

# 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: 08/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: DANILO SOARES BARBOSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01106-1

CONTA: 000000028799-7

---

Nr. da Autenticação C060FA585C273C73

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170600733 **Cidade:** Carnaúba dos Dantas **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DANILO SOARES BARBOSA **Data do acidente:** 14/05/2017 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO

**Descrição do exame médico pericial:** FERIDA OPERATÓRIA CICATRIZADA NA LATERAL DA COXA ESQUERDA, DIMINUIÇÃO ACENTUADA DA MOBILIDADE PARA FLEXÃO DE JOELHO ESQUERDO CONSEGUINDO FAZER 20 GRAUS , NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, DEAMBULANDO COM USO DE DUAS MULETAS, ATROFIA MODERADA DA MUSCULATURA DE COXA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM 2 PARAFUSOS.  
DATA DA ALTA: HÁ 2 MESES

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE MODERADA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 24/11/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

APÓS ANÁLISE DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR MAIS LAUDO MÉDICO PRESENCIAL, REALIZADO A READEQUAÇÃO PARA MEMBRO INFERIOR 50%

**Médico examinador:** Uraí de Oliveira

**CRM do médico:** 4315

**UF do CRM do médico:** RN

## 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 médio - 50 %                                 | 35%       | R\$ 4.725,00          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 35 %      | R\$ 4.725,00          |

## PRESTADOR

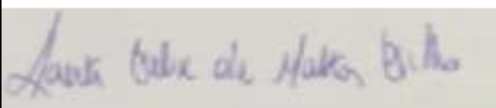
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Médico revisor:** LAERTE FELIX DE MATTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.99123-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



Rio de Janeiro, 14 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12102019

A/C: DANILO SOARES BARBOSA

Nº Sinistro: 3170600733  
Vítima: DANILO SOARES BARBOSA  
Data do Acidente: 14/05/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JUCILANE NASCIMENTO DOS SANTOS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **DANILO SOARES BARBOSA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **001**

Agência: **000001106-1**

Conta: **0000028799-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

|                  |     |          |
|------------------|-----|----------|
| Multa:           | R\$ | 0,00     |
| Juros:           | R\$ | 0,00     |
| Total creditado: | R\$ | 4.725,00 |

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

|                                         |     |          |
|-----------------------------------------|-----|----------|
| Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = | R\$ | 4.725,00 |
|-----------------------------------------|-----|----------|

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# Autorização de pagamento



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

084595354-01

Nome completo da vítima

DANILO SOARES BARBOSA

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

|                                        |                                      |                                   |
|----------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| Nome completo<br>DANILO SOARES BARBOSA | CPF titular da conta<br>084595354-01 | Profissão                         |
| Endereço<br>SÍTIO RAJADA               | Número<br>136                        | Complemento<br>ZONA RURAL         |
| Bairro<br>ZONA RURAL                   | Cidade<br>CARNAUBAS DOS SANTAS       | Estado<br>RN                      |
| Lmail                                  |                                      | CEP<br>59374-000                  |
|                                        |                                      | Telefone (DDD)<br>(84) 98782-0211 |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

|                                                        |                                                        |                                                         |                                                        |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR    | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00               | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00        |

|                                                                                                                                                                                                 |                              |                                                           |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)                                                                                          |                              | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) |                              |
| <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)<br><input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) |                              | BANCO<br>Nome _____ NRG _____                             |                              |
| AGÊNCIA<br>NRQ<br>1106                                                                                                                                                                          | D/V<br>1                     | AGÊNCIA<br>NRQ<br>28799                                   | D/V<br>7                     |
| (Informar dígito se existir)                                                                                                                                                                    | (Informar dígito se existir) | (Informar dígito se existir)                              | (Informar dígito se existir) |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

CARNAUBAS/RN 18 de 10 de 2017

Local e Data



Daniilo Soares Barbosa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL

24/10/2017 - Autostendiment

~~17-39-57~~

183372763

9528

PROTOCOLLO  
RECEBIDO

07 NOV 2017

TERRA DO SOL ADM  
E CORRETORA DE SEGS

FAVOREC100

DANILO SOARES BARBOSA

AGENCIA:

1105-1

**CONTA:**

28-799-7

THEIR 4

**2019**

NR. ENVELOPE

2.558.323.644

• Acolhido em: 24/10/2017, na Agência 4B33-X.

SEU ENVELOPE SERA PROCESSADO  
NO PROXIMO DIA UTIL.

VALOR SUJETO A CONFERENCIA

Depositos realizados durante o expediente bancario serao conferidos e processados ate as 23h59 do mesmo dia. Apes o expediente bancario, aos sabados, domingos e feriados, ate as 23h59 do primeiro dia util subsequente.

~~Se houver divergência no valor, detalhado~~



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPO  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE C. dos Dantas - 3ª DRP

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 131-2017

PROTOCOLO  
RECEBIDO

0-7-NOV-2017

TERRA DO SOL ADM  
E CORRETORA DE SEGS

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito

DATA, HORÁRIO E LOCAL DO FATO: Dia 14/05/2017, às 21h30min, RN 086, que liga Parelhas/RN, ao Trevo da Rajada (curva do balanço), Zona Rural de C. dos Dantas/RN.

NOME DO COMUNICANTE: A VITIMA

VITIMA: DANILO SOARES BARBOSA, brasileiro, natural de Parelhas/RN, nascido aos 07/10/1991, com 25 anos de idade, união estável, ceramista, filho de Damião Barbosa de Souza e de Maria Soares de Azevedo, portando documentos RG: nº 2.997.647 SSP-RN e CPF: nº 084.595.354-01, residente no Povoado Rajada, Zona Rural de C. dos Dantas /RN.

INVESTIGADO:

Endereço:

Boletim de ocorrência

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA: Que o presente Boletim de Ocorrência estar sendo lavrado com fim exclusivo de instruir pedido de seguro obrigatório - DPVAT. Que na data e local supra cotados, vinha conduzindo seu veículo-FIAT/UNO-MILLE-DE PLACA KKK-5638 DE COR CINZA ANO 1996 COM CÓDIGO RENAVAN NÚMERO 181872722 EM NOME DE LUIZ CARLOS NUNES; Que ia na sua pista de rolamento, quando se encandeou com uma luz alta de outro veículo que vinha na direção oposta, que ou uma colisão lateral tendo seu veículo saído da pista de rolamento e capotou varias vezes, que após o acidente uma viatura do SAMU, ia passando no local prestou socorro e lhe encaminhôu para o Hospital Walfredo Gurgel em Natal/RN; Que após receber atendimento de urgência foi constatado uma fratura no fêmur, joelho, tibia e tornozelo da perna esquerda; Que foi transferido para o Hospital Memorial, local onde se submeteu a cirurgias. Para as providências legais formaliza a presente ocorrência.

PROVIDÊNCIAS: Lavrado Boletim de Ocorrências e entregue uma das vias a comunicante/interessados para os fins que lhe convier necessários.

C. dos Dantas/RN, 13 de Julho de 2017, às 09h00min.

Mário César Lopes de Medeiros

MAT. 165.401-2

Chefe de Investigação

Daniilo Soares Barbosa

Comunicante ou interessado

Mário César Lopes de Medeiros

Agente de Polícia Civil

Mat. 165.401-2

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

PROTOCOLO  
RECEBIDO

07 NOV 2017

TERRA DO SOL ADM  
E CORRETORA DE SEGS

Eu, DANILO SOARES BARBOSA, portador da carteira de  
identidade nº 2947647 e inscrito no CPF/MF sob o nº 084595354-01,  
residente e domiciliado na SITIO RAJADA, Nº 136, ZONA RURAL,  
Cidade CARNAUBA DOS DANTAS, Estado RIO GRANDE DO NORTE, declaro, sob as penas da lei, que  
estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de  
indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de  
prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo  
superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de  
invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração  
permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico  
Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a  
correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº  
6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia  
concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu  
conteúdo.

Declaracao de Inexistencia d

Daniilo Soares Barbosa

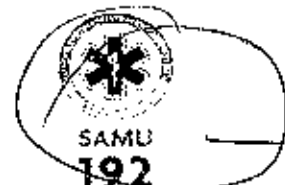
Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

CARNAUBA DOS DANTAS/RN 20/10/2017

Local e data



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**  
SAMU 192 RN



Ato Declaratório

Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO



Declaro para os devidos fins que se faz necessário, que em busca no sistema informatizado do SAMU 192 RN que foi encontrado a ocorrência Nº S257765 referente ao paciente DANILO SOARES BARBOSA, 25 anos atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 RN, no dia 14/05/2017 em Carnaúbas dos Dantas/RN, vítima colisão carro/carro Conforme ficha anexa.

Natal, 19 de julho de 2017

THIAGO AUGUSTO AZEVEDO BARBOSA  
Coordenador substituto da Regulação Médica do SAMU 192 RN  
Mat. 209495-9



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA**

**FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA**

|                       |                                     |
|-----------------------|-------------------------------------|
| FICHA DE ATENDIMENTO: | S257765                             |
| DATA DA OCORRÊNCIA:   | 14/05/2017 22:02:48                 |
| CIDADE:               | CARNAUHAS DOS DANTAS                |
| BAIRRO:               |                                     |
| PONTO DE REFERÊNCIA:  |                                     |
| LOGRADOURO:           | RN DA RAJADA PARA PARELHAS/PARELHAS |
| INTERESSADO:          | CESAR DANTAS                        |
| TELEFONE:             | 9*8152*2500                         |
| TIPO:                 | TRA                                 |
| NATUREZA:             | TRAUMA                              |
| SUB-TIPO:             | TRA17                               |
| NATUREZA:             | COLISÃO AUTOMÓVEL/AUTOMÓVEL         |
| IMPRESSO POR:         | IVAN JOSE DE ARAUJO CARDOSO         |
| DATA DA IMPRESSÃO:    | 19/07/2017 11:26:46                 |

| DATA       | HORA     | TERMINAL  | OPERADOR | EVENTOS                                                                         |
|------------|----------|-----------|----------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 14/05/2017 | 22:02:48 | term11    | 96157374 | 2 KM DA RAJADA INDÓ PARA PARELHAS                                               |
| 14/05/2017 | 22:02:48 | term11    | 96157374 | PERTO DA LADEIRA DOS BALANÇOS                                                   |
| 14/05/2017 | 22:02:48 | term11    | 96157374 | [PCL DESCONHECIDO]                                                              |
| 14/05/2017 | 22:03:33 | regsamu04 | 56834304 | SOLICITANTE INFORMA COLISÃO CARRO CARRO                                         |
| 14/05/2017 | 22:03:51 | regsamu04 | 56834304 | PROVVELMENTE 4 VITIMAS.                                                         |
| 14/05/2017 | 22:04:12 | regsamu04 | 56834304 | VITIMAS ACORDADAS, PORÉM UMA VITIMAS PRESA NAS FERRAGENS                        |
| 14/05/2017 | 22:05:16 | regsamu04 | 56834304 | SOLICITANTE NÃO ESTA NO LOCAL POIS NÃO TEM SINAL DE CELULAR NO LOCAL            |
| 14/05/2017 | 22:05:57 | regsamu04 | 56834304 | TENTEI ORIENTAR SINALIZAR O LOCAL E NÃO MOVIMENTAR A VITIM                      |
| 14/05/2017 | 22:06:15 | regsamu04 | 56834304 | USB COD 3, NÃO TEMOS USA NEM EM CURRAIS NOVOS E NEM EM CAICO                    |
| 14/05/2017 | 22:06:49 | regsamu04 | 56834304 | ** Event Priority changed from 4 to 0 at: 05/14/17 22:06:49                     |
| 14/05/2017 | 22:06:49 | regsamu04 | 56834304 | ** Tipo do evento alterado de M01 para TRACTRA17) às 14/05/17 22:06:49          |
| 14/05/2017 | 22:06:49 | regsamu04 | 56834304 | ** ----- by: THIAGO AUGUSTO AZEVEDO BARBOSA on terminal: regsamu04              |
| 14/05/2017 | 22:06:49 | regsamu04 | 56834304 | ** ----- by: THIAGO AUGUSTO AZEVEDO BARBOSA on terminal: regsamu04              |
| 14/05/2017 | 22:07:02 | regsamu04 | 56834304 | NOSSA USB JA ESTA NO LOCAL DA OC                                                |
| 14/05/2017 | 22:07:04 | regsamu04 | 56834304 | OC                                                                              |
| 14/05/2017 | 22:07:18 | regsamu04 | 56834304 | USB SOLICITA APOIO DA PM.                                                       |
| 14/05/2017 | 22:07:25 | despsamu1 | 71972304 | VIATURA USB22 DESPACHADA - Comandante da VTR: (CÍD)DS CÍD)DS                    |
| 14/05/2017 | 22:09:01 | regsamu04 | 56834304 | USB INFORMA QUE PACIENTE QUE ESTAVA PRESO NAS FERRAGENS, JA FOI REMOVIDO EM KED |
| 14/05/2017 | 22:09:05 | despsamu2 | 14238204 | VIATURA USB22 CHEGOU AO LOCAL                                                   |
| 14/05/2017 | 22:15:46 | despsamu2 | 14238204 | FEITO CONTATO COM SD JOAO MARIA DA PM DE PARELHAS E O MESMO INFORMA QUE A VTR   |
| 14/05/2017 | 22:15:16 | despsamu2 | 14238204 | 3016 JA ESTA NO QTI DA OC                                                       |
| 14/05/2017 | 23:15:04 | regsamu04 | 56834304 | QTC DA USB                                                                      |
| 14/05/2017 | 23:15:13 | regsamu04 | 56834304 | ORA DANILO SOARES BARBOSA, 25 ANOS                                              |
| 14/05/2017 | 23:15:25 | regsamu04 | 56834304 | VITIMA DE COLISÃO CARRO CARRO, SEGUIDO DE CAPOTAMENTO                           |
| 14/05/2017 | 23:15:30 | regsamu04 | 56834304 | ERA CONDUTOR E NÃO USAVA CINTO                                                  |
| 14/05/2017 | 23:15:54 | regsamu04 | 56834304 | NA ABRODAGEM DA USB AINDA ESTAVA DENTRO DO VEICULO. CONTENÇÃO CERVICAL ESTAVA   |
| 14/05/2017 | 23:15:54 | regsamu04 | 56834304 | SENDO REALIZADA POR UMA EQUIPE DO HOSPITAL LOCAL                                |
| 14/05/2017 | 23:16:52 | regsamu04 | 56834304 | GLASGOW DE 13, ALCOOLIZADO, TA 120 X 60MMHG, FC 60, FR 24, SP02 95% EM MASCARA  |
| 14/05/2017 | 23:16:52 | regsamu04 | 56834304 | DE VENTURI, ESTA COM DOIS ACESSOS PERIFERICOS E JA PASSOU 1000ML DE CRISTALOIDE |
| 14/05/2017 | 23:17:04 | regsamu04 | 56834304 | SANGRAMENTO CONTÍDUO, RATURA EXPOSTA DE JOELHO                                  |
| 14/05/2017 | 23:17:58 | regsamu04 | 56834304 | MANTER IMOBILIZADO PROTOCOLO. AFERIR SINAIS VITAIS FREQUENTEMENTE. INFUSÃO DE   |
|            |          |           |          | CRISTALOIDE, RINGER LACTATO NO MOMENTO APENAS MANTENDO VELA, COMUNICAR          |

|            |          |            |          |                                                                                                                |
|------------|----------|------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14/05/2017 | 23:17:58 | regsamul04 | 56834304 | QUILÔMETRO                                                                                                     |
| 14/05/2017 | 23:17:58 | regsamul04 | 56834304 | SINAL DE INSTABILIZAÇÃO. QTI CLOVIS SARINHO                                                                    |
| 14/05/2017 | 23:24:45 | tarmil1    | 96157374 | FALÔ COM DR. GUSTAVO DO POLI TRAUMA DO CLOVIS SARINHO. O MESMO CONFIRMA RECEBER                                |
| 14/05/2017 | 23:24:45 | tarmil1    | 96157374 | PCI.                                                                                                           |
| 15/05/2017 | 02:29:59 | despsamul  | 71972304 | PCTE AOS CUIDADOS DO DR JOÃO NO HCS.                                                                           |
| 15/05/2017 | 02:30:08 | despsamul  | 71972304 | VIATURA US332 FINALIZOU A OCORRÊNCIA COMO (HSP) [ENCAMINHADO HOSPITAL]<br>COMENTÁRIO ADICIONAL: SEM COMENTÁRIO |



THIAGO AUGUSTO AZEVEDO BARBOSA

COORDENADOR SUBSTITUTO DE REGISTRAÇÃO MÉDICA



07 NOV 2017

TERRA DO SOL ADM  
E CORRETORA DE SECS

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DANILO SOARES BARBOSARG nº 2997647, data de expedição 14/08/2002, Órgão SSP/RN

CPF nº 084595354-01, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                   |                            |
|-----------------------------------|----------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>SITIO RAJADA</u>        |
| Número                            | <u>136</u>                 |
| Apto / Complemento                | <u>CASA, SITIO</u>         |
| Bairro                            | <u>ZONA RURAL</u>          |
| Cidade                            | <u>CARNAUBA DOS DANTAS</u> |
| Estado                            | <u>RIO GRANDE DO NORTE</u> |
| CEP                               | <u>59374-000</u>           |
| Telefone de Contato               | <u>(84) 98782-0211</u>     |
| E-mail                            |                            |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CARNAUBA DOS DANTAS/RNAssinatura do Declarante: Daniilo Soares Barbosa





Tarifa Social de Energia Elétrica  
 75014-00002 - FAZENDA - 400V - 1500VA - 1500VA - 1500VA - 1500VA  
 Companhia Energética de Rio Grande do Norte  
 Rua Manoel, 150, Bairro, Jandira, Rio Grande do Norte - CEP 59020-210  
 CNPJ 05.374.196/0001-61 | INSC. EST. 20055193-0 | www.cosern.com.br

PROCONADOR 2

FRANCISCA DA FONSECA NASCIMENTO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
 RUA LADJA 136

CPF: 503 798 684-91

RAIADA/AREA RURAL  
 CARNAUBA DOS DANTAS RN  
 59374-000

BI RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Montão de

CÓDIGO CONTRATO 7010352929  
 DATA DE VENCIMENTO 17/07/2017  
 VIGÊNCIA (MÊS) 60,85

IP DA NOTA FISCAL 000320402  
 SÉRIE UNICA  
 FIMISSÃO 100/2017  
 APRESENTAÇÃO 4000000000  
 NÚMERO DE FISCAL 3000733401  
 NÚMERO DE FISCAL 2461127

