53- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

54- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CONFERE COM ORIGINAL

*Gerador*

*19/6/2018*



Sistema  
Único de  
Saúde  
Ministério  
da  
Saúde

geturno

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNACAO HOSPITALAR**

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DEOCÉLIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES

3515168

5- PACIENTE

NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

160200

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

709 2082 8726 8136

8- DATA DE NASCIMENTO

22/04/1975

9- SEXO

MASCULINO

10- RACIAÇÃO

11- NOME DA MÃE

CICERA MARIA DA SILVA

12- FONE DE CONTATO

13- NOME DO RESPONSÁVEL

EDIVANIA LIMA (ESPOSA)

14- FONE DE CONTATO

15- ENDERECO (RUA, N°)

RUA DOS ANTURIOS, 56

16- MUNICÍPIO

SAO GONÇALO DO AMARANTE

17- BAIRRO

CIDADE DAS ROSAS

18- UF

RN

19- CEP

59290-000

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Justificativa da Internação

18/25 Paciente com pseudorrotura de hérnia  
D. Cligod por corre intensamente provoca  
gáseas pulmonares e pernas inchadas

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

Próurgico

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRÓVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Gáseas pulmonares

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Próurgico

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNACAO

31- DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Rodolfo Santos

Oncologia e Traumatologia

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

CRMN 1225 - SECT 1361

36- ( ) AC. TRÂNSITO

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

37- ( ) AC. TRABALHO TIPO

38- ( ) AC. TRABALHO TRAJETO

40- N° DO BILHETE

41- SÉRIE

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOF

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

1- EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO

Autorização

47- COD. ORGÃO EMISOR

52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

51- ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

DATA: 03/09/2014





BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 0037

NOME: NEZIHAIS Pires 71 filha spares  
 IDADE: 43 COR: branca SEXO: fêmea ESTADO CIVIL: casado

NATURALIDADE: Brasil PROFISSAO: funcionária PROCEDÊNCIA:

ENDERECO: 206 avenida 05 - 55 BAIRRO: 206 Regat

CIDADE: 6 - Amarante DATA: 21 - 02 - 09 HORA: 18:08

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	COM DISPNEIA <input type="checkbox"/>	CHOCADO <input type="checkbox"/>	COMATOSO <input type="checkbox"/>
C/ HEMORRAGIA <input type="checkbox"/>	EM CONVULSAO <input type="checkbox"/>	POLITRAUMATIZADO <input type="checkbox"/>	AGITADO <input type="checkbox"/>	OUTROS <input type="checkbox"/>

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM  NÃO

PUPILAS	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	C) PRESSÃO ARTERIAL
---------	-----------------------------------	----------------------------	---------------------

ESCORE FINAL (SCORE DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.
-------	------------	-------	------

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

DATA: 20/02/09

Unidade de Sólicitante:	Município:	Paciente:	Prontuário:	Motivo da Consulta:
Unidade:	Município:	Nome:	Nº:	Consulta:
CRM:	CRM:	CRM:	CRM:	CRM:
Operador:	Operador:	Operador:	Operador:	Operador:
Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:
Endereço:	Endereço:	Endereço:	Endereço:	Endereço:
Telefone:	Telefone:	Telefone:	Telefone:	Telefone:
Horas da dia:				
Para o (a) Dc (a):				
Consultas marcadas para a Unidade:				
Encaminhada à especialidade:				



**Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico**

Nome: <u>NEGRAS MUNICÍPIO DA SERRA SANTANA</u>	Idade: <u>43</u>	D/N: <u>22/04/1985</u>	
Pront.: <u>160200</u>	Município: <u>SÃO GONÇALO RJ</u>	Procedente: <input checked="" type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Externo	
Data da cirurgia: <u>06/03/17</u>	Horas Admissão: <u>18:10</u>	Sala: <u>10</u>	Horas Saída: <u></u>
Alergias: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim	Comorbidades: <u>HTAS ( ) DM ( ) Outras ( )</u>	Peso: <u></u>	
Uso de medicamentos: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim	Jejum: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim		
SSW Admissão: PA:	mmHg Pulso: <u></u> bpm FL: <u></u> bpm FC: <u></u> bpm SpO <sub>2</sub> : <u></u> % T: <u></u> °C: <u></u>		
Enfermeiro(a): <u></u>	Instrumentador (a): <u>GRANDE JUNIOR CIRCULANTE S. ANTONIA</u>		
Cirurgia: <u>LETRADA DE PLATE E PARAFUSOS</u>	Especialidade: <u>ORTOPEDIA</u>	Sala: <u>03</u>	
Horas Início: <u>19:20</u>	Horas Término: <u>20:10</u>	Tipo de cirurgia: <input type="checkbox"/> Eletiva <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Limpa <input type="checkbox"/> Contaminada <input type="checkbox"/> Infectada	
1º Cirurgião: <u>DR. GLEISON JOSE</u>	Aux: <u>DR. GONCALO</u>	Residente: <u></u>	
Anestesia: <input type="checkbox"/> Local <input checked="" type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Geral TOT: <u></u>	Bloqueio P/ Raquidiana Ag. n°: <u>253</u>	Péridural <input type="checkbox"/> c/cateter <input type="checkbox"/> s/cateter	
Ag. n°: <u></u>	Cateter n°: <u></u>	Inicio: <u></u> Fim: <u></u>	
Anestesiologista: <u>SILVA LIMA SIC</u>	Gástrica: <u>March ( ) Pneumático ( )</u> Início: <u>19:20</u> Término: <u>20:10</u>		

NEUROMUSCULAR		PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/>	Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input checked="" type="checkbox"/>	Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input checked="" type="checkbox"/>	Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Clorotica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/>	Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Fistula Arteriovenosa	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input checked="" type="checkbox"/>	Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input checked="" type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input checked="" type="checkbox"/>	Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input checked="" type="checkbox"/> Bipolar
<input checked="" type="checkbox"/>	Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador
<input checked="" type="checkbox"/>	Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno	
<input checked="" type="checkbox"/>	N/dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Eufnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input checked="" type="checkbox"/>	Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Tracão	
<input checked="" type="checkbox"/>	Paraplegico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> Telas	
<input checked="" type="checkbox"/>	Tetraplegico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas			
<input checked="" type="checkbox"/>	Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia			

SINAIS VITAIS	Inicio	Meto	Fim	Unid.
FC	<u>77</u>	<u>72</u>	<u>69</u>	Bpm
Pulso	<u>75</u>	<u>70</u>	<u>68</u>	Bpm
Oximetria	<u>98</u>	<u>97</u>	<u>97</u>	%
Capnografia	—	—	—	%
PA	<u>145/92</u>	<u>130/80</u>	<u>100</u>	mmHg

ACESSO VENOSO	
Punção Arterial	
Punção Venosa Periférica	
Punção Venosa Central	
Dissecção venosa	
Local:	
Cateter:	

SONDAGEM GÁSTRICA	
SNG n°:	
Retorno:	

CATETERISMO VESICAL	
SVE n°:	SVA n°:
Diurese:	

EXAMES SOLICITADOS	
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeca	Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Ventral	<input checked="" type="checkbox"/> Pescoco	Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Lateral	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	Fletidos
<input checked="" type="checkbox"/> Litotómica	<input checked="" type="checkbox"/> Lombar	MMII
<input checked="" type="checkbox"/> Trendelenburg		Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Canivete		Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Próclive		Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO		
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Metal
<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Descartável
Local:	<u>ESQUILA DIREITA</u>	
DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Local:	<u>ESQUILA DIREITA</u>	Local:
Solução:	<u>Agua</u>	

IMPLANTE CIRÚRGICO		
Orenos:		
Tela:		
Cateter:		
Ostomia:		
Fio de KC:		Parafuso - tipo:
Placa - tipo:	<u>DEF ESTREITA 7 Furos</u>	
Outros:		

**ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO**

Nome do paciente	Wesley Henrique Siqueira		Nº protocolo
Data operação	07/11/18	Enf.	Leito
Operador	Dr. Henrique Siqueira		1º auxiliar
2º auxiliar	Dr. Henrique Siqueira		3º auxiliar
Anestesiista	Dr. Celso		
Diagnóstico pré-operatório	Tumor de pele e		
Diagnóstico pós-operatório	Carcinoma de pele		
Relatório imediato do patologista	Dr. Henrique Siqueira		
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

#### DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - viceras

Abordagem tática - abertura da pele e  
excesso de graxina. Aferição da  
pele e fixação de graxa e  
fixação de graxa e ferida  
e luxamento

D. Henrique Siqueira  
CRM-SP 042026  
Oncologista - Clínico Geral

DATA: 07/11/18  
HORÁRIO: 10:00

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

( Hemocconcentrado \_\_\_\_\_ Unid.  
( Albumina \_\_\_\_\_ Unid.

