



Número: **0800168-75.2020.8.20.5129**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara da Comarca de São Gonçalo do Amarante**

Última distribuição : **23/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES (AUTOR)		GEONARA ARAUJO DE LIMA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		SUELY FERNANDES RIBEIRO DE SOUSA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60506201	23/09/2020 14:13	2752662_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros documentos

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: 000000009814-0

Nr. da Autenticação 4ADFE5C9C6BE65D7



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 23/09/2020 14:13:27

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092314132705900000058053691>

Número do documento: 20092314132705900000058053691

Num. 60506201 - Pág. 3

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 (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

Cidade:

Endereço:

Cidade:

Estado:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ 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 - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (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:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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.

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 apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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 contestação, caso discorde do seu veredicto.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ 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:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (val nascido)?

☐ Sim ☐ Não

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário, não substituído

Local e Data:

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

PROTOCOLO RECEBIDO

16 MAI 2017

TERRA SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 ROGO, 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.

FPS.001 V001/2018



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: J2018031000136

1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

1.2 Data de Expedição: 08/05/2018 17:11:59

1.4 Ligar CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

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

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo de local: Via Pública

2.8 Número: SN

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: POTENGI

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RUA FLORIANÓPOLIS

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência: EM FRENTE A IGREJA MARIA MÃE

2.13 Cidade: NATAL

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 988748006

3.17 Número: 55

3.19 Bairro: JARDIM PETRÓPOLIS

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE

3.2 Estado civil: União Estável

3.4 Pai: ROBERTO SOARES

3.6 Mãe: CIGERA MARIA DA SILVA SOARES

3.8 Orientação Sexual: Heterossexual

3.10 Identidade de Gênero: Intersexo

3.12 Data de Nascimento: 22/04/1975

3.14 RG: 14988 - FM/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: RIO DE JANEIRO - RJ

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA DOS ANTÓRIOS

3.24 CEP: 59290000

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Seguradora: Não

7.1.3 Chassi: 9C2JC41100R100766

7.1.5 Placa: OJX7566

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do 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

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam: 504472160

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.8 Modelo: CG 125 FAN KS

7.1.10 Ano de Fabricação: 2012

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

**PROTOCOLO
RECEBIDO**

16 MAI 2018

**TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.**

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA ESPECIALIZADA PARA RELATAR: QUE NO LOCAL, DATA, E LOCAL ACIMA MENCIONADAS; QUE FOI VISITAR SUA GENITORIA, E QUE AO RETORNAR PARA SUA RESIDENCIA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA; QUE SEGUIA NA VIA ESQUERDA DA RUA; QUE TRAFEGAVA UM VEICULO TIPO GOL, DE COR BRANCA CONTRA MÃO; QUE AO ENTRAR EM UM CRUZAMENTO, TEVE SUA MOTOCICLETA COLIDIDA NA PARTE CENTRAL DA COM O VEICULO CAUSADOR DO ACIDENTE; QUE DEVIDO A COLISÃO FOI ARREMESSADO POR CIMA DA SUA MOTOCICLETA; OCASIONANDO UMA GRANDE QUEDA; QUE SOFREU FRATURAS NA FIBULA, E TIBIA DA PERNA ESQUERDA, E VÁRIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO; QUE FOI ATENDIDO PELO SERVIÇO DO SAMU, SOB O Nº OCORRÊNCIA 194853/1, EM SEGUIDA REMOVIDO PARA O HOSPITAL WILFREDO GURGEL - PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO, CONFORME BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 11566/2018, ONDE RECEBEU OS PROCEDIMENTOS 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

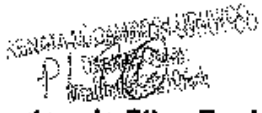


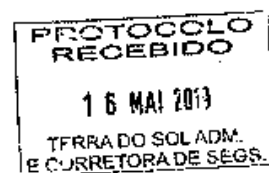
 NATAL	<p align="center"> PREFEITURA DO NATAL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA SAMU 192 NATAL </p>	 SAMU 192
---	--	---

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



08/05/2018

10.0.0.100/SSONatal_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=194853&Digito=1&ReadOnly=1

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 194853/1

Data: 11/03/2018

CHAMADO

TARM: OTÁVIO CÂMARA DA SILVA

Rádio Operador: EWERTON ALEXANDRE VIEIRA SANTOS

Equipe Enfermagem Cena: COMUNICADOR

VTR: USB 08 (BASE DESCENTRALIZADA NEÓPOLIS)

Médico Regulação: SANDERSON PALHARES FARIAS DE OLIVEIRA

Médico Cena: ANDRÉ SIQUEIRA ABRANTES

Usuário Pós-Cena:

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

REGULAÇÃO MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: MARIA QUEIROZ

Telefone: (84) 99999-5649

Nome do Paciente:

NEEMAS 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 /// PX A IGREJA CATÓLICA SANTA MARIA MÃE //

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Primária: COLISAO 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 FARIAS 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 CONVÊNIO MÉDICO: NÃO

Apoio:

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:
11/03/2018
18:38:11
Saída Local:
11/03/2018
19:25:29Regulação Médica:
11/03/2018
18:40:42
Chegada Destino:
11/03/2018
19:41:21Solicitação VTR:
11/03/2018
18:42:35
Liberação Destino:
11/03/2018
20:01:51Saída VTR:
11/03/2018
18:42:37
Liberação VTR:
11/03/2018
20:01:59Chegada Local:
11/03/2018
18:46:19

08/05/2018

10.0.0.100/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=104853&Digito=1&ReadOnly=1

CONVÊNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular?*

☐ Sim ☒ Não ☐ Não informado

CONDIÇÃO

☒ Remoção

Conduta Equipe de Enfermagem:

11/03/2018 19:26:42 - COMUNICADOR

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

OPERAÇÃO / TRANSFERÊNCIA

☐ Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

- SELECIONE -

H. ligação ao serv. prop.:

19:26

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

☐ Vaga Negada

☐ Vaga Zero

Motivo da entrada:

☐

Ass:

FOR FOLHA DE

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:





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



Atendimento Claro - Ligue 1052
Auto-Atendimento - Ligue *1052#
Site Web - claro.com.br
Vá até o site, minha.claro.com.br
para consultar o detalhamento da sua fatura.
Se preferir receber mensalmente a sua fatura
detalhada solicite através do 1052.
Atendimento ao deficiente auditivo e
de fala - Ligue (0800) 036 0323

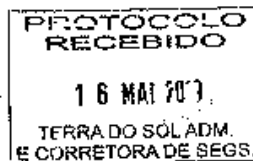
Número do seu Claro 84 99481 2371
Período de Uso de 14/03/2018 a 13/04/2018
Vencimento 05/05/2018
Total a Pagar R\$ 68,10

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

Veja aqui o que está sendo cobrado

Individuais		
Oferta Contínua Claro MIX		
Assinatura Digital	R\$	54,99
Assinatura Controle (138)		
Jornal e Músicas	R\$	1,12
Pacote de 20GB - Com Whatsapp	R\$	11,99
Total do Mês	R\$	68,10
Total a Pagar	R\$	68,10

Veja no verso os detalhes do seu plano e serviços.