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL                 | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|------------------------------------------|------------|-------------|-------------|
| Consumo Ativo (kWh)                      | 61,100000  | 0,000000    | 48,38       |
| Acrescimo Bandeira AMARELA               |            |             | 0,74        |
| Contribuição Illuminação Pública         |            |             | 10,00       |
| Multa por atraso NF 000067531 - 09/05/17 |            |             | 0,52        |
| Multa por atraso NF 000375560 - 10/05/17 |            |             | 0,52        |
| Multa por atraso NF 000067531 - 09/05/17 |            |             | 0,52        |
| Multa por atraso NF 000375560 - 10/05/17 |            |             | 0,52        |

Comprovante de residencia



FINAL DA FATURA

60,85

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| Nº DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | DATA ANTERIOR | LEITURA ANTERIOR | DATA ATUAL | LEITURA ATUAL | Nº DE DIAS | CONSTATANTE | ALÍQUOTA | CONSUMO (KWH) |
|---------------|----------------|---------------|------------------|------------|---------------|------------|-------------|----------|---------------|
| 21/07/2017    | CAT            | 01-06-2017    | 2 153,00         | 01-07-2017 | 2 140,00      | 31         | 1,0000      |          | 60,85         |

| PERÍODO DE CONSUMO | PERÍODO DE CONSUMO | COMPOSIÇÃO DO CONSUMO |
|--------------------|--------------------|-----------------------|
| 01-06-2017         | 01-06-2017         | 01-06-2017            |
| 02-06-2017         | 02-06-2017         | 02-06-2017            |
| 03-06-2017         | 03-06-2017         | 03-06-2017            |
| 04-06-2017         | 04-06-2017         | 04-06-2017            |
| 05-06-2017         | 05-06-2017         | 05-06-2017            |
| 06-06-2017         | 06-06-2017         | 06-06-2017            |
| 07-06-2017         | 07-06-2017         | 07-06-2017            |
| 08-06-2017         | 08-06-2017         | 08-06-2017            |
| 09-06-2017         | 09-06-2017         | 09-06-2017            |
| 10-06-2017         | 10-06-2017         | 10-06-2017            |
| 11-06-2017         | 11-06-2017         | 11-06-2017            |
| 12-06-2017         | 12-06-2017         | 12-06-2017            |
| 13-06-2017         | 13-06-2017         | 13-06-2017            |
| 14-06-2017         | 14-06-2017         | 14-06-2017            |
| 15-06-2017         | 15-06-2017         | 15-06-2017            |
| 16-06-2017         | 16-06-2017         | 16-06-2017            |
| 17-06-2017         | 17-06-2017         | 17-06-2017            |
| 18-06-2017         | 18-06-2017         | 18-06-2017            |
| 19-06-2017         | 19-06-2017         | 19-06-2017            |
| 20-06-2017         | 20-06-2017         | 20-06-2017            |
| 21-06-2017         | 21-06-2017         | 21-06-2017            |
| 22-06-2017         | 22-06-2017         | 22-06-2017            |
| 23-06-2017         | 23-06-2017         | 23-06-2017            |
| 24-06-2017         | 24-06-2017         | 24-06-2017            |
| 25-06-2017         | 25-06-2017         | 25-06-2017            |
| 26-06-2017         | 26-06-2017         | 26-06-2017            |
| 27-06-2017         | 27-06-2017         | 27-06-2017            |
| 28-06-2017         | 28-06-2017         | 28-06-2017            |
| 29-06-2017         | 29-06-2017         | 29-06-2017            |
| 30-06-2017         | 30-06-2017         | 30-06-2017            |
| 01-07-2017         | 01-07-2017         | 01-07-2017            |
| 02-07-2017         | 02-07-2017         | 02-07-2017            |
| 03-07-2017         | 03-07-2017         | 03-07-2017            |
| 04-07-2017         | 04-07-2017         | 04-07-2017            |
| 05-07-2017         | 05-07-2017         | 05-07-2017            |
| 06-07-2017         | 06-07-2017         | 06-07-2017            |
| 07-07-2017         | 07-07-2017         | 07-07-2017            |
| 08-07-2017         | 08-07-2017         | 08-07-2017            |
| 09-07-2017         | 09-07-2017         | 09-07-2017            |
| 10-07-2017         | 10-07-2017         | 10-07-2017            |
| 11-07-2017         | 11-07-2017         | 11-07-2017            |
| 12-07-2017         | 12-07-2017         | 12-07-2017            |
| 13-07-2017         | 13-07-2017         | 13-07-2017            |
| 14-07-2017         | 14-07-2017         | 14-07-2017            |
| 15-07-2017         | 15-07-2017         | 15-07-2017            |
| 16-07-2017         | 16-07-2017         | 16-07-2017            |
| 17-07-2017         | 17-07-2017         | 17-07-2017            |
| 18-07-2017         | 18-07-2017         | 18-07-2017            |
| 19-07-2017         | 19-07-2017         | 19-07-2017            |
| 20-07-2017         | 20-07-2017         | 20-07-2017            |
| 21-07-2017         | 21-07-2017         | 21-07-2017            |
| 22-07-2017         | 22-07-2017         | 22-07-2017            |
| 23-07-2017         | 23-07-2017         | 23-07-2017            |
| 24-07-2017         | 24-07-2017         | 24-07-2017            |
| 25-07-2017         | 25-07-2017         | 25-07-2017            |
| 26-07-2017         | 26-07-2017         | 26-07-2017            |
| 27-07-2017         | 27-07-2017         | 27-07-2017            |
| 28-07-2017         | 28-07-2017         | 28-07-2017            |
| 29-07-2017         | 29-07-2017         | 29-07-2017            |
| 30-07-2017         | 30-07-2017         | 30-07-2017            |
| 31-07-2017         | 31-07-2017         | 31-07-2017            |

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Este comprovante de residência é emitido pela Companhia Energética de Rio Grande do Norte (Cosern) para fins de comprovação de residência. O cliente deve apresentar este comprovante em conjunto com a documentação exigida pelo órgão responsável pelo atendimento. A Cosern não se responsabiliza por informações incorretas ou por danos decorrentes do uso deste comprovante.

Este comprovante de residência é emitido pela Companhia Energética de Rio Grande do Norte (Cosern) para fins de comprovação de residência. O cliente deve apresentar este comprovante em conjunto com a documentação exigida pelo órgão responsável pelo atendimento. A Cosern não se responsabiliza por informações incorretas ou por danos decorrentes do uso deste comprovante.

| CONSUMO | VALOR | UNIDADE | VALOR | UNIDADE | TENSÃO | VALOR | UNIDADE |
|---------|-------|---------|-------|---------|--------|-------|---------|
| ACAT    | 0,00  | 10,00   | 21,21 | 11,11   | 220    | 220   | 231     |

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

|                           |               |                         |
|---------------------------|---------------|-------------------------|
| Número do Sinistro ou ASL | CPF da Vítima | Nome completo da vítima |
|                           | 084595354-01  | DANILLO SOARES BARBOSA  |

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|                        |                      |                |
|------------------------|----------------------|----------------|
| Nome completo          | CPF titular da conta | Profissão      |
| DANILLO SOARES BARBOSA | 084595354-01         |                |
| Endereço               | Número               | Complemento    |
| SITIO RAJADA           | 136                  | CASA           |
| Bairro                 | Cidade               | CEP            |
| ZONA RURAL             | CARNAUHAS DOS DANTAS | 59374-000      |
| E-mail                 | Estado               | Telefone (DDD) |
|                        | RN                   |                |

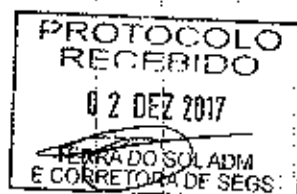
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

|                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                                           |                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00                 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.003,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00   | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00        |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)                                                                                          |                                                        | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) |                                                        |
| <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)<br><input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) |                                                        | BANCO<br>Nome: _____                                      |                                                        |
| AGÊNCIA<br>NRO: <u>1106</u> D/V: <u>1</u>                                                                                                                                                       |                                                        | AGÊNCIA<br>NRO: _____ D/V: _____                          |                                                        |
| CONTA<br>NRO: <u>28799</u> D/V: <u>7</u>                                                                                                                                                        |                                                        | CONTA<br>NRO: _____ D/V: _____                            |                                                        |
| (Informar dígito se existir)                                                                                                                                                                    |                                                        | (Informar dígito se existir)                              |                                                        |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

CARNAUHAS/RN de \_\_\_\_\_ de 2017  
Local e Data



Danillo Soares Barbosa  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

10/11/2017 BANCO DO BRASIL S.A. 11.40.00  
1186/20431 AUTO-ABASTECIMENTO

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 1186-1 CONTA: 28.793-7  
CLIENTE: DANTLO SOARES BARBOSA

HISTORICO

DOCIM.

PROTOCOLO  
RECIBIDO

12 DEZ 2017

VALOR

25/10/2017

Saldo Anterior

TERMINO SOLICIT  
E CONFERENCIA DE SEGS.

NAO HA LANÇAMENTOS

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): Danilo Soares Barbosa  
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Rajada, 136  
Zona Rural Carnauba dos Dantas RN CEP: 59374-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 2997647  
Data local do exame: [ 24/11/2017 ] NATAL [ RN ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO.**

**FERIDA OPERATÓRIA CICATRIZADA NA LATERAL DA COXA ESQUERDA, DIMINUIÇÃO ACENTUADA DA MOBILIDADE PARA FLEXÃO DE JOELHO ESQUERDO CONSEGUINDO FAZER 20 GRAUS SOMENTE, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, DEAMBULANDO COM USO DE DUAS MULETAS, ATROFIA MODERADA DA MUSCULATURA DE COXA ESQUERDA.**

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

( X ) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

( X ) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**PACIENTE FOI ATENDIDO NO HOSPITAL WALFREDO GURGEL E DEPOIS FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL MEMORIAL PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO.**

**Data da alta: HÁ APROXIMADAMENTE 2 MESES**

**REALIZADO TRATAMENTO COM 2 PARAFUSOS AO NÍVEL DE FRATURA SUPRACONDILIANA DE FEMUR ESQUERDO COM INCONGRUÊNCIA ARTICULAR AO EXAME RADIOLÓGICO, FEZ FISIOTERAPIAS.**

**Complicações: NÃO APRESENTOU.**

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

( X ) Sim ( ) Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**INVALIDEZ ANATOMICA E FUNCIONAL AO NÍVEL DE MEMBRO INFERIOR A ESQUERDA COM LIMITAÇÃO DA ADM.**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO INFERIOR - Esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( X ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

- V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

**DIZ TER REALIZADO TRATAMENTO AO NÍVEL DE TORNOZELO ESQUERDO, NÃO DISCORRIDO NOS PRONTUÁRIOS TRAZIDOS.**

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

*Uraí de Oliveira*

DR. URAÍ DE OLIVEIRA  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM-RN 4315



Declaração Circular SUSEP 4

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JUCILANE NASCIMENTO DOS SANTOS inscrito (a) no CPF 107.947.074-32,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário DANILDO SOARES BARBOSA inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 084595354-01, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vitima  
DANILDO SOARES BARBOSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 084595354-01, 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<br><u>STIO RAJADA</u> |                                       | Número<br><u>136</u>   | Complemento<br><u>CASA</u> |
| Bairro<br><u>ZONA RURAL</u>    | Cidade<br><u>CARNAUBAS DOS SANTOS</u> | Estado<br><u>RN</u>    | CEP<br><u>59374-000</u>    |
| Email                          | Telefone comercial (DDD)              | Telefone celular (DDD) |                            |
|                                |                                       | <u>(84) 99849-3157</u> |                            |

CARNAUBAS/RN de 10 de 2017  
Local e Data

Jucilane Nascimento dos Santos  
Assinatura do Declarante



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 22042 /2017

Admissão: 15/05/2017 02:14:57

PROTOCOLO  
RECEBIDO

07 NOV 2017

TERRA DO SOLADIM  
E CORRETORA DE SEGS

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 20381 - DANILO SOARES BARBOSA (25 a 7 m 8 d)

Nascimento: 07/10/1991 Natural: PARELHAS, BRASIL

CNS: 708407754888463

CPF: 08459535401

Prof:

Sexo: M Cor: PARDA

Mãe: MARIA SOARES DE AZEVEDO

Pai: DAMIAO BARBOSA DE SOUZA

Logradouro: SÍTIO RAJADA, 1

CEP: 59374000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: CARNAUBA DOS DANTAS

Telefone: 84.987507674 84 987507674

Compl:

Motivo: CARRO X CARRO

Origem: AMBUL. SAMU RN

Tipo: REFERENCIADO

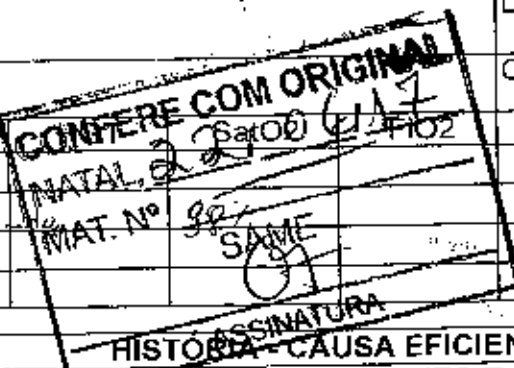
\*Empresa:

Documentação médico - hos

Fluxograma:

OBS:

| HORA     | P.A. | F.R. | F.C.    | TEMP. | Glasgow | RTS |
|----------|------|------|---------|-------|---------|-----|
| 120 x 60 |      |      | 118 bpm |       |         |     |



HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISÃO FRONTAL COM CAPOTAMENTO E FRATURA EXPOSTA EM JOELHO E

Hora:

Paciente vítima de Colisão Frontal com danos, com danos de ruptura e ruptura de ligamento cruzado.

TOPOGRAFIA  
Data: 16/05/17 Hora: 2:33  
Técnico: [assinatura]  
Exame: [assinatura]  
Médico: [assinatura]

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A VA Parado, Coleção

B mto bilaterais

C Pulso em 4 pulsos (pulso corado)

D ELG 13

E Lesão e joelho com fratura exposta, lesão e joelho direito (região posterior)

OUTRAS OBSERVAÇÕES: Sem alterações

Abdom: Bexiga, e dor e tendão de abdome.

Realizado: 15/05/17 14:00 5:00  
Técnico: [assinatura]

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Politrauma

# EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A  
B  
C  
D  
E

A (ALERGIAS):  
M (MEDICAÇÃO EM USO):  
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):  
L (LÍQU E ALIMENTOS INGERIDOS):  
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):  
V (PASSADO VACINAL):

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)

Rolo-X Lom E + Joelho E + Perna E APxP

José Tóvens Fernandes Junior  
MÉDICO  
CRM-RN 8317

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Hto + Classificação Sangüínea

OUTROS

CONDIÇÃO PRIMÁRIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Tra de torção e alteração e  
abdome com quadro de berço

CD- SVA  
A ortopedias

José Tóvens Fernandes Junior  
MÉDICO  
CRM-RN 8317

ASSOCIAÇÃO DE SUPERMAGNET

# BMT  
① Exame Clínico  
- FIC em região petno-  
auricular ①.  
- Semi Exames Clínicos de  
Insuficiência de pele  
② Antibiótico  
③ Anestezico  
④ Sutura  
⑤ curativo  
⑥ Atz de BMT  
A ortopedias

Dr. Sérgio Rodrigo Pereira Trindade  
CRM-RN 4643

Assinatura e Carimbo do Responsável

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

|                           |       |       |
|---------------------------|-------|-------|
| ESPECIALISTA 1: Ortopedia | HORA: | DATA: |
| ESPECIALISTA 2: NCR       | HORA: | DATA: |
| ESPECIALISTA 3: BMT       | HORA: | DATA: |



02:30

SE 08, 25a; vítima de Capetamento por cerca de 4h,  
involuntando com episódios de vômito, ariza parda de  
consistência: relato de ingestão alcoólica.

1455555

EXAME FÍSICO: ECG IS. Sem pontos evidentes, limitação ao movimento do MSE (Fratura exposta)

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

TCE + translims

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

5 C di tempo e da una  
curva.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

## OUTROS

CONDUITA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

5º de crânio + coluna cervical dentro da normalidade

Ch. 1. Alla dargastel

**Médico**

Dr. Emma Cox

### ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

**Assinatura e Carimbo do Responsável:**

Assinatura e Carimbo do Responsável

| ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASSOW                                                                                                  |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Abertura Ocular (EO)                                                                                                                 |   |
| Olfhos se abrem espontaneamente.                                                                                                     | 4 |
| Olfhos se abrem se solicitado verbal. (Não responde com o desvio de uma pessoa inconsciente, mas sim, por movimentos de não sim)     | 3 |
| Olfhos se abrem por estímulo doloroso                                                                                                | 2 |
| Olfhos não se abrem.                                                                                                                 | 1 |
| Melhor resposta verbal (MRV)                                                                                                         |   |
| O paciente responde com palavras ou frases simples em resposta a perguntas sobre o nome, estado atual, local, e pessoa que está ali. | 5 |
| Confunde a resposta a perguntas, respostas breves, não há alguma desorientação e incoerência.                                        | 4 |
| Palavras incoerentes (Não responde, mas com alguns sons ou palavras)                                                                 | 3 |
| Somente alguns sons, não há com nenhuma compreensão                                                                                  | 2 |
| Silêncio                                                                                                                             | 1 |
| Melhor resposta motora (MRM)                                                                                                         |   |
| Obedece a ordem verbal. (Se não se movimenta quando lhe é ordenado.)                                                                 | 6 |
| Localiza estímulo doloroso.                                                                                                          | 5 |
| Retirada inesperada a dor.                                                                                                           | 4 |
| Palavras ou sons desconhecidos.                                                                                                      | 3 |
| Palavras ou sons desconhecidos.                                                                                                      | 2 |
| Somente sons.                                                                                                                        | 1 |

-ESCALA DE TRIAGEM DO

| TRAUMA REVISADO - RTS         |         |     |
|-------------------------------|---------|-----|
| DISCRIMINADOR                 | NOTAÇÃO |     |
| ESCALA DE COMA<br>DE GLASSGOW | 13-15   | = 4 |
|                               | 9-12    | = 3 |
|                               | 6-8     | = 2 |
|                               | 4-5     | = 1 |
|                               | 3       | = 0 |
| FREQUÊNCIA<br>RESPIRATÓRIA    | 18-20   | = 4 |
|                               | >20     | = 3 |
|                               | 6-20    | = 2 |
|                               | 1-5     | = 1 |
|                               | 0       | = 0 |
| PRESSÃO ARTERIAL<br>SISTÓLICA | >90     | = 4 |
|                               | 70-90   | = 3 |
|                               | 50-70   | = 2 |
|                               | 1-50    | = 1 |
|                               | 0       | = 0 |

<sup>1</sup> Escola de Treinamento Nacional (ETN). Base teórica de sobrevivência para funcionários de empresas brasileiras. Relecionado, adaptado de Christopher M. L. Sousa, W. J. Dwyer, et al., *Avaliação e Treinamento*, 1994, p. 120.

