



Número: **0815390-79.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **04/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DANILO SOARES BARBOSA (AUTOR)		FELIPPE DE QUEIROZ BESSA BANDEIRA LEITE (ADVOGADO)	
Porto Seguro Cia. de Seguros Gerais (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
61158955	06/10/2020 15:11	2755721_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros documentos

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 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
Vitima: 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01875/01876 - carta_15R - INVALIDEZ

00020938



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 DANILO SOARES BARBOSA	CPF titular da conta 084595354-01	Profissão
Endereço SITIO RAJADA	Número 136	Complemento ZONA RURAL
Bairro ZONA RURAL	Cidade CARNAUBAS DOS SANTOS	CEP 59374-000
E-mail	Estado RN	Telefone (DDD) (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

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

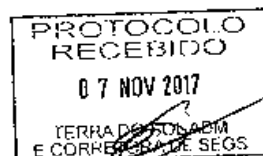
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
☐ BRAPSCO (237)	☒ BANCO DO BRASIL (001)	☐ ITAÚ (341)	
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			

AGÊNCIA NRO. 11061	D/V 1	CONTA NRO. 28799	D/V 7
(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

FAPPF.001 V003/2017



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

PAVORECIBO	DANILO SOARES BARBOSA
AGENCIA:	1186-1
CONTA:	28.799-7
VALOR *	8200
NR. ENVELOPE	2.358.323.644

Acotido em: 24/10/2017, na Agência 4833-X.

SEM 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.

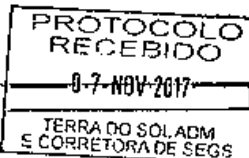
~~Se houver divergência de valor, deslizado~~





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



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:

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 KGGK-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 deu 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 encaminhou 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 Municipal, local onde se submeteu a cirurgias. Para as providências legais formaliza a presente ocorrência.

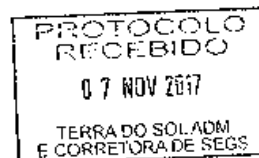
PROVIDÊNCIAS: Lavrado Boletim de Ocorrências e entregue uma das vias a comunicante/interessados para os fins que lhe convier necessários.

Daniilo Soares Barbosa
Comunicante ou interessado

C. dos Dantas/RN, 13 de Julho de 2017, às 09h00min.
Mário César Lopes de Medeiros
MAT. 165.401-2
Chefe de Investigação
Mário César Lopes de Medeiros
Agente de Polícia Civil
Mat. 165.401-2



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



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:

- (X) 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

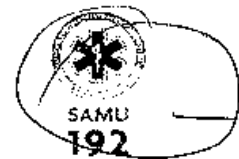
CARNAUBA DOS DANTAS/RN 10/10/2017

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

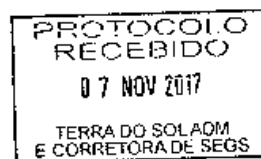


Ato Declaratório

Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO



Declaro para os devidos fins que se fazem necessário, que em busca no sistema informatizado do SAMU 192 RN que foi encontrado a ocorrência N° 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

SAMU 192 RN

END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 - BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545
FONE: 84 3209-5316



19/07/2017

Cronologia



**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:	CARNAUÍBAS DOS DANTAS
BARRIO:	
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 IND0 PARA PARELHAS
14/05/2017	22:02:48	term11	96157374	PERTO DA LADEIRA DOS BALANÇOS
14/05/2017	22:02:48	term11	96157374	PEL DESCONHECIDO
14/05/2017	22:03:33	regsamu04	56834304	SOLICITANTE INFORMA COLISAO CARRO CARRO
14/05/2017	22:03:51	regsamu04	56834304	PROVVELMENTE 4 VITIMAS.
14/05/2017	22:04:12	regsamu04	56834304	VITIMAS ACORDADS. N0REM UMA VITIAM PRESA NAS FERRAGENS
14/05/2017	22:05:16	regsamu04	56834304	SOLICITANTE NAO ESTA NO LOCAL POIS NAO TEM SINAL DE CELULAR NO LOCAL
14/05/2017	22:05:57	regsamu04	56834304	TENTEI ORIENTAR SINALIZAR O LOCAL E NAO MOVIMENTAR A VITIM
14/05/2017	22:06:15	regsamu04	56834304	USB COD 3. NAO 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 TRACTRA171 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	N0SSA 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: (C10DS C10DS)
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	22:15:46	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 COLISAO CARRO CARRO. SEGUIDO DE CAPOTAMENTO
14/05/2017	23:15:30	regsamu04	56834304	ERA CONDUCTOR E NAO USAVA CINTO
14/05/2017	23:15:54	regsamu04	56834304	NA ABRODAGEM DA USB AINDA ESTAVA DENTRO DO VEICULO. CONTENCAO CERVICAL ESTAVA
14/05/2017	23:15:54	regsamu04	56834304	SENDO REALIZADA POR UMA EQUIPE DO HOSPITAL LOCAL
14/05/2017	23:16:32	regsamu04	56834304	GLASGOW DE 13, ALCOOLIZADO. TA 120 X 60MMHG, FC 60, FR 24, SP02 95% EM MASCARA
14/05/2017	23:16:32	regsamu04	56834304	DE VENTURI. ESTA COM DOIS ACESSOS PERIFERICOS E JA PASSOU 100ML DE CRISTALOIDE
14/05/2017	23:17:04	regsamu04	56834304	SANGRAMENTO CONTIDO. NATURA EXPOSTA DE JOELHO
14/05/2017	23:17:58	regsamu04	56834304	MANTER IMOB CF PROTOCOLO. AFRER SINAIS VITAIS FREQUENTEMENTE. INFUSAO DE
				CRISTALOIDE. RINGER LACTATO NO MOMENTO APENAS MANTENDO VEIA. COMUNICAR

168.0.5/mvc/cronologia/impressao/S257765

1/2



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 06/10/2020 15:11:18

https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010061511176000000058671287

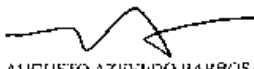
Número do documento: 2010061511176000000058671287

Num. 61158955 - Pág. 9

19/07/2017

Cronologia

14/05/2017	23:17:58	rogsamul04	56834304	QUILQIBER
14/05/2017	23:17:58	rogsamul04	56834304	SINAL DE INSTABILIZAÇÃO. QTI CLOPVIS SARINHO
14/05/2017	23:24:45	tacm11	96157374	FALO COM DR. GUSTAVO DO POLI TRAUMA DO CLOVIS SARINHO. O MESMO CONFIRMA RECEBER
14/05/2017	23:24:45	tacm11	96157374	PCI.
15/05/2017	02:29:59	despsamul	71972304	PCTE AOS CUIDADOS DO DR JOÃO NO ICS.
15/05/2017	02:30:08	despsamul	71972304	VIATURA USB32 FINALIZOU A OCORRÊNCIA COMO (HSP) [ENCAMINHADO HOSPITAL] COMENTÁRIO ADICIONAL: SEM COMENTÁRIO


 THIAGO AUGUSTO AZEVEDO BARBOSA
 COORDENADOR SUBSTITUTO DE REGULAÇÃO MÉDICA



Comprovante de residência



07 NOV 2017

TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SECS

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DANILO SOARES BARBOSA

RG nº 2997647, data de expedição 14/08/2007, 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 (Rua/Avenida/Praça)	<u>SITIO RAJONA</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/RN

Assinatura do Declarante: Daniilo Soares Barbosa





Tipo Social de Energia: ...
NOTA FISCAL - FATURA - CUSTO DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Menezes, 150, Centro, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 55025-250
CNPJ 06.354.185/0001-61 | Insc. Est. 20250189-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
FRANCISCA DA FONSECA NASCIMENTO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI PAJADA 130

CPF: 509.768.884-91

RAJADA VÁREA RURAL
CARNAUBA DOS DANTAS RN
59374-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO MÊS ANO

7010352929 07/2017

DATA DE VENCIMENTO DATA RECEBIMENTO E LITURA

17/07/2017 09/08/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

60,85

NOTA FISCAL FISCAL S/RM C/ISSÃO
000020403 ÚNICA 10/07/2017
APRESENTAÇÃO Nº DO CLIENTE Nº DA INSTALAÇÃO
10072017 300075944 2481127

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	27,0000000	1,0000000	49,36
Acréscimo Bandeira S/AARELA			0,74
Contribuição do Aumento da Potência			10,00
Multa por atraso - NF 000397531 - 09/08/17			0,57
Multa por atraso - NF 000325580 - 10/05/17			0,82
Juros por atraso - NF 000397531 - 09/08/17			0,15
Juros por atraso - NF 000325580 - 10/05/17			0,15

