

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: 01/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02623-9

CONTA: 000000055163-5

Nr. da Autenticação B3730917BC37E0FE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200189020 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS **Data do acidente:** 20/04/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ESCAFOIDE ESQUERDO, EVOLUINDO COM PSEUDOARTROSE. P4/6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P14
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, PÁGINA 26, PELO DR. TIAGO ANDRADE RODRIGUES, CRM: 6224.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200189020

Vítima: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

Data do Acidente: 20/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIONE DE FREITAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000002623-9

Conta: 0000055163-5

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 083107104-45 4 - Nome completo da vítima: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS 6 - CPF: 083107104-45
7 - Profissão: GARÇON 8 - Endereço: RUA SANTA EULALIA 9 - Número: 11 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: Pajuçara 12 - Cidade: NATAL 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.123-290
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (84) 98833-6586

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 2623 9 CONTA: 55163 5 (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: NATAL RN 22.05.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.
A aceitação deste documento está condicionada à verificação de sua autenticidade pela Internet na área de acompanhamento e consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defesasocial.rn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL

Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001015032

1.2 Data de Expedição: 04/05/2020 10:17:59

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 20/04/2019 19:07:00

2.3 Número: S/N

2.5 Complemento:

2.7 Bairro: TIROL

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Logradouro: AV SALGADO FILHO

2.4 CEP:

2.6 Ponto de Referência: EM FRENTE AO WALFREDO GURGEL

2.8 Cidade: NATAL

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

3.3 Etnia: NEGRO

3.5 Mãe: MARIA ODETE CARLOS DOS SANTOS

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 08310710445

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão:

3.15 Telefone(s): 84 987993534

3.17 Número: 11

3.19 Bairro: PAJUÇARA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai:

3.6 Data de Nascimento: 18/06/1987

3.8 RG: Não informado

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: RUI BARBOSA/RN

3.14 E-Mail: CLEILTONCHAGASG@GMAIL.COM

3.16 Logradouro: RUA SANTA EULALIA

3.18 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

O DECLARANTE RELATA QUE PAROU NO SINAL NA AV SALGADO FILHO PROX AO MIDWAY, QUANDO UM CARRO BATEU NA TRASEIRA DA SUA MOTO HONDA/CG 125 I FAN, COR VERMELHA, GASOLINA, ANO/FAB 2018, ANO/MOD 2018, PLACA QGN3117, RENAVAM 01164606694, DE PROPRIEDADE FRANCISCO NILTON DE MOURA, FAZENDO A VÍTIMA CAIR. O ACUSADO SE EVADIU, NÃO CONSEGUINDO O DECLARANTE VER PLACA, COR E MODELO DO CARRO.

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

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

Comunicante: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

Data: 04/05/2020 15:15:12

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.



Atendimento: 1702742 - RUBENS PAES BEZERRA FILHO

Impresso por: WEB em 12/05/2020 09:54:09

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

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 ANTONIOME DE FREITAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.342.644 / 07 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CELILTON CHAGAS CARLOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 083107104 / 45 do sinistro de DPVAT cobertura INVALÍDEZ da Vítima CELILTON CHAGAS CARLOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 083107104 / 45, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: CNH, COM PROVANTE DE RESIDÊNCIA

☒ 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>RUA TRINHAO GUERILINDO SARAIVA</u>		Número <u>701</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>PAJUCARA</u>	Cidade <u>NATAL</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59.122.740</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(84) 99820-4547</u>

NATAL RN, 22 de MAIO de 2020

Local e Data

x Antoniome de Freitas

Assinatura do Declarante



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **20286 / 2019**

Admissão: **20/04/2019 19:07:35**

SAÍDA
EM **20/04/2019**

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: **123901 - CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS** (31 a 10 m 2 d)

Nascimento: 18/06/1987 Natural: RUY BARBOSA, BRASIL

CNS: 704104115273271 CPF: 08310710445

Mãe: MARIA ODETE CARLOS DOS SANTOS Pai:

Logradouro: SANTA EULALIA, 12

CEP: 59123290

Bairro: PAJUÇARA

Telefone: 84 .987993534

Prof:

Sexo: M Cor: PARDA

BOLETIM FATURADO

EM. **25/09/19**

Cidade: NATAL
Compl: (LOT N REPUBLICA)

Motivo: MOTO - QUEDA

Origem: SOZINHO

Tipo: NÃO REFERENCIADO

*Empresa

Fluxograma:

OBS:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO APOS ACIDENTE DE MOTO

Hora: **19:10**

DOCTE DO PUNHO QUEDA DE MOTO COM
TRAUMA DE MÃO E PUNHO (E). NESTA TCE OU
OUTRAS MANEIRAS

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A **NON**

B **NON**

C **NON**

D **DEFORMIDADE DE PUNHO E MÃO (E)**

E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

22/04/19

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

TRAUMA MÃO (E)

*Gerado via SX por CLAUDIA LUCIANA CAVALCANTI DE FRANCA. Impresso em 20 de Abril de 2019.