CLASSIFICAÇÃO DO FOLHETO  
[ATLS 2005]

[illegible]

\* Referencia: TEASDALE G. JENNET, B. *Assessment of corn and improved corn hybrids. A practical guide*. Libros 1974. 2-87-84.

— A sendo proposta aplica-se a doutrina consuetudinária e que coexistam com outras anteriores à sua. Na prática, porém, a aplicação do direito consuetudinário é subordinada ao direito escrito e interpretado de acordo com o sentido da lei, ou da resolução legislativa.

| SEVERIDADE | LEVE | Moderada | Intensa | Extrema |
|------------|------|----------|---------|---------|
| 1          | 2    | 3        | 4       | 5       |



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

RELATORIO DE  
HISTORIA CLÍNICA  
E EXAME FÍSICO

Nome

DANILO SOARES BARBOSA

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTORIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data:

Hora:

Planta baixa de Medula Lombar.  
fratura completa de fêmur esquerdo.  
sem lesão de fêmur direito.

Dr. Gentil Fernandes de A. Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 5847

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL. 22/06/17

MAT. Nº.

SAME

ASSINATURA



Nome: DANILO SOARES BARBOSA Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Serviço: \_\_\_\_\_

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

13/5/17

Paciente evoluindo bem com o cuidado  
Sintomático e dos Rins

Co: VPM

DR. GILBERTO GUARNIERE D. SANTOS  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM 4761 TEST 11044

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL, 22/06/17  
MAT. Nº \_\_\_\_\_  
SANE  
OF  
ASSINATURA

**GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**FICHA DE  
ACOMPANHAMENTO  
SOCIAL****Identificação**

Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: 408 UTI: \_\_\_\_\_ Leito: 408  
Data de admissão: 15/05/2017 Alta: \_\_\_\_\_  
Nome: Danielo Soares Barbosa Naturalidade: Pauzeiro  
Idade: 25 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: 07/10/1991  
RG: 8.997.647 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: 7ª série  
Filiação: Pai: Damião Barbosa de Souza  
Mãe: Maria Soares de Azevedo  
Endereço: Povoado Rajado Município de Acony Cidade: Acony  
Telefone: 996184577 (resida) ( ) Residencial ( ) Trabalho ( ) Celular  
Contato: 98346340 Outros telefones: \_\_\_\_\_  
Composição familiar: 3 pessoas  
Outras informações: Faz uso de ( ) Alcool ( ) Fumo ( ) Drogas ( ) Psicotrópicos

**Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária**

Atividade desenvolvida: trabalha em Penitenciária Trabalho c/ vínculo empregatício ☒ Não ( ) Sim  
( ) Aposentado ( ) Auxílio doença ( ) BPC ( ) Autônomo ( ) Pensionista ( ) Desempregado  
Programas e Serviços: ( ) Passe Livre ( ) Bolsa Família ( ) PETI ( ) PSF ( ) CAPs ( ) SAD  
Interrupção decorrente de acidente de trabalho? ( ) Não ( ) Sim Nome da Empresa \_\_\_\_\_

**Forma de Acesso ao Serviço**

( ) Sozinho - procurou atendimento ( ) Trazido por familiares  
( ) Socorrido em via pública ( ) Outros meios  
( ) Encaminhado: Hospital de origem: \_\_\_\_\_

**CONFERE COM ORIGINAL**  
NATAL, 22/05/2017  
MAT. N° \_\_\_\_\_  
CAME \_\_\_\_\_  
ASSINATURA \_\_\_\_\_

**Crítérios para Acompanhante**

Possui requisitos? ( ) Não ( ) Sim Qual o motivo? relação de nascimento  
Portador de deficiência: ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Física ( ) Mental  
Responsável pelo paciente: Lucilene dos Anjos  
Parentesco: companheira Telefone: 98346340  
Endereço do Responsável: Povoado Rajado Município de Acony

**Evolução**

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Solicitado xerox do Documento de identificação, exames de sangue e urina de rotina.

**Saída**

óbito: Encaminhamento: ITP ( ) SVO ( ) DO ( ) Obs. \_\_\_\_\_  
Alta hospitalar ( ) Transferência ( ) Destino: \_\_\_\_\_  
Orientações/Encaminhamentos: \_\_\_\_\_



NOME: Daniilo S. Barbosa ENF.: 4<sup>o</sup> LEITO: 408  
IDADE: 25 PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ Nº REG.: \_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO: Politraumatismo  
TMB. NC: \_\_\_\_\_  
DIETA: líquida

| DATA  | TODA ANOTAÇÃO DEVE SER ASSINADA PELO NUTRICIONISTA QUE FEZ                                                                                                                 |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19/15 | Paciente vítima de colisão frontal com carro, C/ fratura exposta M.E. Encontro de consciência, orientado, em O2 ambiente, apêndice preservado. FGI(+). Cd= Dieta Mostrada. |
|       | Tônia Valéria S. Lima<br>Nutricionista<br>CRN-5204                                                                                                                         |
| 24/15 | Paciente segue C/ ingestão satisfatória da dieta, s/ queixas no momento. FGI(+). Cd= mantida.                                                                              |
|       | Tônia Valéria S. Lima<br>Nutricionista<br>CRN-5204                                                                                                                         |

**ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.**



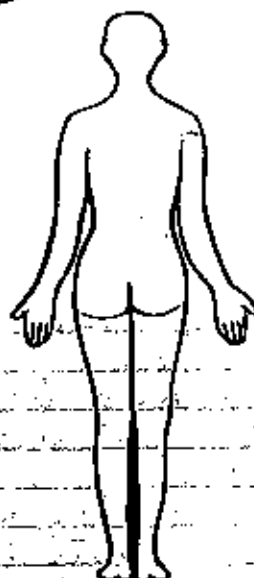
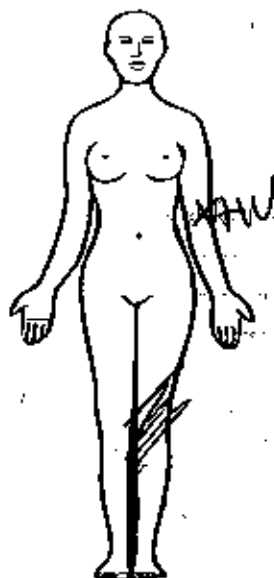
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Secretaria de estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Carmaux dos Santos

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Daniela Soares Barbosa  
DATA DE NASCIMENTO: 07.10.1991 IDADE: \_\_\_\_\_  
REGISTRO: FUE: 2835117 / Reg: 20381  
DATA DE ADMISSÃO: 15.05.17 HORA: \_\_\_\_\_  
ADMISSÃO DO PACIENTE: \_\_\_\_\_  
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Ortopedia  
HIDRATAÇÃO: SIM (X) NÃO ( ) VIA: PERIFÉRICO ( ) ACESSO CENTRAL ( )  
NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE (X) ORIENTADO (X) VIGIL ( ) AGITADO ( )  
INCONSCIENTE: ( )  
ESTADO GERAL: BOM (X) REGULAR ( ) GRAVE ( )  
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE (X) M.V. ( ) ENTUBADO ( ) TRAQUEOSTOMIZADOR (X)  
ALÉRGICO: SIM ( ) NÃO (X) HIPERTENSO: SIM ( ) NÃO (X)  
DIABÉTICO: SIM ( ) NÃO (X) ASMÁTICO: SIM ( ) NÃO (X)  
DOENÇA RENAL: SIM ( ) NÃO (X) DOENÇAS: \_\_\_\_\_  
MEDICAÇÕES EM USO: \_\_\_\_\_  
CIRURGIAS ANTERIORES: \_\_\_\_\_  
EXAMES COMPLEMENTARES: \_\_\_\_\_  
OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_  
ÁREA DE TRICOTOMIA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
ÁREA DE PUNÇÃO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL: 22.06.17  
MAT. Nº. 4  
SASSINATURA



Lote Numero: V5841055 Fabricação: 10/2016 Validade: 03 Anos Código: 272 Quantidade: 01 PC  
Nome Técnico: Sistema de Fixação Externa  
Nome Comercial: Fixador Externo  
Modelo Comercial: FIXADOR EXTERNO DINAMICO - T. 1004/B  
Número de Registro ANVISA: 80046130009 Mat Fabric.: INOX E ALUM.  
Implante Materiais Médicos & Hospitalares Ltda  
R. Alberto Melo da Costa, 125 - Campinas/SP CEP: 13050-713  
Resp. Técnico: Agmar J. Bispo CREA-SP 5063950858  
Armazenamento, Cuidados no Manuseio, Advertências e  
Instruções de Esterilização: Ver Instrução de Uso.  
**PROIBIDO REPROCESSAR - ESTERIL - ETO**  
Produto Médico Não-Invasivo - Classe I

INSTRUMENTADO: Carlos Alexandre JALECO Nº: \_\_\_\_\_ ACESSO CENTRAL: \_\_\_\_\_  
CIRCULANTE: Jaciara Costa  
TIPO DE ANESTESIA: GERAL ( ) RAQUI (X) PERIDURAL ( ) B.P.B. ( ) LOCAL ( )  
OBS: \_\_\_\_\_  
ANESTESISTA: Dr. Andréia Dr. Isis  
INÍCIO DE ANESTESIA: 08:20  
TÉRMINO DE ANESTESIA: 09:20  
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: cefazolina 2g EV + gentamicina 240mg EV  
HORA: 08:20 u.

INICIO DE CIRURGIA: 08:30

CIRURGIÃO: Dr. Gentil

1º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

TIPO DE CIRURGIA: Tratamento cirúrgico da fratura exposta de U.E.

NO DINAMICO  
88046530009 M-  
Materiais Medi-  
Costa 125-C-  
Bispo  
os no

TÉRMINO DE CIRURGIA: 09:15

SONDAGEM VESICAL: SIM ( ) NÃO (x)

Nº DA SONDA: \_\_\_\_\_

SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM ( ) NÃO (x)

Nº DA SONDA: \_\_\_\_\_

EXAMES LABORATORIAIS: SIM ( ) NÃO (x)

RX: \_\_\_\_\_

SIM ( )

NÃO ( )

RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM ( ) NÃO (x)

TIPO: \_\_\_\_\_

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM ( ) NÃO (x)

TIPO: \_\_\_\_\_

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM ( ) NÃO (x)

FEITO FICHA: SIM ( )

NÃO ( )

MEMBRO AMPUTADO: SIM ( ) NÃO (x)

ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM ( )

NÃO ( )

FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM ( )

NÃO (x)

DESPREZADO NO LIXO: SIM ( ) NÃO (x)

COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM ( ) NÃO (x)

QUANTIDADE: \_\_\_\_\_

GAZES CONFERIDAS: SIM ( ) NÃO (x)

QUANTIDADE: \_\_\_\_\_

CAIXA CIRÚRGICA: Rx: Bócio

COMPLETA: SIM (x) NÃO ( )

OBS: \_\_\_\_\_

ÓBITO: SIM ( ) NÃO (x)

HORA: \_\_\_\_\_

REALIZADO RCP: SIM ( )

NÃO ( )

RESPONSÁVEL PELA RCP: \_\_\_\_\_

PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (x) UTI ( )

ALTA ( )

EM AMBIENTE: SIM (x) NÃO ( )

TRAQUEOSTOMIZADO: SIM ( )

NÃO ( )

ENTUBADO: SIM ( ) NÃO (x)

PREENCHIDO AIH: SIM (x) NÃO ( )

FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (x) NÃO ( )

FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (x) NÃO ( )

OBSERVAÇÕES: 08:00h. Recebo paciente em CC, EGR, em-  
liente, orientado, colaborativo, em OA ambiente  
monitorizado c/ PN1 + O2. Pulso + uca, normotenso,  
memorizado, membros inferiores, acionados,  
memorizado, tórax simétrico, abdome flácido  
e plano, encontra-se c/ AUP U.E. Usando no Pul-  
lão auricular D+ lesão de U.E (fratura ex-  
posta). Nega Dr. HAS, Drogas. Encocado no mex-  
quípico em posição dorsal. Realizado limpeza  
de U.E. dig. realizado antistéril Raque por Dr.  
B. e - seguida realizada limpeza de U.E. tra-  
do hipócloro de germicida + SFO 91 em reg. externo  
Pelo Dr. Gentil, usando fixador externo 250. Realiza-  
do untiúo c/ SFO 91 + gaze e oregos. Procedimento  
no término, paciente limpo, trocado roupa e  
encaminhado para o CRO após avaliação da anestesia.

Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

18.994

Assinatura do Circulante

Assinatura do Instrumentado

Assinatura do Instrumentado

Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**BOLETIM  
OPERATÓRIO****IDENTIFICAÇÃO**Nome: *Ornela Sarinho*

Reg. N°

Diagnóstico pré-operatório: *fratura exposta do fêmur distal*Indicação terapêutica: *protese*

Urgência ( ) Eletiva ( )

**INTERVENÇÃO**

Data: Início: Término: Duração:

Operador: *A. Costa* CRM/CRO:

1º Auxiliar: CRM/CRO:

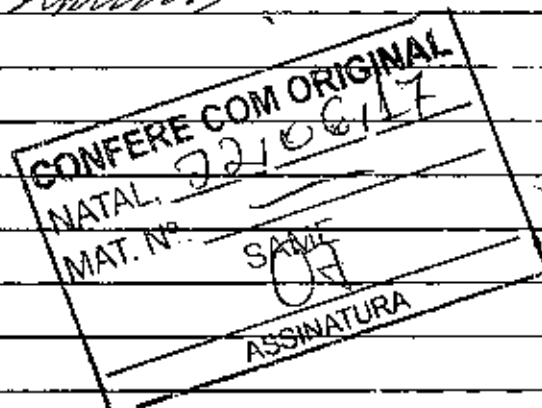
2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista: CRM/CRO:

**RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO**

- 1) Incisão em curvatura distal 8cm
- 2) Musculatura exposta
- 3) Limpeza da ferida
- 4) Fixação com placa e parafusos
- 5) Sutura



*Dr. Givaldo Fernandes de A. Filho*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM N° 5647

*0408050624 (4) 5727*  
*0702030406*

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

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

## FICHA DE INTERNAMENTO

### Dados do Paciente

Paciente: **DANILO SOARES BARBOSA**

Registro: 121595

Num RG: **2997647**

CPF: **084.595.354-01** Nascimento: **07/10/1991** 26 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **RAJADA**

N.: **136**

Bairro: **RAJADA**

Cidade: **CARNAUBA DOS DANTAS**

UF: **RN**

CEP: **59374000**

Fone: **84987507674**

Profissão: **CERAMICO**

Mãe: **MAÍIA SOARES DE AZEVEDO**

### Dados do Internamento

Num. Internamento: **1**

Entrada: **26/05/2017 8:58**

Previsão saída: **28/05/2017 11:00**

Atendente: **MICHELLET**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Matrícula/CNS: **703407754888463**

Médico: **Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA**

CRM: **2156**

**ENFERMARIA 110-A**

### Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

### Termo de Responsabilidade

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

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

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

Assinatura: [  ] Paciente [ ] Responsável

Observações

**PACIENTE COM AIH, LAUDO SUS, TRES FOLHAS DE RX. MEDICO NAO CIENTE.**

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Tirol 59.922-020 Natal / RN  
Confira com original  
Eduardo Lopes de Santana

## FICHA DE INTERNAMENTO

### Dados do Paciente

Paciente: **DANILO SOARES BARBOSA**

Registro: **121595**

Num. RG: **2997647**

CPF: **084.595.354-01**

Nascimento: **07/10/1991** 26 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **RAJADA**

N.: **136**

Bairro: **RAJADA**

Cidade: **CARNAUBA DOS DANTAS**

UF: **RN**

CEP: **59374000**

Fone: **84987507674**

Profissão: **CERAMICO**

Mãe: **MARIA SOARES DE AZEVEDO**

### Dados do Internamento

Num. Internamento: **1**

Entrada: **26/05/2017 8:58**

Previsão saída: **28/05/2017 11:00**

Atendente: **MICHELLET**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Matrícula/CNS: **708407754888463**

Médico: **Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA**

CRM: **2156**

**ENFERMARIA 110-A**

### Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

Data da Baixa: \_\_\_\_\_

No. de dias de hospitalização: \_\_\_\_\_

No. de US: \_\_\_\_\_

Doc. Apresentado: \_\_\_\_\_

Diagnostico Definitivo: \_\_\_\_\_

Procedência: \_\_\_\_\_

História da Doença atual: \_\_\_\_\_

Interrogatorio sobre diversos aparelhos: \_\_\_\_\_

Antecedentes pessoais: \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares: \_\_\_\_\_

Estado geral: \_\_\_\_\_

Ap. Cardiorespiratorios: \_\_\_\_\_

Ap. digestivo: \_\_\_\_\_

Ap. Locomotor e Neurológico: \_\_\_\_\_

Ap. Urinário e Ginecológico: \_\_\_\_\_

Impressão geral: \_\_\_\_\_

Conduta: \_\_\_\_\_

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Tir. 59.022-020 Natal / RN  
Confere com original  
Em: \_\_\_\_\_

## Dados do Paciente

Paciente: **DANILO SOARES BARBOSA**

Registro: **121595**

Num. RG: **2997647**

CPF: **084.595.354-01** Nascimento: **07/10/1991** 26 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **RAJADA**

N.: **136**

Bairro: **RAJADA**

Cidade: **CARNAUBA DOS DANTAS**

UF: **RN**

CEP: **59374000**

Fone: **84987507674**

Profissão: **CERAMICO**

Mãe: **MARIA SOARES DE AZEVEDO**

## Dados do Internamento

Num. Internamento: **1**

Entrada: **26/05/2017 8:58** Previsão saída: **28/05/2017 11:00** Atendente: **MICHELLET**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Matrícula/CNS: **708407754888463**

Médico: **Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA**

CRM: **2156**

**ENFERMARIA 110-A**

## Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

## TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) **Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA**  
ou cirurgia:

a realizar o seguinte procedimento, tratamento

2. - O(A) **Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA**

explicou-me claramente a proposta do tratamento,

procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

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

Assinatura: [  ] Paciente [ ] Responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

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

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

**Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA - CRM 2156**

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Tirol 59.022-020 Natal / RN  
Confira com original  
Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



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 AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

cod = 201474746

2 - CNES

3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Daniel Soares Barbosa

7 - CARTÃO NACIONAL / SUS

708407754888463

8 - DATA DE NASCIMENTO

07/10/1991

9 - SEXO

25

6 - Nº DO PROTOCOLO

MASCULINO

1 FEMININO

2

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria Soares de Aguiar

11 - TELEFONE DE CONTATO

987507679

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)

Sítio Raposo - 0136

9916.3013

13 - MUNICÍPIO

Camacho Bonito

14 - BAIRRO

Fazenda Nova

15 - UF

16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pront com fraca egressa do joelho  
com dor no osso.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Prontuário clínico.