TOTAL DA FATURA

R\$ 60,85

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	Tipo DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	DATA	ATUAL	LITURA	BASE	CONSTANTE	ALÍQUOTA	CONSUMO (KWH)
213098900	Cat 1	07-08-2017	7.5320	10-07-2017	7.4100	21	1.0000			87,20

MÊS		CONSUMO (KWH)		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
JUL 17	07	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
AUG 17	08	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
SEP 17	09	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
OCT 17	10	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
NOV 17	11	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
DEZ 17	12	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JAN 18	01	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
FEB 18	02	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAR 18	03	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
ABR 18	04	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAY 18	05	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUN 18	06	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUL 18	07	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
AUG 18	08	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
SEP 18	09	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
OCT 18	10	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
NOV 18	11	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
DEZ 18	12	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JAN 19	01	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
FEB 19	02	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAR 19	03	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
ABR 19	04	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAY 19	05	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUN 19	06	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUL 19	07	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
AUG 19	08	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
SEP 19	09	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
OCT 19	10	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
NOV 19	11	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
DEZ 19	12	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JAN 20	01	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
FEB 20	02	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAR 20	03	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
ABR 20	04	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAY 20	05	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUN 20	06	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUL 20	07	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
AUG 20	08	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
SEP 20	09	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
OCT 20	10	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
NOV 20	11	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
DEZ 20	12	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JAN 21	01	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
FEB 21	02	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAR 21	03	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
ABR 21	04	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAY 21	05	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUN 21	06	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUL 21	07	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
AUG 21	08	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
SEP 21	09	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
OCT 21	10	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
NOV 21	11	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
DEZ 21	12	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JAN 22	01	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
FEB 22	02	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAR 22	03	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
ABR 22	04	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAY 22	05	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUN 22	06	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUL 22	07	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
AUG 22	08	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
SEP 22	09	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
OCT 22	10	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
NOV 22	11	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
DEZ 22	12	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JAN 23	01	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
FEB 23	02	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAR 23	03	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
ABR 23	04	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAY 23	05	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUN 23	06	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUL 23	07	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
AUG 23	08	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
SEP 23	09	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
OCT 23	10	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
NOV 23	11	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
DEZ 23	12	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JAN 24	01	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
FEB 24	02	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAR 24	03	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
ABR 24	04	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAY 24	05	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUN 24	06	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUL 24	07	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
AUG 24	08	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
SEP 24	09	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
OCT 24	10	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
NOV 24	11	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
DEZ 24	12	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JAN 25	01	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
FEB 25	02	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAR 25	03	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
ABR 25	04	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAY 25	05	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUN 25	06	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUL 25	07	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
AUG 25	08	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
SEP 25	09	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
OCT 25	10	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
NOV 25	11	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
DEZ 25	12	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JAN 26	01	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
FEB 26	02	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAR 26	03	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
ABR 26	04	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAY 26	05	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUN 26	06	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUL 26	07	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
AUG 26	08	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
SEP 26	09	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
OCT 26	10	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
NOV 26	11	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
DEZ 26	12	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JAN 27	01	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
FEB 27	02	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAR 27	03	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
ABR 27	04	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAY 27	05	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUN 27	06	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUL 27	07	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
AUG 27	08	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
SEP 27	09	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
OCT 27	10	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
NOV 27	11	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
DEZ 27	12	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JAN 28	01	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
FEB 28	02	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAR 28	03	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
ABR 28	04	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAY 28	05	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUN 28	06	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUL 28	07	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
AUG 28	08	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
SEP 28	09	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
OCT 28	10	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
NOV 28	11	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
DEZ 28	12	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JAN 29	01	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
FEB 29	02	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAR 29	03	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
ABR 29	04	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAY 29	05	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUN 29	06	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUL 29	07	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
AUG 29	08	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
SEP 29	09	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
OCT 29	10	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
NOV 29	11	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
DEZ 29	12	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JAN 30	01	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
FEB 30	02	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAR 30	03	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
ABR 30	04	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAY 30	05	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUN 30	06	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUL 30	07	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
AUG 30	08	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
SEP 30	09	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
OCT 30	10	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
NOV 30	11	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
DEZ 30	12	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JAN 31	01	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
FEB 31	02	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAR 31	03	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
ABR 31	04	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAY 31	05	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUN 31	06	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUL 31	07	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
AUG 31	08	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
SEP 31	09	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
OCT 31	10	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
NOV 31	11	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
DEZ 31	12	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JAN 32	01	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
FEB 32	02	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAR 32	03	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
ABR 32	04	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAY 32	05	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUN 32	06	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUL 32	07	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
AUG 32	08	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
SEP 32	09	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
OCT 32	10	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
NOV 32	11	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
DEZ 32	12	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JAN 33	01	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
FEB 33	02	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAR 33	03	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
ABR 33	04	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAY 33	05	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUN 33	06	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUL 33	07	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
AUG 33	08	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
SEP 33	09	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
OCT 33	10	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
NOV 33	11	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
DEZ 33	12	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JAN 34	01	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
FEB 34	02	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAR 34	03	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
ABR 34	04	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAY 34	05	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUN 34	06	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUL 34	07	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
AUG 34	08	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
SEP 34	09	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
OCT 34	10	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
NOV 34	11	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
DEZ 34	12	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JAN 35	01	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
FEB 35	02	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAR 35	03	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
ABR 35	04	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
MAY 35	05	87,20	100%	Consumo Ativo	87,20
JUN 35	06	87,20			



Tarifa Social de Luz
 Tabela 2020 - 2021
 Companhia Energética do Rio Grande do Norte
 Rua Manoel 150, Bairro, João, Ven. Grande do Norte - CEP 59026-210
 CNPJ 05.774.196/0001-81 | Ins. Est. 20055109-0 | www.cosern.com.br

PROCCABON 1

FRANCISCA DA FONSECA NASCIMENTO
 INTERESSADO NA UNIDADE CONSUMIDORA
 SI RUA LIMA 136

CPF: 503 783 684-91

RAIADA/AREA RURAL
 CARNAUBA DOS DANTAS RN
 68374-000

BI RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL
 Moradia

CONTA CORRENTE
 7010352929
 DATA DE VENCIMENTO
 17/07/2017
 09/08/2017
 VALOR A PAGAR (R\$)
 60,85

IMPONTO FISCAL
 000320402
 SÉRIE
 UNICA
 EMISSÃO
 180/2017
 Nº DA INSTALAÇÃO
 2451127

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (AMH)	81,000000	1,000000	42,39
Acrescimo Energia AMARELA			0,74
Contribuição Iluminação Pública			10,00
Multa por atraso NF 000367531 - 08/05/17			0,52
Multa por atraso NF 000375550 - 10/05/17			0,52
Multa por atraso NF 000367531 - 10/05/17			0,52
Multa por atraso NF 000375550 - 10/05/17			0,52
TOTAL			60,85

PROTÓCOLO
 RECEBIDO
 07 NOV 2017
 TERRA DO SOLADM
 E CORRETORA DE SEGS

Comprovante de residencia



DATA DA FATURA	VALOR (R\$)
07/11/2017	60,85

PERÍODO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	VALOR	CONTA CORRENTE	ALÍQUOTA	CONSUMO (KWH)
01/01/2017	CA1	01/01/2017	01/01/2017	2,40,00	21	1,0000	0,740

RESUMÃO DO FÓRUM
 DRE.C2974TA2 A486 F07B3A5E 2C77 b320

TIPO DE TENSÃO	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE
220V	220	VOLTA	220	VOLTA





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 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: 084595354-01 CPF da vítima: 084595354-01 Nome completo da vítima: DAVID SOARES BARBOSA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

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

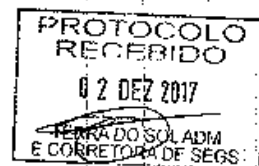
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRABESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (0011) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NÚM.: <u>1106</u> D/V: <u>1</u> CONTA NÚM.: <u>28799</u> D/V: <u>7</u> (Informar dígito se existir)		Banco Nome: _____ RSO: _____ AGÊNCIA NÚM.: _____ D/V: _____ CONTA NÚM.: _____ D/V: _____ (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 2019
Local e Data



David Soares Barbosa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



10/11/2017	BANCO BRASILEIRO S.A.	11.40.00
0110670481	ALTO-ALCANTARAL	
EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES COM EMBENCA		
AGENCIA: 1106-1	CONTA:	28.799.7
CLIENTE: DANTLO SOARES BARBOSA		
HISTORICO	DOCIM.	VALOR
25/10/2017	12 DEZ 2017	
Saldo Anterior	TITULO SOLADO E CONFERENCIA DE SEOS	
NÃO HA LANÇAMENTOS		