RAIOS-X

Realizado em **20/04/19** Hora: **19:10**

RAIOS-X

Realizado em **20/04/19** Hora: **19:19**

Realizado

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUITA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

O'Connell
 Patient to be treated & phlebotomy
 Hx. Coarctation
 de aorta.
 20 phlebotomies to
 phlebotomy
 for the
 O'Connell

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL
MAT. Nº 28/04/20
1520843
GAME
CF
ASSINATURA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Outros se abrem espontaneamente.	4
Outros se abrem só quando verbal. (Não confundir com o despertar de um paciente adormecido, se assim for marque 4, se não 3.)	3
Outros se abrem por estímulo doloroso	2
Outros não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Resposta coerente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, está, o tempo, a data e etc.)	5
Consciente (Resposta de perguntas coerentemente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras incoerentes (Fala aleatória, mas sem traço conversacional.)	3
Sons ininteligíveis. (Depende para articular palavras.)	2
Apático.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulos dolorosos.	5
Retirada inespecífica a dor.	4
Padrão flex à dor (Decorticação).	3
Padrão extensor à dor (Decorticação).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

**ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS		
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO	
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15	=4
	9-12	=3
	8-9	=2
	6-7	=1
	3	=0
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA	19-20	=4
	>20	=3
	8-9	=2
	1-5	=1
	0	=0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90	=4
	75-90	=3
	50-75	=2
	1-50	=1
	0	=0

^{***}Escala de Trauma Revisada (RT): Brieve índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.L. Copes, et al: A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 624, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE
(ATLS 2005)*

03 - 09-grave (necessidade de intervenção imediata);
09- 3= moderado;
14-15 leve

* Referência: TEASDALE G., JENNET B. Assessed of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet* 1974; 2:81-84

²² A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade de sua dor de acordo com as seguintes adjetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

Rua Coronel Joaquim Manuel, 654, Petrópolis, CEP 59.012-330 - NATAL/RN - Tel.: 3215-9857

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA ORTOPÉDICA

CARTÃO SUS: 704104215273271

Nº 01

NOME: Cleton Chagas Carlos Santos

RACIA COR:

SEXO: ☒ MASC ☐ FEM

D. NASC: 18/06/87 IDADE: 31 ESTADO CÍVIL:

ENDEREÇO: R. Santa Eulália 11

CEP: 59123290

BAIRRO: Pajuçara CIDADE: Natal

FONE: 987 99-3534

NOME DA MÃE: Maria Petelinda de Sá

RG: 002823584

CPF:

PROFISSÃO/ESCOLARIDADE:

DATA: 27/04/19 HORA: 07:20

DOENÇAS: ☐ HIPERTENSÃO; ☐ DIABETES; ☐ INSUF. RENAL; ☐ EPILEPSIA; ☐ ALZHEIMER

OUTRAS:

ALERGIA: ☐ AAS; ☐ DÍPIRONA; ☐ DICLOFENACO/AINE; OUTROS:

Aparentemente BEM	<input type="checkbox"/>	Consciente/Orientado	<input type="checkbox"/>	Inconsciente	<input type="checkbox"/>	Agitação	<input type="checkbox"/>
REGULAR	<input type="checkbox"/>	Aparentemente alcoolizado	<input type="checkbox"/>	Hemorragias	<input type="checkbox"/>	Traumatismo Craniano	<input type="checkbox"/>
GRAVE	<input type="checkbox"/>	Respira c/ dificuldade	<input type="checkbox"/>	Convulsão	<input type="checkbox"/>	Desmaio ou Vômito(s)	<input type="checkbox"/>
Politraumatizado	<input type="checkbox"/>	Atropelamento	<input type="checkbox"/>	Colisão	<input type="checkbox"/>	Queda	<input type="checkbox"/>

PA	FC	FR	TEMP	SPO2	HGT	PESO	DOR
							LEVE MODERADA INTENSA

OBSERVAÇÕES: AZUL VERDE AMARELO VERMELHO

Rita de Cassia F. Nunes
E. 01
COREN/RN 249.131
RUA LUIZ GOMES DE OLIVEIRA, 100 - CENTRO

Paciente em punho @ na orelha. História de fratura do quadril há mais de 10 anos, não trata e assintomática.