PROTOCOLO  
RECEBIDO

07 NOV 2017

TERRA DO SOL ADM.  
E CORRETORA DE SEGS

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

Hct 17.2

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Prontuário clínico

21 - CID INICIAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TTO. Cirúrgico

26 - LEITO / CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

29 - DT SOLICITAÇÃO

30 - CNS / CPF

31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

33 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - Nº DO BILHETE

35 - BÔNUS

36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO

37 - CNPJ

38 -

40 -

39 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO

DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL

41 - CID PRINCIPAL

42 - CID SECUNDÁRIO

43 - ( )

44 - ( ) GRAVE

45 - ( ) GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO

50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO

47 - DT AUTORIZ.

51 - DT AUTORIZ.

48 - CNS / CPF

52 -

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO  
HOSPITALAR (AIH)  
com original

Código Solicitação: 201474746

Número AIH: 241710038778-0

## IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:  
HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL

Unidade Executante:  
HOSPITAL MEMORIAL

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

Central Reguladora  
Data de Solicitação  
Data de Autorização  
Data de Reserva  
Data de Internação  
Data Prevista de Alta  
Data da Alta  
Motivo da Alta

NATAL  
25.05.2017 - 17:17:23  
25/05/2017 - 18:25:20  
27.05.2017  
26.05.2017  
02.06.2017  
30/05/2017 - 16:20:50  
1.8 ALTA POR OUTROS MOTIVOS

CNES:  
2653923  
CNES:  
2408252  
Município Executante  
NATAL

PROTÓCOLO  
RECEBIDO  
07 NOV 2017  
TERRA DO SOL ADM  
E CORRETORA DE SEGS

Operador 01987736419MARILENE  
Operador 55999751420PAULO  
Operador PATRIC  
Operador PATRIC

## DADOS DO PACIENTE

CNS:  
708407754888463

Nome do Paciente  
DANILO SOARES BARBOSA

Nome da Mãe  
MARTA SOARES DE AZEVEDO

Sexo:  
MASCULINO

Data de Nascimento:  
07/10/1991 (25 anos)

Tipo Logradouro:  
RUA

Número:  
53

País de Residência:  
BRASIL

Telefone(s):  
(84) 9694-4135 e (84) 3479-2231 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:

PARELHAS - RN

Raça:

BRANCA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

LUIZ AZEVEDO DE SOUZA

Bairro:

SÃO SEBASTIÃO

Município de Residência:

PARELHAS

Complemento:

CEP:

59360-000

UF:

RN

Nome do Médico Solicitante:  
GENTIL FERNANDES DE ARAUJO FILHO

Nome do Médico Executante:  
HERMANN COSTA GOMES

Status da Solicitação:  
APROVADA

Classificação de Risco

Prioridade 0 - Emergência, necessidade de atendimento imediato

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408050624

## DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:  
03797510462

CPF do Médico Executante:  
85145475420

Diagnóstico Inicial - CID:  
S724 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FÊMUR

Caráter:  
11 - Urgência

Clínica:  
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:  
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:  
PACIENTE SOFREU TRAUMA NA COXA CAUSANDO FRATURA DE FÊMUR DISTAL, FEITO FIXAÇÃO EXTERNA.

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:  
EXAME FÍSICO E COMPLEMENTARES

Condições que Justificam a Internação:  
NECESSIDADE DE CIRURGIA

## PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:

25.05.2017 - 17:17:23

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Tirol 59.922-020 Natal / RN  
Confira com original  
Em, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data da Extração dos Dados: 12/06/2017 14:08:09

## INTERNAR PACIENTE

Código Solicitação: 201474746

**IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**

Unidade Solicitante:  
HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL  
Unidade Executante:  
HOSPITAL MEMORIAL  
Lagoadoiro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro  
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROL  
Central Reguladora

Data de Solicitação

Data de Autorização

Data de Reserva

Data Prevista de Alta

CNES:

2653923

CNES:

2408252

Município Executante

NATAL

NATAL

25.05.2017 -  
17:17:2325/05/2017 -  
18:25:20

27.05.2017

03.06.2017

Operador

01987736419MARILENE

Operador

55999751420PAULO

**DADOS DO PACIENTE**

CNES:

70840775488463

Nome do Paciente

DANILLO SOARES BARBOSA

Nome da Mãe

MARIA SOARES DE AZEVEDO

Sexo

MASCULINO

Data de Nascimento:

07/10/1991 (25 anos)

Tipo Lagoadoiro:

RUA

Número:

53

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(84) 9694-4135 + (84) 3479-2231 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/ Apellido:

---

Naturalidade:

PARELHAS - RN

Raça:

BRANCA

Tipo Sanguíneo:

---

Lagoadoiro:

LUIZ AZEVEDO DE SOUZA

Bairro:

SÃO SEBASTIÃO

Município de Residência:

PARELHAS

Complemento:

CEP:

59360-000

UF:

RN

**DADOS DA SOLICITAÇÃO**

CPF do Médico Solicitante:

03797510462

Diagnóstico Inicial - CID:

S721 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FÊMUR

Caráter

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR  
(METAFISE DISTAL)

Nome do Médico Solicitante:

GENTIL FERNANDES DE ARAUJO FILHO

Status da Solicitação:

APROVADA

Classificação de Risco

Prioridade 0 - Emergência, necessidade de atendimento imediato

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408050624

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

PACIENTE SOFREU TRAUMA NA COXA CAUSANDO FRATURA DE FÊMUR DISTAL, FEITO FIXAÇÃO EXTERNA.

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FÍSICO E COMPLEMENTARES

Condições que Justificam a Internação:

NECESSIDADE DE CIRURGIA

**PARECER**

Motivo de Impedimento do Regulador:

---

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:

25.05.2017 - 17:17:23

Data da Extração dos Dados: 26/05/2017 08:25:56

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Tirol 59.022-020 Natal / RN  
Confere com original  
Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



# BLOCO CIRÚRGICO BOLETIM DE SALA

APTO:

Reg 121595

NOME: Danilo Soares Barbosa

Cirurgia Realizada:

RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO

HS:

MIN:

TÉRMINO:

HS:

MIN:

DATA: 29/03/17

INICIO:

CIC/INF

CRM

CIRURGIA

EQUIPE

NOME

Cirurgião

Dr. EDUARDO LOPES

1 Auxiliar

2 Auxiliar

Anestesiologista

Instrumentador

Ato:

Dr. Rodrigo Santiago

Anestesiologista

CPF 023.770.794-22 CPM 8321

1. Paciente em decúbito dorsal na mesa ortopédica 2. Assepsia e antisepsia 3. Campos operatórios 4. Retirada de fixador externo 5. Curativo 6. Tala coxo podalico.

| CÓD.         | DESCRIÇÃO                 | UNID. | QUANT. | CÓD.   | DESCRIÇÃO                   | UNID. | QUANT. | CÓD.         | DESCRIÇÃO                    | UNID. | QUANT. |
|--------------|---------------------------|-------|--------|--------|-----------------------------|-------|--------|--------------|------------------------------|-------|--------|
| MEDICAMENTOS |                           |       |        | FIOS   |                             |       |        | DESCARTÁVEIS |                              |       |        |
| 028956       | Água Bidesulfada 100ml    | AMP   | 03     | 050329 | Vicryl 4-0 (Violeta)        | ENV   |        | 065164       | Malha Tubular 12cm.          | ROL   |        |
| 000326       | Água Bidesulfada 100ml    | AMP   |        | 050377 | Vicryl 5-0 (Amarelo)        | ENV   |        | 060188       | Malha Tubular 15cm.          | UND   | 06     |
| 028988       | Água Bidesulfada 20ml     | AMP   |        | 050724 | Vicryl 6-0                  | ENV   |        | 062783       | Máscara Descartável          | UND   |        |
| 000057       | Clofenolox 1g.            | AMP   |        | 050313 | Vicryl 7-0                  | ENV   |        | 060830       | Polifix 2 vias               | ML    | 80     |
| 000096       | Decadron 4mg. inj.        | AMP   |        |        |                             |       |        | 064784       | Podofina Degermante / ml.    | ML    | 80     |
| 000713       | Glicose 25% 10ml inj.     | AMP   |        |        |                             |       |        | 065587       | Povidine Tópico / ml.        | ML    | 80     |
| 004283       | Glicose 50% 10ml inj.     | AMP   |        |        |                             |       |        | 060783       | Sapão Líquido                | UND   | 12     |
| 004703       | Hipoclor 50%              | FRS   |        |        |                             |       |        | 063223       | Seringa Desc. 01cc c/ Agulha | UND   |        |
| 005049       | Inovel Pomada 1/4         | COM   |        |        |                             |       |        | 062445       | Seringa Desc. 03cc c/ Agulha | UND   |        |
| 015111       | Keflin Neuro 1g.          | AMP   |        |        |                             |       |        | 062475       | Seringa Desc. 05cc c/ Agulha | UND   |        |
| 008667       | Navalgine 2ml inj.        | AMP   |        |        |                             |       |        | 063209       | Seringa Desc. 10cc c/ Agulha | UND   |        |
| 007493       | Profenid 100mg. inj.      | FRS   |        |        |                             |       |        | 063218       | Seringa Desc. 20cc c/ Agulha | UND   |        |
| 008929       | Solução Ringer c/ Lactato | FRS   |        |        |                             |       |        | 063120       | Sonda Uretral 10             | UND   |        |
| 008449       | Solução Ringer Simples    | FRS   |        |        |                             |       |        | 063144       | Sonda Uretral 12             | UND   |        |
| 028125       | Soro Fisiológico 100ml    | FRS   | 02     | 061920 | Abсорбент-T Plus Nº 14      | UND   |        | 063151       | Sonda Uretral 14             | UND   |        |
| 008718       | Soro Fisiológico 5% 500ml | FRS   |        | 061918 | Abсорбент-T Plus Nº 15      | UND   |        | 063169       | Sonda Uretral 16             | UND   |        |
| 008740       | Soro Glicosado 5% off 500 | AMP   |        | 061932 | Abсорбент-T Plus Nº 20      | UND   | 01     | 063183       | Sonda Uretral 18             | UND   |        |
| 009925       | Xylocaine 2% c/ v         | BSG   |        | 062882 | Agulha Descartável 13 x 4.5 | UND   | 02     | 060580       | Sonda Uretral 20             | UND   | 03     |
| 010026       | Xylocaine Gel 2%          | BSG   | 40     | 060392 | Agulha Descartável 25 x 7   | UND   | 02     |              |                              |       | 03     |
|              |                           |       |        | 060418 | Agulha Descartável 40 x 12  | UND   | 02     |              |                              |       | 03     |
|              |                           |       |        | 060575 | Algodão 100%                | ROL   |        |              |                              |       |        |
|              |                           |       |        | 060582 | Algodão 100%                | ROL   |        |              |                              |       |        |
|              |                           |       |        | 060590 | Algodão 100%                | ROL   |        |              |                              |       |        |
|              |                           |       |        | 060598 | Algodão 100%                | ROL   |        |              |                              |       |        |
|              |                           |       |        | 060608 | Algodão 100%                | ROL   |        |              |                              |       |        |
|              |                           |       |        | 060701 | Algodão 100%                | ROL   |        |              |                              |       |        |
|              |                           |       |        | 060705 | Algodão 100%                | ROL   |        |              |                              |       |        |
|              |                           |       |        | 060820 | Algodão 100%                | ROL   |        |              |                              |       |        |
|              |                           |       |        | 060869 | Algodão 100%                | ROL   |        |              |                              |       |        |
|              |                           |       |        | 061670 | Algodão 100%                | ROL   |        |              |                              |       |        |
|              |                           |       |        | 060380 | Algodão 100%                | UND   |        |              |                              |       |        |
|              |                           |       |        | 060548 | Bandeja Peridural           | UND   |        |              |                              |       |        |
|              |                           |       |        | 061545 | Bandeja Raqui               | UND   |        |              |                              |       |        |
|              |                           |       |        | 060948 | Butterfly 18g               | UND   |        |              |                              |       |        |
|              |                           |       |        | 060955 | Butterfly 21g               | UND   |        |              |                              |       |        |
|              |                           |       |        | 062135 | Butterfly 23g               | UND   |        |              |                              |       |        |
|              |                           |       |        | 062142 | Butterfly 25g               | UND   |        |              |                              |       |        |
|              |                           |       |        | 061205 | Canisula Descartável        | UND   |        |              |                              |       |        |
|              |                           |       |        | 061244 | Compressa Cirúrgica         | UND   |        |              |                              |       |        |
|              |                           |       |        | 061989 | Eléctrodo Descartável       | UND   |        |              |                              |       |        |
|              |                           |       |        | 060549 | Emergex 500ml               | UND   |        |              |                              |       |        |
|              |                           |       |        | 062024 | Espiradriso 10 x 45         | CM    |        |              |                              |       |        |
|              |                           |       |        | 062031 | Éter Sulfúrico 1ed.         | UND   |        |              |                              |       |        |
|              |                           |       |        | 062285 | Gase 91 x 91                | UND   |        |              |                              |       |        |
|              |                           |       |        | 062930 | Gase Furdinada              | UND   |        |              |                              |       |        |
|              |                           |       |        | 062384 | Gase Descartável            | UND   |        |              |                              |       |        |
|              |                           |       |        | 062103 | Intrafix Air II 2.4 M       | UND   |        |              |                              |       |        |
|              |                           |       |        | 061079 | Intrafix Padão              | UND   |        |              |                              |       |        |
|              |                           |       |        | 062253 | Lamina Beshi Nº 11          | UND   |        |              |                              |       |        |
|              |                           |       |        | 062260 | Lamina Beshi Nº 15          | UND   |        |              |                              |       |        |
|              |                           |       |        | 060149 | Lamina Beshi Nº 20          | UND   |        |              |                              |       |        |
|              |                           |       |        | 062332 | Lupa Descartável Nº 7.0     | PAR   |        |              |                              |       |        |
|              |                           |       |        | 062640 | Lupa Descartável Nº 7.5     | PAR   |        |              |                              |       |        |
|              |                           |       |        | 062429 | Lupa Descartável Nº 8.0     | PAR   |        |              |                              |       |        |
|              |                           |       |        | 060411 | Malha Tubular 10cm.         | ROL   |        |              |                              |       |        |

CIRURGIÃO: CRM 2156 - RN

CIRCULANTE:

Luís Carlos Macedo

# RELATÓRIO ANESTESIA

I.S.D.A.

BG, Consciente, fgm OK  
 0 ALERGIAS

PRÉ-ANESTÉSICO:

ASA I

DROGAS:

TÉCNICA ANESTÉSICA:

SEDAC

## DROGAS USADAS NA ANESTESIA

| COD.   | DESCRIÇÃO           | UNID. | QUANT. | COD.   | DESCRIÇÃO           | UNID. | QUANT. | COD.   | DESCRIÇÃO           | UNID. | QUANT. |
|--------|---------------------|-------|--------|--------|---------------------|-------|--------|--------|---------------------|-------|--------|
| 000150 | Adrendina           | AMP   |        | 005816 | Narcan              | AMP   | ①      | 000150 | Adrendina           | AMP   | 01     |
| 028956 | Água Hialoidada     | AMP   |        | 007527 | Plasil 10mg         | AMP   | ②      | 007527 | Plasil 10mg         | AMP   | 01     |
| 000942 | Atropina 25         | AMP   |        | 007558 | Prostigmina         | AMP   | ③      | 007558 | Prostigmina         | AMP   | 01     |
| 002050 | Clorato de Potássio | AMP   |        | 005292 | Ketalar             | AMP   |        | 005292 | Ketalar             | AMP   |        |
| 001460 | Clorato de Sódio    | AMP   |        | 003353 | Quelicim 100mg      | AMP   |        | 003353 | Quelicim 100mg      | AMP   |        |
| 015820 | Dimerol 2mg         | AMP   |        | 000040 | Quelicim 500mg      | AMP   |        | 000040 | Quelicim 500mg      | AMP   |        |
| 002116 | Opriven             | AMP   |        | 003543 | Racilem             | AMP   |        | 003543 | Racilem             | AMP   |        |
| 002853 | Dolanina            | AMP   |        | 000374 | Sevorane            | MI    |        | 000374 | Sevorane            | MI    |        |
| 003060 | Dormonid 15mg       | AMP   |        | 008448 | Sol. Ringer Simples | FRS   |        | 008448 | Sol. Ringer Simples | FRS   |        |
| 017075 | Dormonid 5mg        | AMP   |        | 028125 | Sol. Fisológico     | FRS   |        | 028125 | Sol. Fisológico     | FRS   |        |
| 003071 | Efectil             | AMP   |        | 008740 | Sol. Glucose        | FRS   |        | 008740 | Sol. Glucose        | FRS   |        |
| 003516 | Fentanyl 2ml        | AMP   |        | 008829 | Sol. Ringer Lactado | FRS   |        | 008829 | Sol. Ringer Lactado | FRS   |        |
| 003780 | Frogna              | ML    |        | 001002 | Thionembatal        | FRS   |        | 001002 | Thionembatal        | FRS   |        |
| 017036 | Helolano            | MS    |        | 003013 | Tracium             | AMP   |        | 003013 | Tracium             | AMP   |        |
| 004695 | Hypnomidate         | AMP   |        | 008727 | Valium              | AMP   |        | 008727 | Valium              | AMP   |        |
| 002467 | Inoval              | AMP   |        | 001475 | Xilocaina 1%        | AMP   |        | 001475 | Xilocaina 1%        | AMP   |        |
| 010588 | Leneal              | AMP   |        | 009995 | Xilocaina 2% e/a    | AMP   |        | 009995 | Xilocaina 2% e/a    | AMP   |        |
| 005867 | Marcalina 0,5 e/a   | AMP   |        | 010028 | Xilocaina 2% e/a    | AMP   |        | 010028 | Xilocaina 2% e/a    | AMP   |        |
| 005864 | Marcalina 0,5 e/a   | AMP   |        | 010033 | Xilocaina Pesada    | AMP   |        | 010033 | Xilocaina Pesada    | AMP   |        |
| 010595 | Marcalina Pesada    | AMP   |        |        |                     |       |        |        |                     |       |        |

## Intercorrências

ST INTERC.