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

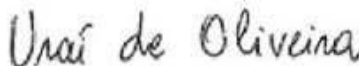
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Danilo Soares Barbosa
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Rajada, 136
Zona Rural - Caraubá 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 WILFREDO 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 RADIOLOGICO, 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 anatómicas 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" | () "Sem sequela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| () "Exame não permite conclusão" | |
| <i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| MEMBRO INFERIOR - Esquerdo | |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo | () 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) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

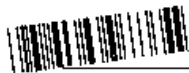

DR. URAÍ DE OLIVEIRA
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 4315

AMORIM&MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS





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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, 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 DANILO SOARES BARBOSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 084595354-01 / — do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima DANILO 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 <u>STILO RAJADA</u>		Número <u>136</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>ZONA RURAL</u>	Cidade <u>CARNAUBAS DOS SANTOS</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59374-000</u>
Email <u>—</u>	Telefone comercial (DDD) <u>—</u>	Telefone celular (DDD) <u>(84) 99849-3157</u>	

CARNAUBAS/RN de 10 de 2017
Local e Data

Jucilane Nascimento dos Santos
Assinatura do Declarante



DLDR1.001 V001/2017





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

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 22042 /2017

Admissão: 15/05/2017 02:14:57

PROTOCOLO
RECEBIDO

07 NOV 2017

TERRA DO SOL ADM
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 médica - hos

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 15/05/2017 02:08:57

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

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 22/05/2017
MAT. Nº 98
SOME
ASSINATURA

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 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 Perceção, Coleção
- B Músculos bilaterais
- C Pulso em 4 pulsos (pulso controlado)
- D ELG 13
- E Lesão em joelho com fratura exposta, lesão em joelho direito (região posterior)

OUTRAS OBSERVAÇÕES: Sem hematomas

Abdom: Bexiga, e dor a insuflação de abdome.

P. S. A
Realizado: 15/05/17 Hora: 3:00
Técnico: [assinatura]

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

P. S. A

*Gerado via SX por FRANCISCO BEZERRA DE MACEDO, Impresso em 15 de Maio de 2017.



EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

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

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)

Rio-X Lom. E + Joelho E + Perna E APX

José Tóvens Fernandes Junior
 MÉDICO
 CRM-RN 8317

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
 HTO + Coeficiente Sanguíneo

OUTROS

CONDIÇÃO PRIMÁRIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Trauma de tornozelo e antebraço e
 abdome na região de lesão

CD- SVA
 A ortopedia

José Tóvens Fernandes Junior
 MÉDICO
 CRM-RN 8317

ANOTAÇÃO DE SUPORTE

- # BMT
- ① Exame Clínico
- FIC em região petno-auricular ①
- Semi Gama's Clínicos de Insuficiência de pele
- ② Antibiótico
- ③ Anestesia
- ④ Sutura
- ⑤ curativo
- ⑥ Atk de BMT
- A ortopedia

Dr. Sérgio Roberto Perera Trindade
 ORTODONTISTA
 CRM-RN 6643

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

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



ATENÇÃO: ATENDIMENTO ESPECIALIZADO DE ABUSO E MAUS TRATOS, EM ESPECIAL ÀS CRIANÇAS, ADOLESCENTES E IDOSOS, DEACORDO COM O SERVIÇO SOCIAL E ENFERMAGEM

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: <u>Unidade de Saúde</u>	
ANAMNESE <u>paciente vítima de acidente de carro ocorrido em julho recente</u>	
EXAME FÍSICO <u>Reformulada e falha</u>	PROTOCOLO RECEBIDO 07 NOV 2017 TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA <u>Fração emat e frim dentel. Ry</u>	LABORATÓRIO
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)	OUTROS
CONDUÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) <u>1- Ao CG 1 após exames de RMF?</u> <u>2- Colostomia 20x 40 AD 2, 2V, egru</u> <u>3- Tubo 100x 100 250, 3, 2W</u>	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM <u>20355</u> <u>[assinatura]</u>
<u>[assinatura]</u> Assinatura e Carimbo do Responsável	CONFERE COM ORIG. NATAL: <u>22/06/17</u> MAT. N° SAME [assinatura] Assinatura e Carimbo do Responsável
DESTINO DO PACIENTE:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: <u>2-601</u>	DATA: <u>1/1</u> HORA:
SAÍDA:	DATA: <u>1/1</u> HORA:
Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:	
ÓBITO: DATA: <u>1/1</u> HORA:	
Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐	

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTACAR

DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: <u>1/1</u>	HORA:	
SAÍDA:	DATA: <u>1/1</u>	HORA:	
Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:			
ÓBITO: DATA: <u>1/1</u> HORA:			
Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐			



Assinatura e Carimbo do Responsável!

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

¹Estado de Tamaulipas (EST): Bases legales de soberanía para la paz y la justicia. Referencia: Anuario de la Universidad del TAMAULIPAS, vol. 1, Tamaulipas 1973-1974.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE
(ATLS 2003)

১১- উদ্ভোগ-১ (সংস্কৃতভাষা) ১০
 ১২- ১ = সংস্কৃতভাষা: ১০
 ১৩- ১ = সংস্কৃতভাষা: ১০

^b Referencia: TEASDALE G. JENNET, B. Assessment of corn and impaired conditions. A practical scale. United 1974. 2-83-84.

— A escola propõe a aplicação de técnicas comportamentais que colaboram com outras anteriores e com as da própria classe, a fim de obter-se os efeitos que se desejam e intermediar de sua ação de acordo com os resultados obtidos.

SEVERE	LEVE	Moderate	Intense	Extremely
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 ADICIONAIS

Data:

Hora:

*Prontidão: vítima de acidente com
ferimento aberto de fêmur exp.
sem sinais de infecção.*

*Dr. Gentil Fernando de A. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5547*

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL **22/06/17**
MAT. Nº **SAME**
CF
ASSINATURA

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 06/10/2020 15:11:18

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100615111760000000058671287>

Número do documento: 20100615111760000000058671287



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado de Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrado Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarrinho

Nome: DANILO SOARES BARBOSA Idade: _____ Sexo: _____
Serviço: _____

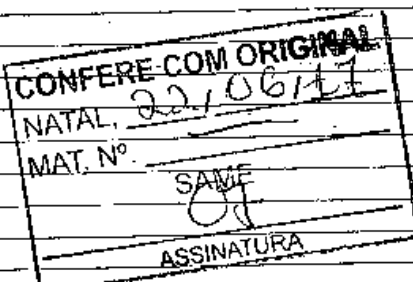
DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

13/5/17 Paciente evoluindo bem, com DISCARTRO
SINTOMATOLOGIA ALTA RAROS

CD: VPM.

DR. GILSON GUARNIERE R. SANTOS
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 4781 TEST 11044



ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





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: 25/05/2017 Alta: _____
Nome: Damilo Soares Barbosa Naturalidade: Parelhas
Idade: 25 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: 07/10/1991
RG: 8.997.647 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: 7º série
Filiação: Pai: Damião Barbosa de Souza
Mãe: Maria Soares de Azevedo
Endereço: Povoado Rajado Município de Açu Cidade: Açu
Telefone: 996184577 (móvel) () Residencial () Trabalho () Recado
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 comércio Trabalho c/ vínculo empregatício ☒ Não ☐ Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPs () SAD
Internação 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
()

Crítérios para Acompanhante

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

Evolução

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

Solicitado fluxo de documentação, eutaxia quanto
as normas e rotinas do setor - Jéssica

Saída

óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs. _____
Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____
Orientações/Encaminhamentos: _____

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de cetoacidose diabética, em especial e trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 06/10/2020 15:11:18

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100615111760000000058671287>

Número do documento: 20100615111760000000058671287

Num. 61158955 - Pág. 24



NOME Darilo S. Barbosa ENF: 4² LEITO: 408
IDADE: 25 PESO: _____ ALTURA: _____ Nº REG.: _____
DIAGNÓSTICO: Poli-traumatismo
TMB. NC: _____
DIETA: líquida

EVOLUÇÃO NUTRICIONAL

DATA	TODA ANOTAÇÃO DEVE SER ASSINADA PELO NUTRICIONISTA QUE FEZ
19/15	Paciente vítima de colisão frontal com carro, c/ fratura exposta M.E. Encontra-se consciente, orientado, em O2 ambiente, apêndice preservado. FG I(H). Cd= Duto livre.
	Tônia Valéria S. Lima Nutricionista CRN-5204
24/15	Paciente isople e ingestão satisfatória do duto, s/ queixas no momento. FG I(H). Cd= mantida.
	Tônia Valéria S. Lima Nutricionista CRN-5204