EXAME FÍSICO: Sem edema ou limitação do punho

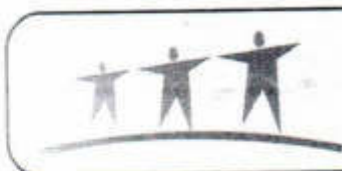
HOSPITAL MUNICIPAL DE NATAL
Rua Coronel Joaquim Manuel, 654
Petrópolis - Natal/RN - CEP 59.012-330
TEL: 3215-9857
CNPJ 04.518.573/0001-70
CRES: 3708926

MM x punho @: AP P

José de M. Costa Neto
Ortopedia - Traumatologia
CRM 6718

CONFIRMAR COM O ORIGINAL

Presença de dor no quadril



PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel
Prontoclínica da criança Ltda.

PLANTÃO 24 HORAS

EXAMES DE LABORATÓRIO
EXAMES DE IMAGEM
EXAMES DE ANÁLISES
EXAMES DE RADIOLOGIA
EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA

Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordeste Ponta Negra) - Natal/RN

A JES

Encontro o paciente com
cravos locais entre um fratura
unilateral (pseudotumor) do escápulo
esquerdo, com necessidade de
avaliação com ortopedista especiali-
zado em cirurgia de mão.
Solicito atendimento e um periti-
vica para ser com Dr. Nélio
Dênego.

Frederico de O. Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 7514

Natal,

15/5/2019



Cirurgia da Mão de Natal

CIMAN

DR. HÉLIO RUBENS POLIDO GARCIA – CRM 5500
CIRURGIA DA MÃO - MICROCIRURGIA - ARTROSCOPIA

RELATÓRIO MÉDICO

Nome: Cleilton C C Santos

Diagnóstico: Pseudoartrose do escafoide E

Prognóstico: Moderado. Ainda com dor e limitação. Deve seguir em reabilitação. Em programação cirúrgica para 23.07.2019

Recomendação: Deve afastar-se de suas atividades por 4 (quatro) meses, a critério do perito

CID: S62/ Z98.8

12.06.19

Dr Hélio R P Garcia
CRM 5500

Dr Hélio R. Polido Garcia
Cirurgia da Mão
Microcirurgia
CRM 5500

Dr Hélio Rubens Polido Garcia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM 5500

C.N.P.J.: 02.561.150/0001-08
Av. Lima e Silva, 1337 - Lagoa Nova - Natal
Fone: (84) 4009-8100 - www.traumacenter.com.br



Hélio Polido

Cirurgia da Mão e Microcirurgia
Artroscopia de punho e cotovelo

P/ CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

LAUDO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente de nome acima apresenta pseudoartrose instável do escafóide E, com dor e sinais de degeneração. Está em programação cirúrgica para 05.02.2020. Deve afastar-se de suas atividades por 4 (quatro) meses, a critério do perito

CID - 10: - M84

Dr. Hélio R. Polido Garcia
Cirurgia da Mão
Microcirurgia
CRM - 5500

Natal, 07/01/2020

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA - 5500

Ortopedia & Traumatologia


Trauma Center

Av. Lima e Silva, 1337
Lagoa Nova - Natal/RN

✉ drheliopolido@gmail.com
📱 drheliopolido

☎ (84) 4009.8100
📞 99983.0043



Cirurgia da Mão de Natal

CIMAN

DR. HÉLIO RUBENS POLIDO GARCIA – CRM 5500
CIRURGIA DA MÃO • MICROCIRURGIA • ARTROSCOPIA

RELATÓRIO MÉDICO

Nome: Cleilton C Carlos Santos

Diagnóstico: Pop pseduoartrose do escafóide E em 05.02.2020

Prognóstico: Moderado. Ainda com dor e limitação. Segue em acompanhamento.

Recomendação: Deve afastar-se de suas atividades de carga por 4 (quatro) meses, a critério do perito.

