



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) SUELY FERNANDES RIBEIRO DE SOUSA (ADVOGADO)
SEGURADORA DPVAT (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60506 201	23/09/2020 14:13	<u>2752662_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	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: 00000009814-0

Nr. da Autenticação 4ADFE5C9C6BE65D7



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. 1

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, 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.

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 RENDIMENTO MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES

CPF: 815607214-72
Número: 55

Complemento:

Profissão:

MILITAR

Endereço:

RUA DOL AUTURIOS

CEP:

52293-123

Tel. (DDD): 61 (61) 38779-0672

Bairro:

JARDINS

Cidade:

ESTADAL DE GOIAS

Estado:

GOIAS

E-mail:

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

REUSSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINAR UMA CÓPIA 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: 2845

CONTA: 0274

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casada (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:

Vivos: _____

Falecidos: _____

Vítima deixou herdeiro (val herdeiro):

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 áqueles 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 239 do Código Penal.

INVALIDEZ PERMANENTE
MORTE

Local e Data: Natal/09/15/19

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

PROTÓCOLO
RECEBIDO

16 MAI 2019

TERRAS SOL ADM.

IE CORRETORA DE SEGUROS

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

(*) 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: 09/05/2018 17:11:59

1.4 Ligou 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 do local: Vila Pública
2.8 Número: SN
2.9 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 998748006
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: NOBERTO SOARES

3.6 Mãe: CICERA 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 - PMRN

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(B) 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: 9C2JC4119DR108765
7.1.5 Placa: OJX7556
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 2013

TFRRRA DO SOL ADM.
E CURRETORA DE SEGS.

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico
O COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARCEU A ESTA DELEGACIA ESPECIALIZADA PARA RELATAR; QUE NO LOCAL, 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 PERNHA 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 WALFREDO 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.

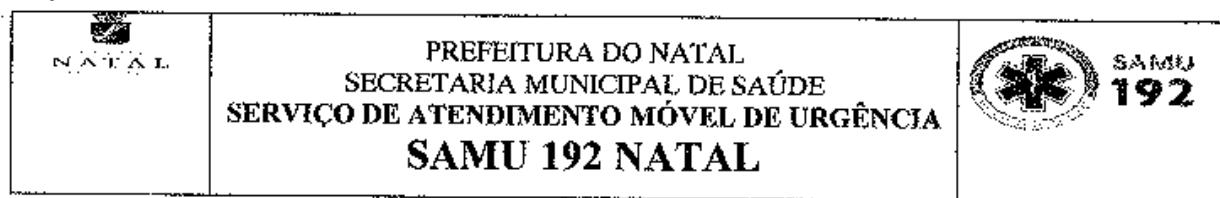
Data: 09/05/2018 17:11:59

Policia,

Interessado

Polegar direito



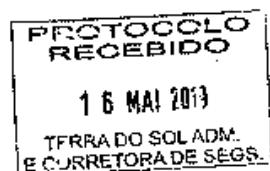


DECLARAÇÃO

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&Digito=1&ReadOnly=1

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: **194853/1**

Data: **11/03/2018**

CHAMADA

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:

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 /// 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

Locat: 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

Apoio:

MORÁGIOS DO PACIENTE

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 19:41:21	11/03/2018 20:01:51	11/03/2018 20:01:59	



08/05/2018

10.0.0.100\SSONatalV_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=104853&Digito=1&ReadOnly=1

CONVÉNIO MÉDICO PÁS PECUARIA

Paciente possui convênio médico particular? *

- Sim
- Não
- Não Informado

CONVOCAÇÃO

Remoção

Conduta Equipe de Enfermagem:

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

TARM: MARILIA IVANA, FEITO CONTATO COM DR ANDRÉ (POLITRÁUMA)

AGENDAMENTO / ENCONTRO/EXCEPÇÃO

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

FI:

Recebido por:

Número do conselheiro:

Número da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Motivo da entrada:

Ass:

Vaga Negada - Motivo:

— SELEÇÃO —

N. ligação ao serv prop.:
(19:26)

Vaga Zero

Nome receptor:

Descrição dos pertences:

Ass:

Cargo receptor:

Local deixado pertences:

Data:





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

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

7216210575050360000011750530200418

00463333

Atendimento Claro - Fone: 1052
Auto-Atendimento - Fone: *1052#
Na Web: claro.com.br
Visite o site: www.claro.com.br
para consultar o detalhamento da sua fatura.
Se preferir receber mensalmente a sua fatura
detalhada solicite através do 1052.
Atendimento ao cliente através do 1052 e
da Web - Fone: 0800 036 0323

Número do seu Claro
84 97481 2571

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

Vencimento
05/05/2018

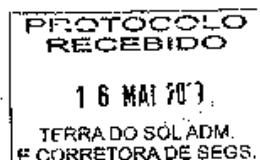
Total a Pagar
R\$ 68,10

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

Veja aqui o que está sendo cobrado

Individuais	R\$	R\$
Oferta Controle Claro MiX		54,99
Autodesk 3D Studio Max		
Assinatura Controle (136)		
Juros e Multas	R\$	1,12
pacote de 200MB - Com. Webissip	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 quite débitos de meses anteriores.

Peço que seja evitado o uso de cartões de crédito e débitos e recarga de cartões pré-pagos no pagamento desta fatura. Caso seja necessário o uso de cartões de crédito e débitos, o valor da fatura (R\$ 68,10) é dividido entre o valor da recarga/restituição e o valor da fatura.





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

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

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, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Andréa de Souza Gómez

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

MEUIAS RICARDO DA SILVA SOARES inscrito (a) no CPF sob o Nº 915.607.241-72.

do sinistro de DPVAT cobertura TRALIDE2 da Vítima MEUIAS RICARDO DA SILVA SOARES

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 915.607.241-72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

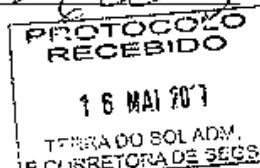
Recuso Informar

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>ENGENHOS NOVA</u>	Número: <u>8</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>ENGENHOS NOVA</u>	Cidade: <u>RECIFE</u>	Estado: <u>PE</u> CEP: <u>52070-390</u>
E-mail: <u>andrea.souza@lider.com.br</u>		Tel. (DDD): <u>(81) 28779-0612</u>

Local e Data: RECIFE 15.05.2017

Andréa de Souza Gómez
Assinatura do Declarante



DDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 23/09/2020 14:13:27
<https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092314132705900000058053691>
Número do documento: 20092314132705900000058053691

Num. 60506201 - Pág. 10



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 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

Endereço: FLORIANOPOLIS, 1

CEP: 59015380

Bairro: POTENGI

Cidade: NATAL

Telefone:

Compl: LOCAL DO ACIDENTE

Motivo: CARRO X-MOTO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

Tipo: REFERENCIADO

*Empresa:

Roxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 11/03/2018 19:41:46

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	130x90		97%		24		99		

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

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

Hora: 19:55

Colisão moto - carro. Puxo aliviado com cinto de segurança
antes da chegada do SAMU. Perde parte de consciência.
Relembre queixa anterior

PROTOCOLO
RECEBIDO

16 MAI 2019

TERRENO SOLADO
1º CHAMARADA DE SEGS

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A. Pior dor em pernas. Têm crise temporal.