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 22/06/17
ASSINATURA

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



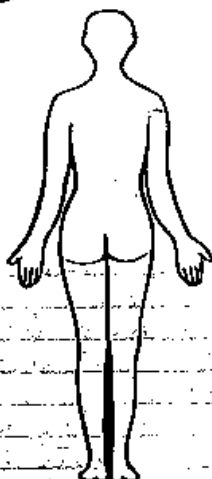
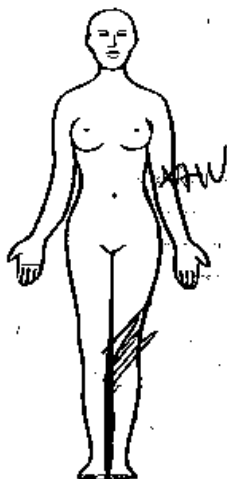


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Carmaubea dos Santos

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Danielo Soares Barbosa
DATA DE NASCIMENTO: 07.10.1991 IDADE: _____
REGISTRO: Flc: 283517 / Reg: 20381
DATA DE ADMISSÃO: 15/05/17 HORA: _____
ADMISSÃO DO PACIENTE: Ortopédico
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: _____
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 ()
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: SIM () NÃO (x)
OBSERVAÇÃO: _____
ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____
ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____
OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



Lote Número: 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.
Implantec Materiais Médicos & Hospitalares Ltda
R. Alberto Melo da Costa, 125 - Campinas/SP CEP: 13050-713
Resp. Técnico: Agmar A. Bispo CREA-SP: 5063950856
Armazenamento, Cuidados no Manuseio, Advertências e Instruções de Esterilização: Ver Instrução de Uso.
V5841055
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. André Luis
INÍCIO DE ANESTESIA: 08:20
TÉRMINO DE ANESTESIA: 09:20
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: cefazolina 2g EV + gentamicina 240mg EV
HORA: 08:20

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



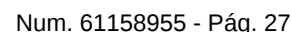
90046530009
Materiais Médicos
Costa, 125-C
A. Bispo
-los no

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

OBSERVAÇÕES: 08:00h. Recibo Paciente em CC, EGR. Con-
siente, orientado, colaborativo, em OA ambiente,
monitorizado c/ PNI + Ox. Pulso + UCG, normotenso,
normoárdico, normoventilatório, normoaléico, acionável,
normoformado, Tórax simétrico, abdome flácido
e plano, encontra-se c/ AUP. UFE, usou no Pul-
lão deicidas D+ lesão de UFE (fratura ou
grietas). Nega Dr. HAS, Dergias. colocado no mex
princípio em posição dorsal. Realizado limpeza
de UFE, dig. realizado anestesia raquí por via
B2 e - seguida realizado limpeza de UFE. ka-
do ~~hipoxia~~ degermante + SFO 91. em reg. externa
Pelo Dr. Gentil, usado fixador externo 350. Realiza-
do univiso c/ SFO 91 + gaze e vngam. Procedimento
no término, paciente limpo, trocado roupa e
encaminhado para o CRO após avaliação da anestesia.

Carlos Alexandre
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

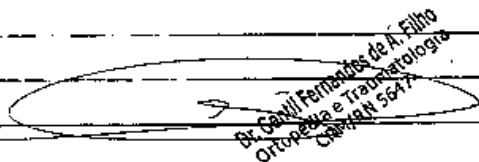
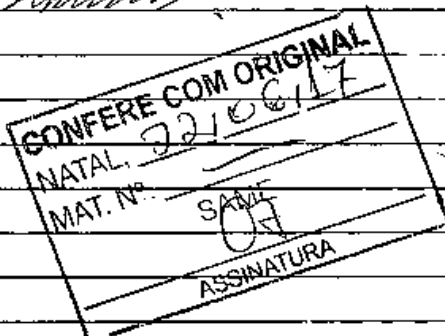
Nome: Ornela Sarinho Reg. N° _____
Diagnóstico pré-operatório: fratura exposta do fêmur direito
Indicação terapêutica: fixação cirúrgica Urgência () Eletiva ()

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) Realizada em duplo tempo 805 min.
- 2) Anestesia geral, intubação, oxigênio
- 3) Limpeza e lavagem
- 4) Fixação com placa e parafusos
- 5) Sutura



0408050624 (4) 5727
0702030406

[Handwritten signature]

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

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

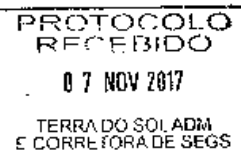
Este formulário, no âmbito hospitalar, destina-se à assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br



Data: 26/05/2017 09:09

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:

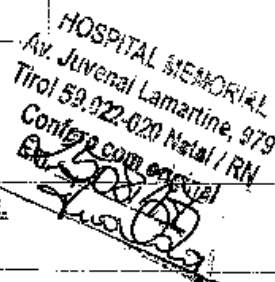
Termo de Responsabilidade

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 de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@uol.com.br

PROTOCOLO
RECEBIDO

07 NOV 2017

TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 26/05/2017 09:09

Dados do Paciente

Paciente: **DANILO SOARES BARBOSA**

Num. RG: **2997647**

CPF: **084.595.354-01**

Nascimento: **07/10/1991**

26 anos

Sexo: **Masculino**

Registro: **121595**

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. Cardiorespiratórios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinário e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirôl 59.022-020 Natal / RN
Cont. com original
Em: _____

MedicWare

Página 1 / 1





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@vefoxmail.com.br

PROTOCOLO
RECEBIDO

07 NOV 2017

TERRA DO SOLARIM
E CORRETORA DE SEGS

Data: 26/05/2017 09:09

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**

Nº: **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: **26/05/2017 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 aceito 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





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	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PROTOCOLO
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO	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	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

PROTOCOLO
RECEBIDO

07 NOV 2017

TERRA DO SOLADIM
E CORRETORA DE SEGS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	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)	32 - () ACIDENTE DE TRANSITO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO	40 -	41 - CID PRINCIPAL
42 - CID SECUNDÁRIO	43 - ()	44 - GRAVE

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	46 - DT AUTORIZ.	47 - CNS / CPF	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
49 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	50 - DT AUTORIZ.	51 -	52 -
53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	55 -	56 -

Issão: Ocorrer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde a luz dos valores éticos e humanitários.

Número AIH: 241710038778-0

Código Solicitação: 201474746

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

Operador
Operador
Operador
Operador

01987736419MARILENE
55999751420PAULO
PATRIC
PATRIC

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

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) 3479-2231 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:
PARELHAS - RN

Raça:
BRANCA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:
LUIZ AVEZEDO DE SOUZA

Bairro:
SÃO SEBASTIÃO

Município de Residência:
PARELHAS

Complemento:

CEP:
59360-000

UF:
RN

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 CIRURGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)

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

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
Conferir com original
Em, ____/____/____

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

1/2

isregiionordeste.saude.gov.br/cgi-bin/index

INTERNAR PACIENTE

Código Solicitação: 201474746

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 Prevista de Alta

CNES:
2653923
CNES:
2408252
Município Executante
NATAL

NATAL
25.05.2017 -
17:17:23
25/05/2017 -
18:25:20
27.05.2017
03.06.2017

Operador 01987736419MARILENE
Operador 55999751420PAULO

DADOS DO PACIENTE

CNS:
708407754888463
Nome do Paciente
DANILLO SOARES BARROSA
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) 3479-2231 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/ Apelido:

Naturalidade:
PARELHAS - RN

Raça:
BRANCA
Tipo Sanguíneo:

Logradouro: Complemento:
LUIZ AZEVEDO DE SOUZA
Bairro: CEP:
SÃO SEBASTIÃO 59360-000
Município de Residência: UF:
PARELHAS RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:
03797510462
Diagnóstico Inicial - CID:
S721 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FÊMUR
Caráter
11 - Urgência
Clínica:
ESPEC - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR
(METÁFISE DISTAL)

Nome do Médico Solicitante: Status da Solicitação:
GENTIL FERNANDES DE ARAUJO FILHO 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

26/05/2017 08:22



BLOCO CIRÚRGICO BOLETIM DE SALA



Reg **121595** NOME **Daniela Soares Barbosa** APTO: **2156**

Cirurgia Realizada: **RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO** MIN: **HS:** **TERMINO:** **CRM:** **CIRURGIA:** **Pequena**

DATA: **29/03/17** INICIO: **HS:** **CIC/MF:** **CRM:** **CIRURGIA:** **Média**

EQUIPE: **Dr. EDUARDO LOPES** **2156**

Cirurgião: **Dr. EDUARDO LOPES** Anestesiologista: **Dr. Rodrigo Cabral**

1 Auxiliar: **João Moura** Instrumentador: **João Moura** CPF: **023.770.794-22 CPM 8321**

Ato: **1. Paciente em decúbito dorsal na mesa ortopédica 2. Assepsia e antissepsia 3. Campos operatórios 4. Retirada de fixador externo 5. Curativo 6. Tala coxo podálico.**

COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
MEDICAMENTOS				FIOS				DESCARTÁVEL			
028956	Água Bactericida 100ml	AMP	03	050320	Vicryl 4-0 (Violeta)	ENV		065184	Malha Tubular 12cm	ROL	
000326	Água Bactericida 10ml	AMP		050377	Vicryl 5-0 (Amarelo)	ENV		060188	Malha Tubular 15cm	ROL	
028958	Água Bactericida 20ml	AMP		050725	Vicryl 6-0	ENV		062763	Máscara Descartável	UND	
000357	Cloxacilina 1g	AMP		050313	Vicryl 7-0	ENV		060930	Polifix 2 vias	UND	
000036	Decadron 4mg Inj.	AMP						064734	Povidone Iodine 10% / ml	ML	
000713	Glicose 25% 10ml Inj.	AMP						064787	Povidone Iodine 10% / ml	ML	
004283	Glicose 50% 10ml Inj.	AMP						065587	Sabão Líquido	UND	
004703	Hipoclorito 50%	FRS						060733	Sapatilha Descartável	UND	
006049	Inoxal Portada 1/4	COM						062223	Seringa Desc. 01cc c/ Agulha	UND	
015111	Ketofin Neutro 1g	AMP						062443	Seringa Desc. 03cc c/ Agulha	UND	
008667	Navalgine 2ml Inj.	AMP						062475	Seringa Desc. 05cc c/ Agulha	UND	
007493	Profenid 100mg Inj.	FRS						053209	Seringa Desc. 10cc c/ Agulha	UND	
008829	Solução Ringer c/ Lactato	FRS						063188	Seringa Desc. 20cc c/ Agulha	UND	
008449	Solução Ringer 5ml/amp	FRS						063120	Sonda Uretral 10	UND	
028125	Soro Fisiológico 100ml	FRS	02	061920	Abdominal T Plus Nº 14	UND		063144	Sonda Uretral 12	UND	
008718	Soro Fisiológico 5% 500ml	FRS		061918	Abdominal T Plus Nº 15	UND		063151	Sonda Uretral 14	UND	
008740	Soro Fisiológico 5% off 500	FRS		061925	Abdominal T Plus Nº 18	UND		063169	Sonda Uretral 16	UND	
008995	Xylocaine 2% c/v	TB		061932	Abdominal T Plus Nº 20	UND		063183	Sonda Uretral 18	UND	
009292	Xylocaine 2% c/v	AMP	40	060982	Agulha Descartável 13 x 4 1/2	UND		060550	Sonda Uretral 20	UND	
010026	Xylocaine Gel 2%	BSG		060392	Agulha Descartável 25 x 7	UND		bolsa de drenagem c/ tubo c/ cateter nasal			
				060418	Agulha Descartável 40 x 12	UND					
				060575	Alcova Jato	ML					
			060582	Alcova Crepon 10cm	ROL						
				060590	Alcova Crepon 12cm	ROL					
				060590	Alcova Crepon 15cm	ROL					
				060598	Alcova Crepon 20cm	ROL					
				060701	Alcova Gessada 10cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 15cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 20cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 25cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 30cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 35cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 40cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 45cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 50cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 55cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 60cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 65cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 70cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 75cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 80cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 85cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 90cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 95cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 100cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 105cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 110cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 115cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 120cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 125cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 130cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 135cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 140cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 145cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 150cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 155cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 160cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 165cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 170cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 175cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 180cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 185cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 190cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 195cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 200cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 205cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 210cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 215cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 220cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 225cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 230cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 235cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 240cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 245cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 250cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 255cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 260cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 265cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 270cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 275cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 280cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 285cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 290cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 295cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 300cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 305cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 310cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 315cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 320cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 325cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 330cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 335cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 340cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 345cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 350cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 355cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 360cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 365cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 370cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 375cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 380cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 385cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 390cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 395cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 400cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 405cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 410cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 415cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 420cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 425cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 430cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 435cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 440cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 445cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 450cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 455cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 460cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 465cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 470cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 475cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 480cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 485cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 490cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 495cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 500cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 505cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 510cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 515cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 520cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 525cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 530cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 535cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 540cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 545cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 550cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 555cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 560cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 565cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 570cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 575cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 580cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 585cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 590cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 595cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 600cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 605cm	ROL					
				060705	Alcova Gessada 610cm	ROL					
				0607							

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 quadril. Refere dor intensa.

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 9791
Fone 39.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em: / /

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

CRM

DATA

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR

CRM

DATA





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

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 1852096 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 O² 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** Joias: **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 Barbosa 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 INTERCORRENCIA. SEGUE ATÉ O LEITO ACOMPANHADO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM DO POSTO.

Assinatura Responsável

Maria Elizabete Barbosa Pereira

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





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Data: 12/06/2017 14:35

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 APOS O ATO CIRURGICO

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.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 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, ____/____/____





GOVERNO DO ESTADO RJ
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 <i>Hosp. Inf. Geriátrico de Iloilo</i>	2 - CNES <i>3408252</i>
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE <i>Hosp. Inf. Geriátrico de Iloilo</i>	4 - CNES <i>3408252</i>

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>Ronildo Soares Barbosa</i>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL/SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO 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 <i>Delírio agudo e histeria perniciosa com insônia aguda.</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>T.O. aguda</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Exame de urina: AB/R</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Delírio agudo</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL <i>F06.0</i>	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - LEITO/CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Dr. Fernando L. L.</i>
25 - CÓD. DO PROCEDIMENTO			29 - DT. SOLICITAÇÃO <i>06/10/2020</i>
			30 - CNS / CPE <i>302.00.0000</i>
			31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO 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 -	
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
40 - () CID 10 PRINCIPAL		41 - DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
42 - () CID 10 SECUNDÁRIO		43 - () GRAVE 44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA	

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIIH) <i>59.00.0000</i>
47 - DT. AUT. <i>/ /</i>	51 - DT. AUT. <i>/ /</i>	
48 - CNS / CPE		
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	



11/07/2017

SISREG III - Ambiente de Produção

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) 3479-2231 *(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

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

1/2

/sisreg/linh@este.saude.gov.br/cgi-bin/index

Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 06/10/2020 15:11:18

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010061511176000000058671287

Número do documento: 2010061511176000000058671287

Num. 61158955 - Pág. 41



Número do documento: 2010061511176000000058671287

RELATÓRIO ANESTESIA

I.S.D.A.

PRÉ-ANESTÉSICO:

DROGAS:

TÉCNICA ANESTÉSICA:

RAQUI-L3L4 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		
028956	Água Bidecloride	AMP		007527	Piselli 10mg	AMP					
000942	Atropina 2%	AMP		007558	Prosigmine	AMP					
002050	Cloreto de Potássio	AMP		005292	Ketalar	AMP					
001460	Cloreto de Sódio	AMP		003353	Quelicim 100mg	AMP					
016920	Damof 2mg	AMP	21	003040	Quelicim 500mg	AMP					
002115	Diplozan	AMP		003643	Rapifem	AMP					
002953	Dolamina	AMP		000974	Scovrane	ML					
003060	Dormonal 15mg	AMP		008449	Sol. Ringier Simples	FRS					
017075	Dormonal 5mg	AMP	01	028125	Sol. Fisilogica	FRS					
003077	Efedra	AMP		008740	Sol. Glicosado	FRS					
003511	Fenatimil 2mg	AMP		008829	Sol. Ringier Ictado	FRS					
003780	Fenone	ML		001002	Thionembica	FRS					
017236	Helgland	ML		003013	Tecnum	AMP					
004695	Hidromidol	AMP		002727	Valium	AMP					
002887	Inoval	AMP		001475	Xilocaina 1%	AMP					
010586	Lidexar	AMP		009895	Xilocaina 2% g/A	AMP					
005887	Marcalina 0.5 g/A	AMP		018026	Xilocaina 2% c/A	AMP					
005884	Marcalina 0.5 g/A	AMP		010033	Xilocaina Pesada	AMP					
010585	Marcalina Pesada	AMP	013p								

Interocorrências

KEFA 60L y 22

DESCRIÇÃO

Oxímetro

Cardioscópio

Capnógrafo

DESCRIÇÃO

Oxigênio Líquido

Protóxido Líquido

QUANTIDADE

ANOTAÇÕES

ASA II, Colmar I, B20
SAE 1A RPA com
AUMENTE = 9

INÍCIO ANESTESIA:

INÍCIO CIRURGIA:

DATA:

FINAL CIRURGIA:

FINAL ANESTESIA:

ANESTESIOLOGISTA:

CRM:

Dr. Maxwell Melo

Membro do Conselho Brasileiro de Anestesiologia
CNPq 3000 - TEA 024-11502
CPF: 000.002.104-00





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente:

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

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 CIRÚRGICO DE FRATURA DE FEMUR, CONSCIENTE E ORIENTADO, EM O² AMBIENTE EM JEJUM, SIC DO MESMO NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA+DM+HAS, PUCIONADO COM JELCO N° VIAB, SF0,9% E SEQUE 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 Barbosa 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 LIMP E OCLUSIVA, DIURESE ESPONTANEA, PRECISA REALIZAR RX DE CONTROLE PÓS - OPERATÓRIO, SEM INTECORRENCIA, SEQUE ATÉ O LEITO, ACOMPANHADO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM DO POSTO.