CID: M84 / Z98.8

20.02.2020


Dr Hélio R P Garcia
CRM 5500

Dr Hélio Rubens Polido Garcia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM 5500


Dr. Hélio R. Polido Garcia
Cirurgia de Mão
Microcirurgia
CRM - 5500

LAUDO MÉDICO PARA INTERNAÇÃO CIRÚRGICA

Estabelecimento Solicitante	CNES
Estabelecimento Executante	CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: <u>CRUZES SANTO</u>			
RG: <u>304 2041 1527 3271</u>	Data de Nascimento: <u>18/06/1987</u>	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	Idade: <u>31 anos</u>
RG: <u>002.823.585</u>	CPE: <u>083.107.104-45</u>	Telefone(s): <u>98799-3534</u>	
Responsável: <u>O mesmo</u>	Tel.: <u>98787-6514</u>		
Endereço: <u>Rua Santa Eulália 11</u>			
Cidade: <u>Papicuru</u>	Município: <u>Natal</u>	UF: <u>RN</u>	

LAUDO TÉCNICA E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <u>em punho (C)</u>		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <u>curar a mão</u>		
RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS		
DIAGNÓSTICO INICIAL <u>lesão no punho (C)</u>	CID PRINCIPAL <u>M84.1</u>	CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO <u>curar a mão</u>	CÓD
CLÍNICA/LEITO <u>070922</u>	CARÁTER DA INTERNAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> ELETIVO <input type="checkbox"/> URGÊNCIA
MÉDICO SOLICITANTE <u>Jesse de Moura L. Neto</u>	CRM <u>6718</u>
ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO <u>Osteopatia - Traumatologia</u>	DATA <u>27/09/19</u>

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

<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> ACID. TRABALHO	<input type="checkbox"/> VIOLÊNCIA	<input type="checkbox"/> OUTROS
ESPECIFICAR: _____			

SOLICITAÇÃO DE OPME- Órteses, Próteses e Materiais Especiais.

SOLICITAÇÃO	
JUSTIFICATIVA	
AUTORIZAÇÃO	
AIH Nº	
NOME DO AUDITOR RESPONSÁVEL	CNS/CRM
ASSINATURA E CARIMBO	DATA ____/____/____

Paciente: **CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS**

Registro: 136545

Num. RG: 2823585

CPF: 083.107.104-45 Nascimento: 18/06/1987 33 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Casado(a)

Endereço: SANTA EULALIA

N.: 12

Bairro: PAJUCARA

Cidade : NATAL

UF: RN

CEP: 59123290

Fone: 8498799353

Profissão: COZINHADOR DE ALIMENTOS

Mãe: MARIA ODETE CARLOS DOS SANTOS

Dados do Internamento

Num. Internamento: 2

Entrada: 05/02/2020 10:25 Previsão saída: 07/02/2020 11:00 Atendente: THALYTARCS

Convênio: SUS MUNICIPAL

Matrícula/CNS: 704104115273271

Médico: Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

CRM: 5500

LEITO RESERVA 04

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 foi 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.

Autorizo a liberação da documentação do meu caso médico, através de fotografia, ou de exames gráficos ou de imagens, bem como o seu arquivamento por meio digital, papéis, fotografias ou quaisquer meios para os seguintes fins:

- a. Diagnóstico;
- b. Planejamento e Terapêutico;
- c. Ensino e Pesquisa.

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

Cleilton Chagas Carlos Santos

Observações

COM AIH, DOCS, SISREG, EXAMES LAB, 2 PELICULAS RX, MEDICO CIENTE.

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL
EM, 28/02/2020

FICHA DE INTERNAMENTO

Dados do Paciente

Paciente: **CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS**

Registro: 136545

Num. RG: 2823585

CPF: 083.107.104-45 Nascimento: 18/06/1987 33 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Casado(a)

Encereço: SANTA EULALIA

N.: 12

Bairro: PAJUCARA

Cidade : NATAL

UF: RN

CEP: 59123290

Fone: 84987993534

Profissão: COZINHADOR DE ALIMENTOS

Mãe: MARIA ODETE CARLOS DOS SANTOS

Dados do Internamento

Num. Internamento: 2

Entrada: 05/02/2020 10:25 Previsão saída: 07/02/2020 11:00 Atendente: THALYTARCS

Convênio: SUS MUNICIPAL

Matrícula/CNS: 704104115273271

Médico: Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

CRM: 5500

LEITO RESERVA 04

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____

Motivo: _____

Data da Baixa: _____

No. de dias de hospitalização: _____

No. de US: _____

Doc. Apresentado: _____

Diagnostico Definitivo: _____

Procedencia: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatorio sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratorios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinario e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