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



Exatidão dos dados e valores cobrados é de responsabilidade do cliente. Caso haja pendência ou erro, favor entrar em contato com o atendimento ao cliente (1052) ou no site (1052.com.br) antes de pagar. O valor cobrado é o valor devido mais o valor da taxa de administração (13%) e o valor da taxa de serviço (10% e 0,5% do valor cobrado).



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 23/09/2020 14:13:27

<https://pje1g.trf3.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092314132705900000058053691>

Número do documento: 20092314132705900000058053691

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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)

Capitais 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² 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 ANDRÉ DA CUNHA GONÇALVES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 016.640.974 / 106, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MEENIAS RICARDO DA SILVA SOARES inscrito (a) no CPF sob o nº 915.607.214 / 72.

do sinistro de DPVAT cobertura TRÁFICO da Vítima MEENIAS RICARDO DA SILVA SOARES

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:

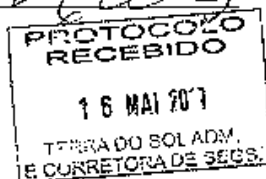
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-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>PARQUE DAS PEDREIRAS</u>	Cidade: <u>MATAL</u>	Estado: <u>SP</u>
E-mail: _____	CEP: <u>13070-390</u>	Tel. (DDD): <u>(12) 98779-0612</u>

Local e Data: MATAL 15.05.2019

André da Cunha Gonçalves
Assinatura do Declarante



DLDR001 V001/2017





SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 11566 /2018

Admissão: 11/03/2018 19:48:33



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 64969 - NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES (42 a 10 m 19 d)

Nascimento: 22/04/1975

Natural: NATAL BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS:

CPF: 91560721472

Prof:

Mãe: MARIA

Pai:

Logradouro: FLORIANOPOLIUS, 1

CEP: 59016380

Bairro: POTENGI

Cidade: NATAL

Telefone: .

Compl: LOCAL DO ACIDENTE

Motivo: CARRO X MOTO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 11/03/2018 19:41:46

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FI02	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	130x90		97%		24	99			

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAP MOTO CARRO/FRATURA EM TNZ F + DOR LOMBAR

Hora: 19:55

Colisao moto - carro. Paciente alegando com cinto retido antes da chegada do SAMU. Nojo por de arrastar. Relata dores lombares

PROTOCOLO
RECEBIDO

16 MAI 2018

TERRA DO SOLADIM
F. COURETORA DE SEGS.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A *Um cinto preso com cinto*

B *MU + bilateral*

C *PA: 130x90 / FC: 99 / Sat: 98%*

D *Resposta*

E *dor no corpo + mobilização ASE*

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

CONFERE COM ORIGINAL

Escritor

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID



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

Cidade: NATAL

Nº: 1

Bairro: POTENGI

Telefone: 84 32327500 84 32327500

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:

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

DIAGNOSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

CONFERE COM ORIGINAL
Revisor

NATAL, 11 de Março de 2016.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES

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

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AMB

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - CARTÃO NACIONAL / SUS

5 - DATA DE NASCIMENTO

6 - SEXO

7 - MASCULINO

8 - ESTADO

9 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DO CONSULTO

11 - ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA FLORIANO POLÍDORO, 01

12 - CID - CID

13 - BAIRRO

POTENGI

14 - UF

RU

15 - CEP

59015-380

16 - NATA

17 - PARTICIPAS SEME E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PARTICIPAS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID INICIAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - LAUDOS ASSOCIADOS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - LEVO CLÍNICA

26 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

27 - QUAL O MOTIVO DA INTERNAÇÃO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - OUTROS

30 - DT SOLICITAÇÃO

31 - CNES

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - TIPO DE ACIDENTE

34 - CID DA SEQUELARA

35 - Nº DO BILHETE

36 - CID

37 - TIPO DE ACIDENTE

38 - CNES

39

40 - TIPO DE ACIDENTE

41 - CID PRINCIPAL

42 - CID SECUNDÁRIO

43 - NOME DO PAPEL AUTORIZADO

44 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTRA

45 - TIPO DE AUTORIZAÇÃO

46 - DT AUTORIZA

47 - DT AUTORIZA

48 - CNES / CPF

49

50 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL



Neuman Ricardo da Silva Soares

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

Secretário: Walfredo Gergal

Profa. Socorro Clóvis Sarinho

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIN

PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

ESTABELECIMENTO DO INTERVENIENTE IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO DO INTERVENIENTE IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: *Neuman Ricardo da Silva Soares*
CAPACIDADE NACIONAL: *100*

DATA DE NASCIMENTO: *22/04/1975* SEXO: *M* NACIONALIDADE: *B*

NOME DA MÃE: *Neuman Ricardo da Silva Soares* TELEFONE DE CONTATO: *11 3311 1111*

ENDEREÇO: *Av. ...*

CIDADE: *...* BAIRRO: *...* UF: *...* CEP: *...*

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SÍNTOMAS E EXAMES CLÍNICOS

Ex. filar grande + B. H. ...

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tru. ...

PRINCIPAIS EXAMES

PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Ex. ...

DIAGNÓSTICO: *...*

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Ex. ...

LOCAL DO PROCEDIMENTO

415010012

ANEXOS

ANEXOS

ANEXOS

ANEXOS

ANEXOS

ANEXOS

ANEXOS

ANEXOS

ANEXOS

ANEXOS

ANEXOS

ANEXOS

ANEXOS

ANEXOS



	EXAME FISICO (SECUNDARIO)
A	
B	
C	
D	
E	

A (ALERGIAS): NEG

M (MEDICAÇÃO EM USO): *Lyfentamida*

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

LÍQUIDOS ALIMENTOS INGERIDOS)

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINA): 1

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

RX de torax, 1 RX de
membro inferior expando
+ calceolares + pulse. AP.