Assinatura Responsável

Maria Elizabete Barbosa Pereira

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





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Data: 29/05/2017 18:26

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: OCLUSIVO+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 SEQUE 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** Idade: **25 anos**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: **121595** Prontuário:
Unidade: **POSTO I**
Leito: **ENFERMARIA 110-A**
Admissão: **26/05/17 08:58** 0 dia(s) de internação
Diag.: **S724 - Fratura da extremidade distal do fêmur**

26/05/2017 19:01		Horários de Aplicação	2156
1)	DIETA LIVRE, Ao dia	(SND)	
2)	DICLOFENACO SÓDICO 50 MG COM (VOLTAREN) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	16:00; 00:00; 08:00 Xerap	
3)	METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (PLASIL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, A critério médico.	(SN)	
4)	TRAMADOL CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, A critério médico.	(SN)	
5)	RIVAROXABANA 10MG COM (XARELTO) Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia. suspender 1 dia antes da cirurgia	20:00 Xerap	
6)	DIPIRONA 500MG/ML 40 GOTAS (DOSE) 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)	

Eduardo

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 579
Tiro 50 022-020 Natal / RN
Confere 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: **26/05/17 08:58** 0 dia(s) de internação
Diag.: **S724 - Fratura da extremidade distal do fêmur**

26/05/2017 12:59		Horários de Aplicação	2156
1)	DIETA LIVRE, Ao dia	(SND)	
2)	DICLOFENACO SÓDICO 50 MG COM (VOLTAREN) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	16:00 00:00 08:00	
3)	METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (PLASIL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, A critério médico.	(SN)	
4)	TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, A critério médico.	(SN)	
5)	RIVAROXABANA 10MG COM (XARELTO) Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia. suspender 1 dia antes da cirurgia	20:00	
6)	DIPIRONA 500MG/ML 40 GOTAS (DOSE) Uso: 1 flaconete, via oral, 06 em 06 horas A 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 19:06

	Horários de Aplicação	2156
1) DIETA LIVRE, Ao dia	(SN)	
2) DICLOFENACO SÓDICO 50 MG COM (VOLTAREN) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	(SN)	08:00, 16:00, 20:00
3) METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (PLASIL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, A critério médico.	(SN)	
4) TRAMACOL, CLORIDRATO 100MG INJ, (TRAMAL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, A critério médico.	(SN)	
5) RIVAROXABANA 10MG COM (XARELTO) Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia. suspender 1 dia antes da cirurgia	(SN)	
6) DIFIRONA 500MG/ML 40 GOTAS (DOSE) Uso: 1 flaconete, via oral, 06 em 06 horas A critério médico.	(SN)	
7) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), Três vezes ao dia	(SN)	

Eduardo

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvencal Lamartina, 979
Tiroi 69.022-020 Natal / RN
Confira 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) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	00:00, 08:00, 16:00 <i>[assinatura]</i>	
3) METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (PLASIL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, A critério médico.	(SN)	
4) TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, A critério médico.	(SN)	
5) RIVAROXABANA 10MG COM (XARELTO) Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia. suspender 1 dia antes da cirurgia	20:00 <i>[assinatura]</i>	
6) DAPIRONA 500MG/ML 40 GOTAS (DOSE) 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)	

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 9791
Tirof 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

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

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2158

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tírol 59.922-920 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 Uso: 01 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	00:00,	08:00,	16:00	
3) CEFAZOLINA SODICA 1G (KEFAZOL) Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	00:00,	08:00,	16:00	
4) TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG 1NJ (TRAMAL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%	00:00,	08:00,	16:00	
5) RANITIDINA 150MG COM (ANTAK) Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	06:00,	18:00		
6) DIFIRONA 500MG/2ML 1NJ (NOVALGINA) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD	00:00 18:00	06:00,	12:00,	
7) METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (PLASIL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.	(S/N)			
8) RIVAROXABANA 10MG COM (XARELTO) 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 Lamartine, 879
Trot 53.622-020 Natal / RN
Confere 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

Horários de Aplicação

(S/N)

00:00

08:00

16:00

00:00

08:00

16:00

00:00

08:00

16:00

06:00

08:00

16:00

00:00

06:00

12:00

(S/N)

06:00

(M)

(S/N)

- 1) DIETA LIVRE, Ao dia
- 2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500ML
Uso: 01 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.
- 3) CEFAZOLINA SÓDICA 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 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 (SVR), Se necessário

Eduardo

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156

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

Página: 1 / 1

Pixeon - 30/05/2017 13:53 (U398/ASSIST.754) / (DWO:69)





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **DANILO SOARES BARBOSA**

Idade: **25 anos**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Rég.: **121595**

Prontuário: **-**

Unidade: **POSTO 1**

Leito: **ENFERMARIA 110-A**

Admissão: **30/05/17 12:30**

1 dia(s) de internação

Diag.: **M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais r**

31/05/2017 19:00	Horários de Aplicação	2156
1) DIETA LIVRE, Ao dia	(SND)	
2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500ML Uso: 01 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	00:00, 08:00, 16:00	
3) CEFAZOLINA SODICA 1G (KEFAZOL)	00:00, 08:00, 16:00	
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.		
4) TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL)	00:00, 08:00, 16:00	
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%		
5) RANITIDINA 150MG COM (ANTAK)	00:00, 08:00, 16:00	
Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.		
6) DIFPIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA)	00:00, 08:00, 16:00	
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD		
7) METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (PLASIL)	(S/N)	
Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.		
8) RIVAROXABANA 10MG COM (XARELTO)	06:00	
Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.		
9) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 08 em 08 horas	IM T N	
10) CURATIVO, Ao dia	(M)	
11) SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário	(S/N)	

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tírol 59.022-020 Natal / RN
Confere 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, 879
Tírol 59.922-020 Natal / RN
Confere com original
Em, ____/____/____





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

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

☒ Responsivo

☐ Inconsciente

☐ Sonolento

☒ Corado

☐ Cianótico

☐ Hipocorado

☒ Acianótico

Respiração

Observações:

☒ O2 Ambiente

Máscara de Venturi

Higiene

Observações:

☒ Com Auxílio

☐ Sem Auxílio

Deambulação

☐ Com Auxílio

☐ Sem Auxílio

☐ Restrito ao leito

Observações:

SINAIS VITAIS

Pressão Arterial: **120X70**

Pulso: **79**

Temperatura: **36,0**

Respiração: **20**

ANAMNESE

Doenças Clínicas

NEGA

Uso de Medicações

NEGA

Alergias Medicamentosas

NEGA

Integridade da Pele

NEGA

ACESSO VENOSO

Tipo:

Hiperemia

Dor

Edema

Temperatura:

Local:

Tempo:

DIETA

Tipo: ☒ Oral

☐ Sonda Nasogástrica

☐ Sonda Nadoenteral

☒ 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, ____/____/____

Assinado eletronicamente por: Bruna Thais Oliveira Cortez

26/05/2017 10:00:00

OUT - 1195439

BRUNA THAIS OLIVEIRA CORTEZ





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

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		
Corado	Respiração		
	O2 Ambiente		
Aclanótico	Deambulação		
	Restrito ao leito		
Eliminac. Vesicais: PRESENTE	Eliminac. Intestinais:		
SINAIS VITAIS	Pres. Arterial: 120 X 80	Pulso: 72	Temperatura: 36 °C Respiração: 19
ACESSO VENOSO	DIETA		
	Oral		
	Obs:		
	Aceita Total		
	QUEIXAS DO PACIENTE		

Observações Gerais:

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

26/05/2017 17:01:54

COREN - 1005134

ELIANE SANTOS RODRIGUES

OBSERVAÇÕES GERAIS

AS 16HS ADM. VOLTAREM 1 COMP. VO.