Data: 05/02/2020 10:25

Dados do Paciente

Paciente: **CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS**

Registro: 136545

Num. RG: 2823585

CPF: 083.107.104-45 Nascimento: 18/06/1987 33 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Casado(a)

Endereco: SANTA EULALIA

N: 12

Bairro: PAJUCARA

Cidade : NATAL

UF: RN

CEP: 59123290

Fone: 84987993534

Profissão: COZINHADOR DE ALIMENTOS

Mãe: MARIA ODETE CARLOS DOS SANTOS

Dados do Internamento

Num. internamento: 2

Entrada: 05/02/2020 10:25 Previsão saída: 07/02/2020 11:00 Atendente: THALYTARCS

Convênio: **SUS MUNICIPAL**

Matricula/CNS: 704104115273271

México - Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

CRM: 5500

LEITO RESERVA 04

Dados do Responsável

Responsavel:

CPF:

RG:

Parentesco:

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

1. - Autorizo o(a) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA, a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: S7956 TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDO-RETARDO / CONSOLIDACAO / PERD
2. - O(A) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

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

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

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

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA - CRM 5500

MedicWare

HOSPITAL MEMORIAL
SAO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep:59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, / /

Página 1 / 1

Código Solicitação: 324933790

Número AIH: 242010010129-8

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:

HOSPITAL MEMORIAL

Unidade Executante:

HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro

JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROL

Central Reguladora

NATAL

Data de Solicitação

03.02.2020 - 09:02:44

Data de Autorização

03/02/2020 - 09:29:07

Data de Reserva

05.02.2020

Data de Internação

04.02.2020

Data Prevista de Alta

20.06.2047

Data de Alta

04/02/2020 - 11:49:31

Motivo de Alta

1.1 ALTA CURADO

CNES:

2408252

CNES:

2408252

Município Executante

NATAL

Operador

08243509445ANDRIKELLY

Operador

05184645470KALLINE

Operador

18129862204LUCIMAR

Operador

18129862204LUCIMAR

DADOS DO PACIENTE

CNS:

704104115273271

Nome do Paciente

CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

Nome da Mãe

MARIA ODETE CARLOS DOS SANTOS

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

18/06/1987 (32 anos)

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

11

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(84) 98799-3534 • (84) 99194-1501 (*Exibir Lista Detalhada*).

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:

RUY BARBOSA - RN

Raça:

AMARELA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

SANTA EULALIA

Bairro:

PAJUCARA

Município de Residência:

NATAL

Complemento:

A

CEP:

59123-290

UF:

RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

19561917807

CPF do Médico Executante:

19561917807

Diagnóstico Inicial - CID:

M841 - AUSÊNCIA DE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA [PSEUDO-ARTROSE]

Caráter

10 - Eletivo

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MÚLTIPAS

Nome do Médico Solicitante:

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

Nome do Médico Executante:

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

Status da Solicitação:

APROVADA

Classificação de Risco

Prioridade 3 - Atendimento eletivo

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0415010012

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

PACIENTE COM DOR + DEFICIT FUNCIONAL DO ESCAFOIDE "D" COM PSEUDOARTROSE PARA ENXERTO, AVALIADO POR DR. HELIO R./td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FÍSICO + RX

Condições que Justificam a Internação:

TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE + OSTEOTOMIA

PARER

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN**CONFERE COM ORIGINAL**
EM, ____/____/____

Data da Extração dos Dados: 06/02/2020 16:26

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
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 Cleilton C C Santos	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL SUS 204104115273271	8 - DATA DE NASCIMENTO 18.06.57
9 - SEXO MASCULINO	10 - FEMININO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MÃE = D. C. dos Santos	11 - TELEFONE DE CONTATO 98799-3534
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) Rua São Eulário 12	13 - MUNICÍPIO Gratão
14 - BAIRRO Pauzeiro	15 - UF RN
16 - CEP 55	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Dor + déficit funcional do escafóide D com pseudoartrose para enxerto tipo Fisk artroscópico