## DESCRIÇÃO

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Oxímetro          | OK         |
| Cardioscópio      | OK         |
| Capnógrafo        | -          |
| DESCRIÇÃO         | QUANTIDADE |
| Oxigênio Líquido  | 2/union    |
| Protóxido Líquido |            |

## ANOTAÇÕES

Dr Rodrigo Santiago Cabral  
 Anestesiologista  
 CPF 023.770.794-23 CRM-9321

INÍCIO ANESTESIA:

17:00

INÍCIO CIRURGIA:

DATA: 28/05/17

FINAL CIRURGIA:

FINAL ANESTESIA:

17:35

ANESTESIOLOGISTA:

CRM:

Dr Rodrigo Santiago Cabral  
 Anestesiologista

CPF 023.770.794-23 CRM-9321

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS  
PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
**HOSPITAL MEMORIAL**

Nº do Prontuário: 121595

Leito Nº: 110-A

Médico: Eduardo

**LAUDO MÉDICO PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS**

**LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:**

☒ Mudança de Procedimento

☐ Diária de U.T.I.

☐ Diária de Acompanhante

☐ Vacina Anti RH

☐ Uso de Prótese, Ortese

☐ Uso de Fatores de Coagulação

☐ Uso de Oxigenadores

☐ Nutrição Parenteral

HOSPITAL

PACIENTE

PROCEDIMENTO ANTERIOR

PROCEDIMENTO SOLICITADO

MÉDICO SOLICITANTE

CRM

CPF

**JUSTIFICATIVA**

Paciente com fratura extensa da  
articulação do m. I.E. Refusa  
para intervenção.

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Fone 59.022-020 Natal / RN  
Confere com original  
Em: / /

Dr. Eduardo L. Santana  
Ortopedista  
CPF 124.171.171

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

CRM

DATA

**AUTORIZAÇÃO**

AUDITOR

CRM

DATA

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 121695 IH: 1 Paciente: **DANILO SOARES BARBOSA**  
Nascimento: 07/10/1991 26 anos Intimação: 26/05/2017 08:58:49 Leito: **ENFERMARIA 110-A**

29/05/2017 18:26:27 COREN 862098 MARIA ELIZABETE B. PEREIRA

ANTES DO ATO CIRÚRGICO

Observações:

PACIENTE ADMITIDO NO C.C. PROVENIENTE DO LEITO NA MACA ACOMPANHADO DO MAQUEIRO PARA REALIZAR  
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FEMUR. CONSCIENTE E ORIENTADO, EM O<sup>2</sup> AMBIENTE EM JEJUN. SIC DO  
MESMO NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA+DM+HAS. PUCIONADO COM JELCO N° VIAB. SF0,9% E SEGUE AOS CUIDADOS  
NO SRPA.

Doença pré-existente:

Há reserva sanguínea: **SIM**

Prótese: **NÃO**

Jóias: **NÃO**

Membro e lado da cirurgia: **MIE**

Exame Laboratorial: **SIM**

Risco Cirúrgico: **NÃO**

Raio X: PRÉ: **SIM-QTD: 01**

Alergias (medicamentos, lodo, esparadrapo): **NÃO**

Assinatura Responsável

Maria Elizabete B. Pereira

Outros Exames:

SRPA

Nível consciência: **CONSCIENTE**

Oxigenoterapia: **O2 AMBIENTE**

Acesso venoso: **SIM**

Diurese: **NÃO**

Acianótico: **NÃO**

Pálido: **NÃO**

Sudorese: **NÃO**

Tremores: **NÃO**

Hipotensão: **NÃO**

Raio X de Controle:

Medicação administradas:

Encaminhamento:

PACIENTE DE POI, CONSCIENTE E ORIENTADO, O2 AMBIENTE, NA HVP. VIAB. SF0,9% COM  
FERIDA OPERATÓRIA LIMPA E OCLUSIVA, DIURESE ESPONTANEA, PRECISA REALIZAR RX  
DE CONTROLE PÓS - OPERATÓRIO, SEM INTECORRENCIA, SEGUE ATÉ O LEITO  
ACOMPANHADO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM DO POSTO.

Assinatura Responsável

Maria Elizabete B. Pereira

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Tirol 59.022-020 Natal / RN  
Em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Confero com original

**PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA**

Dados do Paciente

Registro: **121595** IH: **1** Paciente: **DANILO SOARES BARBOSA**  
Nascimento: **07/10/1991** 26 anos Internação: **26/05/2017 08:58:49** Leito: **ENFERMARIA 110-A**

**PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA**

**- DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO -**

Tipo: **SEDACAO VENOSA**

Anestesiologista: **DR. RODRIGO**

Tipo: **FRATURA DE FEMUR**

Cirurgião: **DR. EDUARDO**

Instrumentador: **JOAO**

Circulante: **LUCAS+BERENICE**

Tipo curativo: **OCLUSIVO+TALA GESSADO**

Tem material para biópsia/cultura:

Inf.sanguinea: **NÃO**

Monitoração correta: **SIM**

Placa de bisturi: **NÃO**

Antibiótico profilático?: **NÃO**

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

**PACIENTE ENCAMINHADO AO SRPA CONSCIENTE E ORIENTADO EM O AMBIENTE, COM HVP, SEM INTECORRENCIA. O MESMO NEGA HAS, DM, ALERG. MED. REALIZADO SEM INTECORRENCIA, E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.**

**FICHA DE CONTROLE DE INFECCÃO EM CIRURGIA**

**- CONTROLE DE INFECCÃO EM CIRURGIA -**

Potencial de Contaminação: **Limpa**

PATRICIA SANTOS BERTO  
COREN - 468075

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Tirol 59.022-020 Natal / RN  
Conferir com original  
Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



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

# SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                                                          |                            |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br><i>Hospital General de São Paulo</i>  | 2 - CNES<br><i>3408252</i> |
| 3 - ESTABELECIMENTO DO EXEQUENTE<br><i>Hospital General de São Paulo</i> | 4 - CNES<br><i>3408252</i> |

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                                      |                        |                                    |          |
|------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------|----------|
| 5 - NOME DO PACIENTE<br><i>Ronilo Soares Barbosa</i> |                        | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO               |          |
| 7 - CARTÃO NACIONAL/SUS                              | 8 - DATA DE NASCIMENTO | 9 - SEXO<br>MASCULINO 1 FEMININO 2 |          |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL                      |                        | 11 - TELEFONE DE CONTATO           |          |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)                              |                        |                                    |          |
| 13 - MUNICÍPIO                                       | 14 - BAIRRO            | 15 - UF                            | 16 - CEP |

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                                                                                                          |                       |                        |                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br><i>Doença crônica e instável, com<br/>episódios de febre intermitente.</i> |                       |                        |                        |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br><i>T.O. Arterial</i>                                                       |                       |                        |                        |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)<br><i>Exame de urina: AB/R</i>      |                       |                        |                        |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL<br><i>Doença crônica</i>                                                                        | 21 - CID 10 PRINCIPAL | 22 - CID 10 SECUNDÁRIO | 23 - CAUSAS ASSOCIADAS |

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                           |                   |                            |                                                                        |
|-------------------------------------------|-------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | 25 - LEITO/CÚNICA | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO | 28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE<br><i>Dr. Engenheiro</i>         |
| 25 - COD. DO PROCEDIMENTO                 |                   |                            | 29 - DT. SOLICITAÇÃO<br><i>10/10/2000</i>                              |
|                                           |                   |                            | 30 - CNS / CPF<br><i>30000000000000000000</i>                          |
|                                           |                   |                            | 31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)<br><i>[Assinatura]</i> |

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

|                                 |                         |                                                                                                            |            |
|---------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 32 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO   | 33 - CNPJ DA SEGURADORA | 34 - Nº DO BILHETE                                                                                         | 35 - BÔNUS |
| 36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO  | 37 - CNPJ               | 38 -                                                                                                       |            |
| 38 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO |                         |                                                                                                            |            |
| 40 - ( ) CID. 10 PRINCIPAL      |                         | 40 - HOSPITAL MEMORIAL<br>Av. Juvenal Lamartine, 500<br>Foi 59 de 120 N.º 1 RN<br>C.º 10000000000000000000 |            |
| 42 - ( ) CID. 10 SECUNDÁRIO     |                         | 43 - ( ) 44 - ( ) GRAVE 45 - ( ) GRAVÍSSIMA                                                                |            |

## AUTORIZAÇÃO

|                                                 |                                                        |                                                                                     |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO            | 50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO | 54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AM)<br><i>10000000000000000000</i> |
| 47 - DT. AUT. / /                               | 51 - DT. AUT. / /                                      |                                                                                     |
| 48 - CNS / CPF                                  |                                                        |                                                                                     |
| 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO) | 53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)        |                                                                                     |

Número AIH: 241710050917-5

Código Solicitação: 205846553

## IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:

HOSPITAL MEMORIAL

Unidade Executante:

HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro

AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL

Central Reguladora

Data de Solicitação

Data de Autorização

Data de Reserva

Data de Internação

Data Prevista de Alta

Data de Alta

Motivo de Alta

NATAL

05.07.2017 - 16:58:45

05/07/2017 - 21:24:28

11.07.2017

06.07.2017

13.07.2017

06/07/2017 - 14:40:04

1.1 ALTA CURADO

CNES:

2408252

CNES:

2408252

Município Executante

NATAL

Operador

Operador

Operador

Operador

ANTUNES

01419244469CLARISSA

18129862204LUCIMAS

33391521449FRANCISCA

## DADOS DO PACIENTE

CNS:

708407754888463

Nome do Paciente

DANILO SOARES BARBOSA

Nome da Mãe

MARIA SOARES DE AZEVEDO

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

07/10/1991 (25 anos)

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

53

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(84) 9694-4135 • (84) 3479-2731 (Exibir Lista Destinada)

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:

PARELHAS - RN

Raça:

BRANCA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

LUIZ AZEVEDO DE SOUZA

Bairro:

SÃO SEBASTIÃO

Município de Residência:

PARELHAS

Complemento:

CEP:

59360-000

UF:

RN

## DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

12411337434

CPF do Médico Executante:

12411337434

Diagnóstico Inicial - CID:

S724 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FÊMUR

Caráter

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)

Nome do Médico Solicitante:

EDUARDO LOPES DE SANTANA

Nome do Médico Executante:

EDUARDO LOPES DE SANTANA

Status da Solicitação:

APROVADA

Classificação de Risco

Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408050624

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

dor edema e limitação funcional do fêmur distal ( pact. reoperação )

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

RX

Condições que Justificam a Internação:

tto cirurgico

## PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:

05.07.2017 - 16:58:45

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Tirol 59.022-020 Natal / RN  
Confere com original  
Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da Extração dos Dados: 11/07/2017 08:32:57

**BLOCO CIRÚRGICO**  
**BOLETIM DE SALA**

|                     |                                                 |         |          |             |       |
|---------------------|-------------------------------------------------|---------|----------|-------------|-------|
| Reg                 | 020595                                          | NOME:   | Maurício |             |       |
| Cirurgia Realizada: | Redução de Exostose Cirúrgica do braço esquerdo |         |          |             |       |
| DATA:               | 30.05.99                                        | INÍCIO: | 07:00    | HS:         | 12:00 |
| EQUIPE              | NOME                                            |         |          | CIC/ME      | ORM   |
| Cirurgião           | Dr. Marwolk Mele                                |         |          | 12913334-39 | 5156  |
| 1 Auxiliar          |                                                 |         |          |             |       |
| 2 Auxiliar          |                                                 |         |          |             |       |
| Anestesiologista    |                                                 |         |          |             |       |
| Instrumentador      |                                                 |         |          |             |       |
| Ata                 |                                                 |         |          |             |       |

| COD.   | DESCRIÇÃO                 | UNID. | QUANT. | CÓD.   | DESCRIÇÃO                   | UNID. | QUANT. | CÓD.        | DESCRIÇÃO                    | UNID. | QUANT. |
|--------|---------------------------|-------|--------|--------|-----------------------------|-------|--------|-------------|------------------------------|-------|--------|
|        |                           |       |        | FIOS   |                             |       |        | DESCARTÁVEL |                              |       |        |
| 028955 | Água Bismetilde 100ml     | AMP   |        | 050320 | Vicryl 4-0 (Violeta)        | ENV   |        | 056164      | Malha Tubular 12cm           | ROL   |        |
| 000326 | Água Bismetilde 10ml      | AMP   |        | 050377 | Vicryl 5-0 (Incolor)        | ENV   |        | 050189      | Malha Tubular 15cm           | ROL   |        |
| 028956 | Água Bismetilde 20ml      | AMP   |        | 050725 | Vicryl 6-0                  | ENV   |        | 052783      | Máscara Descartável          | UND   |        |
| 000057 | Clorfenical 1g            | AMP   |        | 050313 | Vicryl 7-0                  | ENV   |        | 050930      | Polixa 2 vms                 | UND   |        |
| 000056 | Decadron 4mg. Inj.        | AMP   |        |        | Painel Cont                 |       |        | 054794      | Povidine Ogermanite / ml.    | ML    |        |
| 000713 | Glicose 25% 10ml Inj.     | AMP   |        |        | 42 - 01                     |       |        | 054787      | Povidine Topica / ml.        | ML    |        |
| 004263 | Glicose 50% 10ml Inj.     | AMP   |        |        | 52 - 01                     |       |        | 065587      | Sabão Líquido                | ML    |        |
| 004703 | Hydruque 50%              | FRS   |        |        |                             |       |        | 060733      | Sapêtilha Descartável        | UND   |        |
| 005049 | Inuxel Pomada 1/4         | 1/4   |        |        |                             |       |        | 063223      | Seringa Desc. 01cc cl Agulha | UND   |        |
| 015111 | Kafin Neutro 1g.          | COM   |        |        |                             |       |        | 062443      | Seringa Desc. 03cc cl Agulha | UND   |        |
| 006687 | Navafina 2ml Inj.         | AMP   |        |        |                             |       |        | 062475      | Seringa Desc. 05cc cl Agulha | UND   |        |
| 007493 | Prolenis 100mg. Inj.      | AMP   |        |        |                             |       |        | 063209      | Seringa Desc. 10cc cl Agulha | UND   |        |
| 008329 | Solução Ringer cl Lactato | FRS   |        |        |                             |       |        | 063215      | Seringa Desc. 20cc cl Agulha | UND   |        |
| 008449 | Solução Ringer Simples    | FRS   |        |        | DESCARTÁVEIS                |       |        | 063120      | Sonda Uretral 10             | UND   |        |
| 028125 | Soro Fisiológico 100ml    | FRS   |        | 061800 | Abborcath-T Plus Nº 14      | UND   |        | 063144      | Sonda Uretral 12             | UND   |        |
| 008718 | Soro Fisiológico 9% 500ml | FRS   |        | 061816 | Abborcath-T Plus Nº 16      | UND   |        | 063151      | Sonda Uretral 14             | UND   |        |
| 008740 | Soro Glicosado 5% off 500 | TB    |        | 061925 | Abborcath-T Plus Nº 18      | UND   |        | 063169      | Sonda Uretral 16             | UND   |        |
| 009935 | Xilocaine 2% clv          | AMP   |        | 061932 | Abborcath-T Plus Nº 20      | UND   |        | 063183      | Sonda Uretral 18             | UND   |        |
| 010028 | Xilocaine Geléia 2%       | BSG   |        | 060982 | Agulha Descartável 13 x 4,5 | UND   |        | 060550      | Sonda Uretral 20             | UND   |        |
|        |                           |       |        | 060392 | Agulha Descartável 25 x 7   | UND   |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 060418 | Agulha Descartável 40 x 12  | UND   |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 050575 | Alcova Isotêrmo             | ML    |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 060582 | Aladura Crepon 10cm.        | ROL   |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 060590 | Aladura Crepon 12cm.        | ROL   |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 060590 | Aladura Crepon 15cm.        | ROL   |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 060590 | Aladura Crepon 20cm.        | ROL   |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 060590 | Aladura Gessada 10cm.       | ROL   |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 060590 | Aladura Gessada 12cm.       | ROL   |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 060590 | Aladura Ortopédica 10cm.    | ROL   |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 060590 | Aladura Ortopédica 15cm.    | ROL   |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 061670 | Aladura Ortopédica 15cm.    | ROL   |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 060380 | Aladura Ortopédica 20cm.    | ROL   |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 060648 | Bandeja Peridural           | UND   |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 061545 | Bandeja Raoul               | UND   |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 050948 | Butterfly 19g               | UND   |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 050955 | Butterfly 21g               | UND   |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 062135 | Butterfly 23g               | UND   |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 062142 | Butterfly 25g               | UND   |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 061205 | Camisola Descartável        | UND   |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 061244 | Compressa Cirúrgica         | UND   |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 051989 | Elctrodo Descartável        | UND   |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 060949 | Enterofix 500m              | UND   |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 062024 | Espandrapo 10 x 45          | CM    |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 062031 | Ext Sulfixo / ml.           | ML    |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 062286 | Gase 31 x 91                | UND   |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 062830 | Gese Furcangda              | UND   |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 062364 | Gorro Descartável           | UND   |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 062103 | Intrafix Air Lit 2,4 M      | UND   |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 061079 | Intrafix Pedra              | UND   |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 062263 | Lâmina Bisturi Nº 11        | UND   |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 062260 | Lâmina Bisturi Nº 15        | UND   |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 060149 | Lâmina Bisturi Nº 20        | UND   |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 052332 | Luva Descartável Nº 7,0     | PAR   |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 062640 | Luva Descartável Nº 7,5     | PAR   |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 062429 | Luva Descartável Nº 8,0     | PAR   |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        | 062411 | Malha Tubular 10cm.         | ROL   |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |
|        |                           |       |        |        |                             |       |        |             |                              |       |        |

CIRURGIÃO:

CIRCULANTE

# RELATÓRIO ANESTESIA

I.S.D.A.