Eliane Santos Rodrigues

26/05/2017

COREN - 1005134

ELIANE SANTOS RODRIGUES

ESTADO GERAL	Higiene		
	Com auxílio		
Alerta	Respiração		
	O2 Ambiente		
Decúbito Dorsal	Deambulação		
	Restrito ao leito		
Corado	Eliminac. Intestinais: AUSENTE NO MOMENTO.		
Aclanótico	Eliminac. Vesicais: PRESENTE POR COLETO ABERTO		
SINAIS VITAIS	Pres. Arterial: 130 X 90	Pulso: 74	Temperatura: 36,2 °C Respiração: 18
ACESSO VENOSO	DIETA		
	Oral		
	Obs:		
	Aceita Total		
	QUEIXAS DO PACIENTE		

MEDICAÇÃO POR V.O.

Observações Gerais:

ASSUMO PLANTÃO COM PACIENTE JOVEM, EM PRÉ OPERATÓRIO DE FEMUR E TIBIA "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

MediWare

Página 1 / 1



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 06/10/2020 15:11:18

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010061511176000000058671287

Número do documento: 2010061511176000000058671287

Num. 61158955 - Pág. 56



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

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

Eliminac. Intestinais:

Eliminac. Vesicais: **PRESENTE**

SINAIS VITAIS

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

Pulso: **80**

Temperatura: **36,2** °C

Respiração: **20**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Acelta Total

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE

H.V.

Observações Gerais:

**PACIENTE EM PRE-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 15:07:48

COREN - 199689

VIVIANE NUNES DA SILVA

OBSERVAÇÕES GERAIS

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

27/05/2017

COREN - 199689

VIVIANE NUNES DA SILVA

ESTADO GERAL

Corado

Acianótico

Higiene

Com auxílio

Respiração

O2 Ambiente

Deambulação

Restrito ao leito

Eliminac. Intestinais:

Eliminac. 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 PRE 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 - 619233

LARISSA REGINA RODRIGUES FERREIRA DA SILVA

Montado por: Nare

Página 1 / 1



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 06/10/2020 15:11:18

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010061511176000000058671287

Número do documento: 2010061511176000000058671287

Num. 61158955 - Pág. 57



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228

hmemorial@veloxmail.com.br

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 auxilio

Respiração
O2 Ambiente

Deambulação

Com auxilio

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

Obs:

Aceita Total

QUEIXAS DO PACIENTE
SEM QUEIXAS

Observações Gerais:

PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADO EM 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

26/05/2017
OUT - 1195439

BRUNA THAIS OLIVEIRA CORTEZ





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

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
Deambulação
Restrito ao leito

Corado

Acianótico

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

Eliminac. 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
Obs:

Aceita Total

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

Decúbito Dorsal

Hipocrorado

Acianótico

Higiene
Com auxílio
Respiração
O2 Ambiente
Deambulação
Restrito ao leito

Eliminac. Vesicais: **PPRESENTE**

Eliminac. 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
Obs:

Aceita Total

QUEIXAS DO PACIENTE
SEGUE SEM QUEIXAS

Observações Gerais:

PACIENTE EM PRE- OPERATÓRIO 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





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

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

Higiene

Com auxílio

Respiração

O2 Ambiente

Deambulação

Restrito ao leito

Eliminação Intestinal:

Eliminação Vesical: PRESENTE

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: 110 X 80

Pulso: 98

Temperatura: 36,1

°C Respiração: 20

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

QUEIXAS DO PACIENTE

MED. V.O. E S.N.

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 09:33:37

COREN - 199689

VIVIANE NUNES DA SILVA

OBSERVAÇÕES GERAIS

PACIENTE FUNCIONADO 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 - 830898

JOSEANE GOMES DE FREITAS





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

REGISTRO DIÁRIO 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**

ESTADO GERAL

Higiene

Com auxílio

Respiração

O2 Ambiente

Corado

Deambulação

Acianótico

Com auxílio

Eliminac. Vesicais:

Eliminac. Intestinais:

SINAIS VITAIS

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

Pulso: **75**

Temperatura: **36**

°C Respiração: **19**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Obs:

Aceita Total

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. SEQUE
AOS CUIDADOS DA EQUIPE**

30/05/2017 03:41:15

COREN - 331991

ALEXSANDRO FERNANDES DE SOUSA

OBSERVAÇÕES GERAIS

**AS 24:00 FOI ADM. TRAMADOL INJ. SFO 9% 100 ML SERINGA 5 ML + CEFALAZOLINA 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**

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
Confere com original
Em, ____/____/____

30/05/2017

COREN - 331991

ALEXSANDRO FERNANDES DE SOUSA

30/05/2017

COREN - 331991

ALEXSANDRO FERNANDES DE SOUSA





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **DANILO SOARES BARBOSA**

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

Nascimento: **07/10/1994 - 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 POS DE FRATURA DE FÊMUR, NA HV, COM MEDICAÇÃO DE
HORÁRIO COMUNICADO A NUTRIÇÃO, AFERIDOS SINAIS VITAIS, SEGUE NO LEITO AOS
CUIDADOS DA EQUIPE

30/05/2017
COREN - 1005134

ELIANE SANTOS RODRIGUES

ESTADO GERAL

Alerta

Decúbito Dorsal

Corado

Acianótico

Higiene

Com auxílio

Respiração

O2 Ambiente

Deambulação

Restrito ao leito

Eliminac. Intestinais: AUSENTE

Eliminac. Vesicais: PRESENTE

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: 130 X 70

Pulso: 80

Temperatura: 36

*C Respiração: 20

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Acelta Total

QUEIXAS DO PACIENTE

SEM QUEIXAS

AVP

Obs:

Observações Gerais:

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

30/05/2017 14:39:45

COREN - 670726

THAZIA JANIELE DOS SANTOS 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

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

Higiene
Com auxílio

DA ENFERMAGEM

Decúbido Dorsal

Respiração
O2 Ambiente

Corado

Deambulação

Apagnotico

Com auxílio

DA EQUIPE

Eliminaç. Vesicais: PRESENTE

Eliminaç. Intestinais: AUSENTE

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: 110 X 70

Pulso: 77

Temperatura: 36,4 °C

Respiração: 22

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Total

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:

PACIENTE EM POS-OPERATORIO DE FRATURA DE FEMUR CONSCIENTE E ORIENTADO
VERIFICADOS SINAIS VITAIS FOI ADMINISTRADO AS MEDICAÇÕES DO HORARIO COM
CRÍTICA DE SÍMPTOMAS 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





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

REGISTRO DIÁRIO DE ENFERMAGEM

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
Com auxílio

Eliminac. Intestinais: **PRESENTE**

Eliminac. Vesicais: **PRESENTE**

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **120** X **70**

Pulso: **78**

Temperatura: **36,6** °C

Respiração: **21**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Total

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:

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

31/05/2017 10:56:37

La...ona Alves de Almeida

COREN - 619234

LAURIANA ALVES DO NASCIMENTO

OBSERVAÇÕES GERAIS

12H PACIENTE APRESENTANDO RETENÇÃO URINÁRIA, COLOCADO COMPRESSA GELADA, SEM
SUCESSO: PASSADO SONDA VESICAL DE ALVIO, Nº 12, COM TÉCNICA ASSEPTICA.
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 - 199689

VIVIANE NUNES DA SILVA



REGISTRO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

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**

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**

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **110 X 70**

Pulso: **79**

Temperatura: **36**

°C Respiração: **19**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Obs:

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

QUEIXAS DO PACIENTE

Aceita Total

Observações Gerais:

PACIENTE EM POS 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

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 59.022-820 Natal / RN
Confere com original
Em, _____

01/06/2017
OUT - 1195438
BRUNA THAIS OLIVEIRA CORTEZ





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

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

HAZIA

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 DÍPIRONA DE 2ML+8ML DE ABD, VE.