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Necessidade cirúrgica

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)
Exame físico + RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Pseudoartrose escafóide D	21 - CID 10 PRINCIPAL M84	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS
---	------------------------------	------------------------	------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MÚLTIPLAS - Tratamento cirúrgico de pseudoartrose - Osteotomia da pelve	26 - LEITO/CLINICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr Hélio Rubens Polido Garcia
25 - COD. DO PROCEDIMENTO 0415020034 - 0408020601 - 0408040157	29 - DT. SOLICITAÇÃO	30 - CNS / CPE Dr. Hélio Rubens Polido Garcia CRM 5580 - RN Cirurgia da Mão e Microcirurgia	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 -
38 - () ACID. TRABALHO TRAJETO		40 -	
40 - () CID. 10 PRINCIPAL			
42 - () CID. 10 SECUNDÁRIO			

AUTORIZAÇÃO

4 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLADOR
7 - DT. AUT.	51 - DT. AUT.
8 - CNS / CPF	
9 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

Data do Procedimento: 05.02.2020

Registro: 135545 IH: 2

Diagnóstico pré operatório: M84 TRANSTORNOS DA CONTINUIDADE DO OSSO

Código do procedimento

0408020601 319
0408040157 3-346

Cirurgia realizada

TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDO-RETARDO / CONSOLIDACAO / PERD
OSTEOTOMIA DA PELVE

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

CRM

5500

Anestesiologista: FRANCISCO DA SILVA MELO

4539

Instrumentador: perenise

Instrumentador Empresa: antonia

Grau de Contaminação: Limpo

Profilaxia Antimicrobiana:

Anatomopatológico: Não

Exame: Não se aplica

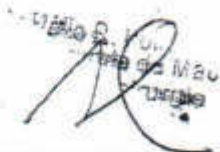
Descrição dos materiais especiais utilizados:

Saua Steinmann

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

1. Paciente em DDH sob bloqueio M Sup E
2. Assepsia e antissepsia
3. Via de acesso volar punho E + Divulsão romba
4. Tratamento cirúrgico da pseudoartrose escafoide D (Fisk-Fernandes)
5. Enxerto ósseo do escafoide E
6. RX intra-op
7. Limpeza + sutura + curativo + tala gessada



CRM: 5500 - HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
05/02/2020 19:33:22

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, / /

BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

Dados do Paciente

Paciente: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS IH: 0

Cirurgia Realizada
ENXERTO+OSTEOTOMIA DE ESCAFOIDE

Data
06/02/2020

Cirurgião
DR HELIO RUBENS

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Anestesiologistas
DR FRANCISCO MELO

HORA

CE
M. BCG
C. PANI
PVO
Diurese
SpO2
ETCO2

V P. Sist.

A P. Diast.

⊙ F.C.

X PAM

Exames Laboratoriais

PH		
PaCO2		
PO2		
CO		
EEG		
PaO2		
EtCO2		
Hb		
Hc		
Az		
K		
Ca		
Glicose		
PENTANIL	500MG	02
MIDAZOLAN	15MG	01
NEOCAINA	0,8%	0
DIUMORF	0,2MG	
SUPENTANIL	10MG	
ROCURONIO	50MG	
ATRACURIO	25MG	
PROPOVAN	1%	
EFEDRINA	50MG	
ARAMIN	10MG	
CEFAZOLINA	1G	02
DIPIRONA	1G	002
DRAMIN	3MG	01
DEXAMETASONA	10MG	
RANITIDINA	50MG	
ONCISETRONA	8MG	
NEOCAINA	0,8%	
ISOBARICA	0,8%	
CETOPROFENO	100mg	

TÉCNICA ANESTÉSICA: BLOQUEIO PLEXO+SEDAÇÃO

BLOQUEIO:

LOCAL DA PUNÇÃO:

NÍVEL ANESTESIA:

BLOQUEIO MOTOR: 2

POSIÇÃO: Antes:

APARELHO:

TÉCNICA: ABERTO

INTUBAÇÃO/OXIGENAÇÃO: ORAL

TRAUMÁTICA: NAO

SONDA:

CUFF:

INDUÇÃO:

MANUTENÇÃO:

CONDIÇÃO FINAL:

AGULHA:

Depois:

TIPO:

LATÊNCIA:

LIQUOR:

V.T.:

F.R.:

V.M.:

PLT.:

REFLEXOS:

CONSCIÊNCIA:

BALANÇO

OBSERVAÇÕES

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59023-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL

DURAÇÃO: 30MIN

INÍCIO: 19:00

EM, FINAL 19:30

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 136545 IH: 2 Paciente: **CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS**
Nascimento: 18/06/1987 33 anos Internação: 05/02/2020 10:25:09 Leito: **ENFERMARIA 305B**

ANTES DO ATO CIRÚRGICO

05/02/2020 18:24:00 - COREN - 604508 - LUIZA BEZERRA DANTAS

Observações:

CLIENTE ADMITIDO NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO DE PSEUDO-RETARDO. CONSCIENTE, ORIENTADO RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, PUNCIONADO COM CATETER VENOSO VIABILIZANDO SF0,9% E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Doença pré-existente: NÃO

Reserva sanguínea: NÃO

Prótese: NÃO

Jóias: NÃO

Membro e lado da cirurgia: MSD

Exame Laboratorial: SIM

Risco Cirúrgico: NÃO

Raio X: PRÉ: SIM-QTD: 01

Alergias (medicamentos, lodo, esparadrapo): NÃO

Assinatura Responsável

Outros Exames:

SRPA

COREN - 604508 - LUIZA BEZERRA DANTAS

Nível consciência: CONSCIENTE

Oxigenoterapia: NÃO

Acesso venoso: SIM

Diurese: SIM

Acianótico: SIM

Pálido: NÃO

Sudorese: NÃO

Tremores: NÃO

Hipotensão: NÃO

Raio X de Controle: SIM-QTD: AG

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE POI DE PSEUDORETARDO, CONSCIENTE, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, NA HVP, VIABILIZANDO SF0,9%, COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO, DIURESE ESPONTÂNEA, ANEXO AO PRONTUÁRIO EXAMES, SEGUE ACOMPANHADO ATÉ O LEITO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM.

Assinatura Responsável

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____

Dados do Paciente

Registro: **136545** IH: **2** Paciente: **CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS**
Nascimento: **18/06/1987** **33 anos** Internação: **05/02/2020 10:25:09** Leito: **ENFERMARIA 305B**

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: BIER + BLOQUEIO DE PLEXO

Anestesiologista: DRº MELO

Tipo: ESCAFOIDE DA MÃO ESQUERDA

Cirurgião: DRº HELIO

Instrumentador: ANTONIA+ BERENICE

Circulante: SARA+ FELIPE

Tipo curativo: OCCLUSIVO

Tem material para biópsia/cultura: NÃO

Sanguínea: NÃO

Monitoração correta: SIM

Placa de bisturi: SIM

Antibiótico profilático?: 2G CEFAZOLINA

Início da cirurgia:

Fim da cirurgia:

Tempo de cirurgia:

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

CLIENTE ADMITIDO NA SALA PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO DE ESCAFOIDE EM MÃO ESQUERDA CONSCIENTE E ORIENTADO EM O² AMBIENTE DEAMBULANDO FOI PUNÇIONADO COM CATETER DE 20 EM MSD VIABILIZANDO SF 0.9% FOI MONITORADO COM CATETER NASAL PARA AUXILIO DA RESPIRAÇÃO PROCEDIMENTO REALIZADO COM ÊXITO ENCAMINHADO AO SRPA EM O² AMBIENTE CONSCIENTE COM FERIDA OPERATORIA LIMPA E OCLUIDA SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

FICHA DE CONTROLE DE INFECCÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECCÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: :

SARA BORGES LOPES DA SILVA

Técnico(a) COREN - 819960

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Hospital Memorial
São Francisco

Paciente: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS
Convênio: SUS MUNICIPAL
Unidade: CENTRO CIRURGICO
Leito: LEITO RESERVA 04
Admissão: 05/02/20 10:25
Diag.: M84 - Transtornos da continuidade do osso|

Idade: 32 anos
Reg.: 136545
Prontuário:
0 dia(s) de internação

305 B

05/02/2020 19:31

		Horários de Aplicação
1	DIETA LIVRE, Ao dia	DO (sod)
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL Uso: 1 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	DO 08:00
3	CEFALOTINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 10 ML DE ABD.	DO 08:00
4	DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD	DO 18:00
5	TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	DO 10:00
6	DIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.	DO 12:00
7	DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	DO 08:00
8	RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	DO 12:00
9	OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia	DO

Handwritten signature

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
CRM - 5500

reor - 05/02/2020 22:46 (U487/ASSIST.6.0) / (DWO:158)