B. MVT bilateral

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

D. Respiratória

E. Dor em região da cintura + mobilização da cintura

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

CONFERE COM ORIGINAL
Assinatura

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
Idade: 42 anos 10 meses 19 dias Sexo: M Etnia: PARDA Dt Nasc: 22/04/1975
Nome da mãe: MARIA Estado Civil: NÃO INFORMADO
Nome do pai:
Rua/Av: FLORIANOPOLIUS N.º: 1
Complemento: LOCAL DO ACIDENTE Bairro: POTENGI
CEP: 59015380 Cidade: NATAL
Telefone: 84 32327500 84 32327500 Unidade: OBS II Leito: 911
Especialidade: ORTOPÉDICA
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

12/03/2018
CONFIRA COM O ORIGINAL
Assinador

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 de Saúde Pública

- Hospital Monsenhor Walstedo Gugel

Pronto Socorro Clávis Batista

LAUDO 524

2020/09/24 10:45:00

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO AUTORIZADA HOSPITAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

LEGANTO/CREME SOU/ATANTE

7-0008

APOSENTADO/EX-COMBATENTE

8-0008

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Neufras Ribeiro da Silva Soares

DOCUMENTO NACIONAL (SSN)

109.208.287.269-336

AQUELE QUE É O RESPONSAVEL

COPRECO (NUA, M)

RUA FLORIANO POLIUS, 01

CENTRO

BAIRRO

UF

CEP

59015-380

NATAN

POTENGI

RJ

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

j. Ribeiro

Fevereiro - De febre alta de 38,5 a 39,5

e febre baixa de 36,5 a 37,5

Tremor constante

2 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

Fevereiro - 100

4 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fevereiro - 100

CID-ICD-10

T12

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

T12

LAJINOS ASSOCIAVOS

T12

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

T12

5 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fevereiro - 100

LEVO/TECNICA

Vaccina

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

6 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

7 - CID PRINCIPAL

Fevereiro - 100

CID PRINCIPAL

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

8 - CID SECUNDÁRIO

Fevereiro - 100

CID SECUNDÁRIO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

9 - PRESCRIÇÃO EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

10 - CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

11 - CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

12 - CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

13 - CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

14 - CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

15 - CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

16 - CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

17 - CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

18 - CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

19 - CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

20 - CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

21 - CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

22 - CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

23 - CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

24 - CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

25 - CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

26 - CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

27 - CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

28 - CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

29 - CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

30 - CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

31 - CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

32 - CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

33 - CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

34 - CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

35 - CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

36 - CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

37 - CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

38 - CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

39 - CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

40 - CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

41 - CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

42 - CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Oexame

NOME DO PROFISSIONAL QUE FIZE O PROCEDIMENTO

Fevereiro - 100

43 - CID-ICD-10 CATEGÓRICO

Fevereiro - 100

CID-ICD-10 CATEG



	EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)
A	
B	
C	
D	
E	

A (ALERGIAS): *Não*

M (MEDICAÇÃO EM USO): *Loxotônico*

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

L (LÍQUIDOS E ALIMENTOS (INGERIDOS)):

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL): *Não se lembra*

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM):**

RX de tórax, 1 RX de membro inferior esquerdo, gástrico e febre. 18.000 UPM.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

FRATURA DE PERNAS (E)

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

01 670 mg oral (1000 mg) 100 mg

Dr. Kallusandro Medeiros
Urologia - Andrologia TISSU
CNPJ: 21.146.994-01
CRM-RN 3949

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1:	<i>Dr. Kallusandro Medeiros</i>	HORA: <i>20:30</i>	DATA: <i>01/03/16</i>
ESPECIALISTA 2:		HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:		HORA:	DATA:

Dr. Kallusandro Medeiros

ALERTANTE: 2 - ESPECIALIZADO 2

DATA: 23/09/2020

Padre da Póne (E) por certidão
de morte.

1) NATUREZA DIAGNÓSTICA

Pad. da Póne (E)

2) USO DE APARATOS/FLETIVAS (RADILOGIA E IMAGEM)

LATOSA 220

OUTROS

3) CONDUZIMENTO (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Outro paciente

ESTADO: O. M. C. P. D.

DATA: 23/09/2020

Dr. Fá. Alce. Almeida e. P. Ribeiro
pedro

Até natural e Calorico do Responsável: Dr. Fá. Alce. Almeida e. P. Ribeiro
pedro

4) GESTÃO DO PACIENTE: fo C.C.

Nº do Boletim de Atendimento: 00000000000000000000000000000000

5) INTERAMENTO NA CLÍNICA: Reverte

DATA: 23/09/2020

6) SAÍDA:

Para a Revolta

Revolta

Transferido para:

Para a Revolta

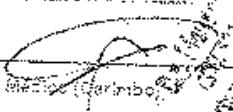
DATA: 23/09/2020

HORA: 12:00

com Atestado

S.V.O.

Dr. Wladimir
Góes - C
CRM-SP-05241
CFO-056



Assinar nessa linha e entregar ao paciente

7) GESTÃO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

8) INTERAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: 23/09/2020

HORA: 12:00

9) SAÍDA:

Para a Revolta

Revolta

Transferido para:



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

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

Número do documento: 20092314132705900000058053691

Num. 60506201 - Pág. 16



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DO RIO GRANDE DO SUL
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel.
Pronto Socorro Olívia Sartori.

**SOLFTIM
OPERATÓRIO**

IDENTIFICAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

Diagnóstico pré-operatório: Fratura Tibia e Fibula
Indicação terapêutica: TACMO nº 54

Indicação terapêutica: **MIG** e **fixação de RAUS** INTERVENÇÃO Urgência () Eletiva ()

Date:

10/10/2012

THERMOPHILIC BACTERIA

Bivariate Densities

Operador:

© 2015 Pearson

2º Auxiliar:

CRANICOS

8-15-5

CRM/CPO

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

PAULIST. Dr. Bresser Flores 303
investigou a origem das espécies exóticas
presentes na fauna & flora exóticas
e suas causas e efeitos.