PRÉ-ANESTÉSICO:

DROGAS:

TÉCNICA ANESTÉSICA:

RASQUI-L34 Ap 25p

## DROGAS USADAS NA ANESTESIA

| COD.   | DESCRIÇÃO           | UNID. | QUANT. | COD.   | DESCRIÇÃO           | UNID. | QUANT. | COD. | DESCRIÇÃO    | UNID. | QUANT. |
|--------|---------------------|-------|--------|--------|---------------------|-------|--------|------|--------------|-------|--------|
| 000150 | Adrenalina          | AMP   |        | 006618 | Narcam              | AMP   |        |      | MEDICAMENTOS |       |        |
| 029956 | Água Bdestilada     | AMP   |        | 007527 | Piselli 10mg        | AMP   |        |      |              |       |        |
| 000942 | Atropina 2s         | AMP   |        | 007558 | Prosigmine          | AMP   |        |      |              |       |        |
| 002050 | Clorato de Potássio | AMP   |        | 005292 | Ketalar             | AMP   |        |      |              |       |        |
| 001480 | Clorato de Sódio    | AMP   |        | 003353 | Quelicim 100mg      | AMP   |        |      |              |       |        |
| 015920 | Dimari 2mg          | AMP   | 01     | 003040 | Quelicim 500mg      | AMP   |        |      |              |       |        |
| 002115 | Diprivan            | AMP   |        | 003643 | Rapifem             | AMP   |        |      |              |       |        |
| 002953 | Dolantina           | AMP   |        | 000974 | Servorane           | ML    |        |      |              |       |        |
| 003060 | Dormonid 15mg       | AMP   | 01     | 008449 | Sol. Ringer Simples | FRS   |        |      |              |       |        |
| 017075 | Dormonid 5mg        | AMP   |        | 026125 | Sol. Fisiologica    | FRS   |        |      |              |       |        |
| 003071 | Efortil             | AMP   |        | 008740 | Sol. Glicosado      | FRS   |        |      |              |       |        |
| 003511 | Fentamil 2ml        | AMP   |        | 008829 | Sol. Ringer Lactado | FRS   |        |      |              |       |        |
| 003780 | Forane              | ML    |        | 001002 | Thienembica         | FRS   |        |      |              |       |        |
| 017036 | Halotan             | ML    |        | 003013 | Trocurum            | AMP   |        |      |              |       |        |
| 004695 | Hydroimidate        | AMP   |        | 008727 | Valium              | AMP   |        |      |              |       |        |
| 002487 | Inoval              | AMP   |        | 001475 | Xilocaina 1%        | AMP   |        |      |              |       |        |
| 010588 | Lidocaine           | AMP   |        | 008895 | Xilocaina 2% g/A    | AMP   |        |      |              |       |        |
| 005887 | Marcalina 0.5 g/A   | AMP   |        | 010026 | Xilocaina 2% c/A    | AMP   |        |      |              |       |        |
| 005894 | Marcalina 0.5 s/A   | AMP   |        | 000033 | Xilocaina Pesada    | AMP   |        |      |              |       |        |
| 010585 | Marcalina Pesada    | AMP   | 01p    |        |                     |       |        |      |              |       |        |

## Interocorrências

RASQUI-L34 Ap 22

## DESCRIÇÃO

Oxímetro

Cardioscópio

Capnógrafo

## DESCRIÇÃO

Oxigênio Líquido

Protóxido Líquido

## QUANTIDADE

## ANOTAÇÕES

ASA II, Golmar 5, B<sub>2</sub>O  
- SAZ NA RPA com  
AUMENTE = 9.

INÍCIO ANESTESIA:

INÍCIO CIRURGIA:

DATA:

FINAL CIRURGIA:

FINAL ANESTESIA:

ANESTESIOLOGISTA:

CRM:

Dr. Maxwell Melo

Anestesiologista  
Membro do Conselho Brasileiro de Anestesiologia  
CRM 5460 - TEA - SP 11.002  
CPF: 006.082.185-00

**PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA**

Dados do Paciente:

Registro: 121595 IH: 1 Paciente: **DANILO SOARES BARBOSA**  
Nascimento: 07/10/1991 26 anos Internação: 26/05/2017 08:58:49 Leito: **ENFERMARIA 110-A**

29/05/2017 18:26:27 - COREN 662098 - MARIA ELIZABETE B. PEREIRA

**ANTES DO ATO CIRÚRGICO**

**Observações:**

PACIENTE ADMITIDO NO C.C. PROVENIENTE DO LEITO NA MACA ACOMPANHADO DO MAQUEIRO PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR, CONSCIENTE E ORIENTADO, EM O<sup>2</sup> AMBIENTE EM JEJUM, SIC DO MESMO NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA+DM+HAS, PUCIONADO COM JELCO N° VIAB, SF0,9% E SEGUE AOS CUIDADOS NO SRPA.

**Doença pré-existente:**

Há reserva sanguínea: **SIM** Prótese: **NÃO** Jóias: **NÃO** Membro e lado da cirurgia: **MIE**

Exame Laboratorial: **SIM** Risco Cirúrgico: **NÃO** Raio X: PRÉ: **SIM-QTD: 01**

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): **NÃO**

**Outros Exames:**

**Assinatura Responsável**

*Maria Elizabete Carlos Pereira*

29/05/2017 18:26:27 - COREN 662098 - MARIA ELIZABETE B. PEREIRA

**SRPA**

Nível consciência: **CONSCIENTE**

Oxigenoterapia: **O2 AMBIENTE**

Acesso venoso: **SIM** Diurese: **NÃO** Acianótico: **NÃO** Pálido: **NÃO** Sudorese: **NÃO** Tremores: **NÃO**

Hipotensão: **NÃO**

Raio X de Controle:

**Medicação administradas:**

**Encaminhamento:**

PACIENTE DE POI, CONSCIENTE E ORIENTADO, O2 AMBIENTE, NA HVP, VIAB, SF0,9%, COM FERIDA OPERATÓRIA LIMPA E OCLUSIVA, DIURESE ESPONTANEA, PRECISA REALIZAR RX DE CONTROLE PÓS - OPERATÓRIO, SEM INTECORRENCIA, SEGUE ATÉ O LEITO, ACOMPANHADO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM DO POSTO.

**Assinatura Responsável**

*Maria Elizabete Carlos Pereira*

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Tirol 59.922-020 Natal / RN  
Confere com original  
Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA**

Data: 29/05/2017 16:26

**Dados do Paciente**

Registro: **121595**    IH: **1**    Paciente: **DANILO SOARES BARBOSA**  
Nascimento: **07/10/1991**    26 anos    Internação: **26/05/2017 08:58:49**    Leito: **ENFERMARIA 110-A**

**PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA**

**DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO**

Tipo: **SEDAÇÃO VENOSA**

Anestesiologista: **DR. RODRIGO**

Tipo: **FRATURA DE FEMUR**

Cirurgião: **DR. EDUARDO**

Instrumentador: **JOAO**

Circulante: **LUCAS+BERENICE**

Tipo curativo: **OCCLUSIVO+TALA GESSADO**

Tem material para biópsia/cultura:

Inf.sanguínea: **NÃO**

Monitoração correta: **SIM**

Placa de bisturi: **NÃO**

Antibiótico profilático?: **NÃO**

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

**PACIENTE ENCAMINHADO AO SRPA CONSCIENTE E ORIENTADO EM O AMBIENTE, COM HVP, SEM INTECORRENCIA, O MESMO NEGA HAS, DM, ALERG. MED, REALIZADO SEM INTECORRENCIA, E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.**

**FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA**

**CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA**

Potencial de Contaminação: **Limpa**

PATRICIA SANTOS BERTO  
COREN - 468075

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 979/  
Tirol 59.022-020 Natal / RN  
Confere com original  
Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



# Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **DANILO SOARES BARBOSA**  
Convênio: **SUS ESTADUAL**  
Unidade: **POSTO I**  
Leito: **ENFERMARIA 110-A**  
Admissão: **26/05/17 08:58**  
Diag.: **S724 - Fratura da extremidade distal do fêmur**

Idade: **25 anos**  
Reg.: **121595**  
Prontuário:

**0 dia(s) de internação**

26/05/2017 19:01

Horários de Aplicação

2156

- 1) DIETA LIVRE, Ao dia
- 2) DICLOFENACO SÓDICO 50 MG COM (VOLTAREN)  
Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.
- 3) METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (PLASIL)  
Uso: 1 ampola, via endovenosa, A critério médico.
- 4) TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL)  
Uso: 1 ampola, via endovenosa, A critério médico.
- 5) RIVAROXABANA 10MG COM (XARELTO)  
Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.  
suspender 1 dia antes da cirurgia
- 6) DAPIRONA 500MG/ML 40 GOTAS (DOSE)  
Uso: 1 flaconete, via oral, 06 em 06 horas A  
critério médico.
- 7) SINAIS VITAIS ( SSVV + CCGG ), Três vezes ao dia

(SND)

16:00;

(SN)

(SN)

20:00

(SN)

(M - T)

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA  
CRM - 2156

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 879  
Titrol 50, 022-020 Natal / RN  
Confere com original  
Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **DANILO SOARES BARBOSA**  
 Convênio: **SUS ESTADUAL**  
 Unidade: **POSTO I**  
 Leito: **ENFERMARIA 110-A**  
 Admissão: **26/05/17 08:58**  
 Diag.: **S724 - Fratura da extremidade distal do fêmur**

Idade: **25 anos**  
 Reg.: **121595**  
 Prontuário:

**0 dia(s) de internação**



26/05/2017 12:59

Horários de Aplicação

2156

|    |                                                                                                              |       |       |       |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| 1) | DIETA LIVRE, Ao dia                                                                                          | (SND) |       |       |
| 2) | DICLOFENACO SÓDICO 50 MG COM (VOLTAREN)<br>Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.                      | 16:00 | 00:00 | 08:00 |
| 3) | METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (PLASIL)<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, A critério médico.                      | (SN)  |       |       |
| 4) | TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL)<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, A critério médico.                 | (SN)  |       |       |
| 5) | RIVAROXABANA 10MG COM (XARELTO)<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.<br>suspender 1 dia antes da cirurgia | 20:00 |       |       |
| 6) | DIPIRONA 500MG/ML 40 GOTAS (DOSE)<br>Uso: 1 flaconete, via oral, 06 em 06 horas A<br>critério médico.        | (SN)  |       |       |
| 7) | SINAIS VITAIS ( SSVV + CCGG ), Três vezes ao dia                                                             | (M)   |       | (N)   |

*Eduardo*

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA  
 CRM - 2156

HOSPITAL MEMORIAL  
 Av. Juvenal Lamartine, 979  
 Tirol 59.022-020 Natal / RN  
 Confere com original  
 Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **DANILO SOARES BARBOSA**  
 Convênio: **SUS ESTADUAL**  
 Unidade: **POSTO I**  
 Leito: **ENFERMARIA 4105A**  
 Admissão: **26/05/17 08:58**  
 Diag.: **S724 - Fratura da extremidade distal do fêmur**

Idade: **25 anos**  
 Reg.: **121595**  
 Prontuário:

**1 dia(s) de Internação**



27/05/2017 19:00

Horários de Aplicação

2156

- 1) DIETA LIVRE, Ao dia
- 2) DICLOFENACO SÓDICO 50 MG COM (VOLTAREN)  
 Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.
- 3) METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (PLASIL)  
 Uso: 1 ampola, via endovenosa, A critério médico.
- 4) TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG INJ, (TRAMAL)  
 Uso: 1 ampola, via endovenosa, A critério médico.
- 5) RIVAROXABANA 10MG COM (XARELTO)  
 Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.  
 suspender 1 dia antes da cirurgia
- 6) DIFIRONA 500MG/ML 40 GOTAS (DOSE)  
 Uso: 1 flaconete, via oral, 06 em 06 horas A  
 critério médico.
- 7) SINAIS VITAIS ( SSVV + CCGG ), Três vezes ao dia

(SN)

(SN)

(SN)

(SN)

*Eduardo*

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA  
 CRM - 2156

HOSPITAL MEMORIAL  
 Av. Juvenal Lamartine, 979  
 Tirol 59.022-020 Natal / RN  
 Confere com original  
 Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# Prescrição Médica / Evolução Clínica



Paciente: **DANILO SOARES BARBOSA**  
 Convênio: **SUS ESTADUAL**  
 Unidade: **POSTO I**  
 Leito: **ENFERMARIA 110-A**  
 Admissão: **26/05/17 08:58**  
 Diag.: **S724 - Fratura da extremidade distal do fêmur**

Idade: **25 anos**  
 Reg.: **121595**  
 Prontuário:

**2 dia(s) de Internação**

28/05/2017 19:00

Horários de Aplicação

2156

- |                                                                                                                 |               |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|
| 1) DIETA LIVRE, Ao dia                                                                                          | (SND)         |              |
| 2) DICLOFENACO SÓDICO 50 MG COM (VOLTAREN)<br>Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.                      | 00:00<br>(SN) | 08:00, 16:00 |
| 3) METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (PLASIL)<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, A critério médico.                      | (SN)          |              |
| 4) TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL)<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, A critério médico.                 | (SN)          |              |
| 5) RIVAROXABANA 10MG COM (XARELTO)<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.<br>suspender 1 dia antes da cirurgia | 20:00<br>(SN) |              |
| 6) DIFIRONA 500MG/ML 40 GOTAS (DOSE)<br>Uso: 1 flaconete, via oral, 06 em 06 horas A critério médico.           | (SN)          |              |
| 7) SINAIS VITAIS ( SSVV + CCGG ), Três vezes ao dia                                                             | (M T N N)     |              |

*Eduardo*

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA  
 CRM - 2156

HOSPITAL MEMORIAL  
 Av. Juvenal Lamartine, 9791  
 Tirol 59.022-020 Natal / RN  
 Confere com original  
 Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# Prescrição Médica / Evolução Clínica



Paciente: **DANILO SOARES BARBOSA**  
 Convênio: **SUS ESTADUAL**  
 Unidade: **POSTO I**  
 Leito: **ENFERMARIA 110-A**  
 Admissão: **26/05/17 08:58**  
 Diag.: **S724 - Fratura da extremidade distal do fêmur**

Idade: **25 anos**  
 Reg.: **121595**  
 Prontuário:

**3 dia(s) de internação**

| 29/05/2017 19:01 |                                                                                                                          | Horários de Aplicação |       | 2156  |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------|-------|
| 1)               | DIETA LIVRE, Ao dia                                                                                                      |                       |       |       |
| 2)               | SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500ML<br>Uso: Q1 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.                                         | 00:00                 | 08:00 | 16:00 |
| 3)               | CEFALOTINA SODICA 1G (KEFAZOL)<br>Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.                                  | 00:00                 | 08:00 | 16:00 |
| 4)               | TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL)<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.<br>DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9% | 00:00                 | 08:00 | 16:00 |
| 5)               | RANITIDINA 150MG COM (ANTAK)<br>Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.                                             | 06:00                 | 18:00 |       |
| 6)               | DIPIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA)<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.<br>DILUIR EM 8 ML DE ABD            | 00:00<br>18:00        | 06:00 | 12:00 |
| 7)               | METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (PLASIL)<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.                                      | (S/N)                 |       |       |
| 8)               | RIVAROXABANA 10MG COM (XARELTO)<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.                                                  | 06:00                 |       |       |
| 9)               | SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 08 em 08 horas                                                                              |                       |       |       |
| 10)              | CURATIVO, Ao dia                                                                                                         |                       |       |       |
| 11)              | SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário                                                                             |                       |       |       |

**Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA**  
 CRM - 2158

**HOSPITAL MEMORIAL**  
 Av. Juvenal Lamartine, 579  
 Tirol 59.022-020 Natal / RN  
 Confere com original  
 Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **DANILO SOARES BARBOSA**  
 Convênio: **SUS ESTADUAL**  
 Unidade: **POSTO I**  
 Leito: **ENFERMARIA 110-A**  
 Admissão: **30/05/17 12:30**  
 Diag.: **M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais**

Idade: **25 anos**  
 Reg.: **121595**  
 Prontuário:

**0 dia(s) de internação**

30/05/2017 13:19

|     |                                                                                                                          | Horários de Aplicação |        | 2156   |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------|--------|
|     |                                                                                                                          | (SND)                 |        |        |
| 1)  | DIETA LIVRE, Ao dia                                                                                                      |                       |        |        |
| 2)  | SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500ML<br>Uso: 01 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.                                         | 00:00,                | 08:00, | 16:00  |
| 3)  | CEFAZOLINA SODICA 1G (KEFAZOL)<br>Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.                                  | 00:00,                | 08:00, | 16:00  |
| 4)  | TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL)<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.<br>DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9% | 00:00,                | 08:00, | 16:00  |
| 5)  | RANITIDINA 150MG COM (ANTAX)<br>Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.                                             | 06:00,                | 18:00  |        |
| 6)  | DIFENONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA)<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.<br>DILUIR EM 8 ML DE ABD            | 00:00<br>18:00        | 06:00, | 12:00, |
| 7)  | METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (PLASIL)<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.                                      | (S/N)                 |        |        |
| 8)  | RIVAROXABANA 10MG COM (XARELTO)<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.                                                  | 06:00                 |        |        |
| 9)  | SINAIS VITAIS ( SSVV + COGG ), 08 em 08 horas                                                                            | (M                    | T      | N)     |
| 10) | CURATIVO, Ao dia                                                                                                         | (M)                   |        |        |
| 11) | SONDA VESICAL DE ALIVIO ( SVA ), Se necessário                                                                           | (S/N)                 |        |        |

*Eduardo*

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA  
 CRM - 2156

HOSPITAL MEMORIAL  
 Av. Juvenal Lamarine, 9791  
 Tirol 53.922-020 Natal / RN  
 Confira com Original  
 Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **DANILO SOARES BARBOSA**  
 Convênio: **SUS ESTADUAL**  
 Unidade: **POSTO I**  
 Leito: **ENFERMARIA 101A**  
 Admissão: **30/05/17 12:30**  
 Diag.: **M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais**