FRATURA DE PENNA (5) OUTROS

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

① EPM 100 mg (10) 100 mg

2 April 1944

[Signature]

~~Enfermeira Médica~~
Urologia - Andrologia TISS
~~CPF: 711.428.554-6~~
CRM-BR 3669

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: *Elaborado por Z*

HORA: 20:30

DATA: 7/63/16

ESPECIALISTA 2:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

Dr. Kishorraj Mehta







GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Guigêl
Pronto Socorro Clávis Sarrinho

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: DEE MIA THORO DE SAUS

Diagnóstico pré-operatório: Fratura Tibia e Fíbula

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

MIG e fixação externa INTERVENÇÃO

Data: _____ Início: _____ Término: _____ Duração: _____
Operador: Dr. Márcio Arraújo de Azevedo CRM/CRO: 191601
1º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____
2º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____
Instrumentador: _____ CRM/CRO: _____
Anestesista: _____ CRM/CRO: _____

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Paciente em boas condições
Admissão em UTI com fratura
de tibia e fíbula
em MIE, com fixação

Dr. Márcio Arraújo de Azevedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 191601

191601
CONFERE COM ORIGINAL

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

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



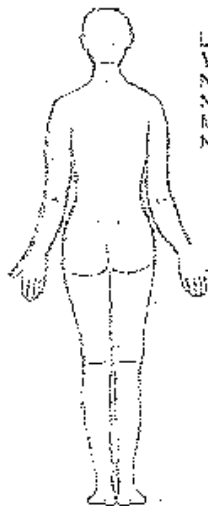
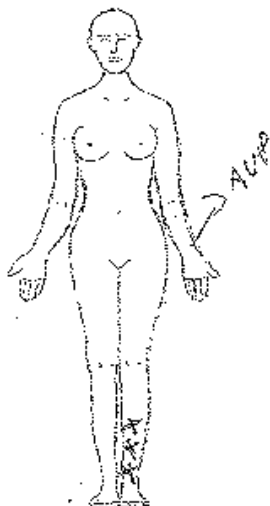


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Waifredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sampaio
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Neemias Ricardo da Silva Sousa
DATA DE NASCIMENTO: 22-04-1975 IDADE: 42
REGISTRO: 116 9192
DATA DE ADMISSÃO: 12-03-2018 HORA: 9:20
ADMISSÃO DO PACIENTE:
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Ortopedia
HIDRATAÇÃO: SIM (X) NÃO () VIA PERIFÉRICA (X) ACESSO CENTRAL ()
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE (X) ORIENTADO (X) VIGIL () AGITADO ()
INCONSCIENTE ()
ESTADO GERAL: BOM (X) REGULAR () GRAVE ()
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE (X) M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADO ()
ALÉRGICO: SIM () NÃO (X) HIPERTENSO: SIM () NÃO (X)
DIABÉTICO: SIM () NÃO (X) ASMÁTICO: SIM () NÃO (X)
DOENÇA RENAL: SIM () NÃO (X) OUTRAS PATOLOGIAS:
MEDICAÇÕES EM USO: MOSE
CIRURGIAS ANTERIORES:
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()
OBSERVAÇÃO:

ÁREA DE TRICOTOMIA: 11 HORA:
ÁREA DE PUNÇÃO: 11 HORA:
OBS.: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, FUNÇÃO E TRICOTOMIA



Lote Número: V06883782 Fabricação: 09/2018 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: 80048530010 Mat.Fabric: ASTM F138
Implantac. Materiais Médicos & Hospitalares Ltda.
R. Alberto Meis da Costa, 128 - Campina/SP CEP: 13050-710
Resp. Técnico: Agmar A. Bispo CREA-SP: 5083350958
Armazenamento, Cuidados no Manuseio, Adesão e Instruções de Esterilização ver instruções de uso
PROIBIDO REPROCESSAR - ESTERIL - RTO
Produto Médico Invasivo Classe 3

12/1/2018
CONFERE COM ORIGINAL
Enfermeiro

JELCO Nº: 1 ACESSO CENTRAL:
INSTRUMENTADOR: Auxiliadora
CIRCULANTE: Enfermeira
TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUÍDICA (X) PERIDURAL () S.P. () LOCAL ()
VIA:
ANESTESIA: Albina + 23 Vital
INÍCIO DE ANESTESIA: 9:25
FIM DE ANESTESIA:
ANTISÉPTICO ADMINISTRADO: Cloroxilina 20% + 240mg. glutaraldeído



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 Dt Nasc: 22/04/1975
Nome da mãe: MARIA Etnia: PARDA Estado Civil: NÃO INFORMADO
Nome do pai: _____
Rua/Av: FLORIANOPOLIUS Nº: 1
Complemento: LOCAL DO ACIDENTE Bairro: POTENGI
CEP: 59015380 Cidade: NATAL
Telefone: 84 32327500 84 32327500 Unidade: OBS II Leito: 911
Especialidade: ORTOPEDICA
Responsável: NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES -
Usuário: SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS

Admissão: 11/03/2018 21:30:21 Alta: _____ Óbito: _____ Dias de permanência: _____

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

DIAGNOSTICO FINAL: _____

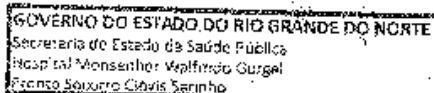
RESUMO DE ALTA

CONFERE COM ORIGINAL
SEPARADOR

TAL, 11 de Março de 2018.


ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM





Paciente: Almeida - Ricardo da Silva Junior ASA: 2
Idade: 41 Sexo: M Registro: 1169192
Diagnóstico: 1 - tumor benigno de cabeça e pescoço existentes Data: 12/03/18
Cirurgia Realizada: Exatomação de forame externo
Cirurgião: Dr. Marcelo Auxiliar: Dusciadora
Anestesiologista: Wagner + R3 Vitor Enfermagem: Melero

Histórico Clínico Admissional: Colúmbio moto/carro, goiaseira e caqui, torção mo-
do de colúmbio de colúmbio, uma pila de colúmbio de colúmbio.
Colúmbio de colúmbio, uma colúmbio de colúmbio. Retorno > 8h.