Dr. Mário Armando G. de AD. B.
Ortopedia e Traumatologia

~~CONFIDENTIAL~~ COM ORIGINAL

卷之三

etc de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAI

esta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAI 2



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

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: *Neemias Ribeiro da Silva Soárez*

DATA DE NASCIMENTO: *22/04/1975* IDADE: *42*

REGISTRO: *116.9192*

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

ADMISSÃO DO PACIENTE:

CÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: *Ortopédica*

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. () ENTRABADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()

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

DIABÉTICO: SIM () NÃO () ASMÁTICO: SIM () NÃO ()

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

MEDICAÇÕES EM USO: *Metformina*

CIRURGIAS ANTERIORES:

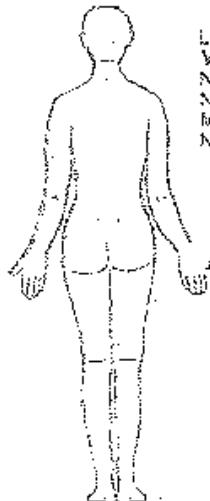
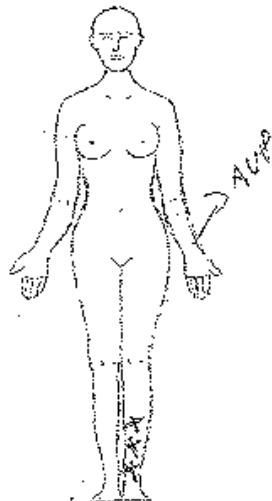
EXAMES COMPLEMENTARES:

OBSEVAÇÃO:

ÁREA DE TRICOTOMIA: *ABD* HORA:

ÁREA DE PUNÇÃO: HORA:

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, FUNÇÃO E TRICOTOMIA



Lote Número: V06983792 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. 6,0 X 200 MM
 Número de Registro ANVISA: 80046530010 Mat.Fabric. ASTM F138
 Implantec Materiais Médicos & Hospitalares Ltda.
 Rua Alberto Meira da Costa, 125-Campinas/SP CEP: 13080-710
 Resp.Técnica: Agnara A. Bispo CREA-SP 5093250268
 Armazenamento: Cuidados na Manipulação e Conservação
 Instruções de Esterilização: ver instruções de uso
 PROIBIDO REPROCESSAR - ESTERIL - RTO
 Produto Médico Invasivo - Classe 3

19/03/18
CONFERE COM ORIGINAL
Assinatura

INSTRUMENTADOR: *Auxiliar de Enfermagem* ACESSO CENTRAL:

CIRCULANTE: *Enfermeira*

TÍPO DE ANESTÉSIA: GERAL () RACOR () PERIDURAL () S.R.C. () LOCAL ()

ANESTESIA: *Alucinante + R3 Vital*

INÍCIO DE ANESTÉSIA: *09:25*

TEMBRINO DE ANESTÉSIA:

ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: *Cefazoline 20g + 240mg glatamato sódico*



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
Nome do pai:
Rua/Av: FLORIANOPOLIUS
Complemento: LOCAL DO ACIDENTE
CEP: 59015380
Telefone: 84 32327500 84 32327500
Especialidade: ORTOPEDICA
Responsável: NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES -
Usuário: SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS
Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nº: 1
Cidade: NATAL
Unidade: OBS II
Leito: 911
Bairro: POTENGI

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

10/03/18
CONFERE COM ORIGINAL
SEPARADOR

ALTA, 11 de Março de 2018.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado de Saúde Pública
Hospital Monsenhor Valfrido Gurgel
Francisco Soárez Civitas Serrinha

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Adriana - Revisão da síntese ASA: 2
Idade: 41 Sexo: F Registro: 116.9192
Diagnóstico: Fratura expandida de tibia e fibula esquerda Data: 12/03/18
Cirurgia Realizada: Ligadura de ferida externa
Cirurgião: DR. MIGUEL Auxiliar: RODRIGO
Anestesiologista: WILSON + RICARDO Enfermagem: MARCIA
Histórico Clínico Adicional: Historia moto/carro, socorre via ambulância no dia 12/03/18 de rotina. Nova fratura de tibia e fibula esquerda. Foi feita cirurgia de fixação externa.

Técnicas Anestésicas: Regional: Núcleo ventral - (1) PNL: Drenaje = infiltrar y diluir el anestésico. Se inyecta gel de PVA (microsferas) en la grasa subcutánea. - (2) Drenaje: tratar el exceso de gel + corregir el efecto. (3) Fármaco: se aplica sobre la zona de anestesia. Técnica: técnica de la aguja en la grasa. (4) Drenaje: se aplica sobre la zona de anestesia.

A black and white photograph of a wire mesh or screen, showing a regular grid pattern of squares. The mesh is composed of thin, dark lines forming a series of small, equal-sized squares across the entire frame. The lighting is even, highlighting the texture of the mesh.

Initial: 19.15.1984 - 40

Winnipeg AGM 2003/04

Anestésicos Utilizados:

1. Michigan Way: Very: EV
 2. Surf: Standard: EV
 3. Michigan: EV
 4. Michigan: EV
 5. Michigan: EV
 6. Michigan: EV
 7. Michigan: EV
 8. Michigan: EV
 9. Michigan: EV
 10. Michigan: EV
 11. Michigan: EV
 12. Michigan: EV
 13. Michigan: EV

2. Surveillance Person 15m/s - Reception
3. Surveillance 20m/s
4. Surveillance 240m/s EV
5. 34-0 97 - Normal, EV
10. _____
12. _____
14. _____

Encaminhamento: Deve ser feito para o CRF, juntamente com o relatório, o projeto, a proposta de aprovação e o ambiente (seu original).