CEFAZOLINA 2g h 18:50  
ZOSALAN 6mg h 18:50  
ANTAK 50mg h 18:50

( Plasma \_\_\_\_\_ Unid.  
( Expansor plasmático \_\_\_\_\_ Unid.  
( Plaquetas \_\_\_\_\_ Unid.

**MEDICAÇÕES UTILIZADAS**

CEFAZOLINA 2g h 18:50  
ZOSALAN 6mg h 18:50  
ANTAK 50mg h 18:50

( Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml  
( Soro Glicosado: \_\_\_\_\_ ml

( Soro Ringer Simples: \_\_\_\_\_ ml  
( Soro Ringer Lactato: \_\_\_\_\_ ml

Quantidade total de volume administrado:

( Não ( Sim Peça:

Swab para cultura:

Peça para sepultamento: ( Não ( Sim

Líquido:

FO de aspecto: ( Limpo ( cr exsudato ( Contaminada ( Aparelho gessado ( Bandagens ( Tales ( Outros

**INTERCORRÊNCIAS:** Procedimento contínuo. Sem intercorrências.

Ass: S. S. G. Coren: 500062

**CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO**

Nível de consciência: ()Consciente ( Inconsciente ( Narcose ( Coma ( Vigil ( Agitado

Respiratório: ( Intubado ( Extubado ( Cânula de Guedel ( Ambiente Curativo. ( Oclusivo ( Compressivo ( Bolsa de colostomia ( Outro:

Diurese: ( Espontânea ( Normal ( Hémiaturia ( Irrigação Vesical ( Oligúrico Destino após a cirurgia: S. R. A.

**UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO**

Horas: 00:15 Data: 6 / 3 / 13 Nível de consciência: ()Acordado ( Sonolento ( Narcose ( Orientado ( Desorientado ( Agitado ( Oftoso Vias aéreas: ( Intubado ( Extubado ( Cânula de Guedel ( Cateter O<sub>2</sub> ( O<sub>2</sub> Ambiente Mobilização MMII: ( Normal ( Diminuída ( Sem mobilidade Mobilização MMSS: ( Normal ( Diminuída ( Sem mobilidade Venoclise: ( Não ( Sim Tipo: ( Local: M<sub>SD</sub> Sondas: ( Gástrica ( Enteral ( Vesical Drenos: ( Succión ( Torácico ( Panrose ( Klem Ostomias: ( Sim ( Não Especifique Irrigação vesical contínua: ( Retorno satisfatório ( Retorno Insuficiente ( Coágulos Curativo: ( Oclusivo ( Descoberto ( Limpo ( Sujo Monitorização: ( ECG ( Oxímetro ( PA

**INTERCORRÊNCIAS NA URPA:** Náuseas ( Vômitos ( Sangramento ( Dor ( Bexiga ( Alteração PA ( Alteração FC

Relato:

**SINAIS VITais**

Horas	T°C	P	PA	FR	Sat %	Dor
Admissão	-	58	-	-	94	
30'	-	60	-	-	94	
60'	-	61	-	-	94	
Alta						

**Líquidos administrados na URPA:**

Soro glicosado: _____ ml
Soro Fisiológico: _____ ml
Ringer: _____ ml
Irrigação vesical contínua: _____ ml

DATA: 09/03/2013

**Medicações administradas URPA:**

Horas	Medicação	Dose	Via	Assinatura

**Eliminações:**

	Diurese	Retorno Gástr.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO:				
Desprezado URPA				

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:**

09/03/2013 18:31 Sociente em ótimo estado de saúde.

Observações:



VALID EN TODO  
ESTADOS UNIDOS NACIONAL

卷之三

1563452267

ESTADO DE RIO GRANDE DO NORTE

450884-0955  
2007-09-17 14:45

PROTÓCOLO  
RECEBIDO  
16 MAI 2013  
TERRA DO SOLADM.  
E CORRETORA DE SEGS