[illegible][illegible]

WEEK: 51 5/24/10

Vermin: 1000 / 1000

Anestésicos Utilizados:

1. moderate way: low EV
3. moderate way: low EV
5. moderate way: low EV
7. moderate way: low EV
9. moderate way: low EV
11. moderate way: low EV
13. moderate way: low EV

2. *Expiriscovine* posion 15mg - Requiras.
4. *Lifozolima* 20g, 50g
6. *Grutalima* 240mg, 50g
8. 50g 9. - 1000ml, 50g
10. _____
12. _____
16. _____

Logistics: 1. 2000 - 2001: UKFA (UK Foreign Aid) was the dominant force.
2. 2002 - 2003: UKFA was the dominant force, but of much less influence.

Assinatura do Anestesiologista - CRM





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

REGISTRO DE INTERNAMENTO

AIH: Registro: 95358 Data: 16.03.19 Hora: 14.50
Clínica: ☐ Cirúrgica ☐ Obstétrica ☐ Médica ☐ Pediátrica
Apto./Ent.: F Leito: 503 Médico: (Cartão)
Data da Cirurgia: 1/1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CPF: 915 607 214-72 DATA DE NASCIMENTO: 22.04.75
NOME: Neemias Ricardo da Silva Soares
SEXO: ☐ M ☐ F GOR: Bras NACIONALIDADE: R. de Janeiro ESTADO CIVIL: 14988
BAIRRO: CEP: 59290-000
ENDEREÇO (Rua, Av. e Nº): R. dos Antunes 55 Cidades das Pedras, Jardim S. Gonçalo
FILIAÇÃO (Pai, Mãe): Volante Soares, Píera Maria da Silva Soares
PROFISSÃO: Soldado P.M. LOCAL DE TRABALHO:
RESPONSÁVEL: Edmarino Lima de Melo RG: 3664 9647
ENDEREÇO: 87826 5137
CONVÊNIO: MATRÍCULA: CATEGORIA: Militar PROCEDIMENTO: T. PERMANÊNCIA:
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR DE INTERNAMENTO

SUMÁRIO DE ALTA

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: CID:
CONDIÇÕES DE ALTA: ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado DATA: HORA:
Tipos de Alta: ☐ Médico ☐ Administrativa ☐ A pedido ☐ Evasão ☐ Óbito
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO: CPF: RESP. P/S. DE INTERNAMENTO:

AUTORIZAÇÃO DE ALTA

ALTA ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ ÓBITO ☐
CONFERE COM ORIGINAL
Data: Hora: Lavanderia: Nutrição: S. Internação:
Serviço Social: Enfermagem: Tesouraria:



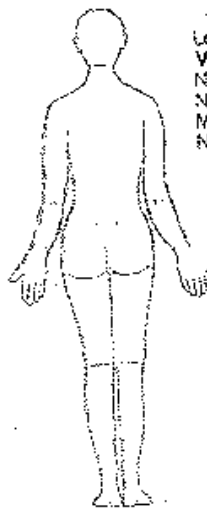
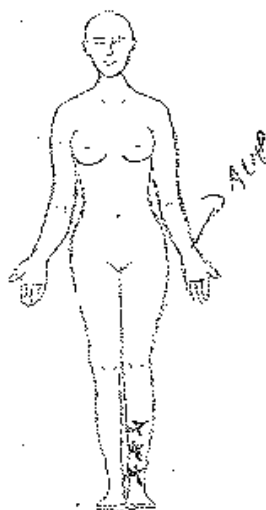


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clávis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Neomiana Ribeiro da Silva Soares
DATA DE NASCIMENTO: 22-04-1975 IDADE: 42
REGISTRO: 116 9192
DATA DE ADMISSÃO: 18-03-2018 HORA: 9:20
ADMISSÃO DO PACIENTE:
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Oxigenação
HIDRATAÇÃO: SIM (X) NÃO () VIA PERIFÉRICA: (X) ACESSO CENTRAL: ()
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE (X) ORIENTADO (X) VIGIL () AGITADO ()
INCONSCIENTE ()
ESTADO GERAL: SOM (X) REGULAR () GRAVE () TRAQUEOSTOMIZADO ()
SISTEMA RESPIRATÓRIO: ARAMBENTE (X) M.V. () ENTUBADO () HIPERTENSO: SIM () NÃO (X)
ALÉRGICO: SIM () NÃO (X) ASMA: SIM () NÃO (X)
DIABÉTICO: SIM () NÃO (X)
DOENÇA RENAL: SIM () NÃO (X) OUTRAS PATOLOGIAS:
MEDICAÇÕES EM USO: Metoprolol
CIRURGIAS ANTERIORES:
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()
OBSERVAÇÃO:

ÁREA DE TRICOTOMIA: 11 HORA:
ÁREA DE PUNÇÃO: 11 HORA:
OBS.: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



Lote Número: V08883792 Fabricação: 08/2018 Validade: 03 Anos Código: 2345 Quantidade: 08 PCS
Nome Técnico: PINO IMPLANTÁVEL
Nome Comercial: PINO DE SCHANZ
Modelo Comercial: PINO DE SCHANZ ESTÉRIL DIAM. 5,0 X 200 MM
Número de Registro ANVISA: 80046530010 Met.Fabric.: ASTM F138
Implante de Materiais Médicos e Hospitalares Ltda.
R. Alberto de Azevedo, 129 - Campina Nova - CEP: 59060-713
Resp. Técnico: Agma A. Bispo CREA-SP: 50836/RES
Armazenamento: Cidades do Maracá, Aventura, Aventura
Instruções de Esterilização: ver instruções de uso
PROIBIDO REPROCESSAR - ESTÉRIL - ATD
Produto Médico Invasivo - Classe II

17762
CONFERE COM ORIGINAL
SERVIÇO

INSTRUMENTADOR: Paulina de Azevedo
CIRCULANTE: Jonas
TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RÁPIDO (X) PERIDURAL () SPIN () LOCAL ()
CERCA:
ANESTESISTA: Cláudio + R3 Vital
INÍCIO DE ANESTESIA: 9:25
TÉRMINO DE ANESTESIA:
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: Cefazolin 2000 + 240mg gentamicina





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Ponto Socorro Clóvis Sampaio

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: NEEMIAS HERMO DA SILVA Reg. Nº 50000000000000000000

Diagnóstico pré-operatório: Fratura Tibia e Fíbula E

Indicação terapêutica: Tratamento cirúrgico de # de Urgência () Eletiva ()

MIE e fixação externa INTERVENÇÃO

Data: _____ Início: _____ Término: _____ Duração: _____

Operador: Dr. Mario Antônio M. de Almeida CRM/CRO: 1000000000000000000000

1º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____

2º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: _____ CRM/CRO: _____

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Paciente em boas condições
fratura de tibia e fíbula
com lesão de pele
em MIE; com fixação