Assinatura de Atestado (00000000000000000000000000000000)

Assinabuvin Osteuropéen - 2014





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

REGISTRO DE INTERNAMENTO

Alt:	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./Enf.:	E	Leito: 503	Médico: (CARTEAU)	Data da Cirurgia: / /

E-SUS 709 2022 8786 9136

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
PPE 915 607 219-72				

NOVO:	Nemias Ricardo da Silva Soares			DATA DE NASCIMENTO	30.04.75
SEXO	GOR	NACIONALIDADE	NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	IDENTIDADE / EXP
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Bras	R de Janeiro	estável	14 988
ENDERECO (Rua, Av. e N°)			BAIRRO CEP 59990-000		
B. das Antuínias 55 Cid das Rosas Jardim S. Gonçalo					
FILIAÇÃO (Pai, Mão)	Valente Soares e Círo Mariano da Silva Soares			LOCAL DE TRABALHO	
PROFISSÃO	Soldado P.M				
RESPONSÁVEL	Edilane Lemos de Melo			FONE:	3764 9647
ENDERECO				BAIRRO:	93826 5139
CONVÉNIO	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"/> Inalterado	DATA: / /
Tipos de Alta: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Administrativa	HORA: / /
EVASÃO <input type="checkbox"/>	ONTO <input type="checkbox"/>
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO	
CPF	RESP. P.S. DE INTERNAMENTO

AUTORIZAÇÃO DE ALTA 19/03/2022

ALTA <input type="checkbox"/>	TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/>	ÓBITO <input type="checkbox"/>
CONFERE COM OS DADOS	<i>[Assinatura]</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 Waltherdo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sárinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FECHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

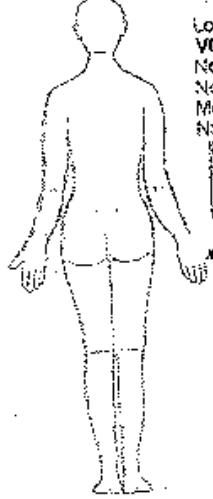
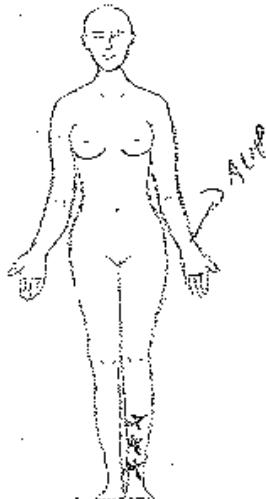
NOME DO PACIENTE: Alcino Ribeiro da Silva Soárez IDADE: 48
DATA DE NASCIMENTO: 22-04-1925 HORA: 9:20
REGISTRO: 16 9192
DATA DE ADMISSÃO: 13-03-2013

ADMISSÃO DO PACIENTE:	<u>Ortopedia</u>			
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL:				
MIDRATAÇÃO: SIM (<input checked="" type="checkbox"/>)	NAO (<input type="checkbox"/>)	VIAL PERIFÉRICO: (<input checked="" type="checkbox"/>)	ACESSO CENTRAL: (<input type="checkbox"/>)	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE (<input checked="" type="checkbox"/>)	ORIENTADO (<input checked="" type="checkbox"/>)	VIGIL (<input type="checkbox"/>)	AGITADO (<input type="checkbox"/>)	
INCONSCIENTE (<input type="checkbox"/>)		GRAVE (<input type="checkbox"/>)		
ESTADO GERAL: BOM (<input checked="" type="checkbox"/>)	REGULAR (<input type="checkbox"/>)	M.V. (<input type="checkbox"/>)	ENTUBADO (<input type="checkbox"/>)	TRACHEOSTOMIZADO (<input type="checkbox"/>)
SISTEMA RESPIRATÓRIO: ARAMBENTE (<input checked="" type="checkbox"/>)	NÃO (<input type="checkbox"/>)			IMPETIGOS: SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)
ALÉGICO: SIM (<input type="checkbox"/>)	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)			ASMA/CRIO: SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)
DIARÉTICO: SIM (<input type="checkbox"/>)	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)			
DOENÇA RENAL: SIM (<input type="checkbox"/>)	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	OUTRAS PATOLOGIAS: _____		
MEDICAÇÕES EM USO: <u>metformina</u>				
CIRURGIAS ANTERIORES: _____				
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM (<input type="checkbox"/>)	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)			
OBSERVAÇÃO: _____				

ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____
ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____
CÓD.: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA

© 2013 CBS Studios Inc. All Rights Reserved. CBS, THE CBS LOGO, THE CBS EYE, and THE CANNON are trademarks of CBS Studios Inc.


 Lote Número: 008883752 Fabricação: 08/2018 Válida: 03 Anos Código: 2.345 Quantidade: 08 PCS
 Nome Técnico: PINO IMPLANTÁVEL
 Nome Comercial: PINO DE SCHANZ
 Modelo Comercial: PINO DE SCHANZ-ESTERIL DIAM. 5,0 X 200 MM
 Número de Registro ANVISA: 80046500010 Mel-Facile, ASTM P490
 Implante, Materiais Médicos & Hospitalares Ltda.
 R. Alfredo Afonso da Costa, 129-Cambeba-CEP 65060-710
 Resp. Técnico: Agnir A. Bispo CREA-CE 676369000000
 Representante: Agnir A. Bispo, Agnir A. Bispo, Advertência



Lote Número: Fabricação: Validade: Código: Quantidade:
V08883782 08/2018 03 Anos 2.345 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 Mat.Fabrico: ASTM F438
 Número de Registro: ANVISA: 80046530010 Mat.Fabrico: ASTM F438
 Implantado: Materiais Medicos & Hospitalares Ltda.
 Endereço: Rua Pedro Afonso da Costa, 125 - Centro - CEP 13000-711
 Resp.Técnico: Agner A. Bisio CREA-SP 015390000000
 Armazenamento: Armazenar no Materiais. Advertência:
 V08883782, Instruções de Esterilização: Ver instruções de uso
 PROSISIOO PROTECOBAN - ESTERIL - 872
 Fabricante: Mecanizado Industrial - Ceará

CONFERENCE ORIGINAL
1944 P-2

INSTRUMENTADOR: Medallion ✓
 ORIGINANTE: epicard
 TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RÁPIDO (X) PERIODICO () SPONT () LOCAL ()
 ORGA: _____
 ANESTESISTA: Edilson + 03 vitaf
 INÍCIO DE ANESTESIA: 9:25
 TÉRMINO DE ANESTESIA: clazotax 20g + 840mg algofacilax
 ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: _____





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Olívia Sávio

**BOLETIM
OPERATÓRIO**

IDENTIFICAÇÃO

Name: DE MIA, Horacio Reg. N° 500000000000000000

Diagnóstico pré-operatório: Fratura Tibia e Fibula.