Idade: **25 anos**  
 Reg.: **121595**  
 Prontuário:

**0 dia(s) de internação**



30/05/2017 19:00

1. DIETA LIVRE, Ao dia
2. SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500ML  
 Uso: 01 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.
3. CEFAZOLINA SÓLICA 1G (KEFAZOL)  
 Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.
4. TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL)  
 Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.  
 DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%
5. RANITIDINA 150MG COM (ANTAK)  
 Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.
6. DIFIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA)  
 Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.  
 DILUIR EM 2 ML DE ASD
7. METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (PLASIL)  
 Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.
8. KIVAROXABANA 10MG COM (XARELITO)  
 Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.
9. SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 08 em 08 horas
10. CURATIVO, Ao dia
11. SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário

## Horários de Aplicação

(SND)

00:00

08:00

16:00

00:00

06:00

14:00

00:00

08:00

16:00

06:00

14:00

00:00

06:00

14:00

(S/N)

06:00

(M)

(M) tala

(S/N)

*Eduardo*

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA  
 CRM - 2156

HOSPITAL MEMORIAL  
 Av. Juvenal Lamartine, 9791  
 Ffrol 59.022-020 Natal / RN  
 Confere com original  
 Em, / /

# Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **DANILO SOARES BARBOSA**  
 Convênio: **SUS ESTADUAL**  
 Unidade: **POSTO 1**  
 Leito: **ENFERMARIA 110-A**  
 Admissão: **30/05/17 12:30**  
 Diag.: **M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais**

Idade: **25 anos**  
 Prontuário:

**1 dia(s) de internação**



31/05/2017 19:00

- 1) DIETA LIVRE, Ao dia
- 2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500ML  
Uso: 01 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.
- 3) CEFOTAZOLINA SODICA 1G (KEFAZOL)  
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.
- 4) TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL)  
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.  
DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%
- 5) RANITIDINA 150MG COM (ANTAK)  
Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.
- 6) DEPIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA)  
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.  
DILUIR EM 8 ML DE ABD
- 7) METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (PLASIL)  
Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.
- 8) RIVAROXABANA 10MG COM (XARELTO)  
Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.
- 9) SINAIS VITAIS ( SSVV + CCGG ), 08 em 08 horas
- 10) CURATIVO, Ao dia
- 11) SONDA VESICAL DE ALIVIO ( SVA ), Se necessário

Horários de Aplicação 2156

(SND)  
 00:00, 08:00, 16:00  
 00:00, 08:00, 16:00  
 00:00, 08:00, 16:00  
 06:00, 12:00, 18:00  
 00:00, 06:00, 12:00, 18:00  
 06:00  
 06:00  
 (S/N)  
 06:00  
 (M)  
 (S/N)

*Eduardo*

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA  
 CRM - 2156

HOSPITAL MEMORIAL  
 Av. Juvenal Lamartine, 979  
 Tirol 59.022-020 Natal / RN  
 Confira com original  
 Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Prescrição Médica / Evolução Clínica



Paciente: **DANILO SOARES BARBOSA** Idade: **25 anos**  
Convênio: **SUS-ESTADUAL** Reg.: **121595** Prontuário:  
Unidade: **POSTO I**  
Leito: **ENFERMARIA 110-A**  
Admissão: **30/05/17 12:30** 2 dia(s) de internação  
Diag: **M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais**

01/06/2017 15:38

Horários de Aplicação

2156

1) ALTA HOSPITALAR, A Tarde

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA  
CRM - 2156

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Ffrol 59.922-020 Natal / RN  
Confere com original  
Em, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**REGISTRO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO**

Dados do Paciente

Paciente: **DANILO SOARES BARBOSA**

Registro: **121595** Nº Internação: **1**

Nascimento: **07/10/1991** 26 anos

Data Internação: **26/05/2017 08:58:49**

Acompanhante:

Parentesco:

**PROCEDÊNCIA**

PACIENTE ADMITIDO NO POSTO 1 PROVENIENTE DO HWG, PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FÊMUR E TÍBIA, AOS CUIDADOS DE Dr. EDUARDO.

**ESTADO GERAL**

☒ - Consciente  
☐ - Inconsciente

☒ - Responsivo  
☐ - Sonolento

☒ - Corado  
☐ - Hipocorado

☐ - Cianótico  
☒ - Acianótico

Respiração

Observações:

☒ - O2 Ambiente

Máscara de Venture

**Higiene**

Observações:

☒ - Com Auxílio

☐ - Sem Auxílio

**Deambulação**

Observações:

☐ - Com Auxílio

☐ - Sem Auxílio

☐ - Restrito ao leito

**SINAIS VITAIS**

Pressão Arterial: **120X70**

Pulso: **79**

Temperatura: **36,0**

Respiração: **20**

**ANAMNESE**

Doenças Clínicas

NEGA

Uso de Medicamentos

NEGA

Alergias Medicamentosas

NEGA

Integridade da Pele

NEGA

**ACESSO VENOSO**

Tipo:

Hiperemia

Dor

Edema Temperatura:

Local:

Tempo:

**DIETA**

Tipo: ☒ - Oral

☐ - Sonda Nasogástrica

☐ - Sonda Nadocentral

☒ - Aceita

☐ - Aceita Parcial

☐ - Não Aceita

Observações:

**DIURESE**

Sonda:

Espontâneo: ☒ SIM

Observações Gerais:

PACIENTE EM PRÉ DE FRATURA DE FÊMUR E TÍBIA, COM FIXADOR EXTERNO, EM O2 AMBIENTE, NA DIETA POR VO, DIURESE ESPONTÂNEA, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Documentação e Exames:

XEROX DOS DOCUMENTOS 3 FOLHAS DE RX

Em: 26/05/2017 10:00:00

26/05/2017 10:00:00  
OUT - 1195439

BRUNA THAIS OLIVEIRA CORTÉZ

**REGISTRO DIÁRIO DE ENFERMAGEM**

Dados do Paciente

Paciente: **DANILO SOARES BARBOSA**

Registro: **121595** Nº Internação:

Nascimento: **07/10/1991** 26 anos Data Internação: **26/05/2017 08:58:49** Leito: **ENFERMARIA 110-A**

ESTADO GERAL

Higiene  
 Com auxílio

Respiração  
 O2 Ambiente

Corado

Aclanótico

Deambulação  
 Restrito ao leito

Eliminaç. Vesicais: **PRESENTE**

Eliminaç. Intestinais:

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **120 X 80**

Pulso: **72**

Temperatura: **36**

°C Respiração: **19**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Total

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:

**PACIENTE EM PRÉ OPERATORIO DE FRATURA DE FEMUR + TIBIA COM MEDICACAO ORAL, AFERIDOS SINAIS VITAIS. SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE.**

26/05/2017 17:01:54

*Eliane Santos Rodrigues*

COREN - 1005134

ELIANE SANTOS RODRIGUES

OBSERVAÇÕES GERAIS

**AS 16HS ADM. VOLTAREM 1 COMP. VO.**

26/05/2017

COREN - 1005134

ELIANE SANTOS RODRIGUES

*Eliane Santos Rodrigues*

ESTADO GERAL

Alerta

Decúbito Dorsal

Corado

Aclanótico

Higiene  
 Com auxílio

Respiração  
 O2 Ambiente

Deambulação  
 Restrito ao leito

DA EQUIPE

Eliminaç. Vesicais: **PRESENTE POR COLETO ABERTO**

Eliminaç. Intestinais: **AUSENTE NO MOMENTO.**

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **130 X 90**

Pulso: **74**

Temperatura: **36,2**

°C Respiração: **18**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Total

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE

**SEM QUEIXAS NO MOMENTO.**

MEDICAÇÃO POR V.O.

Observações Gerais:

**ASSUMO PLANTÃO COM PACIENTE JOVEM, EM PRÉ OPERATÓRIO DE FÊMUR E TÍBIA "E" C/ FIXADOR EXTERNO, CONSCIENTE E ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE, MEDICAÇÃO POR VO+AFERIDO SSVV SEM ANORMALIDADES NO MOMENTO+ADM. MEDICAÇÕES E CUIDADOS DE HORÁRIO. SEGUE REPOUSANDO NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO.**

26/05/2017 21:32:19

COREN - 1013381

KERSIANA APARECIDA COSTA DA SILVA

**REGISTRO DIÁRIO DE ENFERMAGEM**

Paciente: **DANILO SOARES BARBOSA** Registro: **121595** Nº Internação: **1**  
 Nascimento: **07/10/1991** 26 anos Data: **26/05/2017** 08:58:49 Leito: **ENFERMARIA 110-A**

**ESTADO GERAL**

Alerta  
Decúbido Dorsal  
Corado  
Acianótico

Higiene  
Com auxílio  
Respiração  
O2 Ambiente  
Deambulação  
Restrito ao leito

Eliminaç. Intestinais:

Eliminaç. Vesicais: **PRESENTE**

**SINAIS VITAIS**

Pres. Arterial: **110** X **70**

Pulso: **80**

Temperatura: **36,2** °C

Respiração: **20**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

**ACESSO VENOSO**

H.V.

**DIETA**

Oral

Acelta Total

Obs:

**QUEIXAS DO PACIENTE**

**Observações Gerais:**

**PACIENTE EM PRÉ-FRATURA DE FEMUR + TIBIA + FIXADOR COM MED V.O. VERIFICADO  
 SSVV SEM ALTERAÇÕES ADMINIS. MEDICAMENTOS DE HORARIO, SEGUE NO LEITO AOS  
 CUIDADOS DA ENFERMAGEM E A.V.M**

27/05/2017 16:07:48

COREN - 199689

VIVIANE NUNES DA SILVA

**Observações Gerais:**

**16:00H FOI ADMINIS. VOLTAREN 50 MG V.O**

**ESTADO GERAL**

Corado  
Acianótico

Higiene  
Com auxílio  
Respiração  
O2 Ambiente  
Deambulação  
Restrito ao leito

Eliminaç. Intestinais:

Eliminaç. Vesicais:

**SINAIS VITAIS**

Pres. Arterial: **100** X **70**

Pulso: **79**

Temperatura: **36,7** °C

Respiração: **20**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

**ACESSO VENOSO**

**DIETA**

Oral

Acelta Total

Obs:

**QUEIXAS DO PACIENTE**

**SEM QUEIXAS NO MOMENTO.**

**Observações Gerais:**

**PACIENTE EM PRÉ D FEMUR + TIBIA COM FIXADOR EXTERNO COM MEDICAÇÃO ORAL  
 + INJ. FOI ADM CONF. PRESCRIÇÃO MEDICA O MESMO SEGUE NO LEITO AOS  
 CUIDADOS DA ENFERMAGEM**

27/05/2017 20:19:12

COREN - 615233

LARISSA REGINA RODRIGUES FERREIRA DA SILVA

**REGISTRO DE ENFERMAGEM**

**Dados do Paciente**

Paciente: **DANILO SOARES BARBOSA**

Registro: **121595** Nº Internação: **1**

Nascimento: **07/10/1991** 26 anos Data Internação: **26/05/2017 08:58:49**

Leito: **ENFERMARIA 110-A**

**OBSERVAÇÕES GERAIS**

**20 HS ADM: XARELTO 10 MG V.O**

**24: HS ADM: DICLOFENACO 50 MG V.O + DAPIRONA 500 MG V.O**

*Larissa Regina*

26/05/2017  
COREN - 619233

LARISSA REGINA RODRIGUES FERREIRA DA SILVA

**ESTADO GERAL**

Higiene  
Com auxílio

Respiração  
O2 Ambiente

Deambulação  
Com auxílio

Corado

Acianótico

Eliminac.Vesicais: **PRESENTE**

Eliminac.Intestinais: **AUSENTE ATE O MOMENTO**

**SINAIS VITAIS**

Pres.Arterial: **110 X 70**

Pulso: **80**

Temperatura: **36,5** °C

Respiração: **19**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

**ACESSO VENOSO**

DIETA

Oral

Aceita Total

Obs:

**QUEIXAS DO PACIENTE**

**SEM QUEIXAS**

**Observações Gerais:**

**PACIENTE CONCIENTE ORIENTADO EM AR AMBIENTE ENCONTRA-SE EM PRE DE FRATURA DE FEMUR + TIBIA COM FIXADOR EXTERNO FOI ADM MEDICAÇÕES DE HORARIO CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA, FOI HIGIENIZADO TROCADO ROUPAS DE CAMA + VESTES PESSOAIS, PACIENTE SEGUE NO LEITO SEM QUEIXAS A CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO.**

26/05/2017 09:12:35

COREN - 1109514

JUCILENE SABINO FORTUNATO

*Jucilene*

**OBSERVAÇÕES GERAIS**

**ÀS 08:00HRS ADM 1 COMP. DE DICLOFENACO DE 50MG. VO.**

*Bruna Thais*

26/06/2017  
OUT - 1195439

BRUNA THAIS OLIVEIRA CORTEZ

**REGISTRO DIÁRIO DE ENFERMAGEM**

Dados do Paciente

Paciente: **DANILO SOARES BARBOSA**

Registro: **121595** Nº Internação: **1**

Nascimento: **07/10/1991** 26 anos Data Internação: **26/05/2017 08:58:49**

Leito: **ENFERMARIA 110-A**

ESTADO GERAL

Corado

Acianótico

Eliminaç. Vesicais: **PRESENTE**

SINAIS VITAIS

Pres.Arterial: **110** X **70**

Pulso: **80**

Temperatura: **36,4** °C

Respiração: **20**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Total

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:

**PACIENTE EM PRE OPERATORIO DE FRATURA DE FEMUR + TIBIA COM FIXADOR EXTERNO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE, DIURESE ESPONTANEA, COM MEDICAÇÃO DE HORARIO CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA, AFERIDO SSVV, SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO.**

26/05/2017 14:02:38

Lauriana Alves do Nascimento

COREN - 619234

LAURIANA ALVES DO NASCIMENTO

OBSERVAÇÕES GERAIS

**MEDICAÇÃO DE HORARIO:**

**AS 16:00 ADM VOLTAREN 50MG - 01 CP, VO**

Lauriana Alves do Nascimento

26/05/2017

COREN - 619234

LAURIANA ALVES DO NASCIMENTO

ESTADO GERAL

Alerta

Decúbido Dorsal

Hipocrorado

Acianótico

Higiene

Com auxílio

Respiração

O2 Ambiente

Deambulação

Restrito ao leito

Eliminaç. Vesicais: **PPRESENTE**

Eliminaç. Intestinais: **AUSENTE**

SINAIS VITAIS

Pres.Arterial: **110** X **80**

Pulso: **79**

Temperatura: **36**

°C Respiração: **20**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Total

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE

**SEGUE SEM QUEIXAS**

Observações Gerais:

**PACIENTE EM PRE- OPERATORIO DE FEMUR + TIBIA COM FIXADOR, EM O2 AMBIENTE, SINAIS VITAIS VERIFICADOS, SEGUE EM OBS DA ENFERMAGEM E EM JEJUM APARTIR DE ZERO HORA PARA CIRURGIA AMANHÃ A TARDE APARTIR DAS 13H.**

26/05/2017 19:48:33

COREN - 588218

JAQUELINE NICACIO DE OLIVEIRA

**REGISTRO DE ENFERMAGEM**

Dados do Paciente

Paciente: **DANILO SOARES BARBOSA**

Registro: **121595** N° Internação: **1**

Nascimento: **07/10/1991** 26 anos Data internação: **26/05/2017 08:58:49**

Leito: **ENFERMARIA 110-A**

OBSERVAÇÕES GERAIS  
 ADM. AO PACIENTE

AS 24H ADM. VOLTAREM 1 CP VIA ORAL;

XARELTO DAS 20H SUSPENSO. PACIENTE VAI PARA CIRURGIA

*Jaqueline*  
 29/05/2017  
 COREN - 588218

JAQUELINE NICACIO DE OLIVEIRA SILVA

**ESTADO GERAL**

Alerta

Decúbito Dorsal

Corado

Acianótico

Eliminaç. Vesicais: PRESENTE

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: 110 X 80

Higiene  
Com auxílio

Respiração  
O2 Ambiente

Deambulação

Restrito ao leito

Eliminaç. Intestinais:

Pulso: 98

Temperatura: 36,1 °C

Respiração: 20

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

MED V.O E SN

Obs: ENCONTRA SE DE JEJUM

Observações Gerais:

PACIENTE EM PRE OPERATORIO DE FRATURA DE FEMUR E + FIXADOR, COM MED.  
V.O. HIGIENIZADO NO LEITO, REALIZADO TROCA DE ROUPA DE CAMA, VERIFICADO SSVV, SEM  
ALTERAÇÕES, SEGUE NO LEITO EM JEJUM PARA REALIZAR CIRURGIA HOJE

29/05/2017 08:33:37

COREN - 198689

VIVIANE NUNES DA SILVA

**OBSERVAÇÕES GERAIS**

PACIENTE PUNÇIONADO COM JELCO 22 EM MSD. O MESMO REFERIL DOR E FOI ADM TRAMAL 1  
AMPOLA + 100ML DE SF IV.