Dr. Mario Antônio M. de Almeida
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN nº 1000000000000000000000

19/05/20
CONFERE COM ORIGINAL
[Assinatura]

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

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



 <p align="center">RIO GRANDE DO NORTE POLÍCIA MILITAR DIRETORIA DE SAÚDE HOSPITALAR CLÍNICA MÉDICA</p>	
<p>IDENTIFICAÇÃO Nome: Neemias Ricardo da Silva Registro: 95.358 Léito: E Idade: 42 anos Internamentos anteriores: Hospital Walfrado Gurgel há 1 dia Diagnósticos: Fratura de Tibia e Fíbula E + HAS História feita por: Ddo. Julia Alencar Data do Internamento: 16/03/18</p>	<p>PRESCRIÇÃO</p>
<p>SSVV</p>	<p>TRANSFUZÕES</p>

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

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: Há 5 dias paciente relata dor súbita em membro inferior esquerda de forte intensidade, desencadeada por fratura de membro por acidente de moto. Admitido hemodinamicamente estável no Hospital Central Coronel Pedro Gernero, com manutenção da dor.

ISDA: -

ANTECEDENTES PESSOAIS: Paciente hipertenso há 3 meses em uso de Losartana 100 mg/dia. Nega alergias. Descreve-se tomou 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: Etilista de 6 L/semana de fermentados (Cê:28g/dia), não abstêmio. Tabagista de 1 cartela/semana durante 20 anos (CT: 5,6 maços x ano), abstêmio há 2 anos.

EXAME FÍSICO: TA= 180 X 100 mmHg. FC= 82bpm. Tax= 36,9°C. FR= 20 upm.

- BEG: vigi, consciente, orientado, eufórico, anêmico, corado, boa perfusão tissular periférica, sem edema/megálias palpáveis.

- MMII: Edema +2/+4 em pé esquerdo, elástico, doloroso e frio. Dor a mobilização.

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

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

PLANOS ADMISSIONAIS:

1. Passar caso para médico assistente.
2. Solicitado Raio-x de tórax no prontuário. Passar ECG não realizado por máquina de ECG quebrada. Rotina admissional Chegou. Passar.
3. Solicitar a médico assistente para carimbar Afi.
4. Suspensão antibioticoterapia pós-operatória de Ceftazolina por ser indicado em até 3 dias em fratura exposta.
5. Sugerir para médico assistente necessidade de iniciar terapia anti-hipertensiva.
6. Questionar médico assistente:
-Necessidade de solicitar parecer da ortopedia
-Necessidade de anticoagulação profilática por Padua=5
7. Suspensão HGT para amacha.

Handwritten signature and stamp:
CONFIRMADO ORIGINAL
SOMAR





POLÍCIA
MILITAR
HOSPITAL CENTRAL

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME <u>Nunes Ricardo S. Jesus</u>	
DA CLÍNICA _____	ENFERMARIA <input type="checkbox"/>
A CLÍNICA _____	LEITO <input type="checkbox"/>
MOTIVO DA CONSULTA:	(Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo)
Data _____	Ass. do Médico Consultante _____

PARECER

Laudo Médico

Paciente com Fratura de
Perna esquerda, fazendo
uso de fixador externo
p/ estabilizar a fratura.
Deverá fazer tratamento
cirúrgico com desossificação
definitiva.

CONFERE COM ORIGINAL

Dr. Antônio N. Lázio
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:	16.03.19	Hora:	14.50
Clinica:	<input type="checkbox"/> Cirúrgica	<input type="checkbox"/> Obstétrica	<input type="checkbox"/> Médica	<input type="checkbox"/> Pediátrica		
Apto./Ent.:	E	Leito:	503	Médico:		
E. Saus 709 2082 8726 9136						

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME			DATA DE NASCIMENTO		
Vermias Ricardo da Silva Soares			22.04.75		
SEXO	COR	NACIONALIDADE	NATURAL DADE	ESTADO CIVIL	IDENTIDADE / EXP
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Bras	R. Vermias	Estável	14 988
ENDEREÇO (Rua, Av. e Nº)			BAIRRO	CEP	
R. das Antúrias 55			Parque das Hortas	59090-000	
FILIAÇÃO (Pai, Mãe)					
Valente Soares, Cícero Maria da Silva Soares					
PROFISSÃO			LOCAL DE TRABALHO		
Soldado P.M.					
RESPONSÁVEL			FONE		
Edmarcio Lima de Melo			3564 9692		
ENDEREÇO			ENDEREÇO		
			95358 5158		
CONVENIO	MATRÍCULA	CATEGORIA	PROCEDIMENTO	T. PERMANÊNCIA	
		Militar			
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"/> Alterado			DATA		
Tipos de Alta: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> A pedido <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> Outro			FONE		
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO			CPF		
			RESP. PIS. DE INTERNAMENTO		
			178621		
			CONFERE COM ORIGINAL		

AUTORIZAÇÃO DE ALTA

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





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

31

NOME: Neomias Ricardo do Silva Soares

IDADE: 22/04/1975 COR: - SEXO: Mas ESTADO CIVIL: Casado

NATURALIDADE: Rio de Janeiro PROFISSÃO: Militar PROCEDÊNCIA: -

ENDEREÇO: Rua dos Autores - 55 BAIRRO: Cidade dos Reis

CIDADE: São Gonçalo DATA: 22/04/2018 HORA: 16:45

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐

C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

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

CONFERE COM ORIGINAL
Assinador

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO





HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: NEEMIAS RICHARDO DA SILVA SOARES Idade: 42 ANOS D/M: 12/04/75
Pront: 1604 Município: S. C. do Amarante Procedência: Interno ☐ Externo
Data de cirurgia: 10/04/18 Hora Admissão: Bloco: Sala: 3 Hora Saída: 13:30 Peso: 78
Urgências: ☐ Não ☒ Sim Comorbidades: ☐ HAS ☐ DM ☐ Outras 3
Uso de medicações: ☐ Não ☒ Sim Jejum: ☐ Não ☒ Sim 3
SS/V Admissão: PA: 120/80 mmHg Pulso: 72 bpm FI: 2 rpm FC: 72 bpm SpO₂: 98 % T: 36,5 °C
Enfermeiro(a): Marcelo Instrumentado (a): Clonit Circulante: Simone
Cirurgião: III Cássio de Mello de Lima Especialidade: Oftalmologia Sala: 3
Hora Início: 18:50 Hora Término: 20:15 Tipo de cirurgia: ☒ Eletiva ☐ Urgência ☐ Limpa ☐ Contaminada ☐ Infetada
1º Cirurgião: Dr. Ricardo Aux.: Dr. E. A. A. A. Residente: ---
Anestesia: ☐ Local ☐ Sedação ☐ Geral TOT: ☐ Bloqueio ☒ Raquidiana Ag. nº 25 ☐ Pericural ☐ Cateter ☐ Cateter nº ---
Ag. nº --- Cateter nº --- Início: 18:50 Garrote: ☒ Smarch ☐ Pneumático Início: 18:50 Término: 20:15
Anestesiologista: Dr. Vitor