Indicação terapêutica: **IB** cianótico de **+** de Urgência () Eletiva ()

MIG e fixação interna **INTERVENÇÃO**

Data:	Início:	Término:	Duração:	CRM/CRO:
Operador:				CRM/CRO:
1º Auxiliar:				CRM/CRO:
2º Auxiliar:				CRM/CRO:
Instrumentador:				CRM/CRO:
Anestesista:				CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Facilities for Deep Sea S.B.
for Western & Arctic areas & areas where
frequent the former & present & expand
in N.E. areas & improve

1986-5
CONFERENCE ORIGINAL
1986-5

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM () N/A

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





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

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

UNIDADE HOSPITALAR

LEITO N°	W30.2
MÉDICO	

CNPJ (MF)

08.293.185/0001-81

HOSPITAL CENTRAL CEL. PEDRO GERMANO

NOME DO PACIENTE

PAULO ALEXANDRE

ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO)

R. das Astúrias 55 Ed. das Flores Jardim S. Gonçalo

UF

CEP

59290-000

DATA NASCIMENTO

29.04.75

SEXO

M

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

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ERUPÇÃO DA TIBIA E FIBULA há 5 dias.

CONDICÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

K160 à V. D4

CONFERE COM ORIGINAL
SERVICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

ANAMNÉSE + SINTOMAS FÍSICOS

DIAGNÓSTICO INICIAL

ERUPÇÃO DA TIBIA E FIBULA

CLÍNICA

CIRÚRGICA	OBSTÉTRICA	CLÍNICA
1	2	3

PROCEDIMENTO SOLICITADO (POR EXTERNO)

INTERRAMONTO MOSS. T. F. L. R.

TISIOFENÉUMOL	PSIQUIATRIA	PEDIATR.	GERIATR.
4	5	6	7

CRM

DATA



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

LEITO N°
MÉDICO

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH
UNIDADE HOSPITALAR

HOSPITAL CENTRAL CEL. PEDRO GERMANO

CNPJ (MP) 08.293.185/0001-81

P	NOME DO PACIENTE	MUNICÍPIO		
A	<i>Neuras Ricardo do Silveira</i>			
C	ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO)			
I	<i>R. das Antúrias 55 Bairro Jardim S. Gonçalo</i>			
E	CEP	DATA NASCIMENTO	SEXO	NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE
E	59890-000	22.04.15	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3	<i>Antônio Antônio</i>
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 (MP) 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

Exame de vista e tálula h2 s 1/2

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Exa de vista e tálula h2 s 1/2

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRÓVAS DIAGNÓSTICAS

Exa de vista e tálula h2 s 1/2

DIAGNÓSTICO INICIAL

Exa de vista e tálula h2 s 1/2

PROCEDIMENTO SOLICITADO (POR EXTESSO)

Exa de vista e tálula h2 s 1/2

ASSINATURA MÉDICO POLICITANTE (EXAMINADOR) CPF MÉDICO SOLICITANTE

Exa de vista e tálula h2 s 1/2

CLÍNICA		
SIRÚRGICA	OBSTÉTRICA	CL. MÉDICA
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
		<input type="checkbox"/> 7
		<input type="checkbox"/> 8
		<input type="checkbox"/> 9
		<input type="checkbox"/> OUTROS



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

IDENTIFICAÇÃO Nome: Neemias Ricardo da Silva Registro: 96.368 Leito: E Idade: 42 anos Internamentos anteriores: Hospital Walfrido Gurgel há 1 dia Diagnósticos: Fratura de Tibia e Fíbula E + HAS História feita por: Ddo. Julia Alencar Data do Internamento: 16/03/18	PRESCRIÇÃO
SSV	ABR/TRANSFUSÕES

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

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: Há 5 dias paciente relata dor subita 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 manutenção da dor.

ISDA: -

ANTECEDENTES PESSOAIS: Paciente hipertenso há 3 meses em uso de Losartana 100 mg/dia. Nega alergias. Descreve-se a tocou 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: Bebista de 6 Unidades de fermentados (C=28g/dia), não tabacário. Tabagista de 1 cartela/semanal durante 20 anos (CT: 5,6 maços x ano), abstêmio há 2 anos.

EXAME FÍSICO: TA= 100 X 100 mmHg, FC= 82bpm, Tst= 36,9°C, FR= 20 bpm.
- BEG: vigília, consciente, orientado, eupático, acomodativo, cristalino, colado, boa perfusão tissular periorbital, sem edema/conjuntivite palpebral.
- MMII: Edema +2/+4 em pé esquerdo, estético, doloroso e frio. Dor a mobilização.

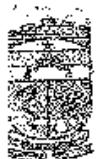
POR QUADRO ATUAL: Paciente após acidente foi admitido no Hospital Walfrido Gurgel, no qual foi realizada cirurgia de fixação da fratura exposta de tibia e fibula. Sendo encaminhada para este nosocomio para conduta terapêutica.

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 da ECG quebrada. Revisão admissional.
3. Chegou. Passar.
4. Solicitar a médico assistente para carimbar AJE.
5. Suspender antibioticoterapia pós-operatória de Ceftazolina por ser indicada em até 3 dias em fratura exposta.
6. Sugir para médico assistente necessidade de injetar terapia anti-hipertensiva.
7. Questionar médico assistente:
 - Necessidade de solicitar parecer da ortopedia
 - Necessidade de anticoagulação profilática por P=duas
 - Suspender HGT para amarração.

20/03/2018
CONFERIDO P/ M. ORTOPEDICO
CONFERIDO
CONFERIDO



POLÍCIA
MILITAR
HOSPITAL CENTRAL

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME

Nummo Rondon 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

Louvo Mélio

Próveno com FESTA DE
PONTA OSSEOS, FRACTURA
USO DE FIXADOR EXTERNO
P/ ESTABILIZAR A FESTA DE
JUNHO - PERNAS TRABALHADAS
CIRÚRGICO COM OSSEOS, FRACTURA
DEFINITIVA.