Página
HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, _____

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS**

Nascimento: **18/06/1987** 33 anos Data Internação: **05/02/2020 10:25:09**

Registro: 136545

IFI 2

Leito: **ENFERMARIA 305B**

Turno: Noturno

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: POI DO ESCAFOIDE DA MÃO ESQ

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorado

Alergias Medicamentosas:

Sinais Vitais

Temperatura: 36,4 °C

Saturação O2: 99%

Respiração: 18 RPM

Pressão Arterial:

130x80

Frequência Cardíaca: 76

Acesso Venoso

Periférico

VSD

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Dieta
VO
ACEITA

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

EUPNEICO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs: AG

Intestinais: PRESENTE

Aspectos:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs:

Curativo:

LIMPO E SECO

Medicações:

ADM MEDICAÇÕES CPM:

Intercorrência:

PCT ADMITIDO VINDO DO CC, EM O2 AMB, EM MACA, AFERIDOS SSVV:

COREN: 1153651 - LUANA PATRICIA RODRIGUES L DE OLIVEIRA

05/02/2020 23:14:12

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS**

Nascimento: **18/06/1987** **33 anos** Data Internação: **05/02/2020 10:25:09**

Registro: **136545**

Leito: **ENFERMARIA 305B**

Turno: **Diurno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **POI DO ESCAFOIDE DA MÃO ESQ**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Alergias Medicamentosas:

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Sinais Vitais:

Temperatura: **36,2 °C**

Saturação O2: **99%**

Respiração: **18 RPM**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial:

120x80

Frequência Cardíaca: **75**

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

VO

150

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.:

Intestinais: **PRESENTE**

Aspectos:

Correção:

Correção:

Drenos

Correção:

Correção:

Data:

Correção:

Correção:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

ADM MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA

Intercorrência:

**AS 07H RECEBO PACIENTE 32 ANOS, CONSCIENTE, ORIENTADO, O2 AMBIENTE, DIETA V.O COM BOA ACEITAÇÃO, DIURESE PRES-
EM MSD, REALIZADO A HIGIENE CORPORAL EM WC, AFERIDO SSVV E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.
AS 10:25 PACIENTE DEIXOU A UNIDADE POR ALTA MÉDICA, ACOMANHADO DP MAQUEIRO+ FAMILIAR.**

COREN: 1232295 - VALDEISA RODRIGUES GOMES
05/02/2020 09:58:04

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, / /

Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1238
hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 06/02/2020 16:19

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Dados do Paciente

Paciente: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

Registro: 136545

Num. RG: 2823585

CPF: 083.107.104-45 Nascimento: 18/06/1987 33 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Casado(a)

Telefone: 84987993534

Titular: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

Dados do Atendimento

Número Internamento: 2

Admissão: 05/02/2020 10:25

OS: 120.42612

Unidade: UNIDADE III

Leitos: ENFERMARIA 305B

Convênio: SUS MUNICIPAL

Matrícula/CNS: 704104115823271

Data/Hora: 06/02/2020 16:19 CID: M84

Exames Solicitados:

1) RX DE PUNHO



Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
CRM - 5500

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL Página 1 / 1
EM, _____



OITAVA ROSADO

RECEITUÁRIO MÉDICO

laudo Médico

Cleiton Chagas Lopes Santos Moura

Dolo do Acidente:

Lesão open acidente rodoviário que evoluiu com fôrmio de pulso esquerdo (rádio e escafoide). Quebra grave e cirúrgica.

Sintoma que dá a perda de flexão em 30% do pulso.

552 + 192

~~laudo~~

Dr. Tiago Andrade Rodrigues
Ortopedia e Traumatologia
CREMER 6214

AV. PRESIDENTE MÉDICI Nº 256 IGAPO - NATAL/RN CEP. 59106000

CNPJ 06126677/0001-57 FONE: 3315-6901/ 3615-6900

21/06/2020

811830315

VALIA EM 2000
O TITULO DESEJO DA VOLTAR

811830315

ANTONIO DE FREITAS

RG 1428722 ITP 5 PM

CPF 009.347.644-07 DATA NASCIM 24/12/1978

PLACAO
ANTONIO ANTONINO DE
FREITAS
FAUZA PEREIRA DE
FREITAS

PREVISTO 100% AGO 100% CATEG 1

Nº TITULO 02686439172 VALOR 18/07/2018 1ª REMISSAO 27/12/1997

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL NATAL PM DATA EMISSAO 19/07/2013

60326587555

VALIA EM 2000 GRANDE DE NOVA