SERA ENCAMINHADO PARA O CENTRO CIRURGICO LEVANDO PRONTUARIO

*Joseane*

29/05/2017

COREN - 830888

JOSEANE GOMES DE FREITAS

**REGISTRO DIÁRIO DE ENFERMAGEM**

Dados do Paciente

Paciente: **DANILO SOARES BARBOSA**

Registro: **121595** Nº Internação: **1**

Nascimento: **07/10/1991** 26 anos Data Internação: **26/05/2017 08:58:49**

Leito: **ENFERMARIA 110-A**

ESTADO GERAL

Higiene  
 Com auxílio  
 Respiração  
 O2 Ambiente

Corado

Deambulação  
 Com auxílio

Acenótico

Eliminação Intestinais:

Eliminação Vesicais:

SINAIS VITAIS

Pres.Arterial: **110** X **80**

Pulso: **75**

Temperatura: **36**

°C Respiração: **19**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Total

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:

PACIENTE EM PRÉ OPERATORIO DE FRATURA DO FEMUR RESTRIÇÃO NO LEITO AFERIDO SSVV  
DIURESE ESPONTÂNEA COM HVP DIETA ZERO PARA CIRURGIA APARTIR DAS 07:00, SEGUIR  
AS CUIDADO DA EQUIP

30/05/2017 03:41:15

COREN - 331991

ALEXSANDRO FERNANDES DE SOUSA

OBSERVAÇÕES GERAIS

AS 24:00 FOI ADM TRAMADOL INJ SF0.9% 100 ML SERINGA 5 ML + CEFALOTINA 1G INJ ABD  
10 ML SERINGA 10 ML + DÍPIRONA INJ ABD 8 ML SERINGA 10 ML  
AS 06:00 FOI ADM DÍPIRONA INJ ABD 8 ML SERINGA 10 ML

*Alexsandro*

30/05/2017

COREN - 331991

ALEXSANDRO FERNANDES DE SOUSA

OBSERVAÇÕES GERAIS

paciente foi higienizado e trocado roupas de cama + tricotomia segue no leito aguardando  
procedimento cirurgico

**HOSPITAL MEMORIAL**  
 Av. Juvenal Lamartine, 979  
 Tirol 59.022-020 Natal / RN  
 Confero com original  
 Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Alexsandro*

30/05/2017

COREN - 331991

ALEXSANDRO FERNANDES DE SOUSA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **DANILO SOARES BARBOSA**

Registro: **121595** Nº Internação: **1**

Nascimento: **07/10/1991** 26 anos Data internação: **26/05/2017 08:58:49**

Leito: **ENFERMARIA 110-A**

OBSERVAÇÕES GERAIS

ENCAMINHADO PACIENTE AO C.C. ACOMPANHADO DO MAQUEIRO, ANEXO AO PRONTUÁRIO:

XEROX DE DOC. PESSOAIS, 03 FOLHAS DE RX, 03 PELICULAS E EXAMES LAB

30/05/2017  
COREN - 968653

BRENDA SANDRINELLE FIGUEIREDO DE LIMA

OBSERVAÇÕES GERAIS:  
PACIENTE RETORNOU DO CC EM PO. DE FRATURA DE FEMUR, NA HV, COM MEDICAÇÃO DE  
HORARIO, COMUNICADO A NUTRIÇÃO, AFERIDOS SINAIS VITAIS, SEGUE NO LEITO AOS  
CUIDADOS DA EQUIPE

Elaine Santos Rodrigues

30/05/2017  
COREN - 1005134

ELIANE SANTOS RODRIGUES

ESTADO GERAL

Alerta

Decúbito Dorsal

Corado

Acianótico

Eliminaç. Vesicais: PRESENTE

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: 130 X 70

ACESSO VENOSO

AVP

Observações Gerais:

PACIENTE EM POS OPERATORIO DE FRATURA DE FEMUR, NA H.V. + ESQ. DE ATB. ADM  
MEDICAÇÕES DE HORARIO, ACEITANDO DIETA OFERECIDA, AFERIDO SSVV, SEGUE AOS  
CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Higiene

Com auxílio

Respiração

O2 Ambiente

Deambulação

Restrito ao leito

Eliminaç. Intestinais: AUSENTE

Respiração: 20

Saturação O2:

Glicose no sangue:

QUEIXAS DO PACIENTE  
SEM QUEIXAS.

DIETA  
Oral

Acelta Total

Obs:

30/05/2017 14:39:45

COREN - 670726  
THAZIA JANIELE DOS SANTOS SILVA

HAZIA

**REGISTRO DE ENFERMAGEM**

**Dados do Paciente**

Paciente: **DANILO SOARES BARBOSA** Registro: **121595** Nº Internação: **2**  
 Nascimento: **07/10/1991** 26 anos Data Internação: **30/05/2017 12:30:16** Leito: **ENFERMARIA 110-A**

**OBSERVAÇÕES GERAIS**

AS 16HS ADM. TRAMAL 1 AMP. + 100ML DE S.F EV.  
AS 16HS ADM. KEFAZOL 1FC. + 10ML DE ABD EV.  
AS 18HS ADM. ANTAK 1 COMP VO.  
AS 18HS ADM. DIPIRONA 1 AMP. + 8ML DE ABD EV.

AS 16HS ADM. SORO FISIOLÓGICO 500ML.

*Eliane Santos Rodrigues*

30/05/2017  
 COREN - 1005134  
 ELIANE SANTOS RODRIGUES

**ESTADO GERAL**

Alerta

Decúbito Dorsal

Corado

Aclanótico

Higiene  
Com auxílio

Respiração  
O2 Ambiente

Deambulação  
Com auxílio

DA ENFERMAGEM

DA EQUIPE

Eliminaç. Vesicais: PRESENTE

SINAIS VITAIS

Pres.Arterial: 110 X 70

Pulso: 77

Temperatura: 36,4 °C

Eliminaç Intestinais: AUSENTE

Respiração: 22

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA  
Oral  
 Obs:

Aceita Total

QUEIXAS DO PACIENTE

**Observações Gerais:**

PACIENTE EM PÓS-OPERATORIO DE FRACTURA DE FEMUR, CONSCIENTE E ORIENTADO  
VERIFICADOS SINAIS VITAIS, FOI ADMINISTRADO AS MEDICAÇÕES DO HORARIO COM  
QUANTO DE SECCAO SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM

31/05/2017 00:39:33

COREN - 325609

LENIZIA LIMA

*Lenizia Lima*

**OBSERVAÇÕES GERAIS**

24:00 KEFAZOL 1G 1 FRASCO EM 10 DE ABD.  
24:00 TRAMAL 100 MG 1 AMPOLA EM 100 DE SF  
24:00 DIPIRONA 1 AMPOLA EM 8 DE ABD  
06:00 ANTAK 150MG 1 COM  
06:00 DIPIRONA 1 AMPOLA EM 8 DE ABD  
06:00 XARELTO 1 COM

**HOSPITAL MEMORIAL**  
 Av. Juvenal Lamartine, 979  
 Tirol 59.022-020 Natal / RN  
 Confere com original  
 Em, 31/05/2017

31/05/2017  
 COREN - 325609

LENIZIA LIMA

*Lenizia Lima*

REGISTRO DIÁRIO DE ENFERMAGEM

Paciente: **DANILO SOARES BARBOSA**  
Nascimento: **07/10/1991**, 26 anos Data Internação: **30/05/2017 12:30:16**  
Registro: **121595** Nº Internação: **2**  
Leito: **ENFERMARIA 110-A**

ESTADO GERAL  
Alerta  
Decúbito Dorsal  
Corado  
Acianótico

Higiene  
Com auxílio  
Respiração  
O2 Ambiente  
Deambulação  
Com auxílio

Eliminação Intestinais: **PRESENTE**

Eliminação Vesicais: **PRESENTE**  
SINAIS VITAIS  
Pres. Arterial: **120 X 70**  
ACESSO VENOSO

Pulso: **78**

Temperatura: **36,6**

°C Respiração: **21**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

QUEIXAS DO PACIENTE

DIETA  
Oral  
Obs:

Aceita Total

Observações Gerais:

PACIENTE EM POS. OPERATORIO DE FRATURA DE FEMUR, CONSCIENTE, ORIENTADO, EM O2  
AMBIENTE, DIURESE ESPONTANEA, F.O. COM DRENO DE SUCCÃO, NA H.V. COM MEDICAÇÃO  
DE HORARIO CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA, AFERIDO SSVV, HIGIENIZADO, TROCADO  
ROUPA DE CAMA, SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO.

31/05/2017 10:56:37

COREN - 619234

LAURIANA ALVES DO NASCIMENTO

OBSERVAÇÕES GERAIS

12H PACIENTE APRESENTANDO RETENÇÃO URINÁRIA, COLOCADO COMPRESSA GELADA, SEM  
SUCESSO, PASSADO SONDA VESICAL DE ALÍVIO, Nº 12, COM TÉCNICA ASSÉPTICA.  
ANTISSEPSIA COM CLOREXIDINA AQUOSA, LEVE RESISTÊNCIA, AGUARDANDO DÉBITO TOTAL.

31/05/2017

COREN - 184640

ISMALIA DE MOURA COSTA

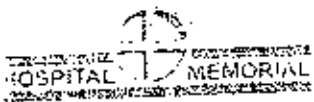
OBSERVAÇÕES GERAIS

08:00H FOI ADMINIS. TRAMAL 100 MG 01 AMP + 100 SF 09% IV + CEFAZOLINA 01 G:01 FRASCO +  
10 ABD IV  
12:00H FOI ADMINIS. DAPIRONA 500 MG 01 AMP + 10 ABD IV

31/05/2017

COREN - 189689

VIVIANE NUNES DA SILVA



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

## REGISTRO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **DANILO SOARES BARBOSA**

Registro: **121595** Nº Internação: **2**

Nascimento: **07/10/1991** 26 anos Data Internação: **30/05/2017 12:30:16**

Leito: **ENFERMARIA 110-A**

### OBSERVAÇÕES GERAIS

24:00 KEFAZOL 1G 1 FRASCO EM 10 DE AB  
20:30H DIPIRONA 1 AMPOLA EM 8 DE ABD IV  
06:00 ANTAK 150MG 1 COM VIA  
24:00H DIAMOX COMP VIA ORAL  
6:00H DIAMOX VIA ORAL

*Elizabeth*

01/06/2017

COREN - 435465

MARIA ELIZABETH DA SILVA

### ESTADO GERAL

Higiene  
Com auxílio  
Respiração  
O2 Ambiente  
Deambulação  
Restrito ao leito

Corado

Acianótico

Eliminaç. Vesicais: **PRESENTE**

Eliminaç. Intestinais: **AUSENTE ATE O MOMENTO**

### SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **110 X 70**

Pulso: **79**

Temperatura: **36**

°C Respiração: **19**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA  
Oral

Alceia Total

Obs:

### QUEIXAS DO PACIENTE

### Observações Gerais

PACIENTE EM PÓS OPERATORIO DE FRATURA DE FEMUR, CONSCIENTE, ORIENTADO, EM O2  
AMBIENTE, DIURESE ESPONTANEA, NA H.V. COM MEDICAÇÃO DE HORARIO CONFORME  
PRESCRIÇÃO MEDICA, AFERIDO SSVV, HIGIENIZADO, TROCADO ROUPA DE CAMA, SEGUE  
NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO.

01/06/2017 09:52:27

Lauriana Alves do Nascimento

COREN - 619234

LAURIANA ALVES DO NASCIMENTO

### OBSERVAÇÕES GERAIS

AS 08:00HRS ADM 01 FRASCO DE SORO FISIOLÓGICO 0.9%, DE 500ML, VE.  
AS 08:00HRS ADM 1 FRASCO AMPOLA DE CEFAZOLINA DE 1G+10ML DE ABD, VE.  
AS 08:00HRS ADM 1 AMPOLA DE TRAMADOL DE 100MG, DILUIDO EM 100ML DE SORO  
FISIOLÓGICO 0.9%, VE.  
AS 12:00HRS ADM 1 AMPOLA DE DIPIRONA DE 2ML+8ML DE ABD, VE.

**HOSPITAL MEMORIAL**  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Tirol 59.022-020 Natal / RN  
Confere com original  
Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

01/06/2017

OUT - 1195439

BRUNA THAIS OLIVEIRA CORTEZ

**REGISTRO DIÁRIO DE ENFERMAGEM**

Dados do Paciente

Paciente: **DANILO SOARES BARBOSA**

Registro: **121595** - Nº Internação: **2**

Nascimento: **07/10/1991** 26 anos Data Internação: **30/05/2017 12:30:16** Leito: **ENFERMARIA 110-A**

ESTADO GERAL

Alerta

Decúbito Dorsal

Corado

Acianótico

Higiene

Com auxílio

Respiração

O2 Ambiente

Deambulação

Restrito ao leito

Eliminaç. Vesicais: **PRESENTE**

Eliminaç. Intestinais: **AUSENTE**

SINAIS VITAIS

Pres.Arterial: **120 X 80**

Pulso: **81**

Temperatura: **36,8**

\*C Respiração: **22**

Saturação O2

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Total

QUEIXAS DO PACIENTE

SEM QUEIXAS

AVP

Obs:

Observações Gerais:

PACIENTE EM POS OPERATORIO DE FRATURA DE FEMUR, NA H.V. + ESQ. DE ATB, ADM. MEDICAÇÕES DE HORARIO, ACEITANDO DIETA OFERECIDA, AFERIDO SSVV, SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

01/06/2017 14:11:10

COREN - 670726

THAZIA JANIELE DOS SANTOS SILVA

**THAZIA**

OBSERVAÇÕES GERAIS

RETIRADO O DRENO CPM, SEM DÉBITO.

AS 16:00HRS ADM 1 FRASCO DE SORO FISIOLÓGICO 0,9% DE 500ML, VE.

AS 16:00HRS ADM 1 FRASCO AMPOLA DE CEFAZOLIN DE 1G+10ML DE ABD, VE.

AS 16:00HRS ADM 1 AMPOLA DE TRAMADOL DE 100MG, DILUIDO EM 100ML DE SORO FISIOLÓGICO 0,9%, VE.

AS 18:00HRS ADM 1 AMPOLA DE DAPIRONA DE 2ML+8ML DE ABD, VE.

AS 18:00HRS ADM 1 COMP. DE RANITIDINA DE 150MG, VO.

01/06/2017

OUT - 1195439

BRUNA THAIS OLIVEIRA CORTEZ

*Bruna Thais*

ESTADO GERAL

Corado

Acianótico

Higiene

Com auxílio

Respiração

O2 Ambiente

Deambulação

Restrito ao leito

Eliminaç. Vesicais: **PRESENTE**

Eliminaç. Intestinais: **AUSENTE NO MOMENTO**

SINAIS VITAIS

Pres.Arterial: **120 X 80**

Pulso: **80**

Temperatura: **36,5**

\*C Respiração: **20**

Saturação O2

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Total

Obs:

Observações Gerais:

PCT EM PÓS DE FEMUR CONSCIENTE ORIENTADO DE ALTA HOSPITALAR AGUARDANDO TRANSPORTE COM AVP EM MSE VIABILIZANDO HV, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO.

**HOSPITAL MEMORIAL**  
 Av. Juvenal Lamartine, 979  
 Tirol 59.022-020 Natal / RN  
 Confira com original  
 Em, *[Assinatura]*

01/06/2017 20:49:35

COREN - 670726

JESSICA GOMES DA SILVA



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **084.595.354-01**

Nome: **DANILO SOARES BARBOSA**

Data de Nascimento: **07/10/1991**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **04/09/2006**

Digito Verificador: **00**

Documentos de identificação



Comprovante emitido às: **10:36:10** do dia **26/10/2017** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **0EC4.F007.E205.6809**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

2015年12月25日

• ATTORNEY GENERAL

1. *Phragmites australis* (Cav.) Trin. ex Steud.

926



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - RN 8921/0139 Nº 010617943165  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 2 CDB RENAVAM 00181872722 RN.T.R.C. \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2014

NOME  
LUIZ CARLOS NUNES

CPF/CNPJ 083.289.994-12 PLACA RCK5638

PLACA ANT. LUF RCK5638/PR CHASSI 9BD14600CR5155296

ESPECIE/TIPO PASSAGEIRO/AUTOMÓVEL/VEICULO APLICAVEL COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO FIAT/UNO-MILLE ELECTRONIC ANO FAB. 1996 ANO MOD. 1994

CAP / POT / CIL 5P/52CV CATEGORIA PARTICULAR CDB PREDOMINANTE CINZA

COTA ÚNICA R\$ 0.00 VENC. COTA ÚNICA 20/08/2014 1º ISENTO

FAIXA I.P.V.A. 104.614 3% PARCELAMENTO / COTAS R\$ 73.66 2º ISENTO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) \*\*\* TAXAS-DETRAN: PAGO PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: 3879786

EQUADOR/PR DATA 20/08/2014

Coordenador de Registro de Veículos  
DETRAN-RN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 010617943165 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2014 DATA EMISSÃO 20/08/2014

VIA 1 CPF/CNPJ 083.289.994-12 PLACA RCK5638

RENAVAM 00181872722 MARCA/MODELO FIAT/UNO-MILLE ELECTRONIC

ANO FAB. 1996 CAL. ANE. 1 Nº CHASSI 9BD14600CR5155296

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PRÉ SEGURO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.248.608/0001-04

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

OUT



PROTOCOLO  
RECEBIDO

07 NOV 2017

TERRA DO SOL ADM  
E CORRETORA DE SEGS



PROTOCOLO  
RECEBIDO

0-7 NOV 2017

TERRA DO SOL ADM  
E CORRETORA DE SEGS

PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:**

Nome: DANILLO SOARES BARBOSA  
 Nacionalidade: BRASILEIRO Estado civil: UNIÃO ESTÁVEL  
 Profissão:   
 Identidade: 4997647 CPF: 084.595.354-01  
 Endereço: POVOADO RAJADA, ZONA RURAL DE CARNAUBAS DANTAS/RN

**OUTORGADO:**

Nome: JUCILANE NASCIMENTO DOS SANTOS  
 Nacionalidade: BRASILEIRA Estado civil: UNIÃO ESTÁVEL  
 Profissão: DO LAR  
 Identidade: 003.639.641 CPF: 107.917.074-32  
 Endereço: POVOADO RAJADA, ZONA RURAL DE CARNAUBAS DANTAS/RN

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeo e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

Paraná RN 28/08/17  
 LOCAL E DATA:



Danilo Soares Barbosa

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2017

Carta nº: 11963133

A/C: DANILO SOARES BARBOSA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170600733 ASL-0429744/17**  
**Vítima: DANILO SOARES BARBOSA**  
**Data Acidente: 14/05/2017**  
**Natureza: INVALIDEZ**  
**Procurador: JUCILANE NASCIMENTO DOS SANTOS**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **DANILO SOARES BARBOSA**

Sinistro: **3170600733**

Vítima: **DANILO SOARES BARBOSA**

Data do Acidente: **14/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JUCILANE NASCIMENTO DOS SANTOS**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170600733** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2017

Carta nº 12023308

A/C: DANILO SOARES BARBOSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170600733 ASL-0429744/17  
Vitima: DANILO SOARES BARBOSA  
Data Acidente: 14/05/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: JUCILANE NASCIMENTO DOS SANTOS

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2017

Carta nº 12046174

A/C: DANILO SOARES BARBOSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170600733 ASL-0429744/17  
Vitima: DANILO SOARES BARBOSA  
Data Acidente: 14/05/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: JUCILANE NASCIMENTO DOS SANTOS

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**