CONFERE COM ORIGINAL

Delegado Dr. J. L. Lages
Oncopelato e Traumatologista
CRM/PR 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:	14:30
Clinica:	<input type="checkbox"/> Cirúrgica	<input type="checkbox"/> Obstétrica	<input type="checkbox"/> Médica	<input type="checkbox"/> Pediátrica		
Apto./Enf.:	E	Leito:	503	Médico: (CARIMBO)	Data de Cirurgia: _____	

2009 709 9788 8726 9136

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME:		Venerias Ricardo da Silveira Souza		DATA DE NASCIMENTO:	19.04.72
SEXO:	COR:	NACIONALIDADE:	NATURALIDADE:	ESTADO CIVIL:	IDENTIDADE (EXC.)
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Bras	Ricardino Souza	Estável	14.923
ENDERECO (Rua, Av. e N°)		Bairro: CEP 59090-000			
R. Pedro Antunes 55		Cidade: Jardim S. Francisco			
FILIAÇÃO (Pai, Mãe)		Nome: Valente Souza			
PROFISSÃO:		Círculo: Valente Souza			
RESPONSÁVEL:		Local de Trabalho: Endereço: 3664 9697			
ENDERECO:		Número: 326513			
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"/> Curada <input type="checkbox"/> Melhorada <input type="checkbox"/> Melhorado		DATA:	
Tipos de Alta: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> A pedido <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> Outra		PRAIA:	
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO		CPF	RESP. P/S. D/C INTERNAMENTO
			19/03/19
			CONFERE COM ORIGINAIS

AUTORIZAÇÃO DE ALTA

ALTA <input type="checkbox"/>	TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/>	ÓBITO <input type="checkbox"/>
Data: _____	Horas: _____	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

Mae - Gcerec Uteca De Sida Seu

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 31

NOME: NeomarinaIDADE: 20/04/1975SEXO: FoxESTADO CIVIL: CasadoNATURALIDADE: Rio de JaneiroPROFISSÃO: funcionáriaPROCEDÊNCIA: -ENDERECO: Rua 25 de MarçoBAIRRO: Cidade das FloresCIDADE: São GonçaloDATA: 23/04/2018 HORA: 16:45h

CONDICÕES 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)

Gravidez 7 meses

EXAME FÍSICO

*NY/67
CONFERE COM ORIGINAL
Bemidol*

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: **NEEMIAS RICARDO** Idade: **42** D/N: **01/01/75**
 Pront. n.º: **00000000000000000000000000000000** Município: **S. P.** Ano: **2020** Procedência: **Interno** / **Externo**
 Data da cirurgia: **10/10/20** Hora Admissão: **Bloco:** **1** Sala: **1** Hora Saída: **1** Peso: **75**
 Nergas: **() Não** **() Sim** Co-morbidades: **() HAS** **() DM** **() Outras**
 Uso de medicações: **() Não** **() Sim** Jejum: **() Não** **() Sim**
 SSV Admissão: **PA:** **120** mmHg Peso: **75** bom F: **100** rpm FC: **100** bpm SPO₂: **98** % T: **36** °C
 Enfermeiro(a): **Yuri** Instrumentado (a): **Colo n.º 1** Circulante: **Yuri**
 Cirurgia: **III Anastro de bala da vagina** Especialidade: **Obstetria** Sala: **3**
 Hora Início: **10:00** Hora Término: **10:15** Tipo de cirurgia: **() Eletiva** **() Urgente** **() Limpa** **() Contaminada** **() Infetada**
 Dr Cirurgião: **Dr. Ricardo** Aux: **01** C. e. **Yuri** Residente: **Yuri**
 Anestesia: **() Local** **() Sedação** **() Geral** TOT: **1** Bloqueio **() Requidiana Ag.** **LS** **() Pericural** **() Cateter** **() Sistêmico**
 Ag.nº: **00000000000000000000000000000000** Cateter nº: **00000000000000000000000000000000** Início: **10:00** Garrote: **(X) Smarch** **() Pneumático** Início: **10:00** Término: **10:15**
 Anestesiologista: **Dr. Ricardo**

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"/> Jejo	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input 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 type="checkbox"/> Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Cianótica	<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	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input checked="" type="checkbox"/> Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Anteroverosada	<input checked="" type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/> Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Intacta	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input checked="" type="checkbox"/> Difusor
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input checked="" type="checkbox"/> BIC
<input type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígmico	<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"/> Eupnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesiado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Dispréia	<input checked="" type="checkbox"/> Drenos	
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho pescado	
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas		<input checked="" type="checkbox"/> Tracção	
<input type="checkbox"/> Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Tais	

SINAIS VITAIS	Ínicio	Meio	Fim	Unid.
FC	80	67	77	Bpm
Pulso	80	67	77	Bpm
Oximetria	98	98	97	%
Capnografia				%
PA	120/80	90/60	100/70	mmHg

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

SONDAGEM GÁSTRICA

SNG n.º

Retorno:

CATETERISMO VESICAL

SVF n.º

SVA n.º

Uretra:

profissional responsável:

EXAMES SOLICITADOS:

Hemograma

Coagulograma

Gástricograma

Outros:

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
Dorsal	Cabeça	Anatômicos
Ventral	Pescoco	Adiônicos
Lateral	Tórax	Fláccidos
Urotomizada	Lombas	MMH
Trendiemburg		Anatômicos
Canivete		Abdônicos
Proclive		Fléccidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

Sim Não Metal Descartável

Local:

DEGERMAÇÃO

Sim Não Sim Não

Local:

Solução:

IMPLEMENTE CIRÚRGICO

Drenos:

Tela:

Cateter:

Ostomia:

Fio de KC:

Placa - Tipo:

Outros:

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO

14-24-04 6,0 x 10,0 mm. Matriz:





00000000000000000000000000000000

ADM

Nº protocolo

Nome do paciente

Neemias Ricardo da Silva Soares

Data operação 10/04/2018

Leito

Operador Dr. Ricardo Araújo

1º auxiliar Dr. Carlos Lameira

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

GLORIA

Anestesista Dr. Marisa Tomasi

Tipo de anestesia Bloqueio subaracnóide

Diagnóstico pré-operatório

Fratura de perna

Tipo de operação TMO

cirurgia de fratura de perna

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Adiante durante a operação

Descrição da operação

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

Placa de 20x20cm. Acessório
cavos de 10mm. Autoclave de 100x100cm.
Zimmer PLACA 100x100cm. 06x100cm.
Zimmer certificada para uso de placa
Cortar

Dr. Carlos Magno P. de Carvalho
Cirurgião Plástico
CRM 2.108 - TECI 9901
CRM 2.108 - TECI 9901
CRM 2.108 - TECI 9901
CRM 2.108 - TECI 9901

DATA
CONFIRME COM ORIGINAL
Assinatura



Hospital

do paciente

Nº protocolo

NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES

Operação	Enf.	Lado
dor		1º auxiliar
iliar	04/04/2018	2º auxiliar
esista	DR. ELSON JOSÉ	Instrumentador
óstico pré-operatório		Tipo de anestesia
		DR. ELSON MIRANDA

Na operação

FRATURA PERNAS

Próximas a operatório

RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO

Próximo imediato do patologista

Requer radiológico no ato

ante durante a operação

Descrição da operação

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material omotegado - espécie - vísceras