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso	<input checked="" type="checkbox"/> Jeico	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Letárgico	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input type="checkbox"/> Oximetria
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Cat. Dialise	<input type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervos
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Dipnifusor
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input type="checkbox"/> C/lesões	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
<input type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<input type="checkbox"/> Dificuldade	<input type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input type="checkbox"/> Cistostomia	
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesiado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input type="checkbox"/> Dreno	
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input type="checkbox"/> Manchas	<input type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> Amputações	<input type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input type="checkbox"/> Tala	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	80	67	72	Bpm
Pulso	80	67	72	Bpm
Oximetria	98	98	97	%
Capnografia				%
PA				mmHg

ACESSO VENOSO
<input type="checkbox"/> Puncão Arterial
<input checked="" type="checkbox"/> Puncão Venosa Periférica
<input type="checkbox"/> Puncão Venosa Central
<input type="checkbox"/> Dissecção venosa
Local:
Cateter:

SONDAGEM GÁSTRICA
SNG nº
Retorno

CATETERISMO VESICAL
SVC nº
SVA nº
Diurese:
Profissional responsável:

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

POSICÃO	COXIM	MMSS
Dorsal	Cabeça	Anatômica
Ventral	Pescoco	Adutora
Lateral	Tórax	Flexão
Litotômica	Lombar	MMH
Trendelenburg		Anatômica
Canivete		Abdução
Proclive		Flexão

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Descartável
Local:
DEGRADAÇÃO
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Local:
Solução:
Local:

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos:
Tela:
Cateter:
Ostomia:
Fio de KC:
Placa - Tipo: <u>BCF</u>
Outros:

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
15.02.2018 Dr. E. A. A. A.





Hospital

do paciente

Nº protocolo

NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARESOperação
dor

Enf.

Leito

1º auxiliar

Data

04/04/2018

3º auxiliar

Instrumentador

Cirurgião

DR. ELSON JOSÉ

Tipo de anestesia

DR. ELSON MIRANDA

Localização pré-operatória

Na operação

FRATURA PERNA

Localização pós-operatória

RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO

Órgão imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Realizado durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL**2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA****3. CAMPOS ESTÉREIS****4. RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO****5. CURATIVO****6. BOA PERFUSÃO DISTAL**CONFERE COM ORIGINAL
ElsonElson Santos Miranda
Otorrinolaringologista
CRM 6311 - 04/07/1987



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2- CNES	
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA		4- CNES 3515168	
5- PACIENTE NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES		6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO 160200	
7- CARTÃO NACIONAL SUS 709 2082 8728 9138	8- DATA DE NASCIMENTO 22/04/1975	9- SEXO MASCULINO	10- RAÇA/COR
11- NOME DA MÃE CICERA MARIA DA SILVA		12- TELEFONE DE CONTATO	
13- NOME DO RESPONSÁVEL EDIVANIA LIMA (ESPOSA)		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA DAS ANTURIOS, 58			
16- MUNICÍPIO SÃO GONÇALO DO AMARANTE	17- BAIRRO CIDADE DAS ROSAS	18- UF RN	19- CEP 59290-000
20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Fratura de fêmur com fratura exposta da perna E</i>			
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>HC + Rx de Perna E</i>			
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>HC + Rx</i>			
23- DIAGNÓSTICO INICIAL <i>fratura de Perna E</i>	24- CID 10 PRINCIPAL <i>Perna E</i>	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Procedimento Solicitado: Cirurgia de Fratura de Perna E</i>			
28- CLÍNICA	29- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	30- DOCUMENTO	31- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE () CNS () CPF
32- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		33- DATA DA SOLICITAÇÃO	
34- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 23/09/2020 14:13:27</i>	
36- () AC. TRANSITO			
37- () AC. TRABALHO TÍPICO			
38- () AC. TRABALHO TRAJETO			
39- () AC. TRABALHO TRAJETO			
40- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO VINCULADO			
41- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		42- Nº DO ORGÃO EMISSOR	
43- DOCUMENTO () CNS () CPF		44- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
45- DATA DA AUTORIZAÇÃO		46- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>CONFERE COM ORIGINAL</i> <i>138628</i>	





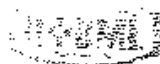
Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2- CNES	
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA		4- CNES 3515168	
Identificação do Paciente			
5- PACIENTE NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES		6- NÚMERO DO PROMTUÁRIO 160200	
7- CARTÃO NACIONAL/SUS 709 2082 8726 8136	8- DATA DE NASCIMENTO 22/04/1975	9- SEXO MASCULINO	10- RAÇA/COR
11- NOME DA MÃE CICERA MARIA DA SILVA		12- TELEFONE DE CONTATO	
13- NOME DO RESPONSÁVEL EDIVANIA LIMA (ESPOSA)		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA DOS ANTURIOS, 56			
16- MUNICÍPIO SAO GONCALO DO AMARANTE		17- BAIRRO CIDADE DAS ROSAS	18- UF RN
		19- CEP 59290-000	
Justificativa da Internação			
20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS 18/05 Paciente com pseudoartrite fêmur #1. Chegou ao com insuficiência renal para preencher exames ultra-sons			
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Emergência			
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
23- DIAGNÓSTICO INICIAL Guedesartrose fêmur			
24- CID 10 PRIMÁRIA			
25- CID 10 SECUND.			
26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
Procedimento Solicitado			
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Trat cirurgico			
28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
29- CLÍNICA	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO 21/2/19	31- DOCUMENTO () CNS () CPF	32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Rogério Santos
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) ORFEDINO TRAMATOLODIS CRM/RN 1226 - SOCIT 1391	
Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)			
36- CNPJ DA SEGURADORA	37- Nº DO BILHETE	41- SÉRIE	
38- CNPJ DA EMPRESA	42- CNIE DA EMPRESA	44- C80R	
45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47- COD. ORGAO EMISSOR			
52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
48- DOCUMENTO () CNS () CPF	49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DATA: 25/09/2020		