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

01/05/2017

OUT - 1195439

BRUNA THAIS OLIVEIRA CORTEZ

ESTADO GERAL

Alerta

Decúbito Dorsal

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

Obs:

Aceita Total

QUEIXAS DO PACIENTE

SEM QUEIXAS

Observações Gerais:

PCT EM POS 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

Tirôl 59.022-020 Natal / RN

Confira com original

Em,

01/05/2017 14:48:25

COREN - 670726

JESSICA GOMES DA SILVA

MediWare

Página 1 / 1

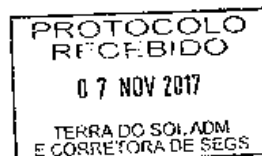


Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 06/10/2020 15:11:18

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010061511176000000058671287>

Número do documento: 2010061511176000000058671287

Num. 61158955 - Pág. 66



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**

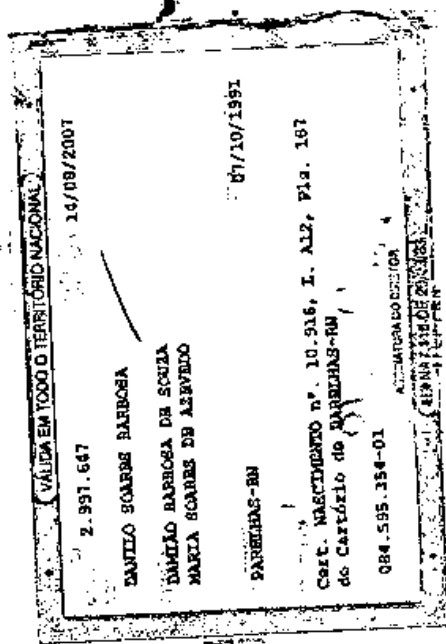


Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

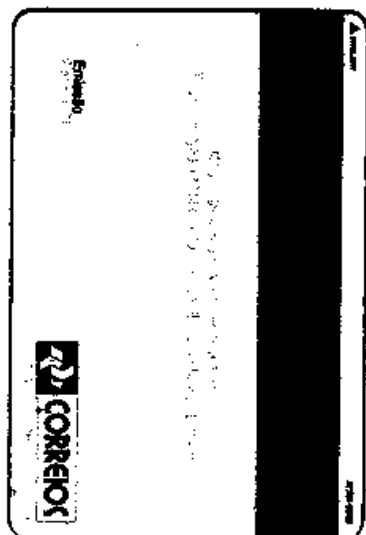
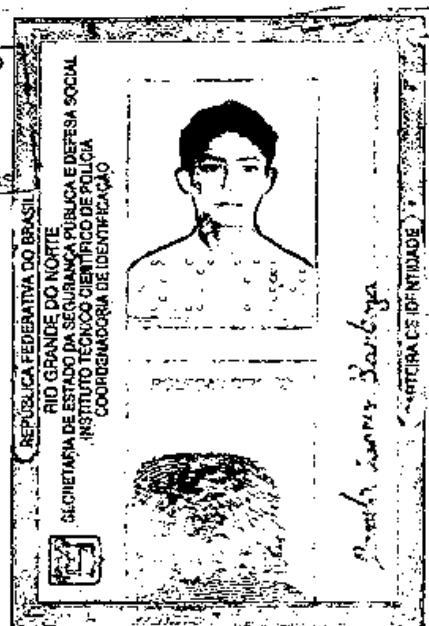
(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

26/10/2017 09:36

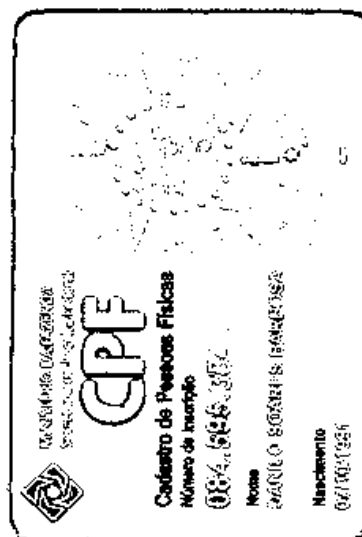


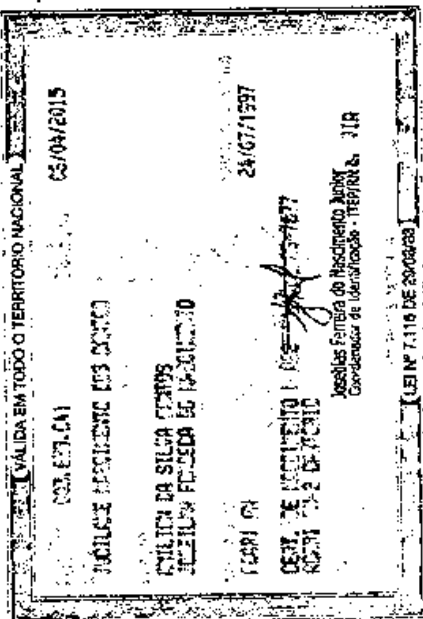


PROTOCOLO
RECEBIDO
07 NOV 2017
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

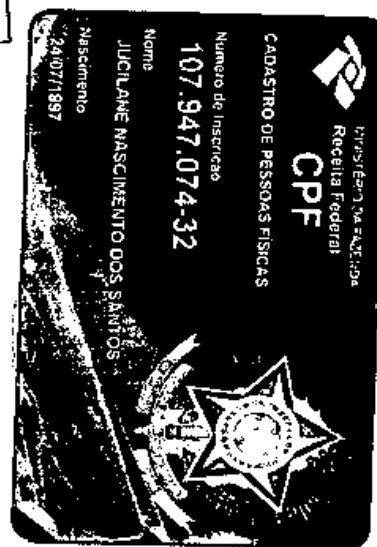
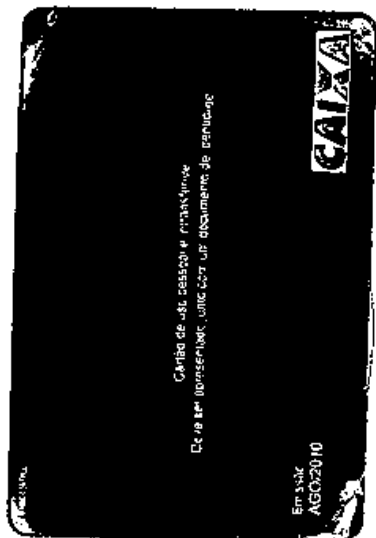
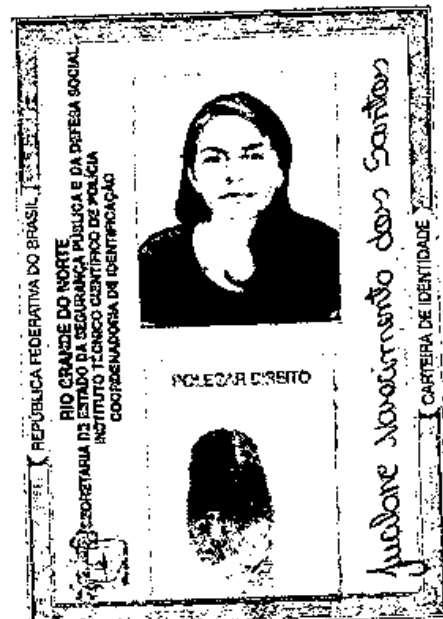


vítima





Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA 2 CÔD. RENAVAM 0018187222 R.N.T.C. ***** EXERCÍCIO 2014

NOME LUIZ CARLOS NUNES

CPF/CNPJ 083.289.994-12 PLACA K6K5638

PLACA ANT. (UF) K6K5638/PR CHASSI 9BD14600CR5155296

ESPECÍFICO RABACQUEIRO/AUTOMÓVEL/VEÍCULO APLICÁVEL COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA/MODELO FIAT/UNO MILE ELECTRONIC ANO FAB. 1995 ANO MOD. 1994

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

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

FAKTA/PVA. PARCELAMENTO/COTAS 2º ISENTO

103-614 3X R\$ 73.66 3º ISENTO

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

OBSERVAÇÕES

MOTOR: 3875786

EQUADOR/RN DATA 20/08/2014

Marcelo Brito da Mota - Diretor
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
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2014 DATA EMISSÃO 20/08/2014

VIA I CPF/CNPJ 083.289.994-12 PLACA K6K5638

RENAVAM 0018187222 MARCA/MODELO FIAT/UNO MILE ELECTRONIC

ANO FAB. 1995 CALIBRE 1 Nº CHASSI 9BD14600CR5155296

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

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

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.243.608/0001-04
www.seguradorelider.com.br

OUT



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



Procuração



PROTÓCOLO
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: 2997647 CPF: 084.595.354-01
Endereço: POVOADO RAJADA, ZONA RURAL DE CARNAUBAS DANTAS/RN

OUTORGADO:

Nome: TUCILANE NASCIMENTO DOS SANTOS
Nacionalidade: BRASILEIRA Estado civil: UNIÃO ESTÁVEL
Profissão: DO LAR
Identidade: 003.639.641 CPF: 107.947.074-32
Endereço: POVOADO RAJADA, ZONA RURAL DE CARNAUBAS DANTAS/RN

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

Parelhas RN 28/08/17
LOCAL E DATA:

DESA DEBIDO
DE NOTAS

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
Vitima: 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, 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, 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

Pag. 01457/01458 - carta_01



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** 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

Pag. 01297/01298 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 11998882



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.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00525/00526 - carta_25 - INVALIDEZ



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.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01837/01838 - carta_25 - INVALIDEZ



00010919