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL

2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

3. CAMPOS ESTÉREIS

4. RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO

5. CURATIVO

6. BOA PERFUSÃO DISTAL

CONFIRMO ORIGINAL
[Signature]

Elson Santos Miranda
Operador e Responsável
Assinado em 01/04/2018





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

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE OCÉLIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES

0515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE
NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO
160200

7- CARTÃO NACIONAL SUS
709 2082 8726 9136

8- DATA DE NASCIMENTO
22/04/1975

9- SEXO
MASCULINO

10- NOME DA MÃE
CICERA MARIA DA SILVA

11- TELEFONE DE CONTATO

12- NOME DO RESPONSÁVEL
EDIVANIA LIMA (ESPOSA)

13- TELEFONE DE CONTATO

14- ENDERECO (RUA, N.º:
RUA DAS ANTURIOS, 56

15- MUNICÍPIO
SAC GONÇALO DO AMARANTE

16- BAIRRO
CIDADE DAS ROSAS

17- UF
RN

18- CEP
59290-000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Fernanda Flôr Linhares fala de cintura
do lado direito, dor aguda
dor de estômago exposta de ferma*

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTRNAÇÃO

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- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CÓDIGO

30- CARÁTER DA INTERNACAO

31- DOCUMENTO

32- N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE NO CONSELHO
DE MEDICINA DE RIO GRANDE DO SUL

36- () AC. TRÂNSITO

39- CÓD. DA SEGURADORE

40- ID. PROFISSIONAL

41- SÉRIE

37- () AC. TRABALHISTICO

42- CÓD. DA EMPRESA

43- CNP. DA EMPRESA

44- CÓD.

38- () AC. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() INSS/PLICADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- CÓD. ORGÃO EMISSOR

52- N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO - NISP/19

48- DOCUMENTO

49- N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CONFERE COM O ORIGINAL

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Assessor

12/09/2020



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

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

Setor de
Internação

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DIOCLECIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES
3515168

5- PACIENTE

NEEMIAS RICARDO DA SILVA SOARES

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO
160200

7- CARTÃO NACIONAL/SUB
709 2082 8726 8136

8- DATA DE NASCIMENTO
22/04/1975

9- SEXO
MASCULINO

10- RAGUAOOR

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 ANTÚRIOS, 56

16- MUNICÍPIO
SAO GONÇALO DO AMARANTE

17- BARRA

CIDADE DAS ROSAS

18- UF

RN

19- CEP

59290-000

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18/26 Paciente com pseudoartrite periférica.
Diagnóstico: osteoartrite periférica
gále e cefaleia óptica, infarto gástrico

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

Exceções

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

23- DIAGNÓSTICO INICIAL
Exceções periférica

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CLÍNICA
Intervenção cirúrgica

Procedimento Solicitado

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

30- CARÁTER DA INTERNACAO

31- DOCUMENTO

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

RODRIGO JÚNIOR

ÓRGÃO TRABALHADOR

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA DO PROFISSIONAL DO RÉGISTRO DO CONSELHO

CRM/RN 125-3601-331

36- () AC. TRANSITO

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

38- () AC. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

47- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48- COD. ORGÃO EMISSOR

52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR

49- DOCUMENTO

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

51- ASSINATURA E CÁRIMBO (N° DO RÉGISTRO DO CONSELHO)

09/09/2020

DATA: 09/09/2020



HOSPITAL REGIONAL DE OCÉLIO MARQUES DE SOUZA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Uso centralizado _____ Unid.
Uso rotativo _____ Unid.

Plasma _____ Unid.
 Fáscior plasmático _____ Unid.

Plaquetas _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

Paracetamol 1000 mg h/3
h/3
h/3

h/3
h/3
h/3

Uso fisiológico: _____ ml
Soro Glicosado: _____ ml

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

Quantidade total de volume administrado: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

Sim Peca
 Sem cultura.

Peça para sepultamento: Não Sim
 Líquido: _____

ANATOMO PATOLÓGICO

de aspecto: Limpo c/ exsudato Contaminada Aparelho gessado Bandagens Tafas Outros: _____

INTERCORRÊNCIAS: *Shunt fechado - ades levantado*
Uso de gesso e bandagens sem dor

Ass: *Flávia* Coren: *Flávia*

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: Consciente Inconsciente Narcose Coma Vigor Agitado
Intubatório: Intubado Extubado Cânula de Guedel O₂ ambiente Curativo Occlusivo Compressivo Boia de respiro Outro: _____
Urina: Espontânea Normal Hematória Irrigação Vesical Oligúrica Destino após a cirurgia: *Flávia*

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

20/09/18 Nível de consciência: Acordeado Sonolento Narcotizado Orientado
Assimilado Agitado Choro/s Vias aéreas: Intubado Extubado Cânula de Guedel Cateter O₂ O₂ Ambiente
Mobilização MMIL: Normal Diminuída Sem mobilidade Mobilização MMIS: Normal Diminuída Sem mobilidade
Ventriculose: Não Sim Tipo: *WV* Local: *MSC* Sondas: Gástrica Enteral Vesical
Drainos: Súcção Torácico Penrose Kher Ostomias: Sim Não Especifique: _____
Irrigação vesical contínua: Retorno satisfatório Retorno Insuficiente Câglulos
Ativo: Occlusivo Descoberto Limpo Sujo Monitorização: ECG Oxímetro PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA: Náuseas Vômitos Sangramento Dor Sessogoma Alteração PA Alteração FC

SINAIS VITais

Líquidos administrados na URPA:

Horas	TC	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	7:16	14	100/60	16	98	
30'	7:46	14/14	100/60	16	97	
50'	7:50	100/60	100/60	16	98	
Alta	7:50	100/60	100/60	16	98	

Soro glicosado: _____ ml

Soro Fisiológico: _____ ml

Ringer: _____ ml

Irrigação vesical contínua: _____ ml

Medicações administradas URPA:

Horas	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

Recebido da SO:

Diurese

Retorno Gást.

Drenagem

Retorno da irrigação

Desprezado

URPA

Evolução de Enfermagem/INTERCORRÊNCIAS:

Após o deserto queimado e desidratado.

Uso de gesso e bandagens sem dor.