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Remotransfusão: ☐ Plasma Unid. ☐ Piaquetas Unid.
☐ Expensor plasmático Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

Medicação	Unid.	h:
Albúmina 20%	1	8
Soro fisiológico	1	8
Soro glicosado	1	8

HIDRATAÇÃO VENOSA

☐ Soro Ringer Simples: _____ ml
☐ Soro Ringer Lactato: _____ ml

Quantidade total de volume administrado: _____

ANATOMO PATOLÓGICO

☐ Peça para sepultamento: ☐ Não ☐ Sim

Líquido: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

Aspecto: ☐ Limpo ☐ Exsudato ☐ Contaminado ☐ Aparelho passado ☐ Bandagens ☐ Tais ☐ Outros:

INTERCORRÊNCIAS: Sem intercorrências após cirurgia
em boas condições de saúde

Ass: [Assinatura] Coren: [Número]

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: ☒ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Narcose ☐ Coma ☐ Vigil ☐ Agitado

Respiratório: ☐ Intubado ☒ Extubado ☐ Cânula de Guedel ☒ O₂ ambiente Curativo: ☒ Oclusivo ☐ Compressivo ☐ Bolsa de

Drainagem: ☒ Espontânea ☐ Normal ☐ Hematúria ☐ Irrigação Vesical ☐ Oligúria Destino após a cirurgia: em casa

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

Data: 10/09/18 Nível de consciência: ☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Narcosê ☐ Orientado

Respiratório: ☐ Intubado ☒ Extubado ☐ Cânula de Guedel ☐ Cateter O₂ ☒ O₂ Ambiente

Mobilização MMIL: ☐ Normal ☒ Diminuída ☐ Sem mobilidade Mobilização MMSS: ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Sem mobilidade

Drainagem: ☐ Não ☒ Sim Tipo: 100 Local: MS Sondas: ☐ Gástrica ☐ Enteral ☐ Vesical

Drainagem vesical contínua: ☐ Retorno satisfatório ☐ Retorno insuficiente ☐ Coágulos

Drainagem: ☒ Oclusivo ☐ Descoberto ☐ Limpo ☐ Sujo Monitorização: ☐ ECG ☒ Oxímetro ☐ PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA ☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Sangramento ☐ Dor ☐ Sxigoma ☐ Alteração PA ☐ Alteração FC

SINAIS VITAIS							Líquidos administrados na URPA:	
Hora	TC	P	PA	FR	Sat.%	Dor	Soro glicosado:	ml
Admissão		65	112/68	18	97		Soro fisiológico:	ml
30'		66	112/68	18	97		Ringer:	ml
60'		66	100/60	18	97		Irrigação vesical contínua:	ml
Alta		66	109/68	18	97			

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

Recebido da SO	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação

Desprezado URPA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: Após drenagem de urina, sem intercorrências



Serviço de Anestesiologia e Gasoterapia

Nome: HTML		Enfermaria		Leito	Nº prontuário	
Paciente: RICARDO DA SILVA SOARES		Idade: 42a		Sexo: M	Cor: Pardo	
DO: OCULIS	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros
Condições	Hemotias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia	
Urina						
A. respiratório				A. asma		
A. cardíaco				Bronquite		
A. digestivo				Eletrocardiograma		
A. mental				Ritmo sinusal		
Diagnóstico pré-operatório				A. urinário		
Anestésicos anteriores				Alergia		
Medicação pré-anestésica				Hipotensores		
				Estado físico		
				Risco		
				ASA I		
				Aplicada de		
				Efeito		
<p>Indicação: manutenção; redução pulso MSE em bem planeado; sendo do; antispasmodico toracoabdominal; punção L3-L4 paravertebral única (spine 1cm 55%) sup. claro, ligam. lúteo de anelútor; Respiração do dia dorsal</p>						
<p>Simbolos: 1) propofol - 1mg/kg, 2) fentanyl - 100mcg, 3) N. rocuronium - 15mg, 4) N. rocuronium - 15mg, 5) N. rocuronium - 15mg, 6) N. rocuronium - 15mg, 7) N. rocuronium - 15mg, 8) N. rocuronium - 15mg, 9) N. rocuronium - 15mg, 10) N. rocuronium - 15mg</p>						
<p>Posição: Dec. dorsal</p>						
<p>Agentes: S. rocuronium 15mg + 10mg</p>						
<p>Técnica: Bloqueio subaracnoide</p>						
<p>Operação: RTO cirúrgico da próstata de perna</p>						
<p>Cirurgião: Dr. Ricardo Mello + Dr. Carlos Mello</p>						
<p>Anestesiologista: Dr. Ricardo Mello</p>						
<p>Observações: Sem intercorrências</p>						





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM/RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 0037

NOME: NEEMIAS PIMENTA DA SILVA SOARES

IDADE: 43 COR: BRANCO SEXO: MASC ESTADO CIVIL: CASADO

NATURALIDADE: PARNAMIRIM/RN PROFISSÃO: MI. LIT. PROCEDÊNCIA: ---

ENDEREÇO: R. DOS AÇORES - 55 BAIRRO: LAZARUS

CIDADE: LAZARUS DATA: 21-02-019 HORA: 18:08

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

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: 20/02/2019





HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: NEEMAS NUNES DA SILVA SOARES Idade: 43 D/N: 22/04/1945
Pront: 160200 Município: SÃO GONÇALO DO AMARANTE Procedência: Interno () Externo
Data da cirurgia: 06/03/19 Hora Admissão: Bloco 18:40 Sala: 03 Hora Saída: 20:10 Peso: 75
Alergias: Não () Sim Comorbidades: Nenhuma () DM () Outras
Uso de medicações: () Não Sim Losartana Jejum: () Não Sim
SSW Admissão: PA: 120/80 mmHg Pulso: 72 bpm FL: 68 rpm FC: 72 bpm SpO₂: 98 % T: 36 °C
Enfermeiro(a): --- Instrumentador(a): Guilherme Junior Circulante: SADINHA
Cirurgia: REPARAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS + TRATAMENTO DE FRACTURA DE TIBIA ESQUERDA Especialidade: ORTOPEDIA Sala: 03
Hora Início: 19:20 Hora Término: 20:10 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: Dr. ELSON JOSÉ Aux: Dr. GOMES Residente: ---
Anestesia: () Local De Sedação () Geral TOT: --- () Bloqueio Peridural Ag. n° 25 () Peridural () Cateter () Cateter
Ag. n° --- Cateter n° --- Início: 19:20 Garota: Smarch () Pneumático Início: 19:35 Término: 20:10
Anestesiologista: Dr. CÁTIA BIE