Sociedade de Anestesiologia e Gasoterapia



PEDIIDO DE PARCEIRO



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

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Nome: NEGRINAS MÔNICA DA SILVA SOARES Idade: 43 D/N: 22/04/1975
 Pront.: 160200 Município: SÃO GONÇALO Procedência: Interno Externo
 Data da cirurgia: 06/03/17 Hora Admissão: Bloco 18:40 Sala: 10 Hora Saída: Peso:
 Alergias: Não Sim
 Comorbidades: HAS DM Outras
 Uso de medicações: Não Sim OSCARINA Jejum: Não Sim
 SSW Admissão: PA: mmHg P脉: bpm F_{RC}: bpm SpO₂: % T: °C

Enfermeiro(a): Instrumentador (a): GILMAR JUNIOR Circulante: ESTADONAL
 Cirurgia: LETRADA DE PLACA E PRIMEROS Especialidade: ORTOPÉDIA Sala: 03
 Hora Início: 17:20 Hora Término: 20:10 Tipo de cirurgia: Electiva Urgência Limpa Contaminada Infectada
 1º Cirurgião: DR. ELESON JOSÉ Aux: DR. GILMAR Residente:
 Anestesia: Local Sedação Geral TOT Bloqueio Ps/ Raquidiana Ag. n° 25 Peridural c/cateter s/cateter
 Ag. n° Cateter n° Início: Garrote: March Pneumático Início: 17:20 Término: 20:10
 Anestesiologista: DR. CLETON BIE

NEUROMUSCULAR		PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/>	Consciente	<input checked="" type="checkbox"/>	Nomopcorada	<input checked="" type="checkbox"/>	ECG
<input checked="" type="checkbox"/>	Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/>	Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/>	Oximetria
<input checked="" type="checkbox"/>	Coma	<input checked="" type="checkbox"/>	Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/>	Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/>	Orientado	<input checked="" type="checkbox"/>	Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/>	PA
<input checked="" type="checkbox"/>	Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/>	Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/>	Estimul. Nervo
<input checked="" type="checkbox"/>	Sedado	<input checked="" type="checkbox"/>	Integra	<input checked="" type="checkbox"/>	Diprifuçor
<input checked="" type="checkbox"/>	Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/>	Cicloses	<input checked="" type="checkbox"/>	BIC
<input checked="" type="checkbox"/>	Deambula	<input checked="" type="checkbox"/>	Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/>	Desfibrilador
<input checked="" type="checkbox"/>	V. dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/>	Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Acamado	<input checked="" type="checkbox"/>	Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/>	Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/>	Manchas	<input checked="" type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Amputações	<input checked="" type="checkbox"/>	S/Tricotomia	<input checked="" type="checkbox"/>	

SINAIS VITAIS	Inicio	Meto	Fim	Unid.
FC	77	72	69	Bpm
Pulso	75	70	68	Bpm
Oximetria	78	77	77	%
Capnografia				%
PA	135/72	130/70	120/60	mmHg

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

SONDAGEM GÁSTRICA	
SNG n°	
Retorno:	
CATETERISMO VESICAL	
SVC n°	SVA n°
Diurase:	
Profissional responsável:	
EXAMES SOLICITADOS	
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
Dorsal	Cabeça	Anatômicos
Ventral	Pescoco	Abduzidos
Lateral	Tórax	Fletidos
Litotómica	Lombar	MMII
Trípede		Anatômicos
Canivete		Abduzidos
Fróscula		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:		
DEGERMAÇÃO		
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Tricotomia
Local:		<input checked="" type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Não
TRICOTOMIA		
Local:		
IMPLANTE CIRÚRGICO		
Drenos:		
Tela:		
Cateter:		
Ostomia:		
Fio de KC:		Parafuso tipo:
Placa - tipo:		DCP ESTILETA 7 Furos
Outros:		
ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO		



• Hospital

Nome do paciente	Wendy Lacerda Siqueira		Nº protocolo
Data operação	10/07/15	Enf.	Leito
Operador	Eduardo Cesar		
1º auxiliar	1º auxiliar		
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador	
Anestesista	Dr. Celso		
Diagnóstico pré-operatório	Sopro de ferme e refluxo de ácidos		
Tipos de operação	Retinotomia + fáscia + far fuso + ret		
Diagnóstico pós-operatório	ciclos de fáscia + far fuso + ret		
Relatório imediato do patologista	Oncos		
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - táctico e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - víceras

With reference to the
action of the co-
operators in practice, it is seen that
there is a great variety of
fixed places of
refuge for animals
and a large number of





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

() Hemocconcentrado _____ Unid.
() Álbumina _____ Unid.

() Plasma _____ Unid.
() Expansor plasmático _____ Unid.

() Plaquetas _____ Unid.

CEFAROLINA 2g h: 18:50
2000ml B1000 h: 18:50
ANTAK 500mg h: 18:50

CEPACONA 2g h: 18:50
TETRACIN 1000 h: 18:50

h: _____
h: _____
h: _____

() Soro Fisiológico: _____ ml
() Soro Glicosado: _____ ml

() Soro Ringer Simples: _____ ml
() Soro Ringer Lactato: _____ ml

Quantidade total de volume administrado:

HIDRATAÇÃO VENOSA

Não Sim Peça:

Swab para cultura:

Peça para sepultamento: Não Sim
Líquido:

ANATOMO PATOLÓGICO

Não Sim Peça:

Swab para cultura:

Peça para sepultamento: Não Sim

Líquido:

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: () Limpo () cr exsudato () Contaminada () Aparelho gessoado () Bandagens () Tais () Outros:

INTERCORRÊNCIAS: *Procedimento cirúrgico sem intercorrências*

Ass: *Sayonara* Coren: *504062*

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

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

Respiratório: ()Intubado ()Extubado ()Cámlula de Guedel ()O ambiente Curativo. ()Oclusivo ()Compressivo ()Bolsa de colostomia ()Outro:

Diurese: ()Esponánea ()Normal ()Hematuria ()Irrigação Vesical ()Oligúrico Destino após a cirurgia: *SLPA*

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 ()Cámlula de Guedel ()Cateter O₂ / O₂ Ambiente

Mobilização MMII: ()Normal ()Diminuída ()Sem mobilidade Mobilização MMSS: ()Normal ()Diminuída ()Sem mobilidade

Venólise: ()Não ()Sim Tipo: *1/25/28* Local: *M* Sondas: ()Gástrica ()Enteral ()Vesical

Drenos: ()Sucção ()Torácico ()Penrose ()Kerr Colostomias: ()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 ()Exigoma ()Alteração PA ()Alteração FC

Relato:

SINAIS VITAIS

líquidos administrados na URPA:

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat. %	Dor
Admissão						
30'						
60'						
Alta						

Soro glicosado: _____ ml

Soro Fisiológico: _____ ml

Ringer / Colíodo: _____ ml

Irrigação vesical contínua: _____ ml

0269260

0003100

0003100

0003100

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

Obrigado por sua ajuda

lamento por sua ajuda