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Letárgico	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input type="checkbox"/> Oximetria
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Fístula	<input type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Artéria venosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Difenosor
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input type="checkbox"/> C/flocos	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BiC
<input type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<input checked="" type="checkbox"/> V. dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input type="checkbox"/> Normoesférico	<input type="checkbox"/> Cistostomia	
<input type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input type="checkbox"/> Dreno	
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input type="checkbox"/> Manchas	<input type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> Amputações	<input type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>72</u>	<u>72</u>	<u>68</u>	Bpm
Pulso	<u>75</u>	<u>70</u>	<u>68</u>	Bpm
Oximetria	<u>98</u>	<u>97</u>	<u>97</u>	%
Capnografia	<u>---</u>	<u>---</u>	<u>---</u>	mmHg
PA	<u>120/80</u>	<u>115/80</u>	<u>110/60</u>	mmHg

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input type="checkbox"/> Cabeça	<input type="checkbox"/> Anatómicos
<input type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/> Pescoço	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Fletidos
<input type="checkbox"/> Litotômica	<input type="checkbox"/> Lombar	<input type="checkbox"/> MMH
<input type="checkbox"/> Trendelenburg		<input type="checkbox"/> Anatómicos
<input type="checkbox"/> Canivete		<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Procliva		<input type="checkbox"/> Fletidos

ACESSO VENOSO
<input type="checkbox"/> Punção Arterial
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Central
<input type="checkbox"/> Dissecção venosa
Local: <u>---</u>
Cateter: <u>---</u>

SONDAGEM GÁSTRICA
<input type="checkbox"/> SNG n° <u>---</u>
Retorno: <u>---</u>

CATETERISMO VESICAL
<input type="checkbox"/> SVE n° <u>---</u>
<input type="checkbox"/> SVA n° <u>---</u>
Diurese: <u>---</u>
Profissional responsável: <u>---</u>

EXAMES SOLICITADOS
() Hemograma
() Gasometria
() Coagulograma
() Outros

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não <input checked="" type="checkbox"/> Metal () Descartável
Local: <u>ESQUERDA DEXTRA</u>

DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não
Local: <u>---</u>	Solução: <u>---</u> Local: <u>---</u>

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos: <u>---</u>
Tela: <u>---</u>
Cateter: <u>---</u>
Ostomia: <u>---</u>
Fio de KC: <u>---</u> Parafuso: <u>---</u> tipo: <u>---</u>
Placa: <u>---</u> Tipo: <u>---</u> Estima: <u>---</u> Fios: <u>---</u>
Outros: <u>---</u>

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO





Hospital

Nome do paciente		Nº prontuário	
Adelino Ricardo Silva			
Data operação	Enf.	Leito	
06/11/19			
Operador	1º auxiliar		
Edson/Edson			
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador	
Dr. Carlos			
Anestesiologista		Tipo de anestesia	
Diagnóstico pré-operatório			
Furto de perna E			
Tipo de operação			
Artroscopia + placa + parafusos + Sweet			
Diagnóstico pós-operatório			
Comprometimento da perna E			
Relatório imediato do patologista			
Dr. Carlos			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Abh. repetitiva, gesso, artroscopia. Trocar de perna E. Operar de furto. Artroscopia. Placa + parafusos. Sweet + fixação de placa e parafusos. Furto de perna E. Curativo e enfiar o arto.

Dr. Edmar M. Damás
CRM-043
Ortopedia-Traumatologia

DATA: 06/11/2019
ASSINADO: [Assinatura]





HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

() Hemocentrado _____ Unid. () Plasma _____ Unid. () Plaquetas _____ Unid.
() Albumina _____ Unid. () Expansor plasmático _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

CEFAZOLINA 2g h: 18:50
ZOFLOX 400mg h: 18:50
ANTAK 50mg h: 18:50
CEFAZOLINA 2g h: 18:50
TRAK Long h: 18:50

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico _____ ml () Soro Ringer Simples _____ ml
() Soro Glicosado _____ ml () Soro Ringer Lactato _____ ml
Quantidade total de volume administrado: _____

ANATOMO PATOLÓGICO

☒ Não () Sim Peça: _____ Peça para sepultamento: ☒ Não () Sim
Swab para cultura: _____ Líquido: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: ☒ Limpo () exsudado () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros: _____

INTERCORRÊNCIAS: Procedimento concluído sem intercorrências.

Ass: Suzenara Coren: 50406

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente ☒ Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel ☒ O ambiente Curativo: ☒ Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro: _____
Diurese: ☒ Espontânea () Normal () Hematuria () Irrigação Vesical () Oligúria ☒ Destino após a cirurgia: SALA

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

Hora: 00:15 Data: 6/3/18 Nível de consciência: ☒ Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂ () O₂ Ambiente
Mobilização MMII: () Normal ☒ Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: ☒ Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não () Sim Tipo: Local Local: M2 Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sução () Torácico () Penrose () Kerr 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 () Bexigoma () Alteração PA () Alteração FC
Relato: _____

SINAIS VITAIS

Líquidos administrados na URPA:

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat %	Dor	Soro glicosado _____ ml
Admissão	-	58	-	-	97	-	Soro Fisiológico _____ ml
30'	-	60	-	-	97	-	Ringer: <u>100ml</u> <u>SDA</u>
60'	-	62	-	-	98	-	Irrigação vesical contínua: _____ ml
Alta							

Medicações administradas URPA:

Eliminações:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: 00:15 foi encaminhado para sala em mãos de
00:15 foi encaminhado para sala em mãos de



ANDRÉ DA CRUZ GONÇALVES

RG 324034-88E-RN

RG 324034-88E-RN **DATA NASCIMENTO 05/11/1985**

LOCAL DO NASCIMENTO
GONÇALVES
SIMPLICIO RALDA CRUZ
GONÇALVES

PROFISSÃO **RECEBE** **DATA** **15**

REGISTRO **03901127704** **DATA** **07/02/2018** **LOCAL** **22/01/2014**

PROIBIDO PLASTIFICAR **1563452267**

LOCAL **NATAL, RN** **DATA EMISSÃO** **08/02/2018**

ASSINATURA **48088418955**
ASSINATURA **88783181446**

RIO GRANDE DO NORTE

PROTOCOLO RECEBIDO
16 MAI 2018
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

